

# PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2 | 2008

12. Jahrgang

Herausgegeben von Robert Hutterer und Wolfgang W. Keil

## FACHBEITRÄGE

- Norbert File, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Brigitte Macke-Bruck:* **Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review** 5
- Gerlinde Berghofer, Tijana Gonja, Thomas Oberlechner:* **Kann Empathie trainiert werden? Ein Review empirischer Studien zur Wirksamkeit von Empathietraining** 33
- Herta Krismer-Eberharter & Jobst Finke:* **Personzentrierte Arbeit mit Märchen** 49

## BERICHT

- J. Wade Hannon, Jeffrey H. Cornelius-White und Teresa A. Coleman:* **Personzentrierte Psychotherapieausbildung in den USA** 61

## REZENSIONEN

- Diether Höger:* **Mick Cooper, Maureen O'Hara, Peter F. Schmid & Gill Wyatt (Eds.). The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling.** 65
- Diether Höger:* **Monika Tuczai, Gerhard Stumm, Doris Kimbacher, Nora Nemeskeri (Hrsg.). Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen.** 67
- Dora Iseli Schudel:* **Dave Mearns & Brian Thorne: Person-Centred Counselling in Action. Third Edition.** 69
- Brigitte Macke-Bruck:* **GwG Akademie (Hrsg.): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten.** 70

# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

## Herausgeber

**ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie**  
c/o Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21  
Tel.: +49 2305 102 28 58; Fax: +49 2305 102 28 60  
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

**DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.**

c/o Prof. Dr. Jochen Eckert, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, D-20146 Hamburg, Van-Melle-Park 5  
Tel.: +49 40 428 38 53 62; Fax: +49 40 428 38 61 70  
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

**Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG**  
(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)  
A-1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3  
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: apg-forum@chello.at

**GWG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.**  
c/o Karl-Otto Hentze, D-50825 Köln, Melatengürtel 125a  
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: hentze@gwg-ev.org

**IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG**  
A-1030 Wien, Dißberggasse 5/4  
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

**ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung**  
A-4020 Linz, Altstadt 17  
Tel./Fax: +43 70 78 46 30  
E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

**SGGT – Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung**  
CH-8005 Zürich, Josefstr. 79  
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: sggtspcp@smile.ch

**VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie**  
A-1091 Wien, Postfach 33  
Tel.: +43 664 4173170, E-Mail: office@vrp.at

## Herausgeber dieses Hefts

Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil

## Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 9,50 / Sfr 15,- zzgl. Versandkosten  
Abonnement: € 16,- / Sfr 25,- zzgl. Versandkosten  
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.  
Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen.

## Verleger und Druck

Facultas – Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5  
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: verlage@facultas.at

## Satz und Layout

Gerhard Krill, Wien,

## Redaktion

Clara Arbter-Rosenmayr, Michael Behr, Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Judith Reimitz, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

## Redaktionssekretariat

Edith Muggenheimer, A-1140 Wien, Sonnenweg 88  
Tel.: +43 (0)1 596 29 19, Fax: +43 (0)1 596 29 19 - 9  
E-Mail: edith.muggenheimer@silverserver.at

## Fachbeirat von PERSON (Stand 15. 7. 2008)

Elisabeth Ardelt-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Christiane Bahr, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ute Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Margarete Fehlinger, Christian Fehringer, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jäger, Stephan Jürgens-Jahnert, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Lietaer, Hans-Jürgen Luderer, Ulf Lukan, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Annette Murafi, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Eva-Maria Schindler, Sabine Schlippe-Weinberger, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmuth Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stölzl, Ursula Straumann, Hans Swildens, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Monika Tuczai, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Robert Waldl, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Günther Zurhorst

# Inhalt

Editorial ..... 3

## Fachbeiträge

*Norbert File, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Brigitte Macke-Bruck*  
Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review ..... 5

*Gerlinde Berghofer, Tijana Gonja, Thomas Oberlechner*  
Kann Empathie trainiert werden? Ein Review empirischer Studien zur Wirksamkeit von Empathietraining ..... 33

*Herta Krismer-Eberharter & Jobst Finke*  
Personzentrierte Arbeit mit Märchen ..... 49

## Bericht

*J. Wade Hannon, Jeffrey H. Cornelius-White und Teresa A. Coleman*  
Personzentrierte Psychotherapieausbildung in den USA ..... 61

## Rezensionen

*Diether Höger*  
Mick Cooper, Maureen O’Hara, Peter F. Schmid & Gill Wyatt (Eds.). The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling. .... 65

*Diether Höger*  
Monika Tuczai, Gerhard Stumm, Doris Kimbacher, Nora Nemeskeri (Hrsg.). Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen. .... 67

<i>Dora Iseli Schudel</i>	
Dave Mearns & Brian Thorne: Person-Centred Counselling in Action. Third Edition. ....	69
<i>Brigitte Macke-Bruck</i>	
GwG Akademie (Hrsg.): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten. ....	70
Internationale Veranstaltungen (Januar bis Dezember 2009) .....	72

# Editorial

In den administrativen wie in den wissenschaftlichen Bereichen des Gesundheitswesens zeigt sich im Zeitalter der Globalisierung ein ziemlich unerfreulicher Trend zu einem zunehmend reduktionistischen und mechanistischen Verständnis von Psychotherapie. Analog zu pharmakologischen Heilmitteln wird Psychotherapie demnach als eine Menge klar umgrenzbarer kommunikativer Interventionen verstanden, durch welche ganz bestimmte Ausprägungen von eindeutig diagnostizierbaren psychischen Störungen möglichst effizient beseitigt werden sollen. Die Psychotherapieforschung hat dabei nach dem Vorbild der Pharma-Forschung die Aufgabe, im Labor zu untersuchen, welche Interventionen für welche Störungen als „evidence based therapy“ gelten und lizenziert werden können.

Eine derartige Forschung verfehlt jedoch weitgehend das Wesen von Psychotherapie als einer professionellen menschlichen Beziehung von bindungsmäßiger Erlebensstärke und personaler Bedeutsamkeit. „Mit der Einführung immer differenzierterer Eingangsvariablen auf Seiten des Therapeuten und immer differenzierterer Eingangs-, Prozess- und Erfolgsvariablen auf Seiten des Klienten mit dem Ziel, differenziertere Aussagen darüber zu machen, welcher Klient wie auf welche therapeutischen Angebote reagiert, wird der eigentliche therapeutische Prozess in seinem Prozesscharakter nicht zugänglicher bzw. sichtbar.“ (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 2003, S. 56).

Einem derartigen Verständnis von Psychotherapie und Psychotherapieforschung steht die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie klar entgegen. Wie schwierig die Situation für die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie in einem solchen Umfeld jedoch werden kann, belegt drastisch der Bericht von J. W. Hannon, J. H. Cornelius-White und T. A. Coleman über die Personzentrierte Psychotherapieausbildung in den USA, den Sie in diesem Heft finden.

Es ist die unverzichtbare Eigenart der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie, dass sie sich weniger darum bemüht, bestimmte therapeutische Methoden (Variablen) zu entwickeln, als vielmehr darum, den therapeutischen Prozess als solchen zu untersuchen und zu verstehen. Von diesem Anliegen her war und ist die gesamte Entwicklung der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie aber immer auch eng mit empirischer Forschung verknüpft. Seit den 40er Jahren des vorigen Jahrhunderts haben Rogers und Mitarbeiter umfassende Prozess- und Wirksamkeitsstudien durchgeführt. Wir haben in unserem Schwerpunktheft „100 Jahre Carl

Rogers“ die Forschungstätigkeit von Rogers ausführlich zusammenfassend dargestellt (Korunka, Nemeskeri & Sauer, 2001). In den 50er und 60er Jahren wurden eine Fülle anglo-amerikanischer Untersuchungen publiziert (cf. Rogers & Dymond, 1954; Rogers, Gendlin, Kiesler & Truax, 1967). Auf diese folgten, insbesondere seit den 60er und 70er Jahren, auch zahlreiche Untersuchungen im deutschen Sprachraum. Der Stellenwert und die Bedeutung der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie insbesondere auch im Verhältnis zu anderen Verfahren beruhen nicht unwesentlich auf den fortlaufenden Bemühungen, Wirksamkeit, Prozesse und weitere Aspekte des Verfahrens durch Forschung zu demonstrieren.

Im vorliegenden Heft dieser Zeitschrift haben wir nun die Gelegenheit, einen ausführlichen Überblick über die neuere Wirksamkeitsforschung in der Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie bieten zu können. Im Rahmen einer Kooperation der österreichischen Ausbildungsvereine haben N. File, R. Hutterer, W. W. Keil, Ch. Korunka und B. Macke-Bruck einen narrativen Review über die zwischen 1991 und 2008 veröffentlichten Wirksamkeitsstudien in unserem Ansatz erstellt. Es wurde dabei nicht nur das klassische Setting der Einzeltherapie berücksichtigt, sondern es wurden auch Studien zur Gruppentherapie, zur Paartherapie, zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, zur Psychotherapie in stationären Settings und darüber hinaus Studien, in welchen eine am Konzept von Rogers angelegte „supportive therapy“ als Vergleichsgruppe zu anderen Therapieverfahren eingesetzt wurde, mit einbezogen. Dieser Review beruht auf einer Sammlung aller Wirksamkeitsnachweise für das eigene Therapieverfahren, deren Erstellung das österreichische Gesundheitsministerium von den psychotherapeutischen Ausbildungsvereinigungen für den Zeitraum seit ihrer Anerkennung gefordert hat. Von daher ergab sich sowohl die Definition des Zeitraums ab 1991 wie auch die Beschränkung auf Studien zur Wirksamkeit. Die zahlreichen Arbeiten zur Prozessforschung in der Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie mussten daher hier leider noch unberücksichtigt bleiben.

Narrative Reviews in den verschiedensten Forschungsfeldern sind durch die rasante Zunahme des Wissens, das sich in zahlreichen Einzelstudien zu spezifischen Fragestellungen manifestiert, notwendig geworden. Die zahlreichen Detailergebnisse erfordern eine zusammenfassende Interpretation und Orientierung. Ein derartiger

narrativer Review wird auch im zweiten Beitrag in diesem Heft von G. Berghofer, T. Gonja und Th. Oberlechner vorgestellt, und zwar zu Untersuchungen über das Training von Empathie. Rogers hat dem Begriff Empathie in der Psychotherapie zum Durchbruch verholfen. Inzwischen wird Empathie und die damit verbundene Beziehungsqualität auch von anderen Psychotherapierichtungen als unverzichtbar angesehen. Darüber hinaus ist in vielen außer- und quasi-therapeutischen Praxisfeldern erkannt worden, dass Empathie ein Schlüsselfaktor in sozialen Situationen ist, dessen An- oder Abwesenheit einen wesentlichen Unterschied ausmacht. Der vorliegende Beitrag diskutiert in einer zusammenfassenden Analyse die Forschung zum Empathietraining, das in zahlreichen Studien in den verschiedensten Anwendungskontexten evaluiert wurde.

Der dritte Artikel in diesem Heft hat einen methodischen Schwerpunkt. H. Krismer-Eberharter und J. Finke thematisieren die Arbeit mit Märchen in der Person-/Klientenzentrierten Psychotherapie als Möglichkeit, die Selbstexploration zu vertiefen. Es werden sowohl Voraussetzungen und Indikation, sowie die Grundzüge und die Prinzipien der Arbeit mit Märchen und deren besondere Wirkweise erörtert. Anhand einer Fallskizze wird dieser spezifische Zugang veranschaulicht.

Abschließend möchten wir Ihre Aufmerksamkeit auch auf die in diesem Heft enthaltenen Rezensionen wichtiger Neuerscheinungen aus unserem Ansatz, darunter das repräsentative *Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling*, lenken. Das nächste Heft von PERSON wird dem Schwerpunkt der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie mit alten Menschen gewidmet sein.

*Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil*

## Literatur

- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (9. überarb. u. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Korunka, C., Nemeskeri, N. & Sauer, J. (2001). Carl Rogers als Psychotherapieforscher – Eine kritische Würdigung. *PERSON*, 5 (2), 68–89.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. F. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (Ed.) with the collaboration of E. T. Gendlin, D. J. Kiesler & D. J. Truax, (1967). *The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.

Norbert File, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Brigitte Macke-Bruck<sup>1</sup>

# Forschung in der Klienten- bzw. Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie 1991–2008. Ein narrativer Review

**Zusammenfassung:** Dieser Beitrag gibt einen Überblick über die zwischen 1991 und 2008 veröffentlichten Primärstudien der Forschung zur Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie. In Form eines narrativen Reviews aufbereitet, liegt der Schwerpunkt des Beitrags auf einer umfassenden Einschätzung der Wirksamkeit des Ansatzes in verschiedenen Anwendungsfeldern. Die Studien werden nach Themenfeldern aufgeschlüsselt dargestellt und unter Berücksichtigung der aktuellen Diskussion und vorhandener metaanalytischer Befunde interpretiert. Die Ergebnisse weisen insgesamt auf eine gute Effektivität der Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapie bei unterschiedlichen Klientengruppen und bei settingspezifischen Anwendungen hin. Der Artikel soll eine Grundlage für die Qualitätsdiskussion von psychotherapeutischen Verfahren liefern.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapieforschung, Wirksamkeitsforschung, narrativer Review.

**Abstract:** Research on the effectiveness of client-/person-centered and experiential psychotherapy 1991–2008. A narrative review.

This review describes research studies in person-centered and experiential psychotherapies published between 1991 and 2008. The paper is conceptualized as a narrative review. It focuses on a general evaluation of the effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies in a wide range of therapeutic applications. The studies are presented and discussed separately for different application areas of psychotherapy. The current discourse in psychotherapy research and some meta-analytic studies are integrated into the discussion. In general, the research studies published in the last 18 years confirm a good effectiveness of person-centered and experiential psychotherapies for different groups of clients and also for a wide range of applications. This review aims to provide a foundation for a quality assurance discussion in psychotherapy.

**Keywords:** Psychotherapy research, effectiveness research, narrative review.

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, einen Überblick über die Forschungsaktivitäten in der Klienten-/Personzentrierten und Experienziellen Psychotherapie<sup>2</sup> zu geben und die Hauptergebnisse der Studien strukturiert aufzubereiten.

Der Fokus des Reviews richtet sich auf empirische Studien zur Wirksamkeitsforschung seit 1991. Die Ausgangsfragen lauten:

- Sind einschlägige und ausreichende Forschungsaktivitäten zur Frage der Wirksamkeit person- und klientenzentrierter Verfahren vorhanden?
- Welche begründeten Erwartungen hinsichtlich der Wirksamkeit klientenzentrierter Verfahren können auf Basis dieser Forschungsaktivitäten gebildet werden?

Den Anstoß für diesen Beitrag lieferte das österreichische Gesundheitsministerium mit dem Auftrag an alle fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen der Psychotherapie, ihre jeweils schulenspezifischen internationalen Forschungsarbeiten der letzten Jahre systematisch zu sammeln und darzustellen. Diesen Auftrag führten jene österreichischen Vereinigungen, die unseren Ansatz vertreten (APG-Forum, APG-IPS, ÖGWG und VRP), gemeinsam aus; der vorliegende Artikel ist aus diesem Projekt hervorgegangen.

Die Forschung der letzten Jahrzehnte im person- und klientenzentrierten Feld ist auf dem Hintergrund der historischen Entwicklung der Psychotherapieforschung zu sehen. Die Anfänge der empirischen Psychotherapieforschung lassen sich bis in die Zeit Sigmund Freuds zurückverfolgen. Zwar waren Freuds Skepsis und seine Vorbehalte gegenüber Forschung, die sich auch der Statistik bedient, bekannt. Dennoch haben mit psychoanalytischen Ausbildungsinstituten verbundene Behandlungszentren um 1920 begonnen, Daten über Behandlungserfolge systematisch zu sammeln. Die amerikanische empirische Psychotherapieforschung der 1940er-

1 Die Autoren und die Autorin dieses Artikels werden hier in alphabetischer Reihenfolge angeführt.

2 Im folgenden Text wird „Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie“ als der international übliche Sammelbegriff verwendet. Bei der Vorstellung und Diskussion einzelner Arbeiten werden die jeweils dort verwendeten Begriffe (beispielsweise „Gesprächspsychotherapie“) herangezogen.

und 1950er-Jahre durch Carl Rogers und seine Mitarbeiter wendete sich in erster Linie gegen die häufig anzutreffende Auffassung, der psychotherapeutische Prozess sei ein geheimnisvoller und undurchschaubarer Vorgang. Mit der Verwendung von Tonbandaufzeichnungen taten sich neue Möglichkeiten objektiver Forschung auf, die es schließlich auch erlaubten, relevante Prozess- und Wirkkonstellationen zu beschreiben. Die Überprüfung Eysencks provokanter Behauptung, die Durchführung von Psychotherapie sei nicht effektiver als ihre Unterlassung, hat einige Forschergenerationen beschäftigt (Eysenck, 1952). Mehr als zwei Jahrzehnte später brachte allerdings eine Metaanalyse der bis dahin vorliegenden Studien überzeugende Beweise und Demonstrationen der generellen Wirksamkeit von Psychotherapie (Glass, 1976; 1978; Glass, McGaw & Smith, 1991); diese Erkenntnis hat sich in weiteren Untersuchungen bis heute als sehr robust erwiesen und wird auch kaum mehr in Frage gestellt. Vor diesem Hintergrund haben sich die Studien der letzten Jahre – auch im person-/klientenzentrierten Ansatz – vor allem mit speziellen Zielgruppen und Anwendungen beschäftigt.

Ziel dieses Beitrags ist eine inhaltliche Beschreibung und Bewertung von Studien, die einen ersten Überblick über Forschungsaktivitäten der letzten Jahre geben soll. Es geht hier nicht um eine rein empirische Bewertung der Wirksamkeit Person-/Klientenzentrierter und Experienzieller Psychotherapien mit metaanalytischen Methoden. Dies fällt umso leichter, als die grundsätzliche Wirksamkeit unseres Verfahrens seit den frühen empirischen Arbeiten von Carl Rogers und zahlreichen Studien der letzten Jahrzehnte zweifelsfrei bestätigt worden ist. Vor diesem historischen Hintergrund besteht der zentrale Wert der Forschung auch weniger darin, die grundsätzliche Wirksamkeit neuerlich nachzuweisen bzw. fundamental neue Erkenntnisse über das Verfahren zu gewinnen, sondern eher in einer feineren Weiterentwicklung, in kleinen Korrekturen, Anregungen und Spezifizierungen für bestimmte Zielgruppen.

## Methodische Vorgangsweise: ein narrativer Review

Die rasante Zunahme des Wissens in den Sozialwissenschaften, in Psychologie und Medizin, die sich vor allem in zahlreichen Einzelstudien zu spezifischen Fragestellungen manifestierte, hat gleichermaßen die Notwendigkeit einer Zusammenschau und Synthese der zahlreichen Detailergebnisse entstehen lassen. Die damit verbundene Aufgabe, den jeweils aktuellen Wissensstand in einem Fachgebiet oder hinsichtlich eines fokussierten praktischen Problems bzw. entscheidungsrelevanten Themas zu erfassen, wurde mit Hilfe so genannter Reviews zu lösen versucht. (Oftmals auch „Überblicks-“ oder „Übersichtsarbeiten“ genannt, sind diese Bezeichnungen allerdings nicht selten mit Oberflächlichkeit assoziiert.) In der Fachdiskussion hat sich in diesem Zusammenhang der Begriff „narrativer Review“ eingebürgert: Er bezeichnet eine Zusammenfassung und Synthese verschiedener Primärstudien, aus denen

sich Schlussfolgerungen für Fragestellungen in einem umfassenden und komplexen Forschungsgebiet ziehen lassen. Die interpretative Sensibilität und Balance, die die Qualität eines narrativen Reviews mitbestimmt, ist nicht unwesentlich vom theoretischen Problembewusstsein und den praktischen Erfahrungen der Reviewerinnen und Reviewer in dem Forschungsfeld bzw. Forschungsthema abhängig.

Vom narrativen Review unterscheidet sich die Metaanalyse (Glass, 1976; 1978; Glass, McGaw & Smith, 1981): Dieses statistische Verfahren führt Ergebnisse mehrerer unabhängiger Studien zusammen, kombiniert sie in einer quantitativen Synthese und ermöglicht eine Schätzung des durchschnittlichen Behandlungseffekts, in die die einbezogenen Studien gewichtet einfließen. Die Metaanalyse wurde von Statistikern entwickelt, um das Problem der Integration von Forschungsergebnissen in Erziehungswissenschaft und Psychotherapie zu bewältigen. Auf der Grundlage einer systematischen Evaluation relevanter empirischer Studien versprachen Metaanalysen, die Nachteile traditioneller narrativer Reviews zu überwinden oder diese überhaupt zu ersetzen. Der Vorteil von Metaanalysen besteht vor allem in einer deutlichen Formalisierung der methodischen Vorgangsweise, der Verwendung von expliziten und transparenten Methoden sowie Kriterien, was insgesamt eine Reproduzierbarkeit und auch eine gezielte Kritik durch andere ermöglicht.

Die Kontroversen um Vor- und Nachteile respektive Schwächen sowohl von Metaanalysen als auch von narrativen Reviews hat aufgezeigt, dass beide – die keine einander ausschließenden Alternativen bilden, sondern sich sogar sinnvoll ergänzen können (Graham, 1995; Cooper & Dorr, 1995) – anfällig für Verzerrung sind. Trotz der berechtigten Kritik wurde die Notwendigkeit von narrativen Reviews durch diese Diskussion bestätigt, vor allem wenn ihre traditionellen Stärken prägnant zum Ausdruck kommen: die Möglichkeit der – insgesamt facettenreichen und produktiven – Diskussion einer breiten Palette von Fragen und Problemen, die deutlichere Einbeziehung von theoretischem Hintergrundwissen und bestehenden Kontroversen und die flexible Thematisierung differenzierter Inhalte. Vor diesem Hintergrund sollte der vorliegende narrative Review folgenden Kriterien genügen:

- Formulierung einer klaren und differenzierten Ausgangsfrage, Darstellung des Review-Zweckes;
- Einbeziehung aller recherchierbarer Studien zu einem thematischen Schwerpunkt oder exemplarische Einbeziehung bzw. Hervorhebung typischer Studien, die charakteristisch für die aktuellen Forschungsbemühungen und den gegenwärtigen Diskussionsstand sind;
- Einbeziehung von kritischen Studien bzw. Kontroversen zu einschlägigen fachlichen Fragen;
- Einbeziehung von Metaanalysen in die Darstellung und Interpretation;
- thematische Aufschlüsselung der einbezogenen Studien (z. B. nach Setting, differenziellen Aspekten, Klientel, Diagnosen);



- übersichtliche Darstellung der einbezogenen Studien;
- Einbeziehung der aktuellen Diskussion und Kontroversen in der Psychotherapieforschung (bzw. in dem fokussierten Forschungsfeld) bei der Interpretation der Ergebnisse und Darstellung der Schlussfolgerungen.

Die beiden zentralen Kriterien, nach denen die Studien für den vorliegenden narrativen Review ausgewählt wurden, waren ein Erscheinungsdatum zwischen 1991 und 2008 sowie die Anwendung einer psychotherapeutischen Behandlung, die auf der Grundlage wesentlicher Annahmen von klienten-/personzentrierten und experienziellen Konzepten basiert. Es fanden daher auch Forschungsarbeiten Eingang, die beispielsweise unter der Bezeichnung „supportive therapy“ therapeutische Methoden untersuchten, die zumindest

Grundprinzipien unseres Ansatzes zur Anwendung brachten. Auch Forschungsarbeiten zu neueren Strömungen, die sich explizit aus der Klienten-/Personzentrierten Psychotherapie herleiten – wie etwa die Emotion-Focused Therapy –, wurden aufgenommen.

Die Auswahl der Studien erfolgte auf mehreren Wegen: Zum einen wurden die einschlägigen Datenbanken (Psyndex, Psyclit) abgefragt, zum anderen die wichtigsten Fachzeitschriften unseres Ansatzes und der Psychotherapieforschung durchgesehen und schließlich die vorliegenden Metaanalysen der letzten Jahre ausgewertet. Ohne Anspruch auf absolute Vollständigkeit gehen wir davon aus, dass zumindest alle wesentlichen Forschungsarbeiten der letzten Jahre Berücksichtigung fanden. Die Gliederung folgt inhaltlichen Überlegungen, die Studien wurden nach insgesamt acht gemeinsamen Merkmalen gruppiert.

## Klienten-/Personzentrierte Therapie mit und ohne Kontrollgruppenvergleich

Bereits in den ersten Jahren der Entwicklung des personzentrierten Ansatzes hatten Carl Rogers und seine Mitarbeiter anhand zahlreicher Untersuchungen (beispielsweise Rogers & Dymond, 1954) dessen Wirksamkeit bestätigen können. In der bekannten Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer (1994), die den Stand der Psychotherapieforschung zu Beginn der 1990er-Jahre wiedergibt, erweist sich der Ansatz auch im Vergleich zu anderen therapeutischen Schulen als sehr gut untersucht und zeigt hohe empirisch bestätigter Wirksamkeit; die Effektstärken sind durchwegs als „hoch“ zu bezeichnen<sup>3</sup>.

Es war daher nicht notwendig, in den empirischen Arbeiten, die sich in den letzten 15 Jahren mit ambulanter Personzentrierter Psychotherapie auseinandersetzten, die grundsätzliche Wirksamkeit des Ansatzes neuerlich zu bestätigen. Vielmehr wurde die Forschung weitergeführt, indem man Weiterentwicklungen der Personzentrierten Psychotherapie und verwandte Ansätze wie z. B. Focusing, Zielorientierte Gesprächspsychotherapie (angewandt im Bereich psychosomatischer Störungen) oder Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) untersuchte oder auch spezifischere und bisher in unserem Ansatz nur wenig erforschte Störungsbilder (Alkoholismus, psychosomatische Störungen) ins Zentrum der Forschungsarbeiten stellte. Eine Besonderheit bilden durch den schwierigen und langwierigen Anerkennungsprozess der

Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren in Deutschland motivierte Arbeiten, die sich mit Therapiewechslern und -wechslerrinnen beschäftigten. Die Untersuchungen über die neueren und verwandten Ansätzen konnten diese – hinsichtlich des Ausmaßes ihrer Wirksamkeit zumeist mit mittleren und hohen Effektstärken – bestätigen.

In der Studie zur Klientenzentrierten Körperpsychotherapie von Müller-Hofer, Geiser, Juchli und Laireiter (2003) wurden 34 Klienten und Klientinnen über einen Zeitraum von bis zu einem Jahr begleitet; dabei kamen die üblichen Fragebogenskalen der deutschsprachigen Psychotherapieforschung zum Einsatz. Die Methode wurde in dieser ersten, als „Praxisevaluation“ bezeichneten Studie als wirksam bestätigt – was ein älteres Ergebnis von Luborsky et al. (1985) untermauerte, wonach eine hohe „Methodentreue“ der Therapeuten und Therapeutinnen mit besseren Outcome-Werten einhergeht.

In ähnlicher Weise korreliert „hohe Prozessgüte“ – also ebenfalls eine gute und konsequente Umsetzung des jeweiligen Therapiekonzeptes durch die Therapeuten und Therapeutinnen – in den Arbeiten zur Zielorientierten Gesprächspsychotherapie von Sachse (1992; 1995) mit besseren Outcome-Werten; hohe Werte in den dazugehörigen Skalen lassen sich letztlich auch als konsequente Umsetzung der personzentrierten Basisvariablen interpretieren. Sachse (1992; 1995) und Müller-Hofer et al. (2003) untersuchten und bestätigten jeweils Ansätze, die von den Autoren selbst entwickelt wurden – das ist bei ersten Überprüfungen neuer Konzeptionen zwar naheliegend, aus methodischer Sicht hingegen als nicht optimal zu werten, da entsprechende Erwartungshaltungen der Autoren möglicherweise die Ergebnisse beeinflussen. Dem steht jedoch die hohe methodische Qualität der Arbeiten gegenüber: Beispielsweise wurde durch die Einbeziehung externer Rater solchen

<sup>3</sup> Auch die vorliegende Arbeit zieht an mehreren Stellen Effektstärken zur Bewertung von Ergebnissen aus den Studien heran. Unter Effektstärke (*ES*) wird eine Mittelwertsdifferenz (beispielsweise vor/nach einer Intervention) bezogen auf die Streuung (Standardabweichung) der erfassten Zielgröße verstanden. Meist finden sich in der Psychotherapieforschung zumindest mittlere ( $ES > 0.5$ ) bzw. hohe ( $ES > 0.8$ ) Effektstärken einer Behandlung. Effektstärken erlauben den Vergleich unterschiedlicher Zielgrößen, sind jedoch unabhängig von der statistischen Signifikanz eines Befundes zu interpretieren.

Effekten entgegengewirkt. Eine besonders hohe methodische Qualität weist die Focusing-Studie von Grindler-Katonah (1991) auf, bei der ein konsequenter experimenteller Ansatz (mit randomisierter Gruppenzuordnung) Umsetzung fand. 17 Krebspatienten und -patientinnen wurden einer Focusing-Behandlungsgruppe bzw. einer Wartegruppe zugeordnet und über sechs Monate begleitet. Die hier vorgenommene Untersuchung einer manualisierten Vorgangsweise verbessert die experimentelle Kontrolle einer Studie (und damit ihre interne Validität) wesentlich. Inwieweit derartige Vorgangsweisen ansatzkonform sind, bleibt allerdings umstritten.

Für Praktiker und Praktikerinnen von besonderem Interesse sind Arbeiten, die sich mit spezifischen Erkrankungen abseits der großen klinischen Störungsbilder beschäftigen. So belegte Grindler-Katonah (1991) in der Focusing-Studie auch, dass sich der Ansatz nicht nur zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung eignet, sondern dass die positiven Behandlungseffekte (einer relativ kurzen therapeutischen Intervention) auch längerfristig bestehen bleiben. Jacobs und Bangert (2003; 2005) bestätigten in zwei Arbeiten die Eignung einer Klientenzentrierten Psychotherapie zur Behandlung von Alkoholismus und als qualifizierte Unterstützungsmaßnahme zur Erreichung des Therapieziels von Abstinenz; allerdings basieren beide Arbeiten auf demselben Datensatz: 38 psychotherapeutisch behandelten Patienten und Patientinnen sowie einer Vergleichsgruppe von 40 Patienten und Patientinnen, die sich einer Entgiftung mit sozialtherapeutischen Maßnahmen unterzogen hatten. Altenhöfer, Schulz, Schwab und Eckert (2007) konnten in ihrer rezenten Studie, die 31 Personen einer Behandlungsgruppe mit 19 Personen einer Wartegruppe verglich, nicht nur die grundsätzliche Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie bei Anpassungsstörungen empirisch bestätigen; sie zeigten auch, dass bereits ein zeitlich begrenzter Therapieprozess (maximal zwölf Stunden!) sehr positive Effekte hat. Insgesamt belegen diese Studien neuerlich die breiten Einsatzmöglichkeiten des Ansatzes.

Damit ein psychotherapeutisches Verfahren in Deutschland als sogenanntes Richtlinienverfahren anerkannt wird – was wiederum Voraussetzung für die Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen darstellt –, muss nachgewiesen sein, dass dieses Verfahren zu einer Verbesserung der bestehenden Versorgung beiträgt. Dieser Anerkennungsprozess stimulierte zwei interessante Arbeiten, die sich mit verschiedenen Aspekten des Therapiewechsels beschäftigen

(Frohburg, 2003; Eckert, Frohburg & Kriz, 2004). Beide belegen, dass nach einem Therapieabbruch in einem „Richtlinienverfahren“ (also Verhaltenstherapie oder einem tiefenpsychologischen Verfahren) eine darauf folgende Personzentrierte Psychotherapie eine „notwendige und hinreichende Behandlungsalternative“ (Eckert et al., S. 417) in dem Sinne darstellt, dass viele in dieser Form weitergeführte therapeutische Prozesse auch zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht werden können. Besonders anschaulich sind die bei Frohburg (2003) dokumentierten qualitativen Beschreibungen der in der Personzentrierten Psychotherapie erlebten Unterschiede zu den früheren (erfolglosen) Verfahren. Therapieabbruch und Therapiewechsel stellen keine seltenen Ereignisse dar: Im Mittel brechen rund 20% der Klienten und Klientinnen eine Therapie ab (Grawe et al., 1994, S. 726); zwischen 30% und 45% haben bereits (offensichtlich sehr unterschiedliche) therapeutische Vorerfahrungen (Maschke & Otto, 2003; zitiert nach Eckert et al., 2004) – dieser Themenbereich sollte demnach auch in Zukunft weiter untersucht werden. Die beiden beschriebenen Arbeiten belegen jedenfalls, dass nicht jeder Klient von jeder Therapie profitieren kann, sondern dass die richtige „Passung“ von Therapeuten, Klient und Verfahren zu beachten ist. Natürlich gibt es auch Klienten, die in einer anderen als einer personzentrierten Therapie mehr profitieren.

Viele der hier untersuchten Studien zeigen die besondere Eignung einer Verbindung von empirisch-quantitativer mit qualitativer Forschungsmethodik bzw. von prozess- mit verlaufsorientierten Forschungszugängen für die personzentrierte Forschung. Konsequente experimentelle Forschungsansätze – also beispielsweise eine randomisierte Zuordnung von Klienten und Klientinnen zu einer „Experimentalgruppe“ mit therapeutischer Intervention und einer Kontrollgruppe ohne therapeutische Intervention – verbieten sich häufig schon aus ethischen Gründen. Sie sind auch nicht (mehr) notwendig, da die Wirksamkeit des Ansatzes außer Frage steht. Mit eher praxisorientierten und meist ethisch besser vertretbaren „Wartegruppen“-Designs lassen sich methodisch ebenso gut abgesicherte Effekte nachweisen.

In der vergleichenden Betrachtung bestätigt sich die Wirksamkeit personzentrierter Ansätze für ein breites Spektrum an klinischen Störungsbildern; inwieweit sich hier differenzielle Ansätze in der Behandlung ableiten lassen, bleibt wohl eher eine Frage des Menschenbildes der Therapeutinnen und Therapeuten.

**Tab. 1: Person- /Klientenzentrierte Therapie mit und ohne Kontrollgruppen-Vergleich**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Altenhöfer, Schulz, Schwab & Eckert, 2007	Wirksamkeit von ambulanter Gesprächspsychotherapie (GPT) bei Anpassungsstörungen	quasiexperimentell, eingeschränkte randomisierte Zuordnung Prä, Post, FU (3 Monate) Behandlungsgruppe (31), Wartegruppe (19)	GPT zeigt sich hochwirksam in allen Indikatoren: Effektstärke zwischen 0,6 und 1,5 Wirksamkeit bleibt bei der FU-Erhebung erhalten
Boeck-Singelmann, Schwab & Tönnies, 1992	Wirksamkeit von ambulanter GPT in der Form von „Teamtherapie“	quasiexperimentell, Kontrollgruppe Prä, Post, FU (4 Monate, 1,5 Jahre) Behandlungsgruppe (34), Wartegruppe (19) verschiedene Diagnosen	GPT zeigt sich hochwirksam in allen Indikatoren: Mehr als die Hälfte der Kl. (gegenüber 0% der Wartegruppe) berichten von deutlichen und anhaltenden Verbesserungen
Frohburg, 2003	Analyse der Therapieerfahrungen von Kl., die von einem „Richtlinienverfahren“ in eine GPT gewechselt sind	qualitativ; Interviewdaten Kl. (15) unterschiedliche Diagnosen	Die GPT wird praktisch ausschließlich als das wirksamere Verfahren erlebt, das auch den Bedürfnissen der meisten Kl. besser entspricht; die therapeutische Beziehung wird als deutlich besser bewertet
Eckert, Kriz & Frohburg, 2004	Therapieverlauf von Pat., die ein Richtlinienverfahren abgebrochen hatten und in GPT gewechselt sind	Bewertung durch Rater nach erfolgreichem Behandlungsabschluss „Therapiewechler“ (25) unterschiedliche Diagnosen	Hauptgründe des Therapiewechsels: Erfolglosigkeit, fehlende Passung Th. - Kl. GPT zeigt sich als „notwendiges und hinreichendes“ Verfahren für viele Kl.
Grinder-Katonah, 1991	Wirksamkeit von Focusing für die psychotherapeutische Behandlung von Krebspatientinnen	quasiexperimentell mit einzeln gemachten Klientinnenpaaren Behandlungsgruppe (7), Wartegruppe (5) Prä, Post, FU (6 Wochen); Krebspat. (12)	In der Behandlungsgruppe finden sich signifikante Verbesserungen der Depression und Einstellung zum Körper; stabile Verbesserungswerte bei der FU-Erhebung
Jacobs & Bangert, 2003, 2005	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Psychotherapie (KPT) bei Alkoholkrankheit	quasiexperimentell, keine randomisierte Zuordnung Prä, Post, FU (10 Wochen) Behandlungsgruppe (20) Kontrollgruppe (20)	KPT hochwirksam in allen Indikatoren; allerdings auch positive Effekte in der „Kontrollgruppe“ (die ebenfalls stationär behandelt wurde)
Müller-Hofer, Geiser, Juchli & Laireiter, 2003	Praxisevaluation der „GFK-Methode“ (Klientenzentrierte Körperpsychotherapie)	Begleitung des Therapieprozesses, keine Kontrollgruppe Kl. (34) verschiedene Diagnosen	Signifikante Verbesserungen mit mittleren bis hohen Effektstärken in fast allen Indikatoren „Methodentreue“ der Therapeutinnen und Therapeuten begünstigt den Therapieerfolg
Sachse, 1992, 1995	Wirksamkeit der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ bei psychosomatischen Erkrankungen	Begleitung des Therapieprozesses, keine Kontrollgruppe Kl. (29); psychosomatische Erkrankungen	Hohe Effektivität der Behandlung; Therapieerfolg abhängig von der Prozessgüte, also der Qualität der Umsetzung des Ansatzes

**Anm.:** Die jeweils untersuchten Therapie-Verfahren werden in dieser und in allen folgenden Tabellen in der 2. Spalte im vollen Wortlaut und mit der zugehörigen Abkürzung benannt, in den übrigen Spalten werden nur mehr die Abkürzungen verwendet. Sonstige Abkürzungen: FU = Follow-up-Untersuchung; Kl. = Klientin, Klientinnen, Klient, Klienten; Pat. = Patientin, Patientinnen, Patient, Patienten; Post = Untersuchung nach Therapieende; Prä = Untersuchung vor Therapiebeginn; Th. = Therapeutin, Therapeutinnen, Therapeut, Therapeuten.

## Klienten-/Personzentrierte Therapie im Vergleich mit anderen Verfahren

Der überwiegende Teil der Arbeiten aus diesem Bereich entstammt groß angelegten Forschungsprojekten. Sammet-Hofmann, Stuhr und Meyer (1994), Eyßell, Zeising und Stuhr (1992) und Trettin, Meyer und Stuhr (1994) vergleichen die Klientenzentrierte Therapie mit einer Psychodynamischen Kurztherapie und greifen dabei auf die Daten aus der Hamburger Kurzpsychotherapie-Studie (Meyer, 1981) zurück. In diesem Projekt wurden von 1972 bis 1974 insgesamt 62 Patienten mit analytischer Fokalthherapie oder Klientenzentrierter Therapie behandelt. Eyßell et al. (1992) zeigen auf, dass in der Klientenzentrierten Therapie die Therapeutenhaltung (emotional warm, Konkretheit fördernd, hohe verbale Grundaktivität) sehr eng mit dem Therapieerfolg verknüpft ist, während in der Psychodynamischen Kurztherapie höhere Korrelationen zwischen den Prozessmerkmalen der Klientinnen und Klienten (gefühlsmäßige Nähe erleben können, Akzeptanz der eigenen Gefühle) und dem Therapieerfolg auftraten. Trettin et al. (1994) untersuchten 16 Therapieverläufe darauf, inwieweit sich die Klärung von kritischen Ereignissen als Wirkfaktor in der Psychotherapie erweist. Dabei zeigte sich, dass in den Psychodynamischen Therapien häufiger kritische Ereignisse aufgegriffen wurden, während in den Klientenzentrierten Therapien der psychologische Klärungsgrad der kritischen Ereignisse signifikant höher war. Sammet-Hofmann et al. (1994) versuchten eine detaillierte einzelfallanalytische Beschreibung des interaktionellen Prozessgeschehens. Infolge methodischer Probleme kam es dabei zu keinen verwertbaren Ergebnissen.

Die Studien von Ward et al. (2000), King et al. (2000) und Bower et al. (2000) beziehen sich auf eine große britische Untersuchung, bei welcher die klinische Effektivität allgemeinärztlicher Behandlung („general practitioner care“) und die Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie sowie mit „non-directive counselling“ (in Großbritannien übliche Bezeichnung der Personzentrierten Psychotherapie) von insgesamt 464 depressiven Patienten (überwiegend als „Depression“ oder „Depression und Angst gemischt“ diagnostiziert) verglichen wurden. Im Forschungsdesign fand sowohl die Forderung nach einer randomisierten Zuordnung der Patienten in eine der drei Gruppen wie auch die Präferenz der Patienten für eine bestimmte Behandlung Berücksichtigung: Patienten mit Präferenz erhielten die Behandlung ihrer Wahl; Patienten ohne Präferenz wurden nach Zufallsauswahl einer der drei Gruppen zugeteilt; und bei Patienten, die wohl eine psychotherapeutische Behandlung wünschten, jedoch keine Präferenz für eines der beiden angebotenen Verfahren hatten, erfolgte die Zuteilung zu einer der beiden Gruppen ebenfalls durch Zufallsauswahl. Die Behandlung war in allen drei Verfahren auf maximal 12 Sitzungen begrenzt.

Diese Untersuchung zeigte, dass sich bei Patienten mit depressiven Störungen die Behandlungseffekte der Personzentrierten Therapie nicht von denen der Kognitiven Verhaltenstherapie unterschieden. Beide Verfahren waren am Ende der Behandlungszeit der

rein medizinischen Behandlung durch den Hausarzt überlegen; 12 Monate danach gab es allerdings keinen signifikanten Unterschied mehr: die Effekte der Hausarztbehandlung hatten sich im Katamnesezeitraum an die der Psychotherapie angeglichen. Die Autoren ziehen daraus die Schlussfolgerung, dass durch Psychotherapie Symptomverbesserungen wesentlich schneller und effizienter erzielt werden können.

Von Bower et al. (2000) wurde eine Kostenanalyse zu dieser Untersuchung erstellt. Statistisch bedeutsame Unterschiede fanden sich weder bei den direkten Behandlungskosten noch bei indirekten Gesundheitskosten (Arbeitsausfall). Die Autoren folgern daraus, dass die Psychotherapie von depressiven Patienten nicht mit höheren Kosten einhergeht.

In einer dieser großen britischen Untersuchungen vorangegangenen Studie (Friedli, King, Lloyd, & Horder, 1997) wurde ebenfalls die Wirksamkeit der „Non-direktiven Psychotherapie“ von Patienten mit Depression, Angststörungen oder allgemeiner emotionaler Problematik mit einer rein allgemeinmedizinischen Betreuung verglichen. Es konnten gleichwertige Symptomverbesserungen bei beiden Behandlungsformen festgestellt werden, allerdings zeigten sich die Psychotherapieklientinnen und -klienten wesentlich zufriedener mit ihrer Behandlung.

Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark und Cooper (2006) untersuchten die Wirksamkeit der in 58 Einrichtungen des britischen National Health Service durchgeführten Psychotherapien von 1 309 Klientinnen und Klienten. Dabei wurden die Ergebnisse von Personzentrierter Therapie, Kognitiver Verhaltenstherapie und Psychodynamischer Therapie miteinander verglichen. Das Hauptergebnis ist, dass alle drei Therapieformen mit hohen Effektstärken wirksam sind und sich dabei kaum voneinander unterscheiden. Diese Ergebnisse stützen das sogenannte Äquivalenz-Paradoxon (Meyer, 1990), wonach unterschiedliche Therapieverfahren mit teils sehr unterschiedlichen Menschenbildern dennoch kaum Unterschiede in ihrer Wirksamkeit aufweisen<sup>4</sup>.

Die Untersuchung von Hartmann und Zepf (2002) basiert auf einer 2000/2001 in Deutschland mit Hilfe der Stiftung Warentest durchgeführten Replikation der bekannten Consumer Reports-Studie (Seligman, 1995), bei der die subjektive Bewertung der absolvierten Psychotherapie von insgesamt 1 426 Klientinnen und Klienten analysiert wurde. Bei den dabei genannten Therapieverfahren handelte es sich vor allem um Psychoanalyse, tiefenpsychologische Therapie und Verhaltenstherapie, jedoch nur in geringem Ausmaß um Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Die Autoren verwendeten die Angaben zu Symptombesserung, Veränderung des psychischen Allgemeinbefindens und Zufriedenheit mit der Behandlung als

<sup>4</sup> Eine gekürzte deutsche Fassung der Studie von Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper findet sich in PERSON 11 (2), 105–113.

Parameter, um die Effektivität der Therapieverfahren zu vergleichen. Dabei wurden eine relative Überlegenheit der Psychoanalyse und eine deutliche Unterlegenheit der Gesprächspsychotherapie gegenüber allen anderen Verfahren errechnet. Wir halten letztere Schlussfolgerung allerdings für fragwürdig: Schließlich kann man bei der Befragung von Absolventen kassenrechtlich zugelassener Therapieverfahren keine gültigen Daten über kassenrechtlich nicht zugelassene Verfahren erhalten. In einer Diskussion der Studie (Eckert, 2004) wurde außerdem darauf verwiesen, dass Vergleiche mit der Stichprobe der Gesprächspsychotherapie-Klientel nicht legitim seien; diese würden sich von den anderen Klientenstichproben in mehreren Merkmalen unterscheiden, beispielsweise Stichprobengröße, Finanzierung der Behandlungen (ausschließlich Selbstzahler), unklare berufliche Kompetenz der Therapeuten etc. Verfahren-

übergreifend war das Ergebnis, dass eine supportive Haltung des Therapeuten, Kooperation und Offenheit des Klienten sowie längere Therapiedauer positive Einflussgrößen für die Effektivität der Therapie darstellen, Eingriffe der Kostenträger sowie männliches Geschlecht des Klienten sich jedoch negativ darauf auswirken.

Nach den bisher dargestellten Therapievergleichsstudien, die mit relativ großen Stichproben arbeiten, gilt es auch noch eine kleinere Untersuchung zu referieren. Arnold (1992) hat Therapieeffekte und Therapieverlauf von Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa verglichen. Diese Studie ist aber nur von begrenzter Aussagekraft, da die Autorin die einzige Therapeutin in der Untersuchung war und die Therapien in beiden Therapieverfahren selbst durchgeführt hat.

**Tab. 2: Klienten-/Personzentrierte Therapie im Vergleich mit anderen Verfahren**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Bower, Byford, Sibbald, Ward, King, Lloyd & Gabbay, 2000	Vergleich der Kosten bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4, 12 Monaten) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede Die Kosten der Behandlung sind gleich
Eyßell, Zeysing & Stuhr, 1992	Prozess-Erfolgsforschung durch Vergleich von Psychodynamischer Kurztherapie (PT) und Klientenzentrierter Therapie (CC)	quasiexperimentell PT (12), CC (13) (jeweils ein Ausschnitt aus zwei verschiedenen Sitzungen im mittleren Teil der Therapie) psychoneurotische und psychosomatische Ambulanz-Pat.	Keine Unterschiede bei Selbstexploration, Intensität der Auseinandersetzung und Akzeptieren der eigenen Gefühle CC-Th.: mehr Th.-äußerungen, emotionale Wärme, Konkretheit und Empathie Passives Verhalten der PT-Th. und aktives Verhalten der CC-Th. zeigen Effekte Therapieeffekte hängen in PT stärker mit Kl.-merkmalen, in CC stärker mit Prozessmerkmalen der Th. zusammen
Friedli, King, Lloyd & Horder, 1997	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP) und kurzer „non-directive psychotherapy“ (CC) bei gemischten Störungsbildern	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (66) CC (70) Prä, FU (3 Monate, 9 Monate) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Gruppen verbesserten sich signifikant Die CC Gruppe berichtete über eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung
Hartmann & Zepf, 2002	Befragung von 1426 Patienten zu ihrer psychotherapeutischen Behandlung (Replikation der Consumer Reports Study) in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie (TP), Psychoanalyse (PA), Verhaltenstherapie (VT), Klientenzentrierter Psychotherapie (CCT) und anderen Verfahren (AV).	naturalistisch; Fragebogenerhebung TP (469), PA (284), VT (238), CCT (119), AV (290) verschiedene Diagnosen	In Deutschland anerkannte Verfahren (TP, PA, VT) effektiver als nicht anerkannte Verfahren Supportive Haltung des Th., Kooperation und Offenheit beim Pat. und längere Therapiedauer beeinflussen Effektivität positiv; Eingriffe in die Behandlung durch Kostenträger und männliches Geschlecht beeinflussen Effektivität negativ
King, Sibbald, Ward, Bower, Lloyd, Gabbay & Byford, 2000	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4, 12 Monate) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen (auch GP verbessert) Zufriedenheit der Pat. ist in der ND Gruppe am höchsten

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/ Stichprobe	Hauptergebnisse
Sammet-Hofmann, Stuhr & Meyer, 1994	Detaillierte einzelfallanalytische Beschreibung des interaktionellen Therapieprozessgeschehens durch eine Zeitreihenanalyse von 3 Psychodynamisch-konfliktzentrierten (PT) und 2 Klientenzentrierten (CC) Therapien	hypothesengenerierende Einzelfallstudie CC (2), PT (3) 21–30 Messzeitpunkte (jede 3. Stunde, jeweils 3 Messzeitpunkte) 21 bis 30 Therapiesitzungen	Prozessimmanent wenige längerfristige Änderungen im Pat.- und Th.-verhalten Kaum Wechselwirkungen im Verhalten der Interaktionspartner
Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark, & Cooper, 2006	Vergleich von „cognitive-behavioural therapy“ (CBT), „person-centred therapy“ (PCT) und „psychodynamic therapy“ (PDT), weiters diese Behandlungsmethoden kombiniert mit einem zusätzlichen Ansatz (z. B. integrativ, systemisch, supportiv, Kunsttherapie etc.) CBT+1, PCT+1, PDT+1	quasiexperimentell, keine randomisierte Zuordnung CBT (298), PCT (332), PDT (122), CBT+1 (181), PCT+1 (249), PDT+1 (127) Prä, Post verschiedene Diagnosen	Signifikante Verbesserungen in allen Gruppen mit hohen Effektstärken Gruppen mit kombinierten Methoden leicht besser
Trettin, Meyer & Stuhr, 1994	Prozess-Effizienz-Studie inwieweit das Einbringen „kritischer Ereignisse“ und deren psychologische Klärung mit einem positiven Therapieergebnis einhergeht im Vergleich von Psychodynamischer (PT) und Personzentrierter (CC) Kurztherapie	quasiexperimentell CC (8), PT (8), die jeweils einen von 8 Typen von Therapieverläufen repräsentieren Prä, Post, FU (3 Monate, 9 Monate, 12 Jahre) psychoneurotische und psychosomatische Ambulanz-Pat.	In PT wurden häufiger kritische Ereignisse eingebracht, in CC höhere Grade von psychologischer Klärung erreicht In von Behandlern als „gut“ eingeschätzten Sitzungen und in den „Verbesserer“-Verläufen fanden sich in beiden Therapieformen häufiger kritische Ereignisse
Ward, King, Lloyd, Bower, Sibbald, Farrelly, Gabbay, Tarrier & Addington-Hall, 2000	Vergleich der Effekte bei der Behandlung durch praktische Ärzte (GP), „cognitive-behaviour therapy“ (CBT) und „non-directive counselling“ (ND) bei depressiven Pat.	experimentell, randomisierte Zuordnung GP (67), CBT (215), ND (180) Prä, Post, FU (4 Monate, 12 Monaten) 6 bis 12 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Psychotherapien sind wirksamer als die medizinische Behandlung Nach 12 Monaten bestehen keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen (auch GP verbessert) Zufriedenheit der Pat. ist in der ND Gruppe am höchsten

## Prozess-Experienzielle bzw. Emotions-Fokussierte Therapie

Die Process-Experiential Therapy bzw. Emotion-Focused Therapy wurde von Greenberg, Rice, Johnson und anderen im Rahmen eines mittlerweile über 40 Jahre laufenden Programms der Psychotherapieforschung entwickelt. Der Schwerpunkt der Forschung besteht hier darin, durch genaue Mikroanalysen von Therapeut-Klient-Interaktionen diejenigen Prozesse (z. B. „significant events“) zu erfassen, die therapeutische Veränderung auslösen oder bewirken. Von daher ergab sich eine besondere Konzentration auf das innere Erleben („experiencing“) des Klienten und dabei besonders auf die problematischen Erlebensmuster (Schemata) und deren Reorganisation. Einen theoretischen Hintergrund bildet dabei die Emotionspsychologie, vor allem das Konzept der emotional-kognitiven Schemata – vorbewusster Strukturen, mittels derer wir emotionale, kognitive und sinnliche Information verarbeiten („information-processing“) und die persönliche Bedeutung unseres laufenden Erlebens konstruieren. Für die therapeutische Arbeit an der Exploration inneren Erlebens hat Greenberg Elemente der Gestalttherapie nach Perls (vor allem für den aktiven Ausdruck inneren Erlebens) in die Klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers mit einbezogen.

Elliott et al. (1996) entwarfen einen theoretischen Hintergrund zum Verständnis von posttraumatischen Belastungsstörungen aus prozess-experienzieller Sichtweise. Im experimentellen Teil dieser Pilotstudie verglichen die Autoren den Prozess-Experienziellen Ansatz mit Kognitiver Verhaltenstherapie. Dabei erwiesen sich die Experienziellen Therapeuten in ihrer Selbsteinschätzung deutlich „ansatzkonformer“ als die Verhaltenstherapeuten gegenüber ihren Behandlungsprinzipien. Dies kann so verstanden werden, dass der verhaltenstherapeutische Ansatz die prozess-experienziellen Behandlungsprinzipien durchaus inkludieren bzw. integrieren kann, was umgekehrt offensichtlich nicht der Fall ist.

Paivio und Greenberg (1995) belegten die Wirksamkeit der Experienziellen Therapie bei Personen mit unaufgelösten Problemen gegenüber wichtigen Bezugspersonen: Hierbei handelte es sich vorwiegend um Missbrauch, Verlassenwerden oder massive emotionale Vernachlässigung durch frühe Bezugspersonen, zum geringeren Teil um Verlust eigener Kinder oder Verlassenwerden durch Partner. Bei dieser Studie wurden die Ergebnisse der Therapiegruppe mit denen einer psychoedukativen Gruppe („attention-placebo“; keine Therapie, nur Erörterung von Informationen zum Thema) verglichen. Die Effektstärken der Therapiegruppe sind bedeutsam und vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Wirksamkeitsstudien (Lampert, Shapiro & Bergin, 1986), die Verbesserungen ließen sich auch noch ein Jahr später nachweisen.

In der Arbeit von Shear, Houck, Greeno und Masters (2001) wurden Kognitive Verhaltenstherapie, „Emotional-Focused Therapy“, eine rein medikamentöse Behandlung (Imipramine) und eine Placebobehandlung in puncto Effektivität verglichen. Bei der „Emotional-Focused Therapy“ handelte es sich allerdings um eine im

Rahmen der Studie entwickelte manualisierte Behandlungsform der Kontrollgruppe, die keinen Bezug zu den Konzepten von Rogers oder Greenberg und Elliott aufweist.

Eindeutige empirische Belege für die Wirksamkeit von Prozess-Experienzieller Therapie und von Kognitiver Verhaltenstherapie bei 66 depressiven Probanden lieferten Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos und Steckley (2003). Beide Behandlungsformen führten zu signifikanten Verbesserungen. Allerdings berichteten die Klienten in der prozess-experienziellen Gruppe über eine deutlichere Entspannung bei interpersonalen Problemen als die Probanden der kognitiv-behavioralen Gruppe.

Auch Watson und Geller (2005) verglichen Prozess-Experienzielle Therapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie und untersuchten, inwiefern die von den Klienten wahrgenommenen Haltungen der Therapeuten die Qualität des Arbeitsbündnisses beeinflussen und in welchem Verhältnis beide Faktoren zum Therapieergebnis stehen. Die von den Klienten erlebten therapeutischen Haltungen bestimmten bei beiden Therapieformen die Qualität des Arbeitsbündnisses und über dieses das Ausmaß des Therapieerfolgs. Dies bedeutet, dass eine vom Klienten wahrgenommene positive Therapeut-Klient-Beziehung ansatzübergreifend ausschlaggebend für den Erfolg von Therapien ist. Die Studie ergab keine Unterschiede zwischen beiden Therapieverfahren bezüglich der Wirksamkeit, die Klienten der Prozess-Experienziellen Therapie gaben jedoch an, ein höheres Maß an Wertschätzung erfahren zu haben.

Greenberg und Watson (1998), Pos, Greenberg, Goldman und Korman (2003) sowie Weerasekera, Linder, Greenberg und Watson, (2001) werteten eine Studie aus, bei der 34 depressive Klientinnen und Klienten entweder mit Prozess-Experienzieller oder mit einer ursprünglichen Form von Klientenzentrierter Psychotherapie behandelt wurden. Im Zentrum der Untersuchung stand eine Vielzahl von Prozessfaktoren in ihrem Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Von der Wirksamkeit her unterschieden sich die beiden Behandlungsgruppen nicht im Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptomatik bei Behandlungsende und nach einer 6-Monats-Katamnese. Die Prozess-Experienzielle Psychotherapie zeigte jedoch eine vergleichsweise größere Symptomverbesserung zur Mitte der Behandlung sowie bei Behandlungsende deutlichere Effekte beim Selbstwertgefühl und bei der Reduktion interpersonaler Probleme. Die Autoren schließen daraus, dass die Hinzunahme „prozessdirektiver“ Interventionen zu den beziehungsorientierten Grundhaltungen einer „reinen“ Klientenzentrierten Therapie die Besserung depressiver Symptomatik beschleunigt. Diese Hypothese wurde bestätigt durch eine nachfolgende Untersuchung von Goldman, Greenberg und Angus (2006), bei welcher 38 Klientinnen und Klienten mit der Diagnose Major Depression vergleichend mit Klientenzentrierter Therapie oder Emotions-Fokussierter Therapie behandelt wurden. Beide Therapieformen erwiesen sich als sehr wirksam, es

zeigten sich aber durchgängig stärkere Symptom-Verbesserungen beim Einbezug spezifischer Vorgehensweisen der Emotions-Fokussierten Therapie in die Klientenzentrierte Therapie.

**Tab. 3: Prozess-Experienzielle bzw. Emotions-Fokussierte Therapie**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Elliott, Sutor, Manford, Radbour-Markert, Siegel-Hinson, Layman & Davis, 1996	Prozess-Experienzieller Ansatz (PE) bei Post-traumatischen Belastungsstörungen; dabei Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie (CBT)	Pilotstudie: 2 Falldarstellungen Daten zu 10 CBT-Sitzungen und 30 PE-Sitzungen	Ansatzkonforme Selbsteinschätzung der PE-Th., während CBT-Th. keine höheren Werte auf CBT-Skalen aufwiesen
Goldman, Greenberg & Angus, 2006	Untersuchung der Effekte der Ergänzung von Klientenzentrierter Therapie (CC) mit Elementen der Emotions-Fokussierten Therapie (EFT) bei major depression (Replikation der Studie von Greenberg & Watson, 1998)	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (19), CC (19) Prä, nach 8. Sitzung, Post 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen gleich wirksam bzgl. Symptomminderung, interpersonaler Probleme und Selbstwert EFT bewirkt jeweils stärkere Verbesserungen
Greenberg & Watson, 1998	Vergleich der Effektivität von Prozess-Experienzieller Therapie (PE) und Klientenzentrierter Therapie (CC) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen gleich wirksam PE deutlichere Effekte in der Mitte der Behandlung und am Ende größere Effekte beim Selbstwertgefühl und bei der Reduktion interpersonaler Probleme
Paivio & Greenberg, 1995	Vergleich der Effektivität von Prozess-Experienzieller Therapie (PE) und Psychoedukation (PED) bei ungelösten Problemen mit Bezugspersonen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), PED (17) Prä, Post, FU (4 Monate, 1 Jahr) 12 bis 14 Sitzungen (wöchentlich)	Signifikante Verbesserung in allen Effektivitätsmaßen bei PE im Unterschied zu PED
Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003	Bedeutung der Tiefe der emotionalen Verarbeitung „in two brief experiential therapies“ (PE = process-experiential und CC = client-centered) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Die emotionale Verarbeitungsfähigkeit verbesserte sich während der Therapie und ist ein guter Prädiktor für Symptomreduktion und Steigerung des Selbstwertgefühls
Shear, Houck, Greeno & Masters, 2001	Vergleich der Effektivität von „cognitive behavior therapy“ (CBT), Imipramine (I), Placebo (P) und „emotion-focused psychotherapy“ (EFT) bei Panikstörungen	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (36), I (24), P (23), EFT (30) Prä, Post, FU (6 Mon.) 3 Monate (eine Stunde wöchentlich)	In den Gruppen CBT und Imipramine signifikant mehr „Responders“ und signifikante Verbesserung der Symptomatik gegenüber EFT Bei EFT selten Behandlungsabbrüche (hohe Motivation)
Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003	Vergleich der Effektivität von „cognitive-behavioral therapy“ (CBT) und „process-experiential therapy“ (PET) bei Depressionen	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (33), PET (33) Prä, Post 16 Sitzungen (wöchentlich)	In beiden Therapiegruppen signifikante Verbesserung der Symptome, des Selbstwertgefühls und dysfunktionaler Einstellungen; bei PET signifikante Verbesserung bei interpersonellen Problemen
Watson & Geller, 2005	Korrelation von erlebtem Therapeutenverhalten, therapeutischer Allianz und Therapieergebnis bei „process-experiential therapy“ (PET) und „cognitive-behavioral therapy“ (CBT)	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (33), PET (33) Depressive Personen; Prä, Post 16 Sitzungen (wöchentlich)	Erlebtes Th.-verhalten bestimmt die therapeutische Allianz; beides bestimmt Therapieerfolg; PET-KL. fühlten sich mehr wertgeschätzt
Weerasekera, Linder, Greenberg & Watson, 2001	Untersuchung des Arbeitsbündnisses bei Klientenzentrierter (CC) und Prozess-Experienteller Therapie (PE) bei depressiven Personen	experimentell, randomisierte Zuordnung PE (17), CC (17) Prä, nach 8. Sitzung, Post, FU (6 Monate) 16 bis 20 Sitzungen (wöchentlich)	Früh erhobene Werte zur therapeutischen Allianz sind geeignet, Therapieergebnisse vorherzusagen; die therapeutische Allianz wird nicht vom Ausmaß an Depression vor der Therapie beeinflusst



## Emotions-Fokussierte Paar-Therapie

Bei der Emotion-Focused Therapy for Couples (EFT) handelt es sich um eine relativ strukturierte Form von Paar-Psychotherapie, die Susan Johnson und Mitarbeiterinnen im Rahmen des Emotions-zentrierten Ansatzes von Greenberg entwickelt haben. Hier wird davon ausgegangen, dass die meisten Partnerschaftskonflikte, die Paare zu einer Therapie motivieren, die Struktur eines sich laufend verstärkenden negativen Interaktionszyklus („Teufelskreis“) aufweisen. Die durch diese Interaktionszyklen bei den Partnern aktivierten emotionalen Schemata können in einer Atmosphäre, die von den Rogers'schen Therapiebedingungen geprägt ist, wahrgenommen und verändert werden<sup>5</sup>. Carl Rogers' Tradition folgend wurde die Entwicklung von EFT von Anfang an durch empirische Untersuchungen begleitet und evaluiert. Die ersten, hier nicht angeführten Studien zur EFT sind vor dem gewählten Referenzzeitraum 1991–2008 durchgeführt und publiziert worden. Sämtliche Studien – nahezu ausschließlich mit Kontrollgruppen (Wartegruppen) und randomisierter Gruppenzuordnung durchgeführt – bestätigen der EFT eine statistisch wie auch klinisch signifikante Wirksamkeit. Unter den vielen verwendeten Untersuchungsinstrumenten erwies sich das Ausmaß der Veränderung an Paar-Zufriedenheit, gemessen an den Scores der Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1976) als aussagekräftigster Parameter. Beachtenswert ist, dass die positiven Therapieergebnisse bei einer relativ geringen Anzahl therapeutischer Sitzungen (meist zehn) erzielt werden konnten.

Vier der gewählten Studien stellen Therapievergleiche an; zwei davon vergleichen EFT mit einer anderen Paartherapie (Systemische Therapie mit „reflecting team“ bzw. „kognitive Ehe-Therapie“). Die EFT-Behandlung von Paaren mit depressiver Partnerin wurde mit einer rein medikamentösen Behandlung verglichen, während die EFT-Behandlung von Familien mit einer bulimischen Jugendlichen einer verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für Bulimikerinnen gegenüber gestellt wurde.

Alle hier untersuchten Therapieformen erbrachten gleichwertige signifikante Verbesserungen. Bei der Vergleichsstudie mit der Systemischen Therapie erwiesen sich die Verbesserungen zum Katamnese-Zeitpunkt bei EFT leicht rückläufig. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu jenem der Vergleichsstudie mit der Kognitiven Egetherapie sowie generell zu sehr vielen Ergebnissen Person-

zentrierter Therapien, die zum Teil starke weitergehende Verbesserungen nach dem Abschluss der Therapie belegen. Die Abweichung bei der Vergleichsstudie mit der Systemischen Therapie wird damit erklärt, dass die Klienten die Therapie in den beiden Therapieverfahren *qualitativ* unterschiedlich erlebt hätten. Die Klientenpaare der Systemischen Therapie gaben an, dass ihnen besonders die engagierten Bemühungen des Therapeutenteams (reflecting team) um neutrale bis provokative Erklärungen der Paar-Interaktionen geholfen hätten, während die Klienten der sehr empathisch erlebten EFT-Therapeuten in besonderer Weise emotionale Befreiung und Gewahrwerden ihrer eigenen Sensibilität erlebten. Das Autorenpaar folgert daraus, dass stärker zerstrittene Paare von einem weniger emotions-zentrierten Verfahren mehr profitieren bzw. dass die Arbeit mit den Emotionen und inneren Motiven bei solchen Paaren einen größeren Zeitaufwand erfordert. Bei der Vergleichsstudie mit der kognitiven Egetherapie stiegen im Katamnese-Zeitraum die Verbesserungen bei den EFT-Klienten in allen Kategorien weiter an, während sie sich bei den Klienten der kognitiven Therapie als rückläufig erwiesen. Erklärt wird dies damit, dass eine vorwiegend *kognitive* Reflexion des Paar-Verhaltens und -Erlebens nicht so nachhaltig wirksam sein kann wie die forcierte Exploration der *emotionalen* Motive.

Vier der hier vorliegenden Studien haben neben der generellen Wirksamkeit auch die spezifischen Auswirkungen der EFT bei Paaren mit spezifischer Problematik untersucht. Dabei handelte es sich um Paare mit einem chronisch kranken Kind, um Familien mit einer bulimischen Jugendlichen und um Paare, bei welchen die Partnerinnen an Mangel an sexuellem Verlangen litten. In allen Fällen ließen sich neben der generellen Wirksamkeit auch befriedigende Ergebnisse hinsichtlich der spezifischen Problematik feststellen. Dabei zeigten sich deutlicher gewisse Vorzüge wie auch Schwachstellen der EFT. Die EFT, die ja speziell auf Bindungsbedürfnisse und affektive Prozesse fokussiert, eignet sich demnach hervorragend dazu, Paaren, die mit großer Sorge, Ärger oder Trauer über die eigenen Kinder belastet sind, zu einem konstruktiven Umgang mit diesen Gefühlen zu verhelfen. Aus dem gleichen Grund kann EFT das Bindungsverhalten von bulimischen Jugendlichen und ihren Eltern nachhaltig verändern – vorausgesetzt, dass diese Jugendlichen überhaupt mit dem Einbeziehen der Familie in die Therapie einverstanden sind (40% der für die Studie angefragten Probandinnen lehnten dies ab, wobei 32% die Störung vor der eigenen Familie geheim hielten). Andererseits zeigen mehrere Studien, dass Paare mit stärker ausgeprägtem „marital distress“ relativ weniger von der Therapie profitieren. Die Autorinnen folgern daraus, dass Paare mit größerem „marital distress“ wohl einer längeren Behandlung (als nur 10 Stunden wie bei diesen Studien) bedürfen. Johnson und Greenberg (1995) erachten daher folgerichtig eine Dauer von 20 Sitzungen als optimal für EFT.

5 Die EFT ist in neun aufeinander aufbauenden Schritten strukturiert. Nachdem zunächst die Probleme des Paares dargestellt werden, gilt es in der Folge die dabei erkennbaren negativen Verhaltens- und Erlebenszyklen zu identifizieren. In einem nächsten Schritt werden dann die hinter den jeweiligen interaktionellen Positionen liegenden, meist unbewussten Wünsche, Bedürfnisse und Nöte der Partner exploriert und die vorher identifizierten problematischen Reaktionsweisen von diesen Motiven her umformuliert und neu verstanden. Wesentlich ist dabei, dass sich die interaktionellen Positionen der Partner verändern, wenn sie ihre Bedürfnisse offen und ungeschützt vertreten und annehmen können. Der nun offenere Umgang miteinander sollte abschließend gefestigt und in die gesamte Kommunikation des Paares integriert werden.

Johnson und Talitman (1997) untersuchten in erster Linie Prognosefaktoren für den Erfolg von EFT. Das Ergebnis: Es besteht keine signifikante Korrelation von Therapieerfolg und Klienten-Faktoren wie Alter, Traditionalität, Bindungsverhalten, Ausmaß an Selbstöffnung und Ausmaß an gegenseitigem Vertrauen; den wichtigsten Prognosefaktor für diverse Erfolgs-Variablen stellt die Qualität der „therapeutic alliance“ (hier gemessen nach der 3. Sitzung) dar. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der

internationalen Psychotherapieforschung (Orlinsky, Rønnestad und Willutzki, 2004). Bei einer Aufschlüsselung des Therapeuten-Verhaltens (ob es als bond-orientiert, goal-orientiert oder task-orientiert wahrgenommen wurde) zeigte sich außerdem, dass die Betonung der therapeutischen *Aufgabe* (bei EFT also die Konzentration auf die Exploration der emotionalen Motive hinter dem Paarkonflikt) als wesentlichster Aspekt für die Qualität der Therapiebeziehung anzusehen ist.

**Tab. 4: Emotions-Fokussierte Paar-Therapie**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Dandeneau & Johnson, 1994	Vergleich der Effekte von Emotions-Fokussierter Paar-Therapie (EFT) und „cognitive marital therapy“ (CMT) für Paare ohne „marital distress“	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (12 Paare), CMT (12 Paare), Kontrollgruppe (12 Paare) Prä, Post, FU (10 Wochen) 6 Sitzungen (1,5 Stunden wöchentlich)	Beide Therapieverfahren verbessern (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Intimität Bei EFT weitere Verbesserung bzgl. Intimität und Paar-Zufriedenheit bei FU-Erhebung
Desaulles, Johnson & Denton, 2003	Wirksamkeit von EFT bei major depression der Partnerin im Vergleich mit medikamentöser Behandlung	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (7 Paare), med. Behandl. (5 Paare) Prä, Mitte, Post, FU (3 Monate, 6 Monate) 14 Sitzungen EFT, dazu 2 Einzelsitzungen	Sowohl EFT wie rein medikamentöse Behandlung bewirken ausreichende Symptomreduktion Bei EFT weitere Verbesserung im FU
Goldman & Greenberg, 1992	Vergleich von EFT und „integrated systemic therapy“ mit reflecting team (IST) für Paare mit „marital distress“	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (14 Paare), IST (14 Paare), Kontrollgruppe (14 Paare) Prä, Post, FU (4 Monate) 10 Sitzungen (1 Stunde wöchentlich)	Beide Therapieverfahren verbessern (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Paar-Zufriedenheit, Konfliktlösung und Erreichen von subjektiven Zielen Bei EFT leichter Rückgang im FU
Gordon-Walker, Johnson, Manion & Cloutier, 1996	Wirksamkeit von EFT für Paare mit einem chronisch kranken Kind	experimentell, randomisierte Zuordnung EFT (16 Paare), Kontrollgruppe (16 Paare) Prä, Post, FU (5 Monate) 10 Sitzungen (1,5 Stunden)	Verbesserung (im Vergleich zur Kontrollgruppe) bzgl. Paar-Zufriedenheit und Intimität sowie im Kommunikationsstil der Paare
Johnson, Maddeaux & Blouin, 1998	Wirksamkeit von „emotionally focused family therapy“ (EFFT) bei Familien mit bulimischen Jugendlichen im Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapiegruppe (CBT)	Pilotstudie, randomisierte Zuordnung EFFT (9 Familien), CBT (4 Jugendliche) Prä, Post 10 Sitzungen (wöchentlich)	Beide Therapieformen erfolgreich bzgl. Symptomreduktion Hinweise, dass EFFT Bindungsverhalten verändern kann
Johnson & Talitman, 1997	Prädiktoren für den Erfolg von EFT bei Paaren mit „marital distress“	quasiexperimentell: Paare (34) Prä (nach 3.Sitzung), Post, FU (3 Monate) 12 Sitzungen (1,25 Stunden wöchentlich)	therapeutic alliance ist Prädiktor für Erfolg von EFT, speziell deren task-dimension korreliert mit Paar-Zufriedenheit am Ende Vertrauen der Frau in Partner korreliert mit Paar-Zufriedenheit und Intimität des Mannes am Ende
MacPhee, Johnson & Van der Veer, 1995	Wirksamkeit von EFT bei Partnerinnen mit mangelndem sexuellen Verlangen; Vergleich mit EFT aus anderem Therapiemotiv	experimentell, randomisierte Zuordnung mangelndes sexuelles Verlangen (25 Paare), anderes Motiv (24 Paare), Kontrollgruppe (15 Paare) Prä, Post, FU (3 Monate) 10 Sitzungen (wöchentlich)	Mäßige Veränderungen (im Vergleich zur Kontrollgruppe) Deutliche Veränderung bzgl. sexuellem Verlangen und depressiver Symptome bei Frauen mit weniger „marital distress“ zu Beginn

## Kindzentrierte Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen

Besonders in den USA registriert man ein wachsendes Interesse an der Erforschung der Effektivität von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, allerdings liegen deutlich weniger Forschungsarbeiten als zur Erwachsenentherapie vor. Auch im deutschsprachigen Raum ist ein gewisser Nachholbedarf feststellbar, und dieser wird auch zunehmend gedeckt (Beelmann & Schneider, 2003). Sowohl für den amerikanischen als auch für den deutschsprachigen Raum gibt es neuere Metaanalysen, die im vorliegenden narrativen Review berücksichtigt werden (Beelmann & Schneider, 2003; Bratton, Raya, Rhinea & Jones, 2005; Miller, Wampold & Varhely, 2008). Die Effektivitätsstudien von Klaus (1991) und von Schmidtchen, Hennies und Acke (1993) berücksichtigten jeweils eine Kontrollgruppe und untersuchten sowohl Einzeltherapie als auch ein gruppentherapeutisches Setting. Beide Studien stellten signifikante Besserungen der Gesamtstörung bzw. der familialen und sozialen Anpassungsfähigkeit der Kinder fest – Effekte, die sich im Follow-Up noch weiter verstärkten. Klaus (1991) berichtete auch von einer Verbesserung der schulischen Leistung der therapeutisch behandelten Kinder. Bei den neueren Studien von Muro, Ray, Schottelkorb, Smith und Blanco (2006) zu langfristigen kindzentrierten Einzeltherapien und Jenny, Goetschel, Köppler und Samson (2007) zur Klientenzentrierten Kindertherapie in Gruppen handelt es sich um explorative Evaluationen ohne Berücksichtigung einer Kontrollgruppe. Auch hier wurden statistisch signifikante Verbesserungen mit hohen Effektstärken für die erhobenen Variablen nachgewiesen. In der Prozessanalyse von Schmidtchen, Acke und Hennies (1995) lassen sich Belege dafür finden, dass relevante Aspekte der Spielsituation wie etwa Spieltiefe in Zusammenhang mit der Aktivierung von Erfahrungsepisoden und damit verbundenen Gefühlen eine unterschiedliche Funktion im Heilungsgeschehen bekommen können. Heilungsprozesse traten über den gesamten Therapieverlauf auf, phasenspezifischen Besonderheiten waren nicht auszumachen.

In die Metaanalyse von Beelmann und Schneider (2003) fanden 47 Behandlungs-Kontrollgruppen-Vergleiche von Effektivitätsstudien aus dem deutschsprachigen Raum Eingang, die zwischen 1952 und 2000 publiziert wurden. Es ergab sich eine mittlere Effektstärke (ES) von 0.54. Zu diesem guten Gesamtergebnis haben vor allem verhaltensmodifikatorische Techniken bei Angststörungen, Kognitiv-behaviorale Therapie bei Lernstörungen und Klientenzentrierte Spieltherapie bei „unklarer Indikation“ beigetragen. Dabei unterscheiden sich behaviorale und nicht-behaviorale Therapien nicht signifikant voneinander; Fragen nach einer differenziellen Indikation und daraus resultierende therapeutische Maßnahmen können daher nicht schlüssig beurteilt werden. Bei einer durchschnittlichen Anzahl von 14 Therapiesitzungen war der Behandlungsumfang hier insgesamt eher geringer, bei verhaltensmodifikatorischen und spieltherapeutischen Sitzungen fiel er mit durchschnittlich 19 Sitzungen etwas höher aus. Zu den fehlenden signifikanten

Wirksamkeitsunterschieden zwischen verschiedenen Therapieverfahren – speziell zwischen behavioralen und nicht-behavioralen Ansätzen – stellten die Autoren relativierend fest, dass „die relativ positiven Befunde nicht-behavioraler Therapien im wesentlichen auf die günstigen Ergebnisse der klientenzentrierten Spieltherapie zurückzuführen sind. In der Tat scheint diese Therapieform neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine günstige Bewertung verdient zu haben, auch aufgrund ihrer elaborierten und modernen entwicklungspsychologischen Fundierung“ (Beelmann & Schneider 2003, S. 139). Bezogen auf die gesamte Forschung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird insgesamt aber ein Überhang von einzelfallbezogenen und unkontrollierten Studien festgehalten.

Die Metaanalyse von Bratton et al. (2005) bezog 93 zwischen 1953 und 2000 publizierte Studien ein. Über diese Studien wurden 3.248 Kinder mit einem Altersdurchschnitt von sieben Jahren erfasst, rund zwei Drittel davon waren Jungen. Der durchschnittliche Behandlungseffekt der spieltherapeutischen Intervention wies eine Effektstärke von 0.80 auf. Dabei waren die Effekte der „humanistic-nondirective“ Zugänge jenen der „nonhumanistic-directive“ (inkl. kognitiv-behavioralem Programm) statistisch abgesichert überlegen (mittlere ES: 0.92 vs. 0.71). Jene Behandlungsformen, bei denen die Eltern der behandelten Kinder in den Behandlungsverlauf einbezogen wurden („filial therapy“ – Eltern als „angelernte“ und supervidierte Therapeuten), verzeichneten die größten Effekte (mittlere ES: 1.15). Anders als bei früheren Metaanalysen wurden hier auch nichtpublizierte Studien aufgenommen. Damit reagierte man auf eine häufige Kritik an früheren Metaanalysen, die dominant nur publizierte Studien verwendeten und durch die „Schubladisierung“ von Studien mit geringen Effekten einen Bias erhielten, der zu einer Überschätzung der Effektivität führte. Tatsächlich ergab ein Vergleich von publizierten und nichtpublizierten Studien eine statistisch abgesicherte Überlegenheit der publizierten Studien in der mittleren Effektstärke (1.04 vs. 0.77). Ein weiterer in dieser Metastudie analysierter Aspekt bezog sich auf die Dauer der Therapie: Eine geringere Anzahl von Therapiesitzungen (< 14 Sitzungen) steht in Beziehung zu einer geringeren Effektstärke. Ein optimaler Behandlungseffekt scheint bei 35 bis 40 Sitzungen erreicht zu sein; wird dieser Bereich über- oder unterschritten, schwächen sich diese Effekte ab. Dieses Ergebnis kommt der aus den Ergebnissen einer früheren Metaanalyse abgeleiteten Empfehlung sehr nahe (LeBlanc & Ritchie, 2001), einen Behandlungsumfang von 30 bis 35 Sitzungen anzusetzen. Hinsichtlich der optimalen Sitzungsfrequenz gibt es eine wichtige Ausnahme: Kinder in akuten Krisen (z. B. Missbrauchsopfer, Opfer häuslicher Gewalt oder Opfer von Naturkatastrophen) können von einer spieltherapeutischen Behandlung auch bei geringerer Sitzungsfrequenz (durchschnittlich sieben Sitzungen) stark profitieren. Kinder scheinen auf eine Behandlung besonders schnell anzusprechen, wenn sie diese in der Zeit der akuten Krise erhalten.

Die in der Metaanalyse von Bratton et al. (2005) festgestellte Überlegenheit der „humanistic-nondirective“ Spieltherapien – hier vor allem durch Klientenzentrierte Spieltherapie und Filialtherapie repräsentiert – sollte allerdings mit einer Interpretationseinschränkung betrachtet werden: In dieser Studie wurde die Forscher-Loyalität gegenüber einer untersuchten Methode nicht kontrolliert.

Höllkamp und Behr (2008) führten eine vergleichende Analyse von sieben schulübergreifenden Metaanalysen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie durch. Sie belegten in ihrer Arbeit (a) eine grundsätzliche Wirksamkeit von Kinder- und Jugendpsychotherapie sowie (b) eine Überlegenheit von personenzentrierten und behavioralen Verfahren mit jeweils gleicher Wirksamkeit und mittleren bis hohen Effektstärken und (c) eine beeindruckend hohe Wirksamkeit von Spieltherapie mit Elternbeteiligung (Filialtherapie).

Miller, Wampold und Varhely (2008) führten eine spezielle Metaanalyse zu der Fragestellung durch, ob es Unterschiede in der Effektivität von Behandlungsmethoden gibt, die bei typischen Störungsbildern von Kindern und Jugendlichen angewandt wurden. Hierfür wurden zwischen 1980 und 2005 publizierte Studien einbezogen. Die untersuchten Kinder waren 18 oder jünger und homogen bezüglich einiger typischer Probleme bzw. Diagnosen dieser Altersgruppe (Depression, Angst, Hyperaktivität etc.). Die Studien führten jeweils einen Vergleich von zwei oder mehreren

Behandlungsmethoden durch. Dabei wurden geringfügige Unterschiede bei den verglichenen Behandlungsmethoden festgestellt, die jedoch in starker Beziehung zur Forscherloyalität („allegiance“) standen; nach der Kontrolle der Forscherloyalität gab es keine Evidenz mehr für die zuvor geringfügigen Unterschiede. Das Ergebnis wurde im Sinne der Äquivalenz-Hypothese interpretiert, nach der verschiedene Behandlungsformen bezüglich ihrer generellen Effektivität gleichwertige Ergebnisse zeigen.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse der hier referierten Studien dafür, dass Klientenzentrierte Spieltherapie und Psychotherapie mit Jugendlichen (a) unbestritten zu den durch empirische Studien identifizierten effektiven Behandlungsmethoden gehören, (b) im Vergleich zu anderen – speziell verhaltenstherapeutischen – Methoden zumindest als gleichwertig zu beurteilen sind und (c) speziell bei diagnostisch inhomogener Klientel vielversprechend sind und ihre Stärken aufweisen. Insbesondere der letzte Punkt – die Ansprechbarkeit einer diagnostisch inhomogenen Klientel – verweist auf eine hohe Versorgungsrelevanz der Klientenzentrierten Spieltherapie: Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen sind Behandlungsmethoden, deren Wirksamkeit wiederholt wissenschaftlich belegt wurde. Sie sind in der Lage, die vielfältigen und heterogenen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen vielversprechend zu bewältigen.

**Tab. 5: Kindzentrierte Spieltherapie und Klientenzentrierte Psychotherapie mit Jugendlichen**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Jenny, Goetschel, Köppler & Samson, 2007	Evaluation von Klientenzentrierter Therapie in Gruppen mit Kindern	Praxis-Evaluation, keine Kontrollgruppe Jungen (33) Prä, Post, FU (6 Monate, 12 Monate)	Hohe Effektstärken bei Abbau von Aggression und Ängstlichkeit, Erhöhung der Sozialkompetenz und des Selbstwertgefühls
Klaus, 1991	Ambulante Klientenzentrierte Kinder-, Kindergruppen- und Elterngruppenpsychotherapie	Feldstudie in einer ambulanten Beratungsstelle Beratung (26), Einzeltherapie (24), Gruppentherapie (23), 7–12 Jahre max. 15 Kontakte; Einzeltherapie bzw. offene Therapiegruppe (max. 5 Kinder), Beratungsgruppe mit geringeren Kontakten als Kontrollgruppe Prä, Post, FU (6 Monate)	Überlegenheit der Einzel- und Gruppentherapie bei familialen und sozialen Anpassungsstörungen, Steigerung der schulischen Leistung, Verbesserung der familialen Situation nach der Therapie und weitere Verbesserung im Katamnesezeitraum
Muro, Ray, Schottelkorb, Smith & Blanco, 2006	Explorative Studie einer langfristigen „child-centered play therapy“ (CCTP)	Praxis-Evaluation, keine Kontrollgruppe 6 Mädchen, 17 Jungen, 4 bis 11 Jahre Prä, Mitte (16 Sitzungen), Post (32 Sitzungen)	Statistisch signifikante Besserung über die gesamte Therapiedauer in allen erhobenen Skalen
Schmidtchen, Acke & Hennies, 1995	Prozessanalyse von Klientenzentrierter Spieltherapie	Korrelationsstudie: Korrelation von Klientenmerkmalen mit Erfolgskriterien 16 in durchschnittlich 30 Kontakten	KL.-merkmale haben unterschiedliche Funktion für Heilungsvorgänge; für Therapieerfolg wichtig: geringes aggressives Verhalten, geringe Gefühle der Angst und des Ärgers; förderlich: hohe Spieltiefe und Selbstexplorationsverhalten; keine phasenspezifischen Besonderheiten
Schmidtchen, Hennies, & Acke, 1993	Evaluation der Wirksamkeit von Klientenzentrierter Spieltherapie	Spieltherapie (teils Einzel-, teils Kleingruppen- oder Familientherapie) (16), Kontrollgruppe (sozialpädagogische Betreuung in Kindergruppe) (12) Prä, Post, FU (6 Monate)	Signifikante Verringerung der Gesamtstörungen in der Treatment-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe, weitere Verbesserung im FU

## „Supportive counseling“: Klientenzentrierte Psychotherapie „light“

Bemerkenswert häufig werden Prinzipien Klientenzentrierter Psychotherapie in der Forschung „indirekt“ realisiert, indem sie als eine Art Kontrollbedingung in Vergleichsstudien Anwendung finden. Die im folgenden Abschnitt diskutierten Untersuchungen gehören dieser Kategorie an. Die meisten Vergleiche beziehen sich auf die Kognitiv-behaviorale Therapie (oder ein daran angelehntes Interventionsprogramm), zwei auf Systemische Therapie und je einer auf Interpersonale Therapie und ärztliche Standardbehandlung.

Die Konzeptualisierung dieser Untersuchungsbedingungen greift teilweise auf klientenzentrierte Prinzipien zurück: Deren Realisierung – speziell jene der so genannten „core conditions“ in einer therapeutischen Absicht – wird dabei als eine allgemein-menschliche Qualität gesehen, ihre Präsenz bei jeder Interaktion in einem therapeutischen Setting angenommen. Sie können daher nicht getrennt werden von einer symptom-spezifischen, in der Treatment-Gruppe durchgeführten Behandlung. Dennoch gilt es, sie als eigenen Faktor zu berücksichtigen, um den Einfluss nicht-spezifischer Behandlungsfaktoren kontrollieren zu können. Von diesen allgemein-menschlichen Qualitäten werden allerdings keinerlei Aktivierungen einer zur Treatment-Gruppe vergleichbaren therapeutischen Dynamik erwartet, sodass sie auch als eine Art von Placebo-Bedingung aufzufassen sind. In den Studien wird dies einer nichtbehandelten Wartegruppe als Vergleichsbedingung vorgezogen, da sich eine etwaige Überlegenheit der Behandlungsgruppe sonst nicht auf die spezifischen Treatment-Bedingungen alleine zurückführen ließe. Mit der Realisierung dieser allgemein-menschlichen Qualitäten wird auf die Herstellung einer unterstützenden, vertrauensvollen Beziehung abgezielt. Bei der Beschreibung dieser Kontrollbedingungen ist häufig die Rede von einer „Anwendung“ der Grundprinzipien von Rogers, von therapeutischen Techniken, die als „weitgehend non-direktiv“ bezeichnet werden, von wertschätzender Zuwendung, aktivem Zuhören, Reflektieren und Paraphrasieren ohne Anwendung spezifischer, auf die Kriteriums-Symptome bezogener Interventionen. Die Bezeichnungen dafür sind unterschiedlich: „supportive therapy“, „supportive counseling“, „nondirective therapy“, „nondirective supportive therapy“ etc. Im Folgenden wird der Überbegriff „supportive counseling“ (SC) verwendet<sup>6</sup>.

Eine genauere Analyse dieser Studien lässt einige bemerkenswerte Trends erkennen: Die Annahme der generellen Unterlegenheit des SC – wie sie die Forscher entsprechend durchgängig erwarten – kann durch die Forschung nicht aufrechterhalten werden. Das Bild ist uneinheitlich: Bei einigen Untersuchungen zeigte sich eine Gleichwertigkeit von SC und Versuchsgruppe (Beutler et al. 1991;

Birmaher et al. 2000; Manne et al., 2007), bei anderen ein Vorteil der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) (bzw. wie in einem Fall der Interpersonalen Therapie), was einen Teil der erhobenen Werte oder errechneten Parameter anbelangt (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992; Borkovec & Costello, 1993; Barrowclough et al. 2001; Markowitz et al. 1998). Bei weiteren Studien präsentierte sich das SC verglichen mit der CBT nach temporären Schwächen in den Post-Treatment-Werten als überlegen in den Follow-up-Effekten (Kolko, Brent, Baugher, Bridge & Birmaher, 2000; Tarrrier, et al. 1998; Tarrrier et al. 2000). Diese Uneinheitlichkeit stützt allerdings keineswegs die gewohnheitsmäßig formulierte Hypothese der generellen Unterlegenheit der Placebo-Bedingung SC. Die Ergebnisse fallen vermutlich deshalb uneinheitlich und in manchen Studien zumindest teilweise zuungunsten des SC aus, weil keine strukturelle Gleichwertigkeit des SC als Kontrollgruppe gegeben ist. Baskin et al. (2003) kamen in einer bemerkenswerten Metaanalyse zu dem Schluss, dass ein Vergleich von aktiven Treatments mit strukturell ungleichen Placebos hinsichtlich Sitzungsfrequenz und -dauer, Sitzungsmodalität (Einzel- vs. Gruppensetting), Erfahrung und Kompetenz der Therapeuten bzw. manual-determinierten Kompetenzbeschränkungen der Placebo-Therapeuten und Behinderung der möglichen therapeutischen Dynamik unangemessen größere Effekte zuungunsten der Placebos produziert. Dieser Vorteil fällt weg, wenn beim Untersuchungsdesign eine strukturelle Gleichwertigkeit von Placebo und Treatment angestrebt wird, wie es etwa in der Studie von Manne et al. (2007) – möglicherweise unbeabsichtigt – der Fall zu sein scheint.

Was als „supportive counseling“ definiert wird, hat qualitative Unterschiede und reicht von einer unstrukturierten Gesprächssituation bis zu einer thematischen und prozessbezogenen Strukturierung. Eine ähnliche qualitative Unterschiedlichkeit finden wir bei den Studien-Therapeutinnen und -Therapeuten: Teilweise sind es lizenzierte Therapeuten mit einer nachvollziehbaren professionellen Ausbildung, teilweise kurzfristig „angelernte“ Therapeuten, etwa fortgeschrittene Studierende, die ein manualbasiertes Vortraining erhalten haben (Beutler et al., 1991). Ein Teil der SC-Therapeuten war in der zu vergleichenden Konkurrenz-Methode ausgebildet oder keineswegs mit dem Konzept des SC identifiziert. Bei Borkovec und Costello (1993) führten CBT-Therapeuten, die mit der Anwendung von SC eine eher geringe Erfolgserwartung verbanden, die Kontrollbedingung SC nach einem Manual durch. In der Studie von Beck et al. (1992) beispielsweise versuchten die SC-Therapeuten mit offensichtlichen Schwächen den Charakter und die Qualität der Kontrollbedingung durch besondere kompensatorische Bemühungen zu erreichen: Obwohl sie Zweifel an der Effektivität der supportiven Therapie bei Panikstörungen hatten, unternahmen sie große Anstrengungen, die Prinzipien der nondirektiven Therapie anzuwenden. Bereits in dieser Beschreibung kommt eine eigentümliche

6 Diese Studien mit einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe, in der ein unspezifisches „supportive counseling“ als Treatment-Vergleich (oder -Bedingung) realisiert wird, werden aus dieser Perspektive in die Common-Factor-Forschung (unspezifische Behandlungsfaktoren) und in die Placeboforschung eingeordnet und in diesem Sinne auch interpretiert.

„Verkrampfung“ zum Ausdruck, mit der die Kontrollbedingung realisiert wurde.

Die Praktiken und die methodische Vorgangsweise, mit der „supportive counseling“ beschrieben wird, weisen eher darauf hin, dass eine Addition und Kombination von verschiedenen Skills und Techniken vorgenommen werden, die sich mit den „core conditions“ bzw. den „necessary and sufficient conditions“ assoziieren lassen. In dem Ausmaß, in dem unstrukturierte Phasen mit strukturierten Elementen vermischt werden, machen einige Studien den additiven und kombinatorischen Zugang speziell ersichtlich: Wöchentliche Panik-Protokolle werden thematisch gebunden besprochen und abweichende Themen „nondirektiv“ zugelassen, wenn sie drängend waren (Beck et al., 1992); in 30-minütigen Telefonkontakten realisieren die Studien-Therapeuten „Spiegeln von Gefühlen“, Klären und Unterstützen, ergänzt durch Lesen von Selbsthilfe-Literatur (Beutler et al., 1991); Ausgangspunkt der therapeutischen Sitzungen ist die Besprechung eines Angsttagebuches, bevor eine unstrukturierte Gesprächssituation ermöglicht wird (Borkovec & Costello, 1993); „supportive psychotherapy“ verbindet sich mit Psychoedukation (Markowitz et al., 1998). Die „eklektische Leichtigkeit“ wird besonders bei Tarrrier et al. (2000) ersichtlich, die als Konsequenz aus den günstigen Ergebnissen des SC in ihrer Studie vorschlagen, unstrukturierte Sitzungen im Sinne eines SC als neuen Bestandteil eines kognitiv-behavioralen Programmes einzubauen, um eine soziale Beziehung herzustellen und die Klärung von allgemeinen (nicht symptom-spezifischen) Problemen zu ermöglichen. Insgesamt scheint es, als habe man den ganzheitlichen Charakter der von Rogers postulierten Bedingungen nicht zur Kenntnis genommen wurde oder nicht verstanden.

Ein weiteres Phänomen betrifft die Versuche, die Erfolge des SC zu erklären. Sie lassen eine gewisse Ratlosigkeit erkennen, offenbaren auf jeden Fall ein mangelndes Situationsverständnis des kausalen Potenzials, das in der therapeutischen Dynamik der experimentellen Situation aktiviert wird: Kolko et al. (2000) müssen eine gewisse Verlegenheit eingestehen, einige deutliche Verbesserungen bei den Klienten der SC-Gruppe (hier „nondirective supportive therapy“ genannt) im Zwei-Jahres-Follow-up zu erklären: „We are at loss to explain why no differences were found ...“ (S. 611). Und Tarrrier et al. (2000) stellen gar fest: „The success of supportive counseling was a great surprise. Supportive counselling was originally conceived as a placebo-control treatment that would match CBT for the non-specific effects of therapist contact and interest, social interaction, and social support but was unlikely to be effective in reducing symptoms“ (S. 920). Als Erklärung für die SC-Effekte greifen sie vorsichtig auf eine Formulierung bzw. auf Begriffe zurück, die in Standardbeschreibungen des Ansatzes von Carl Rogers selbst vorkommen könnten: „Supportive counseling may have provided a *nonthreatening social interaction of sufficient frequency and regularity*“ (S. 920; Hervorhebung hinzugefügt). Mit erstaunten und theoriearmen Hinweisen fundieren Manne et al. (2007) ihre

Schlussfolgerung, dass SC offensichtlich günstiger bei Klientinnen mit chronischen und lebensbedrohlichen Erkrankungen ausfällt und über eine Verbesserung der allgemeinen seelischen Funktionsfähigkeit (Ich-Stärke, Selbstwert) auch spezifisch symptomreduzierend wirkt: Weil SC „unstrukturiert“ und „client-centered“ ist, eröffnet es Patientinnen die Möglichkeit, vielfältige Erfahrungen mit der körperlichen Erkrankung – auch Symptom-Verschlechterungen – offen und uneingeschränkt zu explorieren; ganz anders, als dies bei der strukturierenden Vorgangsweise der CBT-Interventionen der Fall ist.

Insgesamt kann man diese Trends auf folgenden Punkt bringen: Die CBT-Forscher hantieren in ihren Studien mit vielfältigen Kontrollgruppen-Formaten, die darauf angelegt sind, keine oder im Vergleich zur untersuchten Behandlung nur kleinere Effekte zu bewirken. Sie reproduzieren häufig defizitäre Versionen und nicht optimale „Legierungen“ oder Kombinationen von „core conditions“ mit anderen Behandlungselementen, die weitgehend als „klientenzentriert light“ charakterisiert werden können. Es ist daher weder verwunderlich, noch entbehrt es einer gewissen Ironie, wenn sie mit ihren Effektivitätserwartungen zunehmend über ihre nichtspezifischen Kontrollgruppen stolpern.

Reiht man die Studien dieses Abschnitts in den bereits umfangreichen Bestand der Common-Factor-Forschung ein, dann kommt man am Resümee von Lambert (2004) in der letzten Ausgabe des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ nicht vorbei: „... what can be firmly stated is that factors common across treatments are accounting for a substantial amount of improvement found in psychotherapy clients. These so-called common factors may even account for most of the gains that result from psychological interventions. So, while we do not rule out the possibility that variables specific to one school of technique might be found to make an additional contribution, at this point it is important to recognize that the common factors are contributing a great deal to positive outcome. Therefore, it is crucial for therapists to intentionally incorporate them“ (S. 172). Und weiter, in Bezug auf die von Rogers postulierten therapeutischen Prinzipien: „Perhaps the common factors most frequently studied are those identified by the client-centered school as ‘necessary and sufficient conditions’ for patient personality change: accurate empathy, positive regard, nonpossessive warmth, and congruence or genuineness. Virtually all schools of therapy accept the notion that these or related therapist relationship variables are important for significant progress in psychotherapy and, in fact, fundamental in the formation of a working cooperative effort between patient and therapist“ (S. 173).

Häufig und fälschlicherweise wird im Zusammenhang mit den Erkenntnissen der Common-Factor-Forschung implizit die Annahme mit transportiert, dass mit der Ausübung jeglicher Form von Beratung und Psychotherapie der „common factor“ selbstverständlich in einem hinreichenden oder sogar optimalen Ausmaß realisiert wird. Diese Annahme ist freundlich, aber unrealistisch und gilt – selbst im Lichte der Lambert’schen Würdigung – für die kompetentesten

Praktiker der Klientenzentrierten Psychotherapie nicht in jedem Fall uneingeschränkt. Gerade diese unvollkommene und eingeschränkten Realisierung des „common factor“ in der therapeu-

tischen Arbeit dürfte eine Ambivalenz produzieren, die Ambitionen in jenen zwei Richtungen erklärbar macht, die wir kennen: dem „common-factor“-Lager und dem „specificity“-Lager.

**Tab. 6: „Supportive counseling“: Klientenzentrierte Psychotherapie „light“**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Barrowclough, King, Colville, Russel, Bums & Tarrier, 2001	Vergleich von „cognitive-behavioral therapy“ (CBT) mit „supportive counseling“ (SC) bei Angstsymptomen älterer Erwachsener	experimentell CBT (19), SC (24) Baseline, Prä, Post, FU (3, 6, 9 Monate)	Beide Gruppen zeigten Verbesserungen, CBT zeigte in 2 von 5 Skalen bessere Werte, ähnliche Ergebnisse bei den FUs, klinische Signifikanz von CBT nur in einem Messwert günstiger als bei SC
Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992	Wirksamkeit von „focused cognitive therapy“ bei Panik-Störungen, „brief supportive therapy“ (BST) als Vergleichsgruppe	experimentell focused cognitive therapy (17), BST (16) Prä, nach 4 und nach 8 Wochen Therapie, FU (6, 12 Monate)	Fokussierte Kognitive Therapie ist wirksamer als BST nach 8 Wochen (Panik-Freiheit bei 71 % vs. 25 %) Beide Treatments verringern die Depressivität in statistisch signifikantem Ausmaß Th. zweifelten an der Wirksamkeit der BST, aber versuchten ihr Bestes
Beutler, Engle, Mohr, Daldrup, Bergan & Merry, 1991	Vergleich von „cognitive therapy“ (CT), „focused expressive psychotherapy“ (FEP) und „supportive self-directed therapy“ (S/SD) bei Depression	experimentell, Längsschnitt CT (22), FEP (21), S/SD (20) Erhebungen nach der 4./10./15./20. Sitzung, FU (1 Monat, 3 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam, die Wirksamkeit bleibt bei den FU Erhebungen erhalten S/SD ist im Vergleich besonders wirksam bei Kl. mit hohem Abwehrpotential (negative Behandlungserwartung)
Birmaher, Brent, Kolko, Baugher, Bridge, Holder, Iyengar & Ulloa, 2000	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „systemic behavior family therapy“ (SBFT) und „nondirective supportive therapy“ (NST) bei Depression	experimentell, Längsschnitt CBT (37), SBFT (35), NST (35) Erhebung nach der 6. Sitzung, FU (6, 12, 24 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam, die Wirksamkeit bleibt bei den FU Erhebungen erhalten (ca. 80 % zeigen massive Symptomreduktion)
Borkovec & Costello, 1993	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), Entspannungstechniken und „nondirective therapy“ (NDT) bei generalisierten Angststörungen	experimentell CBT (19), Entspannungstechniken (19), NDT (19) 12 Stunden Psychotherapie (6 Wochen) Prä, Post, FU (6 Monate, 12 Monate)	Alle drei Verfahren sind wirksam mit unterschiedlichen Effekten in den erhobenen Skalen; die NDT zeichnet sich durch die „größte Tiefe an emotionaler Verarbeitung“ aus, erzielt aber geringere klinisch signifikante Änderungen im Vergleich zu den anderen Treatments Die NDT wurde von CBT-Th. durchgeführt!
Harvey, Nelson, Lyons, Unwin, Monaghan & Peters, 1998	Vergleich der Effektivität und der Kosten der Behandlung von „minor mental health problems“ durch praktische Ärzte, durch „counseling (involving a person-centred approach)“ und beides kombiniert	randomisierte Gruppenzuordnung männlich (42), weiblich (120) 6 Sitzungen (1 Sitzung pro Woche) Die Hälfte der Patienten hat nur 3 Sitzungen oder weniger wahrgenommen	Keine statistisch bedeutsamen Ergebnisse; Pat. in der Beratungsgruppe waren billiger (alle Gesundheitskosten eingerechnet) Aufgrund der methodischen Probleme ist diese Arbeit nicht sehr aussagekräftig; die Autoren selbst sprechen von methodischen Problemen, welche die Interpretation erschweren (keine vollständigen Daten).
Kolko, Brent, Baugher & Birmaher, 2000	Vergleich von „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „systemic behavior family therapy“ (SBFT) und „nondirective supportive therapy“ (NST) bei jugendlichen depressiven Patienten zwischen 13 und 18 Jahren	randomisierte Zuordnung von 103 Pat., ausbalanciert nach Geschlecht, Zahl der Elternteile im Haushalt und Suizidalität 103 Jugendliche (77 weiblich, 26 männlich) Baseline (nach der 6. Sitzung), nach Abschluss (12. bis 16. Sitzung), FU (3, 6, 9, 12 und 24 Monate)	Interaktionseffekte: CBT zeigt sich den beiden anderen Therapieformen in engen Variablen überlegen, in anderen erbrachten CBT und SBFT bessere Werte als NST; größere „mütterliche Zufriedenheit“ bei CBT; langfristig gesehen, ergaben sich größere Verbesserungen bei SBFT und NST im Vergleich zu CBT; nach der Akutphase schneidet NST zwar relativ schlecht ab, beim FU allerdings bessere Werte als CBT.

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Manne, Rubin, Edelson, Rosenblum, Hernandez, Carlson, Rocereto & Winkel, 2007	Vergleich von „coping and communication enhancing intervention“ (CBT-Techniken), „supportive counseling“ (SC) und „usual care“ in Bezug auf Reduzierung von depressiven Symptomen bei Frauen mit einer gynäkologischen Form von Krebs (Gebärmutter, Eierstock)	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (123), SC (120), usual care (111) Je 7 Sitzungen Prä, Post, FU (6, 9 Monate)	Beide Treatment-Formen waren der „usual care“ nach der Intervention und in den FUs überlegen (entgegen den Erwartungen der Forscher bezüglich SC); SC hatte stärkere Effekte als CBT-Techniken bei Frauen, deren Gesundheitszustand sich verschlechterte und/oder die intensiver positive Gefühle zum Ausdruck brachten
Markowitz, Kocsis, Fishman, Spielman, Jacobsberg, Frances, Klerman & Perry, 1998	Vergleich von „interpersonal therapy“ (IPT), „cognitive behavioral therapy“ (CBT), „supportive psychotherapy“ (SP+) mit/ohne Medikation (SP-) in Bezug auf Verminderung der Depressivität bei HIV-Patienten	experimentell IPT (24), CBT (27), SP+ (26), SP- (24) IPT (16 Sitzungen), CBT (16 Sitzungen), SP (nach Bedarf, zwischen 8 und 16 Sitzungen)	CBT und SP+ etwa gleichwertig, aber weniger günstig als IPT oder SP- (signifikante Unterschiede). Einjähriges Training aller Therapeuten nach Manual SP orientiert sich an Rogers plus Psychoedukation über Depression und HIV
Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill & Morris, 1998	Inwieweit führt „cognitive behaviour therapy“ (CBT) im Vergleich mit „supportive counselling“ (SC) und medizinischer „routine care“ allein zu Verbesserungen der psychotischen Symptomatik bei chronischer Schizophrenie	randomisierte Zuordnung, ausbalanciert nach Schweregrad der Symptome und Geschlecht CBT und routine care (24), SC und routine care (21), routine care ohne Psychotherapie (27) Prä, Post 20 Sitzungen	Signifikante Symptomverbesserungen bei CBT, Symptomverbesserungen bei supportive counselling, leichte Verschlechterung bei routine care allein, Supportive counselling fungiert hier lediglich als „Placebogruppe“, dies wird im Zusammenhang mit dem FU von Tarrier et al. (2000) aber besonders interessant
Tarrier, Kinney, McCarthy, Humphreys, Wittkowski & Morris, 2000	Follow up Studie von Tarrier et al. (1998) nach 24 Monaten	Gruppe wie oben 61 von 72 FU (12, 24 Monate)	Annäherung von CBT und SC nach 1 Jahr, nach 2 Jahren zeigt sich SC der CBT überlegen, beide erzielen signifikant bessere Werte als „routine care“ Aus der Überlegenheit von SC im Langzeitverlauf folgern die Studienautoren, dass mehr soziale und interpersonale Haltungen in die CBT mit einbezogen werden sollten Methodisch fragwürdig ist, dass nach 2 Jahren SC und CBT gemeinsam weiterverrechnet wurden



## Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie

Für den Zeitraum nach 1991 liegen uns fünf Untersuchungen zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten und drei Studien zur Experienziellen Gruppenpsychotherapie vor. Sechs davon konzentrieren sich auf die Psychotherapie von störungsspezifisch homogen zusammengesetzten Gruppen: Borderline-Patienten (zusammen mit neurotisch-depressiv und mit schizophren diagnostizierten Patienten) nach vorgängiger stationärer Behandlung, HIV-positive homosexuelle Männer, an Einsamkeit leidende Menschen, Gewaltopfer mit Posttraumatischer Belastungsstörung, Brustkrebspatientinnen sowie Krebs-Patienten im unbehandelbaren Stadium. Zwei weitere Studien untersuchen Korrelationen verschiedener Prozessfaktoren, darunter vor allem Dimensionen des Klienten-Erlebens mit dem Therapieerfolg. Zwei Studien untersuchten in erster Linie, ob und welche *medizinisch-somatischen* Effekte *allein durch Psychotherapie* bei Krebskranken erzielt werden können. Bei drei Studien wurden die Teilnehmer randomisiert der Therapie- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet.

Bis auf geringe Ausnahmen bescheinigen alle Untersuchungen der Gruppentherapie eine zumeist statistisch signifikante Wirksamkeit. Besonders eindrucksvoll erscheint dabei der Beleg durch eine Studie (Eckert & Wuchner, 1997), wonach bei Borderline-Patienten langfristig stabile Verbesserungen erzielt werden können. (Diese Studie zeichnet sich unter anderem durch eine lange Therapiedauer sowie einen Katamnese-Zeitraum von zweieinhalb Jahren aus!). Bei der Studie mit Krebs-Patienten im unbehandelbaren Stadium (De Vries et al., 1997) wurden sowohl positive Veränderungen in Bezug auf die Tumorbildung wie auch psychische Verbesserungen der Patienten konstatiert, die jedoch rechnerisch bzw. statistisch nicht signifikant waren. Van der Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser und Heijnen (1997) konnten hingegen belegen, dass bei Brustkrebspatientinnen psychische Verbesserungen durch die Psychotherapie signifikant mit immunologischen, jedoch nicht mit endokrinologischen Verbesserungen korrelieren. Fast alle Untersuchungen zeigen im Übrigen eine Tendenz, die praktisch die gesamte Psychotherapieforschung durchzieht: dass nämlich der Therapieerfolg umso geringer ist, je beeinträchtigt die Klientinnen und Klienten jeweils sind.

In der Pilotstudie von Payne, Liebling-Kalifani und Joseph (2007), in die allerdings nur sechs Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung einbezogen waren, konnte nur die Hälfte von diesen einen Therapieerfolg erfahren. Es wurde hier jedoch ein Zusammenhang im Sinn der sechsten Rogers'schen Therapiebedingung festgestellt: Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die die Gruppe

(einschließlich der Therapeutinnen) als empathisch wahrnahmen, konnten von der Therapie profitieren, während diejenigen, die das Gruppenklima als nicht empathisch erlebten, von der Therapie enttäuscht wurden.

Ein interessantes Ergebnis erbrachte der Vergleich von „objektiv“ messbaren und „subjektiv“ erlebten Therapieerfolgen bei der Untersuchung von Figge und Schwab (1997). Es zeigte sich hier bei Verhaltenstherapie-Gruppen überhaupt keine inhaltliche Deckung, bei klientenzentrierten Therapiegruppen eine inhaltliche Übereinstimmung nur in fünf (von insgesamt 31) Dimensionen zwischen den jeweiligen Skalen der „objektiven“ Tests einerseits und den Schwerpunkten des subjektiv empfundenen Nutzens der Therapie andererseits.

Auf der Ebene von Prozessfaktoren lässt sich zusammenfassend festhalten, dass das Erleben von Gefühlen, von Gruppenkohäsion und von einer guten Beziehung zu den Therapeuten als besonders hilfreich eingeschätzt wird und mit dem Therapieerfolg hoch korreliert. Zu den wichtigsten Faktoren einer guten Beziehung zu den Therapeuten zählt, dass diese von den Teilnehmern als kongruent und als empathisch erfahren werden; die erlebte „soziale Mächtigkeit“ der Therapeuten weist hingegen – im Unterschied zu der von Figge und Schwab (1997) zitierten Verhaltenstherapie-Untersuchung – keine signifikanten Korrelationen zu den eben genannten Faktoren und zum Therapieerfolg auf. Jacobs, Spies, Schache, Schreiner und Zander (1996) konnten belegen, dass die Mitglieder klientenzentrierter Therapiegruppen im Umgang miteinander ein großes Ausmaß an Selbsteinbringung und sogar ein Ausmaß an Empathie, Kongruenz und Wertschätzung verwirklichen, das der Grundstufe therapeutischer Wirksamkeit entspricht. Diese Prozesseinschätzungen korrelieren jedoch nicht signifikant mit dem Therapieerfolg. Einige der Untersuchungen verweisen hingegen auf einen Unterschied der Gruppentherapie zur Einzeltherapie: Viele Gruppenmitglieder scheinen nur schwer bzw. nur langsam zum Erleben von Angstfreiheit in der Gruppe zu kommen.

Neben der zentralen Bedeutung all dieser emotionalen Prozessfaktoren belegen einige Studien auch die Wichtigkeit von geeigneten strukturellen Vorgaben bei der Gestaltung therapeutischer Gruppen. So berichtet Schwab (1995; 1997), dass Imaginations- und andere Übungen sowie „Hausaufgaben“ als besonders hilfreich empfunden wurden; bei fast allen untersuchten Gruppen finden sich zusätzliche Arrangements wie kombinierte oder vorbereitende Einzelgespräche sowie vor- oder zwischengeschaltete „Intensivtage“.

**Tab. 7: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/Methode/ Stichprobe	Hauptergebnisse
De Vries, Schilder, Mulder, Vrancken, Remie & Garssen, 1997	Auswirkung von „experiential-existential counseling“ auf Tumorentwicklung und Lebensqualität bei Krebs in unbehandelbarem Stadium	quasiexperimentell, Kl. (35) Prä, Post, FU (6 und 12 Monate) 12 Einzelsitzungen (wöchentlich) und Gruppe (14-tägig, Angehörigenteilnahme möglich)	Bei 5 Kl. Tumorentwicklung gestoppt, kann aber nicht kausal der Psychotherapie zugeordnet werden Keine Veränderung der immunologischen Daten, fast keine Veränderung bzgl. Einsamkeit, Depression und „psychischer Kontrolle“ über Krebs „Sinn im Leben“ verbessert sich jedoch deutlich
Eckert & Wuchner, 1997	Frage, ob Borderline langfristig durch Klientenzentrierte Gruppentherapie veränderbar ist, Vergleich mit Patienten mit neurotischer Depression und mit Schizophrenie	quasiexperimentell Borderline (14), Depression (6), Schizophrenie (10) nach vorgängigem stat. Aufenthalt Prä, Post, FU (2,5 Jahre) 100 Sitzungen (2x/Woche)	Borderline ist langfristig veränderbar: Veränderung von durchschnittlich DIB 8,3 vorher zu DIB 5,4 nachher (Borderline-Diagnose bei DIB > 7); Stabilität der Ergebnisse im FU-Zeitraum
Figge & Schwab, 1997	Übereinstimmung von objektivem und subjektivem Therapieerfolg und Zusammenhang mit erlebtem Therapeutenverhalten in Klientenzentrierter Gruppentherapie	quasiexperimentell, Kl. (58) Prä, Halbzeit, Post, FU (6 Monate) Jahresgruppe mit Studentinnen und Studenten mit div. ICD-10 Diagnosen (2 St./Woche), dazu je 4 Einzelsitzungen und 1+3 Intensivtage	Subjektiver Nutzen: 66% deutlich, 25% eher, 8% nein; keine volle Deckung von obj. und subj. Erfolg, Übereinstimmung nur in 5 von 31 Dimensionen Signifikanter Zusammenhang von Therapieerfolg mit kongruent und empathisch erlebtem Th.; „soziale Mächtigkeit“ des Th. kein Kriterium dabei (dies wohl aber in VT-Gruppe)
Jacobs, Spies, Schache, Schreiner & Zander, 1996	Wirksamkeit und Prozessfaktoren von Klientenzentrierter Gruppentherapie	quasiexperimentell 2 Gruppen: 7 bzw. 6 Kl. mit div. ICD-10 Diagnosen Prä, Post, GRP 20 nach jeder Sitzung 40–45 Sitzungen	Signifikante Wirksamkeit der Klz. Gruppentherapie Erfahren von Gefühlen, Erleben von Gruppenkohäsion und guter Th.-Beziehung werden als hilfreich erlebt und korrelieren mit Therapieerfolg (nicht jedoch Angstfreiheit und Auseinandersetzung/Feedback) Grundstufe von therapeutischen Haltungen und von Selbsteinbringung wird erreicht, korreliert nicht mit Erfolg
Mulder, Emmelkamp, Antoni, Mulder, Sandfort & De Vries, 1994	Vergleich von „cognitive-behavioral group psychotherapy“ (CBT) und „experiential group therapy“ (ET) mit einer Kontrollgruppe mit HIV-positiven homosexuellen Männern	experimentell, randomisierte Zuordnung CBT (14), ET (13), Wartegruppe (12) Prä, Post, FU (3 und 6 Monate) 15 Sitzungen (2,5 Stunden und 1 Intensivtag)	Signifikante Reduktion von Stresserleben bei beiden Therapieformen Geringe Effekte bei Copingmechanismen, sozialer Unterstützung und Ausdruck von Gefühlen Keine Unterschiede zwischen CBT und ET ET wird beim Nachtest als gewinnbringender empfunden; kein Unterschied mehr im FU
Payne, Liebling-Kalifani & Joseph, 2007	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Therapie für Gewaltopfer (Post-traumatische Belastungsstörung) in Abhängigkeit vom Wahrnehmen der therapeutischen Grundhaltungen i. S. von Rogers	Pilotstudie, Kl. (6) Prä, Post max. 16. Sitzungen (wöchentlich)	Kl., die die Grundhaltungen der Th. wahrnahmen, zeigten gute Verbesserungen bzgl. der post-traumatischen Symptomatik; Kl., die die Grundhaltungen nicht wahrnahmen, erlebten sogar Verschlechterungen
Schwab, 1995/1997	Wirksamkeit von Klientenzentrierter Kurzgruppentherapie für Einsame bzgl. Einsamkeitsempfinden, -kognitionen und -verhalten	experimentell Gruppe A: Kl. (25) Prä, Post, FU (4 Monate) 6 Sitzg. (wöch.) und 1 Intensivtag Gruppe B: Kl. (69), davon Wartegruppe (29) Prä, Post, FU (4 Monate) Intensivtag, dann 12 Sitzg. (wöch.)	Gruppe A: Einsamkeitsniveau korreliert mit Ansprechen auf die Gruppe (Einsamere bleiben länger unverstanden und selbstunsicher, haben weniger Nutzen von der Gruppe) Gruppe B: Signifikante Verbesserung von Einsamkeitsempfinden (etwas bessere soziale Beziehungen auch in Katamnesezeit); kaum Veränderung der Einsamkeitskognitionen
Van der Pompe, Duivenvoorden, Antoni, Visser & Heijnen, 1997	Auswirkung von „experiential-existential group psychotherapy“ auf endokrinologische und immunologische Prozesse bei BrustkrebspatientInnen	experimentell, randomisierte Zuordnung Pat. (11), Wartegruppe (12) Vergleich der medizinischen Daten mit 15 Frauen gleichen Alters Prä, Post 13 Sitzungen (wöchentlich)	Endokrino- und immunologische Parameter verbessern sich (im Vgl. mit Kontrollgruppe) im Durchschnitt geringfügig, jedoch signifikant bei Pat. mit hohen Ausgangswerten in diesen Parametern Verbesserungen bei psychischen Parametern korrelieren signifikant mit immunologischen, jedoch nicht mit endokrinologischen Verbesserungen

## Stationäre Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie

Wenn die ambulante Versorgung nur unzureichende Unterstützung bietet, wird stationäre Psychotherapie im Rahmen der Psychiatrie und Psychosomatik in Spezialabteilungen angeboten. Da dieses Setting im Vergleich zur reinen Gruppenpsychotherapie auch komplexe, therapeutisch wirksame Interaktionen zwischen dem einzelnen Patienten und der Klinikgemeinschaft, der Gruppe der Mitpatienten und dem Behandlungsteam einschließt (Strauß & Mattke, 2001), wurde es von uns als eigenständige Kategorie gewertet. Zur Fragestellung, ob Person-/Klientenzentrierte Therapie auch unter derartigen Versorgungsbedingungen signifikante Wirkungen hat, liegen exemplarisch mehrere naturalistische Studien zweier deutscher Arbeitsgruppen vor. Sie belegen, dass Gesprächspsychotherapie (GPT) und Personzentrierte Psychotherapie (PP) in diesem Anwendungsfeld wirksam ist. Anhand von sieben Effektivitätsstudien, größtenteils mit randomisierter Gruppenzuordnung, zwei Pilotstudien und einem Fallbericht soll dies im Folgenden dargestellt werden.

Die Untersuchungen entstanden zwischen 1989 und 1999 in einer Psychosomatik-Klinik und zwischen 1990 und 2003 an einer allgemein-psychiatrischen Abteilung. Die Patienten waren zumeist bereits länger erkrankt, litten unter schweren, chronischen oder komplexen Störungsbildern, hatten teilweise Mehrfachdiagnosen und häufig schon einige ambulante Therapieversuche hinter sich. Sie wurden im Rahmen von etwa drei Monate dauernden, multidimensionalen Programmen mit GPT bzw. PP als leitendem Verfahren (Einzel- und Gruppenpsychotherapie) betreut. Die bei Böhme, Finke und Teusch (1998) untersuchten Patienten wiesen – ähnlich wie jene bei Tscheulin, Walter-Klose und Wellenhöfer (2000) – ein ICD-10 Diagnosespektrum von F3 bis F6 sowie teilweise vorangegangenen Substanzmissbrauch mit mittlerer bis hoher Erkrankungsschwere auf und verfügten zu etwa zwei Drittel über eine Zweitdiagnose (zumeist eine Persönlichkeitsstörung). Bei den erzielten Veränderungen fanden sich insgesamt sowohl auf der Symptom- als auch auf der Persönlichkeitsebene signifikante Ergebnisse und stabile Langzeitwirkungen bzw. verfahrenstypische Nachbesserungen in ein- bis mehrjährigen Katamnesen. Die für PP in der Psychosomatiklinik ermittelte durchschnittliche Gesamteffektstärke betrug beim Abschluss der stationären Therapie 0.74 mit Späteeffektstärken von 0.82 ein bis zwei Jahre danach (Tscheulin et al., 2000). In der Ein-Jahres-Katamnese von Böhme et al. (1998) spiegelten sich die günstigen Ergebnisse darüber hinaus auch in Form einer hohen beruflichen Wiedereingliederungsquote von zwei Drittel nach dem Krankenstand wider; zu einem Drittel war sogar keine weitere Nachbehandlung und nur bei 14 % der Patienten eine stationäre Wiederaufnahme erforderlich. In Summe zeigten diese Qualitätssicherungsstudien für den Faktor „Beziehungsqualität“, dass aus Sicht der Patienten die „personzentrierte Haltung“ der Therapeuten und das „Zusammensein mit anderen Patienten“ (Böhme et al., 1998) bzw. die „Qualität der Klinikgemeinschaft“ (Tscheulin

et al., 2000) bedeutsame Wirkfaktoren für den Erfolg darstellten.

In der vergleichenden Betrachtung wurde auch die Unterschiedlichkeit der Spielarten von stationärer Psychotherapie sichtbar. Tscheulin illustriert in seinen Studien zur Prozessqualität, dass die Klienten insgesamt – auch die stärker gestörten – ihre „Stammgruppentherapeuten“ als in hohem Maße „wertschätzend, empathisch, selbstkongruent und von hoher Akzeptanz“ erlebten. Hier erfuhren vor allem jene die therapeutische Beziehung als besonders konstruktiv, welche ihre Behandlung auch erfolgreicher beendeten. Daraus ist nach Tscheulin (1995, 2007a, 2007b; Tscheulin et al., 2000) für die Behandlungspraxis zu schließen, dass Klienten mit unterschiedlichen Formen bzw. Graden an Selbstaufmerksamkeit durch jeweils unterschiedliches Therapeutenverhalten begegnet werden müsse. Hier ist bemerkenswert, dass sich Tscheulins differenzielle Indikationsforschung nicht auf die herkömmlichen klassischen Diagnosebilder, sondern auf Analysen zu konzeptkonformen Patienten-Gruppierungen stützt.

Beim Forscherteam Böhme, Finke & Teusch (1998) wiederum wurde die stationäre Psychotherapie von einer einsichtsorientierten, konfliktaufdeckenden und erlebnisaktivierenden Konzeption der GPT (wöchentlich eine Einzel- und vier Gruppensitzungen kontinuierlich über etwa zehn bis zwölf Wochen) bestimmt, ergänzt durch Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, Entspannungsübungen und, wo erforderlich, auch durch Medikation. Im Rahmen der zu diesen „Therapiekomponenten“ erhobenen Beurteilung lobten die befragten Patienten „die gute Mischung“, schrieben aber dem GPT-Einzelgespräch, der Gruppenpsychotherapie und dem Zusammensein mit Mitpatienten zu je beinahe 60 % die stärkste Wirkung zu. Die GPT-Grundhaltung der Psychotherapeuten wurde bei anderen Therapeuten und beim Pflegepersonal ebenso wahrgenommen. Auch dieses auf Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren gestützte Ergebnis zeigt: GPT ist speziell bei Patienten indiziert, die als „früh-gestört“ gelten, da die konstruktiven Effekte nicht nur bei Klienten mit guter Introspektionsfähigkeit bzw. hohen Autonomiewerten gemessen wurden.

Sechs weitere, zu verschiedenen Störungsbildern (Depressionen, affektive-, Angst-, Ess-, Persönlichkeitsstörungen) vorgenommene Untersuchungen erweisen sich für die Praxis auf Grund ihrer verfahrensspezifischen Effektivitätsprofile als sehr interessant. Gefragt wurde, ob sich die Effekte einer GPT-Behandlung durch eine Kombination mit Psychopharmaka oder mit Expositionstherapie verbessern ließen. Sowohl bei Patienten mit leichten bis mittleren Depressivitätswerten als auch bei jenen mit einer Angst-/Agoraphobiesymptomatik war die Kombinationsbehandlung nicht erfolgreicher als reine GPT.

Finke, Böhme & Teusch (2000) fanden, dass sich von Behandlungsbeginn an bei der depressiven Versuchsgruppe, die ausschließlich mit GPT behandelt wurde, sowohl das Ausmaß der Depressivität

und die Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik als auch die Selbstbild-/Selbstidealdiskrepanz deutlicher veränderte als in der Gruppe mit der Kombinationsbehandlung (GPT plus Medikation). Beklagte somatische und vegetative Nebenwirkungen waren in dieser Psychopharmaka-Gruppe höher, hingegen die Bereitschaft, das Psychotherapieangebot anzunehmen, geringer als bei der reinen GPT-Gruppe (vgl. Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001; Teusch, Böhme, Finke, Gastpar & Skerra, 2003). Dies legt die Vermutung nahe, dass reine GPT andere innere Verarbeitungsprozesse unterstützt.

So sahen Teusch und Mitarbeiter, dass sich bei ausschließlich konfliktzentriert behandelten Klienten die Bereitschaft, sich Angst auslösenden Situationen auszusetzen, zwar langsamer entwickelte als bei Klienten, die eine Kombination von Expositionsbehandlung und GPT oder reine verhaltenstherapeutische Expositionen hinter sich hatten. Im Ein-Jahres-Follow-up zeigten die ausschließlich mit GPT behandelten Klienten allerdings, dass sie sich genauso häufig, wenngleich viel bewusster in Angst erregende Situationen begaben und sich subjektiv deutlich weniger gestresst erleben

(Teusch & Böhme, 1999; Teusch, Böhme & Finke, 2000, 2001).

GPT – hier manualgestützt praktiziert – versetzt Patienten mit Ess- und Persönlichkeitsstörungen, nachhaltig in die Lage, Symptome abzubauen und ihre reale Lebenssituation zu verbessern (Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001; Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996). Konkret wird am exemplarischen Einzelfall gezeigt, wie eine an Bulimie leidende Patientin ressourcenorientiert darin unterstützt wurde, sich zunehmend mit der symptombedingten Schuldproblematik und dem Schamerleben angesichts eines sehr hohen unreflektierten Selbstideals auseinanderzusetzen und sich im weiteren Verlauf über beziehungsklärende Angebote auch mit den eigenen Erwartungen nach Zuwendung und Umsorgtsein im Konflikt mit Autonomietendenzen zu beschäftigen (Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996).

Insgesamt kann also behauptet werden, dass unter den geschilderten Untersuchungsbedingungen die Klienten-/Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie auch im klinisch-stationären Bereich generell und in spezifischer Weise bei schwer gestörten Patienten effektiv ist.

**Tab. 8: Stationäre Klientenzentrierte Psychotherapie**

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/ Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Bettermann, Finke, Gastpar & Böhme, 1996	Wirksamkeit von stationärer Gesprächspsychotherapie (GPT) bei Klientinnen mit mittel- bis schwergradigen Formen von Bulimie	Pilotstudie (+ Einzelfallstudie), Pat. (14) Prä, Post, FU (1 Jahr) 12 Wochen	Starke Reduktion der Depressivität, welche im FU-Zeitraum weiter zunimmt; im Behandlungszeitraum bessert sich Leitsymptomatik (Anzahl der Essattacken rückläufig, aber Weiterbehandlung nötig)
Böhme, Finke, & Teusch, 1998	Effektivität von stationärer Gesprächspsychotherapie bei breitem Diagnosespektrum (ICD F3–F6), Frage, ob Patienten mit verschiedenen Störungsbildern von stationärer GPT unterschiedlich profitieren	quasiexperimentell, Pat. (202) Prä, Post, FU (1 Jahr) 12 Wochen (Einzelth. 1x/Wo, Gruppenth. 4x/Wo)	Stationäre GPT führt bei langjährig und schwer erkrankten KL. zu hochsignifikanten Besserungen mit Langzeitwirkung (1-Jahres-FU) Unterschiede in der Nachbesserung: stärker bei den Pat. ohne Nachbehandlung oder mit ambulanter Psychotherapie, geringer bei psychiatrisch-medikamentöser Behandlung oder erneuter stationärer Behandlung (statistisch nicht abzusichern)
Finke, Böhme & Teusch, 2000	Vergleich der Wirksamkeit von stationärer GPT mit / ohne Psychopharmaka bei verschiedenen Störungsbildern (Depressive, Angst-, Zwang-, Essstörungen; tw. Zweitdiagnose Persönlichkeitsstörung)	Pilotstudie, Pat. (55) Prä (6. Woche), Post 10–12 Wochen (GT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Bei Pat., die keine Psychopharmaka erhielten, besserte sich die Depressivität früher und war die Bereitschaft zur Selbstexploration und Problemlösung größer als in der Vergleichsgruppe
Teusch & Böhme, 1999	Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapie (GPT) und Verhaltenstherapie (VT/Exposition) bei Pat. mit Angststörungen	quasiexperimentell GPT (20), GPT + Expos. (20), VT- Expos (72) Prä, Post, FU (6 Monate), FU (1–4 Jahr/en) 12 Wochen (GT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Effektstärken von GPT und VT gleich Im FU noch weitere Verbesserungen der Ergebnisse Angstsymptome reduzieren sich gleich stark und schnell, allerdings setzt die Bereitschaft zur Angstexposition bei reiner GPT etwas später ein als bei reiner oder kombinierter Expositionsbehandlung
Teusch, Böhme & Finke, 2000, 2001	Ist GPT in Kombination mit VT bei Panik und Agoraphobie wirksamer als ausschließlich GPT? Gibt es qualitative Unterschiede bei den Veränderungsprozessen? Fördert reine GPT stärker die Beziehungs- und Konfliktfähigkeit?	quasiexperimentell, comprehensive cohort design GPT (28), GPT + Expos. (40) Prä, Post, FU ( 6 Mon.), FU (1Jahr) 12 Wochen	Beide Behandlungswege hoch signifikant FU: in beiden Gruppen weitere Nachbesserungen Reine GPT fördert stärker die Abgrenzung von Erwartungen, die Abnahme der subjektiven Stressbelastung und der allgemeinen psychosomatischen Beschwerden Zusätzliche Reizkonfrontation verbessert früher die soziale Resonanz

Studie	Zielsetzung	Forschungsansatz/ Methode/Stichprobe	Hauptergebnisse
Teusch, Böhme, Finke & Gastpar, 2001	Wirksamkeit des stationären GPT-Programms bei Pat. mit Komorbidität (Persönlichkeitsstörungen ICD-10: F60, F61) Ist GPT in Kombination mit medikamentöser Therapie effektiver als GPT allein?	Quasiexperimentell, 142 Pat. GPT+Med (46), GPT (96) Prä, Post, FU (1Jahr) 12 ± 3 Wochen	Signifikante und nachhaltige Veränderungen bezüglich Selbstwert, sozialer Kompetenz und Stimmung Die Kombinationstherapie verbessert Effekte nicht, ausgenommen bei der Gruppe der „Abhängigen Persönlichkeit“
Teusch, Böhme, Finke, Gastpar & Skerra, 2003	Wirksamkeit von stationärer GPT bei Pat. mit mittelgradiger Depressivität und div. Störungsbildern: Vergleich GPT/GPT+Med. Verbessert die Zusatzmedikation die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten und die Problembewältigung?	Quasiexperimentell, 76 Pat. GPT+Med (48), GPT (28) Prä (6 Wochen), Post, FU (1 Jahr) 10–12 Wochen (GPT Einzel 1x/Wo, Gruppe 4x/Wo)	Signifikante und in FU stabile Veränderungen bezüglich Selbstwert, sozialer Kompetenz und Stimmung Die Kombinationstherapie verbesserte Effekte nicht und hatte vermehrt unerwünschte Nebenwirkungen Reine GPT-Behandlung förderte die Auseinandersetzung mit problematischen früheren Erfahrungen und Konflikten
Tscheulin, Walter-Klose & Wellenhöfer, 2000	Wirksamkeit von Personenzentrierter Psychotherapie unter Praxisbedingungen: untersucht wurden Outcome, stationäres Therapiekonzept, die „Klinikgemeinschaft“ und das personenzentrierte Beziehungsverhalten der Th. Gibt es differenzielle Effekte bei Pat. mit unterschiedlicher Art der Selbstaufmerksamkeit? (Untersuchungen zur Prozessqualität)	Quasiexperimentell, 1550 Pat. mehrere Analysen: 2 Katamnesestudien: Pat. (310), Pat. (263) Prä, Post, FU (1-2 Jahre) 12 Wochen Prozessanalysen zur Kl.-Th.-Beziehung Differenzielle Effektanalyse: Pat. (977) Prä, Post	Personenzentrierte Psychotherapie und die Erfahrung der Therapeutischen Gemeinschaft sind bei schwer gestörten Kl. signifikant wirksam Im Follow-up weitere Verbesserungen 4 Kl.-gruppen mit verschiedener „Selbstaufmerksamkeit“: Unterschiede in Akzeptanz und Nutzung der therapeutischen Angebote, detto auch als (kleiner) Einfluss auf Erfolg sichtbar

## Schlussfolgerungen

Die Psychotherapieforschung verspricht Objektivität, Klarheit und einen Fortschritt unseres Wissens gegenüber unüberprüfter Propaganda und Folklore. Aber selbst unter den spezialisierten Methodikern finden sich kaum noch naive Empiristen, die davon ausgehen, dass Ergebnisse empirischer Untersuchungen alleine für sich sprechen. Die verbale Interpretation und kognitive Einordnung von Forschungsergebnissen in einen weiteren theoretischen Rahmen ist eine unverzichtbare Notwendigkeit. Gerade an dieser Schnittstelle zur theorie- und paradigmendurchtränkten Auslegung eröffnen sich jedoch Interpretationsspielräume, die eine erhoffte Eindeutigkeit wieder einschränken. Was kann man daher von Forscherinnen und Forschern, die sich mit dem psychotherapeutischen Ansatz von Carl Rogers identifizieren, erwarten, wenn sie die Forschungsergebnisse ihrer eigenen Methode sichten und interpretieren? Eine unvermeidliche Verzerrung? Einseitige Aussagen und Einsichten? Schlussfolgerungen, die die eigene Position stützen und untermauern? Die Loyalität zur eigenen Methode lässt sich bei qualitativen Reviews dieser Art weder verleugnen noch vermeiden.

Auf der Grundlage dieser kritischen Vorbemerkungen kann aus unserer Sicht jedenfalls festgehalten werden, dass die Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie und die Experienziellen Ansätze

ihre hohe Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben und dies auch laufend tun. In praktisch allen Studien und Anwendungskontexten wurden zumindest mittlere und meist sogar hohe Effektstärken, vergleichbar mit denen anderer gut untersuchter Therapierichtungen, beobachtet.

Der vorliegende Review zeigt auch, dass sich die Klienten-/Personenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt und ausdifferenziert haben. Dies entspricht einem Trend bei allen psychotherapeutischen Methoden und Verfahrensweisen. Wurden in den 1960er-Jahren 60 verschiedene Psychotherapieformen identifiziert, so waren es in den 1980er-Jahren bereits an die 400 Variationen (Lambert, Bergin & Garfield, 2004). Die Entwicklung und das auch quantitative Anwachsen psychotherapeutischer Ansätze fanden weitgehend unabhängig von den Ergebnissen und den Erkenntnissen der Psychotherapieforschung statt. Hand in Hand mit dieser Entwicklung verstärkte sich bis heute der Trend zum Eklektizismus und zur Methodenintegration mit dem Ziel, therapeutische Praktiken aus unterschiedlichen Ansätzen zu verbinden. Schätzungen zufolge verwenden die Hälfte bis zwei Drittel der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Vielzahl von Techniken und Praktiken, die aus verschiedenen

theoretischen Schulen stammen (Norcross et. al, 1997). Praktikerrinnen und Praktiker fühlen sich offenbar in der Lage, auf Grund ihrer Zusatzausbildungen und Weiterbildungen Techniken und Verfahren aus jeder beliebigen therapeutischen Orientierung anzuwenden, wenn es im Interesse der Klienten zu sein scheint. Dieser Trend unter Praktikern entwickelt sich ebenfalls unabhängig von der aktuellen Psychotherapieforschung, denn eine Erforschung eklektischer Behandlungsformen ist kaum vorhanden und gestaltet sich besonders schwierig, da kaum Konsens besteht über die zu kombinierenden Techniken und Praktiken.

Gegenläufig zu dieser steigenden Variabilität in der Praxis der Psychotherapie und ebenfalls weitgehend unabhängig von der Forschung versucht eine evidenzbasierte Psychotherapiepolitik, die Lizenzierung und Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren stärker an strenge Forschungsstandards zu binden, sodass nur jene psychotherapeutischen Verfahren favorisiert werden, zu denen ausreichend Forschung vorliegt und deren Effektivität und Effizienz belegbar ist. Für diese Einschätzungen und Entscheidungen wurden in den letzten Jahrzehnten zunehmend Metaanalysen herangezogen, um die Fülle der Untersuchungen zu interpretieren. Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem im Zusammenhang mit der Rückvergütung von Psychotherapiekosten an Klienten haben diesen gegenläufigen Effekt noch weiter verstärkt: Die Entwicklung von Behandlungsmanualen zielt auf eine Standardisierung der Behandlung, die im Dienste der internen Validität stehen und zur Wahrung der Prozessgüte beitragen soll, von vielen Praktikern aber als Uniformierung und als unvereinbar mit dem klientenzentrierten Therapiekonzept gesehen wird. Diese Entwicklungen werden in der Fachwelt hochkontrovers diskutiert (Norcross et al., 2006; Wampold, 2001). Ein weiteres Phänomen, das die Psychotherapieforschung identifiziert hat, das allerdings nicht mit den Uniformitätsbestrebungen verwechselt werden darf, weist darauf hin, dass die verschiedenen theoretischen Therapieansätze in der Praxis weniger unterschiedlich sind als auf einer abstrakten theoretischen Ebene. Verschiedene Therapieschulen zeigen starke Überlappungen bezüglich der Veränderungsfaktoren – häufig auch als „common factor“ bezeichnet. Dieser „common factor“, der in einem bedeutsamen Ausmaß für die Veränderung von Klienten verantwortlich scheint, schließt eine Reihe von Elementen ein: Gelegenheit für emotionale Entspannung, Förderung von Hoffnung, emotionale Unterstützung, Exploration von problematischen Erfahrungen, Ermutigung zum Experimentieren mit neuen Verhaltensweisen und Sichtweisen etc. Im Kontrast zur Common-factor-Forschung stehen Forschungsbemühungen, die auf der Grundlage von diagnostischen Manualen (z. B. DSM) spezifische Behandlungsformen für spezifische Störungen entwickeln und untersuchen.

Insgesamt haben diese Trends innerhalb der Psychotherapieforschung und Psychotherapiepolitik ein hohes Potenzial für Kontroversen, die einerseits die Forschung stimulieren, andererseits aber auch defensive Aktivitäten hervorrufen, die weder eine Qualitäts-

verbesserung noch eine Verbreiterung der Versorgungsbasis fördern. Diese Entwicklungen spiegeln sich auch in der Forschung und Diskussion zu den Person-/Klientenzentrierten und Experienziellen Psychotherapien wider: Der Trend zur Methodenintegration und zum Eklektizismus ist auch innerhalb des Person-/Klientenzentrierten Ansatzes feststellbar. Dabei sind zumindest drei Schwerpunkte zu verzeichnen: Zugänge unter differenzieller Anwendung von Methoden, die (a) aus der person-/klientenzentrierten Theorie und Methode entwickelt wurden (z. B. Focusing), (b) eine Kombination mit anderen humanistischen Verfahren darstellen (z. B. Greenberg) und (c) Verfahren und Perspektiven integrieren, die aus kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansätzen stammen (z. B. Sachse). Die Diskussion über eine störungsspezifische Vorgangsweise hat auch die Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie erreicht, sodass verstärkt methodische, theoretische Konzepte und auch Forschungsarbeiten zur diagnostisch uniformen Klientel durchgeführt werden.

Diese Trends spiegeln sich auch in den Studien, die Grundlage für diesen narrativen Review waren. Die Ergebnisse sind ein konsistenter Beleg dafür, dass ein person-/klientenzentriertes therapeutisches Beziehungsangebot hoch wirksam ist. Die Veränderungen sind andauernd und deutlich größer, als wenn Klienten keine Therapie erfahren hätten, sowie auf demselben Niveau wie jene untersuchten Therapieformen, die sich ebenfalls als wirksam erwiesen haben (inklusive kognitiv-behavioraler Verfahren). Dies wird unterstrichen durch die in etlichen Studien festgestellte Wirksamkeit von Zerrformen unseres Ansatzes wie „supportive counseling“. Die Art der Wirkung ist meist auch so, dass die Verbesserungen nach Beendigung der Therapie in fast allen Untersuchungen weiter zunehmen. Die hohen Effektstärken belegen, dass die erreichten Veränderungen nicht nur im statistischen Sinn, sondern auch im klinisch-praktischen Sinn hoch bedeutsam sind. Im Vergleich von „reiner“ Person-/Klientenzentrierter Therapie und solchen Varianten, die bestimmte Interventionskonzepte integrieren (z. B. Prozess-Experienzielle Therapie), zeigen sich beide Varianten gleich wirksam, die zweite Variante erreicht die Veränderungen jedoch schneller und z.T. deutlicher. Bei spezifischen Settings wie Paartherapie oder Gruppentherapie wurde häufig auch die Wichtigkeit von guten Strukturierungen (z. B. Übungen zur Selbsterfahrung, Intensivtage etc. bei Gruppentherapie; gezielte Arbeit an Kommunikationsmustern in der Paartherapie) belegt.

In der Gesundheitsversorgung kann die Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie einen wissenschaftlich abgesicherten Platz für sich beanspruchen. Unter den in diesem Review aufgenommenen Berichten wurde die Wirksamkeit unserer Verfahren in störungsspezifischer Hinsicht bzw. isoliert an folgenden besonders häufig auftretenden, klassischen Störungsbildern untersucht: Angststörungen (diverse Bilder: insgesamt vier Studien), leichte bis mittlere Depressionen (drei Studien) sowie am Störungsbild der Major Depression (vier Studien). Anpassungsstörungen und

die Posttraumatische Belastungsstörung wurden in je einer Studie erforscht, weiters in vier Studien Verarbeitungsprobleme bei schweren Belastungen (Krebserkrankung, Einsamkeit, komplexer Trauer und HIV) sowie sexuelle Dysfunktionen (in einer Studie: weiblicher Libidomangel) und bei Alkoholismus (zwei Studien). Beim vielfältigen Erscheinungsbild von Essstörungen fanden sich drei Untersuchungen, ebenso eine Studie bei den sogenannten psychosomatischen Krankheitsbildern des Gastrointestinaltraktes. Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind einmal explizit im Zentrum des Forschungsinteresses gestanden. In einigen weiteren Arbeiten wurde, wie oben bereits dargestellt, im Rahmen von zumeist naturalistischen Studiendesigns diversen Veränderungen bei schwer erkrankten Klienten mit

teilweise sehr komplexen Störungsbildern bzw. Mehrfachdiagnosen (fünf Studien) nachgegangen.

Eine Reihe von Studien können im Kontext einer Common-Factor-Forschung und in Bezug auf die fachliche Diskussion um das therapeutische Arbeitsbündnis als relevant betrachtet werden, denn sie beziehen in einem hohen Ausmaß therapeutische Bedingungen ein, die zentral für das klientenzentrierte Verfahren sind (z. B. Empathie).

Insgesamt belegt diese Bestandsaufnahme, dass die Ideen, Konzepte und Prinzipien aus der person- und klientenzentrierten Tradition nach Carl Rogers weiterhin einen festen Bestandteil der Psychotherapie- und Beratungsforschung bilden und eine gewichtige Stimme in der allgemeinen methodischen Diskussion darstellen.

## Literatur

- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen: Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam? *Psychotherapeut*, *52*, 24–34.
- Arnold, J. (1992). *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wuppertal, FB3.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Bums, A. & Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69* (5), 7.
- Baskin, T. W., Callen Tierney, S., Minami, T. & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71* (6), 973–979.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. & Wright, F. (1992). A crossover of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 778–783.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *32* (2), 129–143.
- Bettermann, R., Finke, J., Gastpar, M. & Böhme, H. (1996). Stationäre Gesprächspsychotherapie bei Bulimie. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 85–94). Köln: GwG.
- Beutler, L. W., Engle D., Mohr D., Daldrup R. J., Bergan J. & Merry W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59* (2), 333–340.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Kolko, D., Baugher M., Bridge, J., Holder, D., Iyengar, S. & Ulloa, R. E. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *57* (1), 29–36.
- Boeck-Singelmann, C., Schwab, R. & Tönnies, S. (1992). Klientenzentrierte Psychotherapie in Form von Teamtherapie. In M. Behr, U. Esser, F. Petermann, W. M. Pfeiffer, & R. Tausch (Hrsg.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Bd. 3. (S. 9–23). Köln: GwG.
- Böhme, H., Finke, J., & Teusch, L. (1998). Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *48*, 20–29.
- Borkovec, R. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 611–619.
- Bower, P., Byford, S., Sibbald, B., Ward, E., King, M., Lloyd, M. & Gabbay, M. (2000). Randomized controlled trial of non-directive counseling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *British Medical Journal*, *321*, 1389–1392.
- Bratton, S. C., Raya, D., Rhinea, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36* (4), 376–390.
- Collins, A. J. & Fauser, B. C. J. M. (2005). Balancing the strengths of systematic and narrative reviews. *Human Reproduction Update*, *11* (2), 103–104.
- Cooper, H. & Dorr, N. (1995). Narrative versus meta-analytic reviews: A rejoinder to Graham's comment. *Review of Educational Research*, *65* (4), 515–517.
- Dandeneau, M. L. & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy*, *20*, 17–33.
- De Vries, M. J., Schilder, J. M., Mulder, C. L., Vrancken, A. M. E., Remie, M. E. & Garssen, B. (1997). Phase II Study of psychotherapeutic intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *6*, 129–137.
- Desaulles, A., Johnson S. M. & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy*, *31*, 345–353.
- Eckert, J. (2004). Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, *20*, 244–247.

- Eckert, J. & Wuchner, M. (1996). Long-term development of borderline personality disorder. In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 213–233). Frankfurt: Peter Lang.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Wuchner, M. (2000). Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50 (3–4), 140–146.
- Eckert, J., Kriz, J. & Frohburg, I. (2004). Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut*, 49, 415–426.
- Elliott, R. (2001). Research on the effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 57–81). Washington, D.C.: APA.
- Elliott, R. (2002). Render unto caesar: Quantitative and qualitative knowing in person-centered/experiential therapy research. *Person-Centered and Experiential Psychotherapy*, 1, 102–117.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Elliott, R., Suter, P., Manford, J., Radbour-Markert, L., Siegel-Hinson, R., Layman, C. & Davis, K. (1996). A Process-Experiential Approach to Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD). In R. Hutterer, G. Pawlowsky, P. F. Schmid & R. Stipsits (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* (pp. 235–254). Frankfurt: Peter Lang.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324.
- Eyßell, D., Zeising, S. & Stuhr, U. (1992). Prozess-Erfolgsforschung am Beispiel klientenzentrierter Psychotherapie und psychodynamischer Kurztherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 40 (1), 58–78.
- Figge, P. & Schwab, R. (1997). Klientenzentrierte Psychotherapie in Gruppen. Objektivier und subjektiver Therapieerfolg unter dem Einfluß der erlebten Beziehung zum Therapeuten. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 28 (1), 22–36.
- Finke, J., Böhme, H. & Teusch, L. (2000). Effekte der Kombinationstherapie: Psychotherapie mit und ohne Psychopharmaka. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 11–20). Köln: GwG-Verlag.
- Friedli, K., King, M. B., Lloyd, M. & Horder, J. (1997). Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general-practitioner care. *The Lancet*, 350 (6), 1662–1665.
- Frohburg, I. (2003). Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 34 (4), 233–242.
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5, 3–8.
- Glass, G.V. (1978). Integrating findings: The meta-analysis of research. *Review of Research in Education*, 5, 351–379.
- Glass, G.V., McGaw, B. & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 962–969.
- Goldman, R. N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16 (5), 537–549.
- Gordon-Walker, J., Johnson, S., Manion, I. & Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1029–1036.
- Graham, S. (1995). Narrative versus meta-analytic reviews of race differences in motivation: A comment on Cooper and Dorr. *Review of Educational Research*, 65 (4), 509–514.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K. & Lietaer, G. (1994). Research on Experiential Psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Greenberg, L. S. & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210–224.
- Grindler-Katonah, D. (1991). *Focusing as treatment for adaptive recovery from cancer*. Unpublished dissertation, Illinois School of Professional Psychology, Chicago, IL.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2002). Effektivität von Psychotherapie: Ein Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. *Forum Psychoanalyse*, 18, 176–196.
- Harvey, I., Nelson, S., Lyons, R., Unwin, C., Monaghan, S. & Peters, T. (1998). A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *British Journal of General Practice*, 48, 1043–1048.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2008). Wirksamkeit der personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 219–239). Göttingen: Hogrefe.
- Iacoviello, B. M., Scott McCarthy, K., Barrett, M. S., Rynn M., Gallop R. & Barber J. P. (2007). Treatment preferences affect the therapeutic alliance: Implications for randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 194–198.
- Jacobs, S., Spies, K., Schache, A., Schreiner, M. & Zander, B. (1996). Wirk- und Prozessfaktoren klientenzentrierter Gruppenpsychotherapien. In C. Frielingsdorf-Appelt, H. Pabst & G.-W. Speierer (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Theorie, Krankenbehandlung, Forschung* (S. 157–188). Köln: GwG-Verlag.
- Jacobs, S. & Bangert, M. (2003). Evaluation der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholkrankheit im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 34 (3), 150–158.
- Jacobs, S. & Bangert, M. (2005). Effekte und Prozessmerkmale der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei Alkoholismus. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 36 (2), 97–107.
- Jenny, B., Goetschel, P., Köppler, C. & Samson, B. (2006). Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person*, 10 (2), 93–107.
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of outcome in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135–152.
- Johnson, S. M. & Greenberg, L. S. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (2nd ed.) (pp. 121–141). New York: Guilford.



- Johnson, S. M., Maddeaux, C. & Blouin, J. (1998). Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns. *Psychotherapy, 35*, 238–247.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment, 4* (19), 1–84.
- Klaus, D. (1991). *Ambulante klientenzentrierte Kinder-, Kindergruppen- und Elterngruppenpsychotherapie. Indikations- und Effektivitätskriterien*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Leipzig.
- Kolko, D.J., Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J. & Birmaher B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation and moderation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 603–614.
- Lambert, M.J., Bergin, A. E., Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 3–15). New York: Wiley.
- Lambert, J.M. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139–193). New York: Wiley.
- LeBlanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Psychology Quarterly, 14*, 149–163.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. & Auerbach, A. (1985). Therapist Success and its Determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602–611.
- Manne, S., Rubin, S., Edelson, M., Rosenblum, N., Hernandez, E., Carlson, J., Rocereto, T. & Winkel, G. (2007). Coping and communication-enhancing intervention versus supportive counseling for woman diagnosed with gynecological cancers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75* (4), 14.
- MacPhee, D. C., Johnson, S. M. & Van der Veer, M. D. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*, 159–182.
- Markowitz, J.C., Kocsis, J.H., Fishman, B., Spielman, L.A., Jacobsberg, L.B., Frances, A.J., Klerman, G.L. & Perry, S.W. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Archives of General Psychiatry, 55*, 452–457.
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics, 35*, 81–207.
- Meyer, A.-E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19* (4), 287–291.
- Miller, S., Wampold, B. & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research, 18* (1), 5–14.
- Mulder, C. L., Emmelkamp, P.M.G., Antoni, M.H., Mulder, J.W., Sandfort, T.G.M. & de Vries, M.J. (1994). Cognitive-behavioral and experiential group psychotherapy for HIV-infected homosexual men: A comparative study. *Psychosomatic Medicine, 56*, 423–431.
- Muro, J., Ray, D., Schottelkorb, A., Smith, M.R. & Blanco, P. (2006). Quantitative analysis of long-term child-centered play-therapy. *International Journal of Play Therapy, 15* (2), 35–58.
- Müller-Hofer, B., Geiser, C., Juchli, E. & Laireiter, A.-R. (2003). Klientenzentrierte Körperpsychotherapie (GFK-Methode) – Ergebnisse einer Praxisevaluation. *PsychotherapieForum, 11* (2), 80–91.
- Norcross, J.C., Karg, R.S. & Prochaska, J.O. (1997). Clinical psychologists in the 90's: Part 1. *The Clinical Psychologist, 50* (2), 4–9.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.D. (2006). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental question*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307–389). New York: Wiley.
- Paivio, S.C. & Greenberg, L.S. (1995). Resolving „unfinished business“: Efficacy of experiential therapy using empty chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 419–425.
- Payne, A., Liebling-Kalifani, H. & Joseph, S. (2007). Client-centred group therapy for survivors of interpersonal trauma: A pilot investigation. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 100–105.
- Pos, A.E., Greenberg, L.S., Goldman, R.N. & Korman, L.M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71* (6), 1007–1016.
- Rogers, C.R. & Dymond, R.F. (1954). *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sachse, R. (1995). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 27–49). Köln: GwG-Verlag.
- Sachse, R. (1997). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Klienten mit psychosomatischen Störungen. Therapiekonzepte und Ergebnisse. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 28* (2), 90–107.
- Sammert-Hofmann, I., Stuhr, U. & Meyer, A.E. (1994). Ergebnisse und Probleme zeitreihenanalytischer Einzelfallbetrachtungen bei klientenzentrierter und psychodynamischer Kurz-Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 42* (1), 27–41.
- Schmidtchen, S., Acke, H. & Hennies S. (1995). Heilende Kräfte im kindlichen Spiel! Prozeßanalyse des Klientenverhaltens in der Kinderspieltherapie. *GwG-Zeitschrift, 99*, 15–23.
- Schmidtchen, S., Hennies, S. & Acke, H. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht, 40*, 34–42.
- Schwab, R. (1995). Zur Prozessforschung in der gesprächspsychotherapeutischen Gruppentherapie: Überlegungen im Anschluss an empirische Ergebnisse aus Gruppen mit Einsamen. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 151–165). Köln: GwG-Verlag.
- Schwab, R. (1997). *Einsamkeit. Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention*. Bern: Hans Huber.
- Seligman, M.E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50* (12), 965–974.
- Shear, M.K., Houck, P., Greeno, C. & Masters, S. (2001). Emotion-focused therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 158* (12), 1993–1998.
- Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752–60.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.

- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Strauß, B. & Mattke, D. (2001). Stationäre Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 225–229). Stuttgart, New York: Thieme.
- Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A. & Morris, J. (2000). Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 917–922.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A. & Morris, J. (1998). A randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303–307.
- Teusch, L. & Böhme, H. (1999). Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure. *Psychotherapy Research*, 9 (1), 115–123.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2000). Unterschiedliche Prozesse von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung. In G.-W. Speierer (Hrsg.), *Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie* (S. 21–30). Köln: GwG-Verlag.
- Teusch, L., Böhme, H. & Finke, J. (2001). Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie und Panikstörung. *Nervenarzt*, 72, 31–39.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J. & Gastpar M. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment: An empirical follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 328–336.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar M. & Skerra, B. (2003). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13 (3), 307–322.
- Trettin, R., Meyer, A.-E. & Stuhr, U. (1994). Berichte über und Klärung von „kritischen Ereignissen“ als Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Eine Prozess-Effizienz-Studie zwischen psychodynamisch und klientenzentriert behandelten Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44 (2), 53–57.
- Tscheulin, D. (1995). Reziproke Interaktionsprozesse: Grundlage von Entwicklung und therapeutischer Veränderung. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 71–88). Köln: GwG.
- Tscheulin, D. A. (2007a). Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie: Grundlagen. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie – Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 167–178). Wien: Facultas.
- Tscheulin, D. A. (2007b). Psychodiagnostik und differenzielles Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie: Praxis. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie – Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 179–190). Wien: Facultas.
- Tscheulin, D., Walter-Klose, Ch. & Wellenhöfer, G. (2000). Effektivität personenzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 31 (1), 35–44.
- Van der Pompe, G., Duivenvoorden, H. J., Antoni, M. H., Visser, A. & Heijnen, C. J. (1997). Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune function in breast cancer patients: an exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 453–466.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Model, Methods, and Findings*. London: Erlbaum.
- Ward, E., King, M., Lloyd, M., Bower, P., Sibbald, B., Farrelly, S., Gabbay, M., Tarrier, N. & Addington-Hall, J. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321, 1383–1388.
- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 773–781.
- Watson, J. C. & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1–2), 25–33.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L. & Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11 (2), 221–233.

## Autoren und Autorin:

**Norbert File**, \*1966, Mag. phil., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Imst und Innsbruck, Lehrtherapeut der ÖGWG, Lehrbeauftragter an der Universität Innsbruck, Institut für Psychologie.

**Robert Hutterer**, \*1951, Univ.-Prof. an der Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft, Personenzentrierter Psychotherapeut, Psychotherapieausbildner in der Vereinigung Rogerianische Psychotherapie (VRP).

**Wolfgang W. Keil**, \*1937, Prof., Mag. rer. soc. oec., Klientenzentrierter Psychotherapeut in Wien; Lehrgangleiter an der Donau-Universität Krems; Ehrenobmann, Ausbildner und Lehrtherapeut der ÖGWG; Gruppenpsychotherapeut und Gruppendynamiktrainer (ÖAGG); Focusing-Professional (Focusing Institute New York).

**Christian Korunka**, \*1959, Univ.-Prof. an der Universität Wien, Fakultät für Psychologie, Personenzentrierter Psychotherapeut und Ausbildner im IPS der APG.

**Brigitte Macke-Bruck**, Dr. med., Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis, Ausbilderin und Lehrtherapeutin im Forum der APG, Wien.

## Korrespondenzadresse:

Prof. Mag. Wolfgang W. Keil  
Albertg. 39/6, 1080 Wien  
wolfgang@keil.or.at

Gerlinde Berghofer, Tijana Gonja, Thomas Oberlechner

# Kann Empathie trainiert werden?

## Ein Review empirischer Studien zur Wirksamkeit von Empathietraining

**Zusammenfassung:** *Der Begriff der Empathie hat mit Carl Rogers seinen Durchbruch in der Psychotherapie erlebt. Die Möglichkeit, Empathiefähigkeiten durch Training zu entwickeln, besitzt jedoch auch außerhalb der Therapie große Relevanz und hat zu einer Vielzahl an wissenschaftlichen Evaluationsstudien geführt. Unser Artikel gibt einen Überblick über 63 Studien zur Wirksamkeit von Empathietrainingsprogrammen mit Studenten, Berufstätigen, Schul- und Vorschulkindern, Paaren, Eltern, Senioren und Personen im forensischen Bereich. Bis auf wenige Ausnahmen zeigen diese Studien eine Zunahme an Empathie durch Training. Der Artikel präsentiert mögliche Einflussfaktoren auf die Effektivität von Empathietrainings und diskutiert Limitationen dieser Trainings, welchen die künftige Wirksamkeitsforschung von Empathietrainings Beachtung schenken sollte.*

**Schlüsselworte:** *Empathie, Training, Schulung, Wirksamkeit, Review*

**Abstract:** **Can Empathy be Trained? A Review of Empirical Studies of the Effectiveness of Empathy Training.** *The concept of empathy has witnessed its breakthrough in psychotherapy with Carl Rogers. However, the possibility to develop empathic abilities in training programs is also highly relevant outside therapy and has led to a substantial numbers of scientific evaluation studies. Our article gives an overview of 63 studies on the effectiveness of empathy training programs conducted with students, professionals, school and preschool children, couples, parents, older persons, and persons in the forensic field. These studies, with few exceptions, show that training leads to an increase of empathy. The present article presents possible influences on the effectiveness of empathy trainings and discusses limitations of these trainings which future effectiveness research of empathy training should consider.*

**Key words:** *empathy, training, education, effectiveness, review*

### Einleitung

„Einer der Gründe, warum man in Konversationen so selten verständige und angenehme Partner findet, ist, dass es kaum jemand gibt, der nicht lieber an das dachte, was er sagen will, als genau auf das zu antworten, was man zu ihm sagt“

– François de la Rochefoucauld

Empathie ist ein weit geläufiger und häufig gebrauchter Begriff. Empathie zeigen, empathisch reagieren, Empathie ausstrahlen, Empathie einfordern sind Begrifflichkeiten, die heute nicht nur der Psychotherapie vorbehalten sind, sondern auch auf der politischen Bühne, in der Wirtschaft, im Büroleben, in der Erziehung und im Miteinander des Alltagslebens allgemeiner Sprachgebrauch geworden sind.

Empathie oder Einfühlungsvermögen bedeutet dabei die Fähigkeit, sich in die Gedanken, Gefühle und das Weltbild von anderen

hineinzusetzen. Der Begriff leitet sich vom griechischen *empathia* (Einfühlung) ab. Den großen Einzug in die Psychotherapie hat der Begriff der Empathie durch Carl Rogers genommen, den Begründer der personenzentrierten Psychotherapie. Rogers' Definition der Empathie lautet „to perceive the internal frame of reference of another with accuracy and with the emotional components and meanings which pertain thereto as if one were the person, but without ever losing the ‚as if‘ condition“ (1975).

Bereits in diesem Verständnis wird deutlich, dass Empathie affektive und kognitive Dimensionen besitzt. Sie beinhaltet die Fähigkeit einer Person, nicht nur die Gefühle, sondern auch die Gedanken und Motive eines anderen Menschen genau wahrzunehmen und zu verstehen, sodass Verständnis, Rückschlüsse und Prognosen in Übereinstimmung mit dem anderen gebildet werden können, während die empathische Person dabei jedoch immer sie selbst bzw. bei sich selbst bleibt. Eine neuere Definition der Empathie beinhaltet neben einer verstehensorientierten kognitiven und erlebensorientierten

affektiven Dimension von Empathie zusätzlich eine Aktionsdimension, die sich insbesondere in der Kommunikation mit der anderen Person ausdrückt. Eine solcherart verstandene Empathie stellt darüber hinaus eine spezielle Art des beziehungsmaßigen Miteinanders dar, in dem eine ständige interpersonelle Validierung und Bestätigung stattfindet (Bohart & Greenberg, 1997).

Mittlerweile wird Empathie als Fähigkeit betrachtet, die zu den wichtigsten „Soft Skills“ zählt und eine essentielle Grundlage emotionaler sowie inter- und intrapersonaler Intelligenz darstellt (Gardner, 1983, 1999; Goleman, 1995; Mayer, Salovey, & Caruso, 2004). Jemand, der für die Gefühle, Wünsche und Sorgen anderer Menschen taub ist, wird allgemein als sozial inkompetent wahrgenommen. Wer hingegen gut zuhören kann, seine Gesprächspartner respektiert und auf deren Welt und Bedeutungen eingehen kann, wird als kompetent und sympathisch erlebt. Fachwissen allein genügt nicht, um im Beruf erfolgreich zu sein. So zeigt etwa eine Studie, dass ein Großteil des Erfolgs von Studenten davon abhängt, wie gut sie mit anderen kommunizieren und sich und die Welt durch die Brille anderer sehen können (Johnson, Johnson, & Anderson, 1983). In jüngster Zeit hat sich insbesondere die Gehirnforschung der Empathie als Grundlage von interpersoneller Kompetenz zugewendet. Hier wurde mit den sogenannten Spiegelneuronen eine spezielle Art von Hirnzellen entdeckt, welche mit empathischem Erleben korrelieren (Braten, 2007; Iacoboni, 2007; Rizzolatti, Fogassi, & Gallese, 2006; Rizzolatti, Sinigaglia, & Anderson, 2008).

Die Fähigkeit zur Empathie gilt also als wichtige Persönlichkeitseigenschaft, die sowohl zum beruflichen Erfolg beiträgt als auch im zwischenmenschlichen Zusammenleben des Alltags unerlässlich ist. Der Möglichkeit, Empathiefähigkeiten aktiv zu entwickeln, wird deshalb großes Forschungsinteresse entgegengebracht, das für Therapeuten verschiedenster Schulrichtungen eine besondere Relevanz besitzt. So stellen etwa Bohart und Greenberg fest: „[I]t is not enough merely to learn how to respond ... Future therapists ... must really learn how to enter into another's world and walk in their shoes. It (empathy) must involve a genuine interest in entering another's world ... and in essence, developing some sense of 'we' feeling with them“ (1997, S. 445).

Psychotherapeutinnen, jedenfalls personenzentrierte Psychotherapeutinnen, berufen sich gerne auf einen solcherart beschriebenen Prozess als wesentlichen Bestandteil ihrer Arbeit, und psychotherapeutische Ausbildungseinrichtungen gehen zumindest implizit davon aus, dass sich die Empathiefähigkeit angehender Psychotherapeuten durch die Ausbildung beeinflussen und steigern lässt. Dabei konstatieren Autoren wie zum Beispiel Nerdrum (1997), dass Empathie wesentlich schwieriger zu erlernen ist als andere therapeutische Fähigkeiten und dass dieses Lernen einen überaus komplexen und globalen Prozess darstellt. Diese der Empathie inhärente Komplexität ist wesentlich schwieriger zu erfassen und zu erlernen als spezifische therapeutische Einzelfertigkeiten.

Kann man empathisches Einfühlen und die Fähigkeit des aktiven

und empathischen Zuhörens mittels spezifischer und zeitlich begrenzter edukativer Programme und Interventionen tatsächlich trainieren? Oder beruht Empathie auf einer Persönlichkeitseigenschaft, die letztlich nicht gelehrt werden kann? Ist es überhaupt möglich, wirkliches Interesse an der Welt des anderen und echtes Verständnis für diese Welt durch ein Trainingsprogramm zu erlernen? Und wenn dies möglich ist, wie kann dieses Lernen im zeitlich begrenzten Rahmen eines Trainings vermittelt werden und wie wirksam und andauernd sind die Trainingseffekte?

Es gibt eine wachsende Zahl an einzelnen Evaluationsstudien über die Wirksamkeit von speziellen Trainingsprogrammen für Empathie. Ein systematischer Überblick über die Effektivität solcher Empathietrainings ist jedoch ausständig. Das Ziel dieses Literaturreviews ist, diese Lücke zu schließen und wissenschaftliche Studien zu Empathietrainings und ihrer Wirksamkeit systematisch zu erfassen. Dabei werden jene empirischen Studien eingeschlossen, in denen die Effekte von Empathietrainingsprogrammen bewertet werden. Der Artikel fokussiert darauf, mit welchen Personengruppen systematisches Empathietraining durchgeführt wird und welche Trainingsmethoden dabei zur Anwendung kommen. Die in den einzelnen Studien verwendeten Methoden werden in Bezug auf Forschungsdesign und Art der angewandten Instrumente zur Erfassung von Trainingseffekten analysiert. Abschließend werden die Effekte der Trainings zusammengefasst und diskutiert.

## Methoden

Unser Überblick relevanter empirischer Forschung zur Wirksamkeit von Empathietraining beruht auf umfassenden Recherchen in den Literaturdatenbanken CINHAL, Eric, Medline, PsychArticles, Psych-Info und SocIndex. Diese Datenbanken (Stand Juni 2008) wurden mit Hilfe der folgenden Suchalgorithmen durchsucht: (a) Empirische Untersuchungen in „peer reviewed journals“, deren Titel den englischen Begriff „Empathy“ und zusätzlich einen oder mehrere der Begriffe „Training“, „Education“ oder „Program“ beinhaltet, sowie empirische Untersuchungen, deren Titel „listening skills“ und einen oder mehrere der Begriffe „Training“, „Education“ oder „Program“ beinhaltet. Zusätzlich ergänzt wurde die Recherche durch eine Suche in PsychIndex nach empirischen Untersuchungen mit den Schlüsselworten „Empathietraining“, „Empathieschulung“ und „Empathieprogramm“.

Die Suchergebnisse der Literaturrecherchen wurden einzeln auf Relevanz für unsere Fragestellung gesichtet. Dabei wurden veröffentlichte Arbeiten berücksichtigt, die Ergebnisse empirischer Untersuchungen zur Wirksamkeit von Empathietraining darstellen. Nicht berücksichtigt wurden Buchbeiträge, unveröffentlichte Dissertationen und Masterarbeiten, interne Evaluationsberichte und nicht in Fachzeitschriften veröffentlichte Vorträge und Konferenzbeiträge.

## Ergebnisse

Die im Folgenden präsentierten Studien umfassen die mittels der im Methodenteil angeführten Suchstrategie gefundenen Arbeiten, welche empirisch die Effekte von Trainings zur Entwicklung von Empathie untersuchen. Tabelle 1 gibt einen detaillierten Überblick

über diese Studien. Die Tabelle listet – geordnet nach Teilnehmergruppen – alphabetisch Autoren und Publikationsjahr der Studien, verwendete Forschungsdesigns und Messinstrumente zur Messung von Empathie, Trainingsmethoden und die wichtigsten Studienergebnisse auf.

**Tabelle 1: Evaluationsstudien von Empathietrainingsprogrammen**

### 1.1. Studenten: soziale und helfende Berufe

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Barak 1990	1 VG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Counselor Response Questionnaire (Stokes & Lautenschlager 1978), (b) Empathy Rating Scale (Ivey 1987)	Empathie-Spiel 4 Stunden	9 Studenten der Psychotherapie (im 1. Jahr)	Signifikante Zunahme der Empathieniveaus auf beiden Instrumenten
Bath 1976	3 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	3 Methoden: (1) experientielle Methode (2) didaktische Methode (3) 1+2 2,5 Stunden	48 Studenten der Sozialwissenschaft (19-20 Jahre)	1. alle 3 VG profitieren vom Training; KG zeigt keine Veränderung 2. Didaktische Methode: Studenten mit niedriger Empathie zu Trainingsbeginn profitieren mehr als Studenten mit hoher Empathie 3. Keine Unterschiede zwischen Trainingsmethoden
Black et al. 1982	2 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Hogan Empathy Scale (Greif & Hogan 1973), (b) Index of Responding (Gazda et al. 1977)	Phase A: Aufmerksamkeit Phase B: experientielle Phase Phase C: Kommunikation 22 Stunden	105 Studenten zur Lehrerausbildung (im 1. Jahr)	1. VG signifikante Verbesserung in empathischer Kommunikation, nicht im empathischen Verstehen 2. Männer verbessern sich im empathischen Verstehen stärker als Frauen 3. Hohe Autoritätswerte: signifikant weniger empathisches Verstehen als niedrige Werte
Borden et al. 1988	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung Rape Empathy Scale (Deitz et al. 1982)	didaktischer Vortrag 45 Minuten	100 Studenten der Psychologie (Einführungskurs)	1. Programm ändert keine Einstellungen 2. Keine Veränderung der Empathieniveaus 3. Vorträge allein sind nicht ausreichend, um Empathieniveaus zu ändern
Dereboy et al. 2005	2 VG; prä-post VG (1) hohe empathische Tendenz VG (2) niedrige empathische Tendenz Empathic Tendency Scale	Unterricht	36 Studenten der Medizin (im 1. Jahr)	1. VG (1, hohe Empathietendenz) zeigen eine Tendenz in Richtung negativer Änderung ihrer Empathieniveaus 2. VG (2, niedrige Empathietendenz) zeigen eine Tendenz in Richtung positiver Änderung ihrer Empathieniveaus
Dubé et al. 1987	1 VG; prä-post (a) Index of Communication, (b) Index of Discrimination, (c) Empathy Rating Scale (alle 3 Instrumente Carkhuff 1969)	Trainingsprogramm zur Förderung von Beziehungsfertigkeiten	29 Studenten der Psychologie (1. Studienabschnitt)	Die Effizienz des Trainingsprogramms wird bestätigt
Erera 1997	2 VG; prä-post; Selbsteinschätzung Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	2 Methoden: 1. Kognitionsorientiert 2. Emotionsorientiert 40 Stunden	51 Studenten der Sozialarbeit (1. Studienabschnitt)	1. Keine signifikanten Empathie-Unterschiede zwischen den Gruppen 2. Gering signifikante Verbesserung der Empathie in der kognitiv orientierten Trainingsgruppe

Anm.: VG= Versuchsgruppe; KG= Kontrollgruppe

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Feighny et al. 1995	1 VG/1 KG; prä-post; Fremd- und Selbsteinschätzung (a) Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969), (b) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	3 Phasen: 1. kognitive-, 2. affektive- und 3. verhaltensorientierte Perspektiven-Einnahme 1 Semester	kleine Gruppe von Studenten der Medizin (im 1. Jahr)	1. keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu Trainingsbeginn 2. VG signifikante Zunahme der kommunikativen Fertigkeiten 3. Signifikant positive Übereinstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung in Empathie und kommunikativen Fertigkeiten
Fernandez-Olano et al. 2008	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat et al. 2002)	Vortrag Übungen Videoanalysen Rollenspiel 25 Stunden	203 Studenten der Medizin (im 2. Jahr & im Praktikum)	VG signifikante Zunahme der Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme
Fine et al. 1977	1VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax & Carkhuff 1967)	Vortrag Rollenspiel Diskussion 8 Wochen	66 Studenten der Medizin (im 1. Jahr)	1. VG signifikant höheres Empathieniveau als KG nach Training 2. VG signifikant stärkere empathische Patientenzuwendung als KG
Fraser et al. 1975	2 VG/2 KG; prä-post & post allein; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Übungen Videoaufzeichnungen Rollenspiel 10 Stunden	72-80 Studenten der Pädagogik	Beide VG signifikante Zunahme an empathischen Fähigkeiten
Frauenfelder et al. 1984	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Empathic Listening Test (Gray et al. 1976), (b) Hogan Empathy Scale (Hogan 1969)	Modellernen Übungen Rollenspiel 1 Semester	45 Studenten der Psychologie (Einführungskurs)	VG große Zunahme in Empathieniveaus; KG nur geringe Zunahme
Henderson 1989	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Hör-CDs Videobänder Feedback Übungen 12 Stunden	30 Studenten der Krankenpflege	VG signifikant bessere empathische Fertigkeiten als KG
Hodge et al. 1978	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Rating Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: VG (1) Übungen Einzelsupervision (Peers & Professionelle) VG (2) Videos	72 männliche Studenten der Psychologie (1. Studienabschnitt)	1. VG (1, mit Einzelsupervision) signifikant höhere Empathieniveaus als VG (2) und KG 2. VG (2) höhere Empathieniveaus als KG 3. keine Unterschiede zwischen Peer- und professioneller Supervision
Kelly et al. 1977	8 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung Test zur Diskriminierung (selbst entwickelt)	2 Methoden: 1. vier strukturierte Gruppen: Rollenspiel Modellernen 2. vier unstrukturierte Gruppen: Diskussionen je 13 Stunden	45 weibliche Studenten der Pädagogik	Strukturierte Gruppen (Methode 1) signifikant höhere Empathiewerte als unstrukturierte Gruppen (Methode 2) und KG
Kimberlin et al. 1977	2 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung VG (1) hohe konzeptuelle Fähigkeiten VG (2) niedrige konzeptuelle Fähigkeiten Empathy Rating Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: 1. hoch strukturiert (Magnus 1973) 2. Rollenspiel (Teil von Carkhuff 1971) je 3 Stunden	120 Studenten der Psychologie (1. Studienabschnitt)	1. VG (1, hohe konzeptuelle Fähigkeiten) reagiert empathischer auf ambivalent-affektive Aussagen als VG (2) und KG 2. Keine Unterschiede zwischen VG bei nicht ambivalenten Aussagen 3. Keine Unterschiede zwischen Trainingsmethoden
Nerdrum et al. 1995	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Vorträge Übungen Modellernen Rollenspiel (videoaufgezeichnet) Diskussion Feedback 66 Stunden	78 Studenten der Sozialarbeit	VG signifikante Zunahme an kommunizierten Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Nerdrum et al. 1997	1 VG/1 KG; prä-post; follow-up nach 18 Monaten; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Vorträge Übungen Modellernen Rollenspiel (videoaufgezeichnet) Diskussion Feedback 66 Stunden	78 Studenten der Sozialarbeit	1. VG signifikante Zunahme an kommunizierten Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme 2. VG zeigt größere Zunahme des Empathieniveaus über die Zeit als KG
Poole et al. 1980	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; follow-up 3 Jahre nach Training; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax 1961)	Audioaufzeichnungen 12-16 Stunden	45 Studenten der Medizin (im 5. Jahr)	1. VG signifikante Zunahme an Empathie durch Training; signifikant höhere Empathie bleibt 3 Jahre nach Training aufrecht 2. VG signifikant höheres Empathieniveau zum follow-up als KG 3. Signifikante Abnahme der Empathiefähigkeit im Laufe der Zeit
Smith et al. 1984	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Vortrag Übungen 6 Stunden	35 Studenten der Krankenpflege (im 1. Jahr)	1. VG & KG geringe Empathieniveaus vor dem Training 2. VG signifikante Zunahme an Empathie 3. VG signifikant größere Zunahme an Empathie als KG

## 1.2. Studenten: andere Studienrichtungen

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Berg et al. 1999	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Rape Empathy Scale (Deitz et al. 1982), (b) Acquaintance Rape Empathy Scale (self-developed), (c) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	didaktische Vorträge Audioaufzeichnungen 75 Minuten	54 Studenten (1. Studienabschnitt)	Keine Unterschiede in Empathieniveaus zwischen den Gruppen
Dalton et al. 1976	2 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung Empathy Rating Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: 1. Modellernen 90 Minuten 2. Systematisches Training (Carkhuff 1971) 10 Stunden	90 Studenten (18-22 Jahre)	1. VG (1, Modellernen) Empathieniveau erhöht sich durch Training um 1 Niveau; erreicht aber nicht das Empathieniveau des Modells 2. Systematisches Training ist dem kürzeren Modellernen nicht überlegen
Escrivà et al. 1999	Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	Entwicklung von moralischem Urteilsvermögen und Empathie	Sprachstudenten (1. Studienabschnitt)	1. Programm ist effizient 2. Signifikante Verbesserung der Empathie
Foubert et al. 2006	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung Rape Empathy Scale (Deitz et al. 1982)	Men's Program (selbstentwickelt): Video Diskussion 1 Stunde	261 Studenten aus Burschenschaften	VG signifikant größere Zunahme an Empathie gegenüber Opfern; signifikant größere Abnahme sexuell aggressivem Verhaltens im Vergleich zu KG
Gianetti 1986	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Evaluation von Reaktionen auf Klienten (kein spezifisches Instrument)	Vortrag Diskussion Videoaufzeichnungen Rollenspiel Übungen 1 Semester	56 Studenten der Pharmazie (im 4. Jahr)	1. VG signifikante Zunahme an Empathiewerten im Vergleich zu KG 2. Nicht erwünschte Reaktionen wie Evaluieren, in Frage stellen, etc. nehmen ab 3. Die Reaktion „einen Rat geben“ ist am veränderungsresistentesten
Goud 1975	1 VG/1 KG; prä-post; follow-up nach 2 Monaten Index of Discrimination (Carkhuff 1969)	Vorträge Lese-Hausaufgaben Diskussionen Simulationen Filmkritiken Übungen mit Klienten	64 Studenten (1. Studienabschnitt)	1. VG signifikant höhere Empathiewerte als KG 2. Lernen in großen Gruppen ist in kurzer Zeit möglich 3. Empathieniveaus bleiben über 2 Monate aufrecht

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Jacobs 1981	2 VG/1 KG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung; (a) Acceptance of Other Scale (Guerney 1977), (b) Empathic Understanding (Carkhuff 1969)	Integrierte didaktische und experientielle Methode (Carkhuff 1969) Angebot des identen Kurses mit verschiedenen Aufgabenstellungen: VG (1): „Höhere Kompetenz im empathischen Antworten“ VG (2) „Das Lernen von empathischen Antworten“ 1,5 Stunden	27 Studenten der Betriebswirtschaft (1. Studienabschnitt)	1. Beide VG höhere Empathiewerte als KG 2. VG (1, deren Aufgabe es war Kompetenz zu zeigen) zeigt höhere Empathiewerte als VG (2)

### 1.3. Helfende Berufe

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Ancel 2006	1 VG; prä-post; Selbsteinschätzung Empathic Communication Skill B (Dökmen 1988)	Vortrag Filme zur Selbstüberprüfung Diskussion Fallstudien Rollenspiele Feedback 20 Stunden	263 Krankenpflegepersonen	Signifikanter Zunahme empathischer Fertigkeiten
Anthony 1971	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Didaktisch-experientielles Empathietrainingsprogramm (Truax & Carkhuff 1967) 10 Stunden	23 Sanitäter	1. VG signifikante Zunahme der Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme 2. Arbeitsverhalten in VG signifikant höher als in KG
Banks 1976	1 VG; prä-post; Fremdeinschätzung Beurteilungen schriftlicher Antworten auf Fallbeispiele und Beurteilungen aufgezeichneter Beratungsgespräche	Didaktische Komponenten Modelllernen Experientielle Komponenten Supervidierte Interaktionen mit Einzelnen 30 Stunden	12 Mitarbeiter eines Arbeitsrehabilitationsprogramms	Signifikante Zunahme an Empathiewerten
Constantine 2001	1 VG; Umfrage; Fremdeinschätzung Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980)	Akademische Kurse mit multikulturellem Beratungsbezug	128 Mitglieder der American Counseling Association	Signifikant positiver Zusammenhang zwischen (1) Kursanzahl, eklektisch-integrativer Theorieorientierung, affektiver und kognitiver Empathie und (2) multikulturellem Fallverständnis
Crabb et al. 1983	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 4 Wochen; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	2 Methoden: 1. Mikrotraining (Ivey 1971) 2. Systematisches Human Relations Empathietraining (Egan 1975); Beide Methoden, je zur Hälfte mit und ohne „empathy enhancement tapes“ je 8 Stunden	55 Laienhelfer	1. Empathiefertigkeiten sind lernbar; Empathie nach 4 Wochen noch aufrecht 2. VG signifikant höhere Empathie als KG 3. keine signifikanten Unterschiede zwischen Trainingsmethoden
Dustin 1973	2 VG; prä-post; Fremdeinschätzung Beurteilungen von Klientengesprächen	Beschreibungen Audioaufzeichnungen von Modellen empathischer Mitteilungen Übungseinheiten 7 Stunden	11 Berater 10 Lehrer	1. Zunahme empathischer Äußerungen 2. Berater verbessern empathische Fertigkeiten nicht stärker als Lehrer
Goldstein et al. 1973	2 Studien; je 2 VG / 1 KG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 1 Monat; Fremdeinschätzung Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Strukturiertes Lernen (Goldstein 1973) 10 Stunden	74 psychiatrische Krankenpflegepersonen (Studie 1) 90 Mitarbeiter in psychiatrischem Spital (Studie 2)	für Studie 1 und 2 gilt: 1. Signifikante Zunahme der Empathie 2. VG signifikant höhere Empathie als KG 3. Effekt nach 1 Monat noch aufrecht



Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Herbek et al. 1990	1 VG / 1 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	Information Diskussion Übungen Verstärkung Rollenspiele 6 Stunden	36 Krankenpflegepersonen	1. Empathie kann durch Training erhöht werden 2. Krankenpflegepersonen betonen Relevanz von Empathietraining 3. VG handelt mehr als Team, ist aufmerksamer gegenüber emotionalen Patientenbedürfnissen, ist zufriedener mit Arbeit
LaMonica et al. 1976	1 VG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Index of Communication Scale (Carkhuff 1969); (b) Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Didaktische und experientielle Komponenten 11 Stunden	39 Krankenpflegepersonen	1. Niedriges Empathieniveau zu Trainingsbeginn 2. Programm steigert Empathieniveau signifikant
LaMonica et al. 1977	1 VG; 2 KG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Index of Communication Scale (Carkhuff 1969); (b) Empathy Scale (Carkhuff 1969)	Didaktische und experientielle Komponenten 11 Stunden	39 Krankenpflegepersonen	1. Niedriges Empathieniveau zu Trainingsbeginn 2. Programm steigert Empathieniveau signifikant
Nerdrum et al. 2003	2 VG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Beurteilung empathischer Kommunikation (b) halbstrukturierte Tiefeninterviews	Didaktischer Vortrag Videoaufgezeichnete Rollenspiele Feedback Praxis mit realen Klienten 56 Stunden	23 Laientherapeuten und professionelle Therapeuten	1. Signifikante Zunahme an Empathie 2. Teilnehmer berichten größeres empathisches Verstehen 3. Empathietraining wirkt sich auf professionelles Selbstverständnis (Rolle und Verantwortung) aus 4. Empathietraining wirkt sich positiv auf Klienten aus
Olson et al. 1987	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Behavioral Test of Interpersonal Skills for Health (Gerrard & Buzzell 1980)	Aktives Zuhören Kommunikations-Fertigkeitsmodule 6 Stunden	26 Krankenpflegepersonen	Fertigkeiten im aktiven Zuhören („listening skills“) nehmen signifikant zu
Perry 1975	6 VG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung Empathic Understanding Scale (Carkhuff 1969)	Instruktionen Vorträge Modellernen (Audioaufzeichnungen)	66 Geistliche	1. Instruktionen haben keinen Effekt auf Empathieniveaus 2. VG mit Modellen mit hoher Empathie zeigen höhere Empathieniveaus (in Phase 1, aber nicht in Phase 2 des Projekts)
Redman 1977	1 VG; prä-post; follow-up nach 2,5 Monaten; Selbsteinschätzung Identification with the Underdog Scale (Schuman & Harding 1963)	Theorie praktische Übungen Gruppeninteraktionen 70 Stunden	178 Lehrer	1. Signifikant größere Empathie für Minderheitsgruppen 2. Dieser Effekt ist nach 2,5 Monaten noch aufrecht
Steibe et al. 1979	6 VG; randomisiert; post; Fremdeinschätzung (a) Trait Empathy (Comrey Personality Scale P, Comrey 1970); (b) Relationship Inventory (Barrett-Lennard 1962)	Training des Urteilsvermögens Kommunikationstraining 3 VG: 6 Stunden 3 VG: 12 Stunden	62 Nonnen	1. Dauer des Trainings hat keinen Einfluss auf den Erfolg des Trainings 2. Erfolgreiche Teilnehmer sind jünger, weisen in ihrer Persönlichkeit ein höheres Empathieniveau auf und nehmen die empathischen Fertigkeiten ihrer Trainer stärker wahr
Truax et al. 1971	1 VG; post; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax & Carkhuff 1967)	didaktische Präsentationen Rollenspiele 40 Stunden	12 Therapeuten	Signifikante Zunahme in „accurate“ Empathie bei Therapeuten mit anfänglich sowohl niedriger als auch hoher Empathie

## 1.4. Schul- und Vorschulkinder

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Feshbach et al. 1982	1 VG/2 KG; randomisiert; prä-post; Peer-, Selbst-, Fremdeinschätzung Messung von Selbstkonzept, sozialer Sensitivität, Perspektiven-Einnahme und Empathie	Training von kognitiven und affektiven Komponenten der Empathie 22,5 Stunden	98 Schulkinder (8-9 Jahre)	1. VG signifikant positiveres Selbstkonzept und größere soziale Sensitivität als KG 2. VG Abnahme von Aggression im Vergleich zu KG 3. VG signifikanter Unterschied zu KG in Bezug auf die Zunahme von Kooperation, Großzügigkeit und hilfreichem Verhalten
Haynes et al. 1979	1VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Self-Feeling Awareness Scale, (b) Acceptance of Other Scale (beide Guerney 1977)	strukturiertes Edukationsprogramm: didaktisches und experienzielles Training 16 Stunden	48 Schulkinder (14-18 Jahre)	VG signifikant höhere Selbstöffnung und empathische Fertigkeiten als KG
Kalliopuska et al. 1986	1 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Test (Feshbach & Roe 1968)	Singen Spielen von Instrumenten Musikhören Musikübungen Märchen Diskussion 12 Stunden	30 Vorschulkinder (6 Jahre)	Signifikante Zunahme der Empathie in VG verglichen mit KG
Kalliopuska et al. 1991	2 VG/1 KG; prä-post; Fremdeinschätzung Empathy Test (Feshbach & Roe 1968)	2 Methoden: 1. Musik körperliche Übungen Zeichnen 2. Rollenspiel Schauspielen Geschichten 35 Stunden	62 Vorschulkinder (6 Jahre)	1. Empathie kann in Vorschulkindern entwickelt werden 2. Methode 2 (Rollenspiel) produziert die besten Ergebnisse
Kalliopuska et al. 1993	1 VG/1 KG; prä-post; follow-up nach 9 Monaten; Fremdeinschätzung Empathy Test (Feshbach & Roe 1968)	Singen Spielen von Instrumenten Musikhören Musik-Übungen Märchen Diskussion 12 Stunden	32 Vorschulkinder (6 Jahre)	VG signifikante Zunahme an Empathie zu Trainingsende und zum follow-up; KG keine signifikante Zunahme
Kipper et al. 1979	3 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax 1961)	3 Methoden: 1. psychodramatisches Double 2. Reflektion 3. Vorträge 6 Stunden	64 Schulkinder (15 Jahre)	1. Alle 3 VG signifikante Zunahme an Empathie im Vergleich zu KG 2. Bestes Ergebnis erzielt die Methode „psychodramatisches Double“, gefolgt von Reflektion und Vorträge 3. Mädchen erzielen höhere Werte als Buben
Lehman 1973	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung (a) Accurate Empathy Scale (Truax 1961), (b) Relationship Inventory Empathic Understanding Scale (Barrett-Lennard 1962)	Modellernen Feedback Verstärkung 16 Stunden	17 männliche Schulkinder (16 Jahre)	VG wird als empathischer eingeschätzt als KG (Signifikanzniveau wird nicht erreicht)
Manger et al. 2001	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Social Skill Rating System (Gresham & Elliot 1990); (b) Olweus' Empathic Responsiveness Questionnaire (Olweus & Endresen 1998)	Modellernen Feedback Rollenspiel 120 Stunden über 1 Jahr	215 Schulkinder (14-15 Jahre)	1. VG signifikante Zunahme der Empathieniveaus; KG keine signifikante Zunahme 2. Kein signifikanter Geschlechtsunterschied

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Pecukonis 1990	1 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Empathy Test (Hogan 1969), (b) Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	Empathietraining nach Feshbach 1976, 1978 6 Stunden	24 weibliche Jugendliche (14-17 Jahre)	1. VG Zunahme an affektiver und kognitiver Empathie 2. KG Abnahme in affektiver Empathie und Zunahme in kognitiver Empathie (jedoch weniger als VG)
Wei et al. 2001	2 VG/1 KG; randomisiert; prä-post	2 Methoden: 1. Fall-Diskussionen 2. Rollenspiel 3x in 1,5 Monaten	162 (Vor)Schulkinder (4-10 Jahre)	1. Empathietraining hat das erwünschte Verhalten „Teilen mit anderen“ erhöht 2. Keine Unterschiede zwischen den Methoden 2. Effekt vergrößert sich mit dem Alter der Kinder

### 1.5. Eltern und Paare

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Angera et al. 2006	2 VG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 6 Monaten; Selbsteinschätzung (a) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980); (b+c) Self and Other Dyadic Perspective Taking Scale (Long 1990)	Erklärungen Diskussion Video Übungen Problemlösungstraining Hausaufgaben (nach Ridley & Nelson 1984) 10 Stunden	42 verheiratete und nicht verheiratete Paare	1. Beide VG verbessern sich in ihren empathischen partnerschaftlichen Fähigkeiten 2. Diese Veränderungen sind nach 6 Monaten noch aufrecht
Garland 1981	1 VG/2 KG; randomisiert; Selbsteinschätzung (a) Active Listening Skills Coding System; (b) Inventory of Marital Conflict (Olson & Ryder 1977); (c) Perceptual Accuracy (Schutz 1967)	Vortrag Lernen am Modell Übungen 15 Stunden	19 verheiratete Paare	1. VG gebraucht „listening skills“ nicht öfter als KG 2. VG signifikant höheren Zuwachs an Wahrnehmungsgenauigkeit als KG 3. VG verbessert sich in ihrer Kommunikationswirksamkeit nicht stärker als KG
Guzetta 1976	3 VG/1 KG; randomisiert; prä-post; Fremdeinschätzung selbst entwickelte Messinstrumente	Strukturiertes Lernen (Goldstein 1973) 6 Stunden	37 Mütter mit ihren Kindern	Alle 3 VG signifikant mehr Empathie als KG
Hines et al. 1988	6 VG/2 KG; randomisiert; post; follow-up nach 3 Monaten; Fremdeinschätzung (a) Reflection of Feelings Scale (Bernier 1977); (b) Relationship Inventory Empathic Understanding Scale (Barrett-Lennard 1962)	3 Methoden: 1. didaktisches Training und Modellernen 2. zusätzlich Praxis in empathischem Antworten mit Feedback 3. zusätzlich „doubling“ 10 Stunden	40 verheiratete Paare	1. Training signifikant positiver Effekt auf Empathie; nach 3 Monaten noch aufrecht; aber Abnahme während der 3 Monate 2. VG signifikant höhere empathische Fähigkeiten als KG; 3. keine signifikante Unterschiede zwischen den 3 Trainingsbedingungen
Long et al. 1999	2 VG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung (a) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980); (b+c) Self and Other Dyadic Perspective Taking Scale (Long 1990)	Erklärungen Diskussion Video Übungen Problemlösungstraining Hausaufgaben (nach Ridley & Nelson 1984) 10 Stunden	48 unverheiratete Paare	1. Verbesserung der Empathie in beiden VG 2. Veränderungen in der Empathie wirken sich positiv auf die Zufriedenheit in der Partnerschaft aus 3. Generalisierung des empathischen Verstehens auf Beziehungen außerhalb der Partnerschaft
Long et al. 2008	1 VG; Selbsteinschätzung nach jeder Trainingseinheit selbstentwickeltes Empathieinstrument	Erklärungen Diskussion Video Übungen Problemlösungstraining Hausaufgaben (nach Ridley & Nelson 1984) 12 Stunden	32 verheiratete Paare	Signifikanter Zuwachs an Empathie zwischen der 2. und 5. Trainingseinheit

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Therrien 1979	1 VG/1 KG; parallelisiert nach Empathiescores; prä-post; follow-up nach 4 Monaten; Fremdeinschätzung Accurate Empathy Scale (Truax 1961)	Parent Effectiveness Training (PET, Gordon 1970) 24 Stunden	47 Eltern	1. VG erreicht hilfreiche Empathieniveaus; KG erreicht diese Fertigkeiten nicht 2. Empathieniveaus sind nach 4 Monaten noch aufrecht

### 1.6. Personen im forensischen Bereich

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Jackson et al. 2006	1 VG/1 KG; prä-post; Selbsteinschätzung Emotional Empathy Scale (Mehrabian & Epstein 1972)	Victim Impact Training (VIT) 20 Stunden	69 Ersttäter	1. Keine signifikanten Empathieentwicklungs-Unterschiede zwischen VG und KG 2. Täter mit höheren Schuldlevels berichten eher positive Empathieentwicklung
Janoka et al. 1978	3 VG/3 KG; randomisiert; prä-post; Selbsteinschätzung Index of Communication (Carkhuff 1969)	Interpersonal Communication Training Manual (Day 1973) 12 Stunden	42 Insassen, Wärter, Betreuer	1. Training erhöht Empathie 2. VG hat höheren Empathiegewinn als KG

### 1.7. Senioren

Autor	Design	Trainingsmethode	Teilnehmer	Ergebnis
Isquick 1981	1 VG/2 KG; randomisiert; prä-post; follow-up nach 4 Wochen; Fremdeinschätzung (a) 2 selbst entwickelte Empathie Indizes; (b) semantic-differential questionnaire (Kogan & Wallach 1961)	Erklärungen Lernen am Modell Übungen 16 Stunden	28 Senioren (52-78 Jahre)	1. VG signifikante Verbesserung in allen Empathie-Messinstrumenten, diese sind nach 4 Wochen noch aufrecht; KG keine Verbesserungen 2. VG signifikanter Zuwachs an Selbstexploration; KG kein signifikanter Zuwachs

*Anzahl und Publikationsjahr der empirischen Studie.* Insgesamt lassen sich mit unserer Suchstrategie 63 relevante Studien finden. Von den 63 Studien befassen sich laut ihrem Titel 61 mit dem Training von Empathie und zwei mit dem Training von „listening skills“ (Garland, 1981; Olson & Iwasiw, 1987). Der Grossteil der erfassten Studien wurde in den 1970er Jahren veröffentlicht: 25 Studien wurden von 1970 - 1979 publiziert, 16 Studien von 1980 - 1989 und 12 Studien von 1990 -1999. Von 2000 bis 2008 (Stand Juni 2008) wurden basierend auf unseren Suchstrategien 10 relevante Studien gefunden.

*Teilnehmerzahl und Personengruppen.* Bei einer Bandbreite von neun bis 263 Teilnehmern pro Studie beträgt die durchschnittliche Anzahl an Teilnehmern in den Studien 68. Gruppirt man die Studien nach den untersuchten Personengruppen, dann ergibt sich folgendes Bild: die am häufigsten untersuchte Personengruppe sind Studenten. Hier finden sich insgesamt 27 Studien, wovon 20 Studien mit Studenten in helfenden und sozialen Studienrichtungen und sieben Studien mit Studenten in anderen Studienrichtungen durchgeführt wurden. Weitere 16 Studien untersuchten erwachsene Berufstätige in helfenden Berufen wie zum Beispiel Berater, Therapeuten, Sanitäter und Krankenpflegepersonen. Zehn Studien

wurden mit (Vor)Schulkindern durchgeführt, sieben Studien mit Paaren und Eltern, zwei Studien stammen aus dem forensischen Bereich und eine Studie untersucht die Förderung empathischer Fähigkeiten von Senioren.

*Forschungsdesigns.* Die in den einzelnen Studien angewandte Methodik konnte von fast allen Studien im Detail durch eine Analyse des Volltextes des publizierten Artikels erhoben werden. Von sechs Studien konnten Angaben über die angewandte Methodik und erzielte Ergebnisse nur den Abstracts entnommen werden (dafür waren in der Regel sprachliche Gründe ausschlaggebend, wie zum Beispiel in türkisch oder chinesisches verfasste Artikel; ein weiterer Studienartikel konnte von den Bibliotheksdiensten nicht im Volltext zur Verfügung gestellt werden). Während die wissenschaftliche Qualität und Angemessenheit der Methodik in den Studien heterogen sind, zeigen viele Studien ein befriedigend hohes wissenschaftliches Niveau. Die meisten Studien (über 70%) weisen eine Kontrollgruppe auf, wovon in fast 50% dieser Studien die teilnehmenden Personen randomisiert auf die Untersuchungsgruppen verteilt sind. Bei über 80% der Studien wurden Empathiemessungen sowohl vor als auch nach dem Training durchgeführt. Die Messung der Empathie erfolgte in der Regel durch Fremdeinschätzungen; weniger als

ein Drittel der Empathiemessungen beruht auf Selbsteinschätzungen der Teilnehmer. Nur ein sehr kleiner Anteil der Studien bedient sich sowohl Fremd- als auch Selbsteinschätzungen.

*Messinstrumente.* Die am weitaus häufigsten verwendeten Messinstrumente zur Erfassung der Empathie sind die Skalen von Carhuff (1969). Weitere häufig eingesetzte Empathiemessinstrumente stammen von Truax (1961; 1967), Davis (1980) und Mehrabian & Epstein (1972). Einige Untersuchungen verwendeten auf die jeweils untersuchte Personengruppe speziell zugeschnittene Instrumente oder von den Autoren selbst entwickelte Verfahren.

*Trainingseffekte.* In 59 der 63 Studien zeigt sich ein positiver Trainingserfolg, d.h. eine signifikante Verbesserung bzw. Zunahme der Empathie durch spezifische Trainingsmethoden. Vier Studien, die keinen positiven empathiebezogenen Trainingseffekt finden, wurden mit folgenden Personengruppen durchgeführt: Studenten (Berg, Lonsway, & Fitzgerald, 1999; Borden, Karr, & Caldwell-Colbert, 1988), Geistlichen (Perry, 1975) und erstmaligen Straftätern (Jackson & Bonacker, 2006).

*a. Empathieniveau zu Trainingsbeginn.* Vier Studien berichten über den Einfluss des Empathieniveaus zu Trainingsbeginn auf den späteren Trainingserfolg und kommen dabei zu inhomogenen Ergebnissen. Bei Personen mit einem eher niedrigen Empathieniveau zu Trainingsbeginn führt ein entsprechendes Training in zwei Studien zu einer signifikant stärkeren Steigerung an Empathie als bei Personen mit höheren Empathieausgangswerten (Bath, 1976; Dereboy, Harlak, Gürel, Gemalmaz, & Eskin, 2005). Truax und Lister (1971) hingegen finden, dass Personen unabhängig von ihren Empathieausgangsniveaus von einem Training profitieren. Steibe (1979) berichtet, dass erfolgreiche Trainingsteilnehmer in ihrer Persönlichkeit ein bereits höheres Empathieniveau aufweisen. Während Dereboy und Kollegen (2005) eine hohe Empathietendenz zu Trainingsbeginn als hinderlich für eine positive signifikante Veränderung der Empathiewerte konstatieren. Einen möglichen Einfluss des Empathieniveaus von Trainern auf den Erfolg des Empathietrainings findet Perry (1975) und diskutieren Nerdrum und Kollegen (2003).

*b. Trainingsmethode.* Die in den Studien verwendeten Trainingsmethoden zur Steigerung von Empathie beinhalten zumeist eine Mischung aus sowohl didaktischen als auch experientiellen Elementen wie zum Beispiel Vorträgen, Erklärungen, Audio- und Videoaufzeichnungen, Modellernen, Rollenspielen, Übungen und Diskussionen. In einer Studie wird ein von den Autoren selbst entwickeltes Spiel als Empathietrainingsmethode verwendet (Barak, 1990). In 11 der 63 Studien wurden explizit verschiedene Trainingsmethoden zur Steigerung von Empathie miteinander verglichen. Die Vergleiche bezogen sich zumeist auf den Unterschied zwischen didaktischen und experientiellen Trainingsmethoden bzw. den Unterschied zwischen kognitions- und emotionsorientierten Methoden. Sieben der 11 Vergleichsstudien kommen dabei zu keinem signifikanten Unterschied in der Effizienz der einzelnen Trainingsmethoden (Bath, 1976; Crabb, Moracco, & Bender, 1983; Dalton & Sundblad, 1976;

Hines & Hummel, 1988; Hodge, Payne, & Wheeler, 1978; Kimberlin & Friesen, 1977; Wei & Li, 2001). Zeigen sich Unterschiede (in den restlichen vier der 11 Vergleichsstudien), dann erweisen sich Rollenspiele und Modellernen den Vorträgen und Diskussionen überlegen (Erera, 1997; Kalliopuska & Tiitinen, 1991; Kelly, Reavis, & Latham, 1977; Kipper & Ben-Ely, 1979).

*c. Trainingsdauer.* Die Dauer des Empathietrainings ist nicht in allen Studien explizit angegeben. Wenn sie erwähnt wurde, reichte die Bandbreite der Trainingsdauer von 45 Minuten bis zu 120 Stunden. In der überwiegenden Mehrheit der Studien beträgt die Trainingsdauer jedoch weniger als 20 Stunden. Der Einfluss der Trainingsdauer auf die Wirksamkeit von Empathietrainings wurde in einer der Studien explizit untersucht (sechs versus 12 Stunden Training) und erwies sich als nicht einflussreich auf das Trainingsergebnis (Steibe et al., 1979).

*d. Langzeiteffekte.* Elf der Studien beinhalteten eine follow-up Untersuchung und untersuchten die Frage, inwieweit Empathieeffekte nach dem Training anhalten. In allen dieser Studien war ein positiver Trainingseffekt zum jeweiligen Zeitpunkt des Follow-up noch vorhanden, wobei die follow-up Messungen kurzfristig (zwischen einem und drei Monaten, sechs Studien, (Crabb et al., 1983; A. P. Goldstein & Goedhart, 1973; Goud, 1975; Hines & Hummel, 1988; Isquick, 1981; Redman, 1977), mittelfristig (zwischen vier Monaten und einem Jahr, drei Studien, (Angera & Long, 2006; Kalliopuska & Ruokonen, 1993; Therrien, 1979) und langfristig stattfanden (bis zu drei Jahre nach Trainingsende, zwei Studien, (Nerdrum, 1997; Poole & Sanson-Fisher, 1980). In zwei der elf Studien mit follow-up Untersuchung wurde eine Verringerung der durch das Training vermittelten Empathiesteigerung über die Zeit beobachtet (Hines & Hummel, 1988; Poole & Sanson-Fisher, 1980).

## Diskussion

Empathisches Zuhören und Verstehen ist das vielleicht fundamentalste Prinzip der Psychotherapie, das von unterschiedlichen Psychotherapieformen und von praktizierenden Psychotherapeuten verschiedenster Orientierungen geteilt wird (Strupp, 1996). So wird von personenzentrierten Therapeuten angenommen, dass Empathie zu einem funktionaleren Selbstkonzept aber auch zu positiven Veränderungen in den Beziehungen zu anderen führt. Sie erhöht unter anderem die Selbstakzeptanz und Selbstkongruenz und verringert destruktive Gefühle wie Selbstkritik und Scham. Therapie hilft Klienten bei der Entwicklung von Selbst-Empathie. Durch die Empathie des Therapeuten lernen Klienten, sich selbst gegenüber empathischer zu sein und entwickeln in der Folge größeres Selbstverständnis, eine bessere Symbolisierung ihrer Erfahrungswelt und mehr Empathie für andere (Bohart et al., 1997).

Die Förderung und Steigerung der Empathiefähigkeit von Psychotherapeuten ist daher ein wesentlicher Bereich in der Schulung

von Psychotherapie. Es existieren etliche Trainingsprogramme, die das Training von Empathie als Komponente innerhalb eines breiten Spektrums an therapeutischen Fertigkeiten beinhalten (siehe zum Beispiel Carkhuff, 1969; Feshbach, 1976, 1978; A. P. Goldstein & Michaels, 1985; Hargie, 1997; Hill & O'Brien, 1999; Ivey & Authier, 1978; Kagan, 1984; Neufeldt, 1999). Dabei gelten drei dieser empathierelevanten Programme in der Psychotherapieausbildung als gut etabliert, Human Resource Training und Human Resource Development (Carkhuff, 1969; C. B. Truax & Carkhuff, 1967), Microcounseling (Ivey & Authier, 1978) und Interpersonal Process Recall (Kagan, 1984). Eine 1990 durchgeführte Analyse von Effektivitätsstudien dieser Trainings bestätigt die Effektivität aller drei Programme, und zwar abnehmend in der genannten Reihenfolge (Baker, Daniels, & Greeley, 1990; Lambert, Ogles, & Watkins, 1997).

Die im Ergebnisteil dieses Artikels zusammengefassten Studien zeigen, dass in der wissenschaftlichen Literatur der vergangenen Jahrzehnte Trainings zur Steigerung von Empathie weit über psychotherapeutische Ausbildungsprogramme hinaus eine Rolle spielen. Empathiebezogene Wirksamkeitsuntersuchungen edukativer Interventionen wurden in sehr verschiedenen Settings und mit unterschiedlichsten Personengruppen durchgeführt. So zielt ein großer Anteil der Forschung auf Trainingsprogramme zur Empathieentwicklung in erziehungsrelevanten Settings wie Familien, Schulen und Universitäten ab. Die Wirksamkeit von empathiebezogenen Trainingsprogrammen wurde jedoch auch bei Paaren, bei im Gesundheitswesen Tätigen (neben Psychotherapeuten zum Beispiel bei Medizinern und Pflegekräften) und nicht zuletzt auch bei Straftätern (hier meist bei Sexualstraftätern mit mangelndem Empathieempfinden) untersucht. Empathiebezogene Trainingsprogramme werden bisweilen mit anderen Trainingszielen verbunden und sind dann Teil eines umfassenderen Programms. So wird etwa bei Kindern und Jugendlichen Empathie häufig im Rahmen der Entwicklungsförderung allgemeinen Sozialverhalten trainiert. Hier beinhalten viele Programme Empathietraining als eine von mehreren Komponenten (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998; Pecukonis, 1990).

Alle bis auf vier der in die Ergebnisse aufgenommenen 63 Studien kommen zum Resultat, dass Empathie durch entsprechendes Training erhöht werden kann. Eine genauere Betrachtung dieser vier Studien ohne positives Trainingsergebnis (Berg et al., 1999; Borden et al., 1988; Jackson & Bonacker, 2006; Perry, 1975) weist darauf hin, dass vor allem die angewandte didaktische Methode dazu führen kann, dass keine Empathiesteigerung auftritt. In drei dieser vier Studien kommen als Intervention ausschließlich kurze didaktische Vorträge zum Einsatz, und es finden weder Modellernen, Rollenspiele noch angewandte Übungen statt, die in den meisten Empathietrainings einen zentralen Aspekt darstellen. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass passiver kognitiver Wissenserwerb durch didaktische Vorträge allein zu wenig ist, um eine Zunahme an empathischem Verhalten zu erzielen (siehe dazu auch Borden et al., 1988; Kipper & Ben-Ely, 1979; Perry, 1975).

In Bezug auf die vermittelten Trainingsinhalte kommen Nerdrum und Ronnestad (2003) zum Schluss, dass Trainings effektiver sind, wenn sie sowohl auf kognitive wie auch auf affektive Phänomene der Empathie fokussieren. Dass Trainingsprogramme nicht nur auf die affektive Dimension von Empathie abzielen sollen, legen auch die Ergebnisse von Kimberlin & Friesen (1977) nahe. Menschen mit geringerem begrifflichem Vermögen können nämlich auf komplexe, ambivalente Klienteninformation weniger empathisch reagieren als Personen mit höherem begrifflichem Vermögen.

Neben didaktischen Aspekten und den vermittelten Lerninhalten beeinflussen auch Merkmale der Trainer und der Lernenden die Wirksamkeit von Trainings zur Steigerung der Empathie. Wie die verschiedenen Studienergebnisse zeigen, lassen sich diese Einflüsse auf die Effektivität von Empathietrainings nicht immer eindeutig einer der beiden Seiten in der Dynamik des Lehrens und Lernens von Empathie zuordnen und entspringen vielmehr der in der Lernbeziehung stattfindenden Interaktion. So beeinflusst etwa die Empathiefähigkeit von Trainern und Seminarleitern die Wirksamkeit dieser Trainings (Nerdrum & Ronnestad, 2003). Lernende mit hoch empathischen Modellen sind empathischer als Lernende, deren Modelle eine nur geringere Empathiefähigkeit aufweisen (Perry, 1975). Dieser Effekt wird jedoch auch von der Wahrnehmungsfähigkeit der Lernenden beeinflusst. Personen, welche die empathischen Fähigkeiten ihrer Trainer stärker wahrnehmen, profitieren mehr von Empathietrainings als andere (Steibe et al., 1979). Insgesamt legen diese Ergebnisse nahe, dass Lernen über Empathie insbesondere dann gefördert wird, wenn die Teilnehmer in der Interaktion mit dem Trainer konkrete Erfahrungen davon machen können, was Empathie ist (siehe auch Nerdrum & Ronnestad, 2003).

Eine Diskussion wissenschaftlicher Studien zur Wirksamkeit von Trainings zur Empathiesteigerung wäre unvollständig, ohne die möglichen Limitationen dieser Trainings zu benennen. Künftige Forschung sollte dieser Limitationen gewahr sein und die damit verbundenen Kritikpunkte systematisch untersuchen. Dies betrifft etwa die folgenden Frage: Welche Art von Empathie lernen Teilnehmer an Empathietrainings tatsächlich und woran wird der Erfolg dieser Trainings gemessen? Kritiker wenden ein, dass Teilnehmer in Trainingsprogrammen eher empathisch zu antworten lernen als ein echtes, volles empathisches Erfahren mit Klienten (Bohart et al., 1997; Gladstein, 1983). Häufig werden dieselben Empathieskalen (Carkhuff, 1969; C. B. Truax & Carkhuff, 1967), die später zur Messung des Trainingserfolgs verwendet werden, bereits explizit zum Trainieren der Teilnehmer eingesetzt (Fine & Therrien, 1977). Dies kann zu einer problematischen Reduzierung von Lernprozessen führen und dazu, dass die Teilnehmer ein oberflächliches und auf bloße Technik eingeeengtes Verständnis von Empathie entwickeln.

Eine weitere für die Effektivität von Empathietrainings wichtige Frage ist, ob darin auch gelernt wird, in welchen Situationen Empathie angemessen ist -- und wann dies eben nicht der Fall ist. Dies wird am fiktiven Polizeipsychologen Max Munzl in der Fernsehserie

Dr. Psycho deutlich, dessen Interventionsversuche bisweilen zu Eskalationen führen anstatt Konflikte zu klären und Spannungen zu begrenzen. Der Darsteller hinter Max Munzl begründet diese unglücklichen Konsequenzen damit, dass Munzl „sich einer gewissen Empathie hingibt“ – dies aber in Situationen, in denen auch anderes gefragt ist (Priesching, 2008). Während Empathie in Trainings also gesteigert werden kann, sind auch situative Aspekte bei der Verwirklichung von Empathie wichtig und wie Empathie angemessen zum Ausdruck gebracht wird.

Kann Empathie trainiert werden? Seit den 1970er Jahren wurde eine beachtliche Anzahl an Evaluationsstudien zu Wirksamkeit und Effekten von Empathietrainings bei sehr verschiedenen Personengruppen durchgeführt. Wiewohl die weitaus meisten dieser Studien zum Ergebnis positiver Effekte im Sinne einer Empathiesteigerung finden, erschwert dennoch die große Variation an verwendeten Trainingsmethoden und Messinstrumenten einen systematischen Vergleich der Ergebnisse. Wichtige Fragen sind offen geblieben,

wie etwa nach der optimalen Länge der Trainings, der effektivsten Vermittlungsmethode und den geeignetsten Messinstrumenten zur Erfassung von Trainingseffekten (Reynolds, Scott, Jessiman, & Reynolds, 1999). Liegen etwa den verschiedenen Dimensionen von Empathie unterschiedliche Lernprozesse zugrunde, und wie können diese Prozesse jeweils am besten vermittelt werden? Wie lassen sich tiefe empathische Fähigkeiten vermitteln, die über ein oberflächliches und technisches Verständnis von Empathie hinausgehen? Und schließlich, weil ein mehr an Empathie gleichzeitig nicht immer auch „besser“ bedeutet, wie lässt sich ein situations- und interaktionsbezogen differenziertes Verständnis von Empathie vermitteln? Systematische Antworten auf diese Fragen bleiben Aufgabe der künftigen Empathieforschung. Vertreter der personenzentrierte Therapie, welche die Empathie ins Zentrum ihres Persönlichkeitsmodells und ihrer Arbeitsweise stellt, könnten dabei eine bedeutende Rolle spielen.

## Literatur

- Ancel, G. (2006). Developing empathy in nurses: An inservice training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 249–257.
- Angera, J. J., & Long, E. C. J. (2006). Qualitative and quantitative evaluations of an empathy training program for couples in marriage and romantic relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 5(1), 1–26.
- Anthony, W. A., & Wain, H. J. (1971). An investigation of the outcome of empathy training for medical corpsmen. *Psychological Aspects of Disability*, 18(2), 86–88.
- Baker, S. B., Daniels, T. G., & Greeley, A. T. (1990). Systematic training of graduate-level counselors: Narrative and meta-analytic reviews of three major programs. *Counseling Psychologist*, 18(3), 355–421.
- Banks, G. P. (1976). The effects of empathy training on staff members of a community based vocational development program for Black students. *Journal of Negro Education*, 45(3), 306–311.
- Barak, A. (1990). Counselor training in empathy by a game procedure. *Counselor Education and Supervision*, 29(3), 170–178.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76(43, Whole No. 562).
- Bath, K. E. (1976). Comparison of brief empathy training methods. *Perceptual and Motor Skills*, 43(3), 925–926.
- Berg, D. R., Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1999). Rape prevention education for men: The effectiveness of empathy-induction techniques. *Journal of College Student Development*, 40(3), 219–234.
- Bernier, J. E. (1977). *A psychological education intervention for teacher development*. Dissertation Abstracts International, 37, 6266A.
- Black, H., & Phillips, S. (1982). An intervention program for the development of empathy in student teachers. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 112(2), 159–168.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? In Bohart, A. C., Greenberg, L. S. (Eds.) *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. (pp. 419–449). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Borden, L. A., Karr, S. K., & Caldwell-Colbert, A. T. (1988). Effects of a university rape prevention program on attitudes and empathy toward rape. *Journal of College Student Development*, 29(2), 132–136.
- Braten, S. (2007). *On being moved: From mirror neurons to empathy*. Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing Company.
- Carkhuff, R. R. (1969). *Helping and human relations: A primer for lay and professional helpers: I. Selection and training*. Oxford, England: Holt, Rinehart & Winston.
- Comrey, A. L. (1970). *Comrey personality scales. Manual*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service.
- Constantine, M. G. (2001). Multicultural training, theoretical orientation, empathy, and multicultural case conceptualization ability in counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 23(4), 357–372.
- Crabb, W. T., Moracco, J. C., & Bender, R. C. (1983). A comparative study of empathy training with programmed instruction for lay helpers. *Journal of Counseling Psychology*, 30(2), 221–226.
- Dalton, R. F., & Sundblad, L. M. (1976). Using principles of social learning in training for communication of empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 23(5), 454–457.
- Davis, M. H. (1980). *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. Unpublished manuscript.
- Deitz, S. R., Blackwell, K. T., Daley, P. C., & Bentley, B. J. (1982). Measurement of empathy toward rape victims and rapists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(2), 372–384.
- Dereboy, C., Harlak, H., Gürel, S., Gemalmaz, A., & Eskin, M. (2005). Tip Egitiminde Esduyumu Öğretmek. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 83–89.

- Dökmen, Ü. (1988). A new measurement model of empathy and developing empathy by using psychodrama. *Journal of Education, Faculty of Ankara University, 21*, 155–190.
- Dubé, M., Pellerin, A., & Dubois, G. (1987). L'Entraînement à l'empathie et le style de valorisation. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des Sciences du comportement, 19*(1), 16–24.
- Dustin, R. (1973). Teachers versus counselors: Differential effects of empathy training. *School Counselor, 21*(1), 40–44.
- Erera, P. I. (1997). Empathy training for helping professionals: Model and evaluation. *Journal of Social Work Education, 33*(2), 245–260.
- Escrivá, V. M., Delgado, E. P., & García, P. S. (1999). Programas de intervención en el desarrollo moral: Razonamiento y empatía. *Revista Latinoamericana de Psicología, 31*(2), 251–270.
- Feighny, K. M., Monaco, M., & Arnold, L. (1995). Empathy training to improve physician-patient communication skills. *Academic Medicine: Journal of The Association of American Medical Colleges, 70*(5), 435–436.
- Fernandez-Olano, C., Montoya-Fernandez, J., & Salinas-Sánchez, A. S. (2008). Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher, 30*(3), 322–324.
- Feshbach, N. D. (1976). Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *Counseling Psychologist, 4*, 25–30.
- Feshbach, N. D. (1978). Studies of empathic behavior in children. *Progress in Experimental Personality Research, 8*, 1–47.
- Feshbach, N. D., & Feshbach, S. (1982). Empathy training and the regulation of aggression: Potentialities and limitations. *Academic Psychology Bulletin, 4*(3), 399–413.
- Feshbach, N. D., & Roe, K. (1968). Empathy in six- and seven-year-olds. *Child Development, 39*, 133–145.
- Fine, V. K., & Therrien, M. E. (1977). Empathy in the doctor-patient relationship: Skill training for medical students. *Journal of Medical Education, 52*(9), 752–757.
- Foubert, J. D., & Newberry, J. T. (2006). Effects of two versions of an empathy-based rape prevention program on fraternity men's survivor empathy, attitudes, and behavioral intent to commit rape or sexual assault. *Journal of College Student Development, 47*(2), 133–148.
- Fraser, J. A., & Vitro, F. T. (1975). The effects of empathy-training on the empathic response levels and self-concepts of students in a teacher-training program. *Canadian Counsellor, 10*(1), 25–28.
- Frauenfelder, K., & Frauenfelder, J. (1984). The effect of brief empathy training for student hotline volunteers. *Crisis Intervention, 13*(3), 96–103.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1999). *The disciplined mind*. New York: Simon & Schuster.
- Garland, D. R. (1981). Training married couples in listening skills: Effects on behavior, perceptual accuracy and marital adjustment. *Family Relations, 30*(2), 297–306.
- Gazda, G. M., & et al. (1977). *Human Relations Development: A Manual for Educators. Second Edition*.
- Gerrard, B. A., & Buzzel, E. M. (1980). *User's manual for the behavioral test of interpersonal skills for health professionals*. Reston, VA: Reston.
- Giannetti, V.-J. (1986). The effect of empathy training upon pharmacy student response styles. *American Journal of Pharmaceutical Education, 50*(3), 261–264.
- Gladstein, G. A. (1983). Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology, 30*(4), 467–482.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth (revised edition)*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A. P., & Goedhart, A. (1973). The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapist training. *Journal of Community Psychology, 1*(2), 168–173.
- Goldstein, A. P., & Michaels, G. Y. (1985). *Empathy: development, training, & consequences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York, NY, England: Bantam Books, Inc.
- Goud, N. H. (1975). Effects of empathy training on undergraduate education majors. *Humanist Educator, 13*(3), 121–127.
- Gray, B., Nida, R. A., & Coonfield, T. J. (1976). Empathic listening test: An instrument for the selection and training of telephone crisis workers. *Journal of Community Psychology, 4*(2), 199–205.
- Greif, E. B., & Hogan, R. (1973). The theory and measurement of empathy. *Journal of Counseling Psychology, 20*(3), 280–284.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1990). *Social Skills Rating System. Manual*. Unpublished manuscript.
- Guernsey, B. G. (1977). *Relationship enhancement*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Guzzetta, R. A. (1976). Acquisition and transfer of empathy by the parents of early adolescents through structured learning training. *Journal of Counseling Psychology, 23*(5), 449–453.
- Hargie, O. D. W. (1997). Training in communication skills: Research theory and practice. In O. D. W. Hargie (Ed.), *The handbook of communication skills* (pp. 473–482). London: Routledge.
- Haynes, L. A., & Avery, A. W. (1979). Training adolescents in self-disclosure and empathy skills. *Journal of Counseling Psychology, 26*(6), 526–530.
- Henderson, M. C. (1989). A comparison of two approaches to empathy training. *Nurse Educator, 14*(1), 23.
- Herbek, T. A., & Yammarino, F. J. (1990). Empathy training for hospital staff nurses. *Group & Organization Studies, 15*(3), 279–295.
- Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hines, M. H., & Hummel, T. J. (1988). The effects of three training methods on the empathic ability, perceived spousal empathy, and marital satisfaction of married couples. *Person-Centered Review, 3*(3), 316–336.
- Hodge, E. A., Payne, P. A., & Wheeler, D. D. (1978). Approaches to empathy training: Programmed methods versus individual supervision and professional versus peer supervisors. *Journal of Counseling Psychology, 25*(5), 449–453.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 33*(3), 307–316.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002). The Jefferson scale of physician empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine: Journal of The Association of American Medical Colleges, 77*(10 Suppl), 58–60.
- Iacoboni, M. (2007). Face to face: The neural basis of social mirroring and empathy. *Psychiatric Annals, 37*(4), 236–241.
- Isquick, M. F. (1981). Training older people in empathy: Effects on empathy, attitudes, and self-exploration. *International Journal of Aging & Human Development, 13*(1), 1–14.
- Ivey, A. E., & Authier, J. (1978). *Microcounseling: Innovations in interviewing, counseling, psychotherapy, and psychoeducation. (2nd ed)*. Oxford, England: Charles C Thomas.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Simek-Downing, L. (1987). *Counseling and Psychotherapy (2nd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.



- Jackson, A. L., & Bonacker, N. (2006). The effect of victim impact training programs on the development of guilt, shame and empathy among offenders. *International Review of Victimology, 13*(3), 301–324.
- Jacobs, D. (1981). Successful empathy training. *Journal of Humanistic Psychology, 21*(4), 39.
- Janoka, C., & Scheckenbach, A. (1978). Empathy training with inmates and staff utilizing the Carkhuff model. *Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy, 24*(1), 6–12.
- Johnson, D. W., Johnson, R., & Anderson, D. (1983). Social interdependence and classroom climate. *Journal of Psychology, 114*(1), 135.
- Kagan, N. (1984). Interpersonal process recall: Basic methods and recent research. In D. Larson (Ed.), *Teaching psychological skills: Models for giving psychology away* (pp. 229–244). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Kalliopuska, M., & Ruokonen, I. (1986). Effects of music education on development of holistic empathy. *Perceptual and Motor Skills, 62*(1), 187–191.
- Kalliopuska, M., & Ruokonen, I. (1993). A study with a follow-up of the effects of music education on holistic development of empathy. *Perceptual and Motor Skills, 76*(1), 131–137.
- Kalliopuska, M., & Tiitinen, U. (1991). Influence of two developmental programmes on the empathy and prosociability of preschool children. *Perceptual and Motor Skills, 72*(1), 323–328.
- Kelly, E., Reavis, C., & Latham, W. (1977). A study of two empathy training models in elementary education. *Journal of Instructional Psychology, 4*(4), 40–46.
- Kimberlin, C., & Friesen, D. (1977). Effects of client ambivalence, trainee conceptual level, and empathy training condition on empathic responding. *Journal of Counseling Psychology, 24*(4), 354–358.
- Kipper, D.-A., & Ben-Ely, Z. (1979). The effectiveness of the psychodramatic double method, the reflection method, and lecturing in the training of empathy. *Journal of Clinical Psychology, 35*(2), 370–375.
- Kogan, N., & Wallach, M. A. (1961). Age changes in values and attitudes. *Journal of Gerontology, 16*, 272–280.
- Lambert, M. J., Ogles, B. M., & Watkins, C. E., Jr. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. In *Handbook of psychotherapy supervision*. (pp. 421–446). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- LaMonica, E. L., Carew, D. K., Winder, A. E., Haase, A. M., & Blanchard, K. H. (1976). Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nursing Research, 25*(6), 447–451.
- LaMonica, E. L., Carew, D. K., Winder, A. E., Haase, A. M., & Blanchard, K. H. (1977). Empathy training. *Nursing Mirror, 145*(8), 22–25.
- Lehman, J.-D. (1973). The effects of empathy training on high school students' response to tutoring. *Tennessee Education, 3*(3), 24–25.
- Long, E. C. (1990). Measuring dyadic perspective-taking: Two scales for assessing perspective-taking in marriage and similar dyads. *Educational and Psychological Measurement, 50*(1), 91–103.
- Long, E. C. J., Angera, J. J., Carter, S. J., Nakamoto, M., & Kalso, M. (1999). Understanding the one you love: A longitudinal assessment of an empathy training program for couples in romantic relationships. *Family Relations, 48*(3), 235–242.
- Long, E. C. J., Angera, J. J., & Hakoyama, M. (2008). Transferable principles from a formative evaluation of a couples' empathy program. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 7*(2), 88–112.
- Manger, T., Eikeland, O.-J., & Asbjørnsen, A. (2001). Effects of social-cognitive training on students' empathy. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerische Zeitschrift für Psychologie/Revue Suisse de Psychologie, 60*(2), 82–88.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry, 15*, 197–215.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality, 40*(4), 525–543.
- Nerdrum, P. (1997). Maintenance of the effect of training in communication skills: A controlled follow-up study of level of communicated empathy. *British Journal of Social Work, 27*(5), 705–722.
- Nerdrum, P., & Lundquist, K. (1995). Does participation in communication skills training increase student levels of communicated empathy? A controlled outcome study. *Journal of Teaching in Social Work, 12*(1/2), 139–157.
- Nerdrum, P., & Ronnestad, M. H. (2003). Changes in therapists' conceptualization and practice of therapy following empathy training. *Clinical Supervisor, 22*(2), 37–61.
- Neufeldt, S. A. (1999). *Supervision Strategies for the First Practicum. Second Edition*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Olson, J. K., & Iwasiw, C. L. (1987). Effects of a training model on active listening skills of post-RN students. *Journal of Nursing Education, 26*(3), 104–107.
- Olson, D., & Ryder, R. (1977). *Inventory of marital conflict: Procedure manual*. St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Olweus, D., & Endresen, I. M. (1998). The importance of sex-of-stimulus object: Age trends and sex differences in empathic responsiveness. *Social Development, 7*(3), 370–388.
- Pecukonis, E. V. (1990). A cognitive/affective empathy training program as a function of ego development in aggressive adolescent females. *Adolescence, 25*(97), 59–76.
- Perry, M. A. (1975). Modeling and instructions in training for counselor empathy. *Journal of Counseling Psychology, 22*(3), 173–179.
- Poole, A. D., & Sanson-Fisher, R. W. (1980). Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *Patient Counseling and Health Education, 2*(3), 125–127.
- Priesching, D. (2008, 21./22. Juni). Lieber Freund und Hosenscheißer. *Der Standard*, Wien.
- Redman, G. L. (1977). Study of the relationship of teacher empathy for minority persons and inservice human relations training. *Journal of Educational Research, 70*(4), 205–210.
- Reynolds, W. J., Scott, B., Jessiman, W. C., & Reynolds, W. (1999). Empathy has not been measured in a clients' terms or effectively taught: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 30*(5), 1177–1185.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2006). Mirrors in the mind. *Scientific American, 295*(5), 54–61.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C., & Anderson, F. (2008). *Mirrors in the brain: How our minds share actions and emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist, 5*(2), 2–10.
- Schuman, H., & Harding, J. (1963). Sympathetic identification with the underdog. *Public Opinion Quarterly, 27*(2), 230–241.
- Schutz, W. (1967). *The FIRO scales: Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Smith, M. S., & Walker, W. J. (1984). Empathy training for nursing students. *Journal of the New York State Nurses Association, 15*(1), 17–25.
- Steibe, S. C., Boulet, D. B., & Lee, D. C. (1979). Trainee trait empathy, age, trainer functioning, client age and training time as discriminators of successful empathy training. *Canadian Counsellor, 14*(1), 41–46.
- Stokes, J. P., & Lautenschlager, G. (1978). Development and validation of the Counselor Response Questionnaire. *Journal of Counseling Psychology, 25*(2), 157–163.

- Strupp, H. H. (1996). Some salient lessons from research and practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(1), 135–138.
- Therrien, M. E. (1979). Evaluating empathy skill training for parents. *Social Work*, 24(5), 417–419.
- Truax, C. (1961). A scale for the measurement of accurate empathy. *Psychiatric Institute Bulletin (Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin)*, 1, 12.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Hawthorne, NY, US: Aldine Publishing Co.
- Truax, C. B., & Lister, J. L. (1971). Effects of short-term training upon accurate empathy and non-possessive warmth. *Counselor Education and Supervision*, 10(2), 120–125.
- Wei, Y., & Li, Y. (2001). The experimental research on the influence of different empathy training methods on children's sharing behavior. *Psychological Science (China)*, 24(5), 557–562.

#### **Autoren:**

**Gerlinde Berghofer**, *Klinische Psychologin und personenzentrierte Psychotherapeutin, wissenschaftliche und klinische Tätigkeit im psychiatrischen Bereich, psychotherapeutische und psychiatrische Publikationen, verantwortlich für Qualitätssicherung im Kuratorium für Psychosoziale Dienste Wien, Adjunct Professor an der Webster University in Wien.*

**Tijana Gonja**, *geboren in Serbien, aufgewachsen in Budapest, Studium am Deree American College of Greece und an der Webster University in Wien, derzeit Studium der Psychologie (Schwerpunkt Klinische Psychologie und Forschungsmethoden) und der Statistik an der Universität Wien und Wirtschaftsuniversität Wien.*

**Thomas Oberlechner**, *Senior Research Professor und Psychology Department Head an der Webster University in Wien, Publikationen im Bereich der Psychotherapie, Sozial- und Wirtschaftspsychologie, personenzentrierter Psychotherapeut, klinischer Psychologe, Lehrtherapeut der VRP.*

#### **Kontaktadresse:**

**Thomas Oberlechner**, *Department of Psychology, Webster University, Berchtoldgasse 1, 1220 Wien, E-Mail: oberlechner@webster.ac.at*

Herta Krismer-Eberharter & Jobst Finke

# Personzentrierte Arbeit mit Märchen

**Zusammenfassung:** *Wie bei der Arbeit mit Träumen stellt sich bei der personzentrierten Arbeit mit Märchen zunächst die Frage nach deren Voraussetzung und Indikation sowie nach ihrer besonderen Wirkweise. Es werden die Grundzüge und die Prinzipien der Arbeit mit Märchen erörtert und sodann anhand einer Fallskizze veranschaulicht. Die spezifische Verminderung der Abwehr und die Vertiefung der Selbstexploration werden als Ergebnis im Zusammenhang mit der Symptomreduktion diskutiert.*

**Schlüsselwörter:** *Bilddenken, Phantasie, Symbolik, Selbstexploration, hermeneutische Regeln.*

**Abstract: Person-centered working with tales.** *The conditions and the indication of working with tales in client-centered therapy are described. The principles of working with tales are pointed out and demonstrated in a case-history. The outcome of the therapy is discussed in regard of reduction of symptoms as well as extension of the self-exploration of the client.*

**Keywords:** *Thinking within images, fantasy, symbolism, self-exploration, hermeneutic rules.*

## 1. Problemstellung

Immer wieder stellt sich für den praktizierenden Therapeuten die Frage, wie er das therapeutische Gespräch konstruktiver gestalten, wie er die Selbstexploration seines Klienten vertiefen und wie er das Erleben des Klienten im therapeutischen Prozess aktivieren kann. Hier bietet es sich nicht selten an, das Gespräch zwischen Therapeut und Klient an einem besonderen Medium sich entfalten zu lassen.

Für die Personzentrierte Psychotherapie ist, wie für andere Verfahren auch, konzeptionell wie praktisch die Einführung besonderer Medien, wie etwa bei der kreativen Gestaltung (N. Rogers, 2002; Gaul & Wewalka, 2008) oder der Arbeit am Körper (Korbei, 2002; Teichmann-Wirth, 2002) oder der Arbeit mit Träumen (Keil, 2002; Finke 2004), nichts Ungewöhnliches. Im therapeutischen Prozess hat das Märchen, ähnlich wie die Traumerzählung, gewissermaßen eine Transmissionsfunktion für die Selbstexploration, die Gefühlsaktivierung, die Anregung von Phantasie und Kreativität im Umgang mit der eigenen Problematik. Es soll so das therapeutische Gespräch inspiriert und ein besonderer Zugang zur „inneren Welt des Klienten“ (Rogers, 1977, S. 20) eröffnet werden. Was das für die Arbeit mit Märchen im Einzelnen bedeutet, soll im Folgenden noch ausführlich zur Sprache kommen. Die verfahrensspezifische Art der Personzentrierten Therapie wird durch die Einführung eines solchen Mediums kaum verändert, sodass hier auch nicht die Aufgabe einer Integration oder auch nur Addition eines anderen Verfahrens und

damit auch nicht eine Änderung der verfahrensspezifischen Rolle des Therapeuten ansteht.

### 1.1. Warum Arbeit mit Märchen in der Personzentrierten Psychotherapie?

Die Arbeit mit Märchen ist ja vor allem aus der Jung'schen Schule bekannt (z. B. Kast, 1986). Aber auch für die Personzentrierte Psychotherapie ist der Einsatz von Märchen kein Widerspruch, vielmehr lässt er sich mit vielen Aspekten der personzentrierten Störungs- und Therapie theorie gut vereinbaren. Das soll im Folgenden deutlich werden.

Bei den Gründen für den Einsatz von Märchen als in der Personzentrierte Psychotherapie finden sich solche, die der Traum der Therapie mit dem Märchen gemeinsam hat. Aber im Unterschied zum Traum ist das Märchen keine individuelle, sondern eine kollektive Imagination, eine Gestaltung der Phantasie, die aus einer langen Erzähltradition hervorgegangen ist. So gibt es auch besondere Gründe für den Einsatz von Märchen. Die wesentlichen sollen hier genannt werden.

- **Die erlebnisaktivierende Kraft der Bilder**

Märchen wirken durch die Eindringlichkeit ihrer Bilder erlebnisaktivierend. Die markanten, prototypischen Figuren und die plastischen Szenen sprechen unsere Gefühle unmittelbar an und evozieren die

Projektion eigener Probleme. Dabei sind viele Märchenbilder und -figuren mit dem Erleben der Kindheit verbunden und sie erwecken schon dadurch in uns sehr ursprüngliche Erlebniskonfigurationen. Die Bildsprache des Märchens eröffnet in ihrer anschaulichen Unmittelbarkeit und Vieldeutigkeit einen Zugang zum organismischen Erleben.

- **Problemkonfrontation durch Problemprojektion**

Klienten, die Schwierigkeiten mit einer vertieften Selbstexploration haben, weil sie schnell ihr Selbstkonzept in unerträglicher Weise bedroht sehen, sobald sie ein Gewahrwerden ihrer organismischen Erfahrung zulassen, können sich dieser Erfahrung oft besser über einen Umweg nähern. Dieser Umweg kann darin bestehen, die eigenen Probleme und Konflikte zunächst nicht bei sich selbst, sondern bei anderen zu betrachten. Dies ermöglicht jene emotionale Distanzierung, durch die für manche Klienten eine besonnene Auseinandersetzung mit bestimmten konflikthaften Themen überhaupt erst möglich wird. Am Schicksal des Märchenhelden, an seinem Gelingen und seinem Scheitern, an seinem Wünschen und Befürchten kann der Klient<sup>1</sup> in einer zunächst befreienden Unverbindlichkeit seine eigene Thematik bearbeiten. Denn Märchen schildern Kernszenen menschlichen Lebens, sie zeigen prototypische Ereignisse von Verfolgung und Rettung, von Verrat und Treue, in deren Spiegel der Klient zunächst etwas spielerisch sich selbst betrachten kann, d. h. ohne sofort allzu bedrängend mit dem ganzen Ernst seiner Problematik konfrontiert zu sein.. Analoges gilt natürlich auch für andere Erzählformen, also z. B. Romane oder Filmgeschichten.

- **Ermütigung zum Wünschen und zur Phantasie**

Märchen evozieren Phantasien und Sehnsuchtsvorstellungen und aktivieren damit ein utopisches Potential. Sie erlauben uns, Wünsche zu haben und uns in unserer Sehnsuchtsstruktur zu erkennen. Wenn wir uns, z. B. in Tagträumen, in eine fiktionale Welt entwerfen, erfahren wir etwas Wichtiges über uns selbst. Man könnte die Märchen kollektive Tagträume nennen und die wundersamen Wendungen und die „zauberhaften“ Lösungen, die sie anbieten, entlasten vom Realitätsdruck und fördern Phantasie und Kreativität bei Problemlösungen. Im Märchen wird ein Raum des Imaginären gezeichnet, eine „Anderwelt“, ein Jenseits des Realen, in dem wie im Traum die Gesetze von Kausalität und Logik aufgehoben scheinen. Damit wird auch eine spirituelle Ebene berührt, auf der Fragen der Sinnfindung und Sinnbildung eine neue Antwort finden.

- **Selbstfindung und Selbstverwirklichung**

Mit dem Kierkegaard-Zitat „das Selbst zu sein, dass man in Wahrheit ist“ hat Rogers (1961/1973, S. 167) das entscheidende Ziel und

das zentrale Charakteristikum von Psychotherapie beschrieben, die Suche des Menschen nach sich selbst, die Verwirklichung seiner Möglichkeiten, seiner inneren Bestimmung. Der Inhalt vieler Märchen besteht in einer Suchwanderung des Helden bzw. der Heldin. Durch alle Schwierigkeiten, trotz aller Rückschläge und in mühsamer Korrektur eigener Fehlentscheidungen bahnt sie oder er sich den Weg, um das zu erfüllen, was als die eigene Bestimmung, als das eigene innere Schicksal erahnt wurde. So kann diese Suchwanderung des Märchenhelden ein Sinnbild der Aktualisierungstendenz sein. Sie ist dann gewissermaßen die Folie, auf die hin der Klient seinen eigenen Lebensweg und seinen Wachstumsprozess reflektieren sowie seine Entwicklungsziele neu überdenken kann. Das Märchen inspiriert so zu ursprünglichen Fragen nach dem „Werden des eigenen Selbst“. Es kann anregen, sich der das eigene Leben leitenden Sinnkonzepte zu vergewissern.

## 1.2. Indikation der Arbeit mit Märchen

Hier sind vor allem zwei Indikationsbereiche zu nennen, die Ermöglichung der Selbstexploration sowie deren Erweiterung und Vertiefung.

Der erstgenannte Bereich ist bei Klienten bedeutsam, denen eine tiefere Selbstexploration zunächst kaum oder nur sehr begrenzt möglich ist. Dies können z. B. sehr selbstunsichere, ängstliche Personen sein, die aufgrund eines überhöhten Selbstideals leicht zu Scham- und Schuldgefühlen neigen und die eine intensivere Begegnung mit sich selbst vermeiden, weil durch eine solche Begegnung sofort negative Gefühle aktiviert würden. Dies können aber auch eher zwanghafte, ein wenig zur Selbstgerechtigkeit neigende Personen sein, die etwas rigide an Prinzipien festhalten und deren Selbstkonzept durch eine unverstellte Selbstexploration in unerträglicher Weise erschüttert würde. Aber auch Personen, die sich in nachtragender Weise in einen lang anhaltenden Beziehungskonflikt geradezu „verbissen“ haben und so chronisch verbittert sind, fällt es leichter, über die Beschäftigung mit den Beziehungskonflikten zunächst anderer Personen (etwa auch in Filmen, Romanen oder einfach in den Klatschgeschichten der „bunten“ Presse) die Fähigkeit zu abwägender Gelassenheit und zu einem ausgewogenen Urteil wieder zu erlangen. (In der Verhaltenstherapie wird dies neuerdings unter dem Begriff „Weisheitstherapie“ konzipiert; vgl. Baumann & Linden, 2008). Schließlich sind hier auch Personen zu nennen, die aufgrund ihrer Sozialisation in introspektiver Selbsterkundung völlig ungeübt sind, bei denen also nicht so etwas wie Abwehr (Rogers, 1959/1987), sondern ein Mangel an Fertigkeiten eine Rolle spielt. Für all diese Personen kann es sehr entlastend sein, über den Umweg der Geschichte z. B. eines Märchenhelden bzw. einer Märchenheldin sich mit ihren Problemen beschäftigen zu können. Auch dürfte die Phantasie anregende Potenz der Märchen es diesen Personen

---

<sup>1</sup> Der gefälligeren Lesbarkeit wegen wird hier die traditionelle Schreibweise gewählt, nach der die männliche Form benutzt wird, wenn lediglich eine Rollenfunktion gemeint ist.

erleichtern, überhaupt über Gefühle und Sehnsüchte sprechen zu können.

Aber eben auch bei Klienten, die in ihrer Selbstexploration nicht grob blockiert sind, kann diese durch die Arbeit mit Märchen erweitert bzw. vertieft werden. Wenn bei einem bestimmten Problem zu wenige Aspekte ausgeleuchtet, eine Perspektive zu einseitig, eine Lösung zu kurzschlüssig, emotionale Reaktionen zu vage und zu blass erscheinen, kann die Welt des Märchens, also die Welt des Imaginären, des Zauberhaften und des Geheimnisvollen Gefühle und Wünsche evozieren und zu Phantasien anregen, die zu kreativen Sichtweisen inspirieren und ungewöhnliche Lösungen aufzeigen.

### 1.3. Narrative Charakteristika des Märchens

Bei der Arbeit mit Märchen werden Episoden aus der Lebensgeschichte oder Situationen aus dem aktuellen Leben des Klienten zu Märchenszenen oder Märchenfiguren in Beziehung gesetzt, die in bildhafter Weise die Thematik dieser Episoden oder Situationen zu reflektieren scheinen. Durch die Bildsprache des Märchens werden bestimmte Aspekte dieser Themen besonders anschaulich und gefühlsintensiv zum Ausdruck gebracht. Außerdem besitzen die Bilder des Märchens eine hohe Bedeutungsdichte, sodass auf der Folie dieser Märchenbilder neue Bedeutungsfacetten an der Thematik einer bestimmten Situation entdeckt werden können. Auch erzählt das Märchen meist sehr plakativ, scharf konturiert und überpointiert, ja oft auch drastisch. So erzählt das Märchen, wie etwa in „Hänsel und Gretel“, scheinbar ungerührt von Eltern, die, um ihre Not zu mildern, ihre Kinder im Wald aussetzen. Überhaupt werden Eltern nicht selten in ihrer missgünstigen, hemmungslos rivalisierenden und unerbittlich verfolgenden Seite geschildert, wobei allerdings die Brüder Grimm (dem hehren Familienideal der Romantik verpflichtet) meist solche Schilderungen durch die Kodierung der Elternfiguren als Stiefeltern, besonders in Form der Stiefmutter, abmilderten. Auch berichtet das Märchen wie beiläufig und lakonisch von grausamster Vergeltung oder von Strafen, die uns völlig unverhältnismäßig erscheinen. (Wobei wir allerdings von unserem heutigen und nicht etwa vom Strafverständnis des Mittelalters ausgehen, in das die Entstehung vieler Märchen zurückreicht). Aber es beschreibt auch wie selbstverständlich aufopfernde Hilfsbereitschaft und selbstlose Güte. Hier zeigt das Märchen mit überzeichnender Deutlichkeit Möglichkeiten des Menschseins in gewissermaßen unsubstanzierter Urform. Durch die Bezugnahme auf das Märchen bzw. durch das Abgleichen bestimmter Erlebnis- und Handlungsweisen des Klienten mit bestimmten Märchenszenen können zunächst ziemlich unbestimmt und vage erscheinende Einstellungen und Erlebnisgehalte in ihrer ganzen Brisanz und Schärfe deutlich werden. Dies soll auch in der später folgenden Falldarstellung aufgezeigt werden.

### 1.4. Leitlinien für ein personenzentriertes Verstehen von Märchen

In der folgenden Darstellung eines der Personenzentrierten Therapie angemessenen Verstehens von Märchen wird beispielhaft auf die Bilder und Figuren des Märchens „Rapunzel“ (Brüder Grimm, 2006) Bezug genommen. Deshalb sei zum besseren Verständnis des unten Dargestellten der Inhalt dieses Märchen hier kurz vorweggenommen.

In diesem Märchen wird das Mädchen Rapunzel in Erfüllung eines früheren, unbedachten Versprechens von ihren Eltern einer Zauberin, der Frau Gothel, übergeben. Diese sperrt Rapunzel im Alter von 12 Jahren in einen hohen, türlosen Turm ein, der nur über ein hoch gelegenes Fenster zu betreten ist. In einer anderen als der hier zitierten Märchenfassung ist die Zauberin bei aller Einengung Rapunzels um diese auch fürsorglich bemüht, sie gibt ihr Musikunterricht und kämmt liebevoll ihr langes goldenes Haar. Dann aber, nach Jahren, entdeckt ein Königssohn, wie er, die langen Haare Rapunzels als Strickleiter benutzend, zu ihrem Turm Zugang finden kann. Als die Zauberin bemerkt, dass Rapunzel ihr „untreu“ geworden ist, schneidet sie ihr die goldenen Haare ab und verstößt sie in eine Wüstenei, wo sie etliche Jahre, nur von ihren beiden Kindern umgeben, im „Elend“ zubringen muss, bis der Prinz nach langer Suchwanderung sie endlich findet und aus der Wüstenei erlöst.

Bei der psychologischen Auslegung eines Märchens<sup>2</sup> könnte man, wie beim Umgang mit Träumen, hermeneutische Regeln formulieren, die verschiedene Möglichkeiten des Verstehens darstellen (Keil, 2002; Finke, 1999; 2002). Ein Modus des Verstehens besteht darin, die verschiedenen Märchenfiguren als verschiedene Aspekte einer einzigen Bezugsperson des Klienten zu sehen. In diesem Sinne könnte man sagen, dass die Zauberin auch ein Aspekt der Mutter ist, eben der hexenhafte, also der verzaubernd-beherrschende und vereinnahmende Aspekt einer Mutter. Ein weiterer Interpretationsmodus besteht in der Austauschbarkeit von Rollenaspekten, z. B. der Geschlechterrollen. Danach kann etwa das Hexenhafte, das dämonisch Faszinierende, das In-den-Bann-Schlagende auch Attribut eines Vaters sein. Da die Personenzentrierte Psychotherapie sich vor allem mit der „inneren Welt des Klienten“ (Rogers, 1977, S.184) beschäftigt, wird öfter auch die Sichtweise nahe liegen, dass es sich hier einfach nur um die verschiedenen Aspekte des vom Klienten verinnerlichten Bildes dieser Bezugsperson handeln kann. Auch ist im Sinne der personenzentrierten Fokussierung auf die „innere Welt“ nicht selten eine Perspektive angebracht, aus der die verschiedenen Märchenfiguren als verschiedene Aspekte des eigenen Selbst des Klienten erscheinen (sogenannte Subjektstufe in der Jung'schen Psychotherapie).

2 Der psychologische Zugang zum Märchen ist natürlich nur einer unter anderen, wie dem volkskundlichen, dem literaturwissenschaftlichen, dem sozialhistorischen oder dem mythologischen.

Neben den Märchenfiguren sind auch die zentralen Märchen-szenen zu verstehen und zwar so, dass diese Szenen bzw. diese Ereignisse als innerpsychische Ereignisse, als Sinnbild des inneren Erlebens gesehen werden. Im Märchen Rapunzel sind vier Szenen zentral, das Eingesperrtsein Rapunzels im Turm, die Begegnung mit dem Prinzen und die dadurch bedingte Vertreibung Rapunzels, das Leben in der Wüstenei und die erlösende Wiederbegegnung des Paares. Die Gefangenschaft im Turm und das Leben in der Wüstenei stehen dann für eine innere Isolation, wobei der Turm auch verbunden ist mit dem Gefühl von Geborgenheit und „himmlischem Abgehobensein“, die „Wüstenei“ aber mit dem quälenden Erleben von Verlassensein, Einsamkeit und Für-sich-selber-sorgen-Müssen. Die Begegnung mit dem Prinzen und die darauf folgende Vertreibung durch die Zauberin können natürlich verstanden werden als Wechsel von einer eher kindlichen Mutter-/Vater-Abhängigkeit zu einer altersgemäßen Bindung an einen Liebespartner. Diese Szene kann dabei auch als ein rein innerpsychischer Wachstumsschritt interpretiert werden, der u.U. auch ohne die Beziehung zu einem konkreten Partner vollzogen werden könnte. Der „Prinz“ des Märchens wäre dann einfach ein sich entfaltender Aspekt des eigenen Selbst, der in der Entwicklung zunehmend Bedeutung gewinnt.

In vielen Märchen spielen bestimmte Gegenstände, naturhafte Phänomene oder Lebewesen eine wichtige Rolle. Im Märchen „Rapunzel“ sind das u. a. der Turm, die Wüste und das lange, goldene Haar Rapunzels. In anderen Märchen können es der tiefe, unwegsame Wald, ein begrenzender See, ein Berg, Tiere oder die Sonne und der Mond sein. All diese Phänomene sind zu verstehen als Sinnbilder, also als Symbole für Psychisches. Ein personenzentriertes Symbolverständnis ist phänomenologisch orientiert (Spielhofer, 2003). Ein solches Verstehen ist aber nie „voraussetzungslos“, vielmehr nimmt das leitende Vorverständnis dieses Verstehens, manchmal unausdrücklich und auch unreflektiert, immer schon Bezug auf kulturgeschichtliche Vorgaben. So wird man sich bei der Erwähnung des langen, goldenen Haars von Rapunzel und des Abschneidens dieser Haare durch die Zauberin/Hexe an die Geschichte von Samson und Delila aus dem Alten Testament erinnern. Haare stehen in der Kulturgeschichte schon früh für Kraft, Vitalität und den Sitz des Lebensgeistes. Das lange, wallende Haar der Frau galt darüber hinaus auch als Zeichen erotischer Ausstrahlung und Macht (deshalb auch das Verhüllungs- bzw. „Kopftuchgebot“ in manchen Religionen und Kulturen). Das Kahlscheren, bei Samson wie bei Rapunzel, würde dann Entmachtung und Demütigung bedeuten und in der Tat wurde es zu diesem Zweck faktisch auch oft bei Sklaven und Gefangenen durchgeführt. Gold wiederum galt schon im alten Indien und im alten Ägypten als Sinnbild der Sonne, des Himmlischen und des Edlen, mit dem sich gern die Herrscher schmückten, um so ihren gottähnlichen Status zu demonstrieren. Das lange, goldene Haar Rapunzels, an dem die Zauberin und der Prinz quasi wie an einer Himmelsleiter in die Höhe des Turmes gelangen, ist dann auch unter solchen Aspekten zu sehen.

Der Turm wiederum gilt in der klassischen Psychoanalyse ja vor allem als Phallussymbol. Ohne ein solches Deutungsmuster in jedem Falle zurückweisen zu wollen, wird ein phänomenologisches Symbolverstehen doch eher daran erinnern, dass der Turm in vielen Religionen als Verbindung und Wegweiser zum Himmlischen, als Leuchtturm des Überirdischen gilt, so der Turm der christlichen Kirche oder das Minarett der Moschee. Er kann aber auch als Zeichen der Macht sowie von Schutz und Trutz fungieren, wie etwa bei den so genannten Geschlechter-Türmen vor allem italienischer Renaissance-Städte oder wie beim Bergfried mittelalterlicher Burgen. Gerade in diesem Sinne kann er aber auch zum Signum des Hochmuts und der Überheblichkeit werden wie im Mythos vom Turmbau zu Babel.

Auf solch tradierte Zuschreibungen jedenfalls wird ein phänomenologisches Symbolverstehen zurückgreifen, um dann freilich mit der ganzen Vielschichtigkeit und Vielfalt dieser Zuschreibungen sehr flexibel, nicht einseitig und immer am Verstehen des Klienten orientiert umzugehen. Denn es ist hier natürlich daran zu erinnern, dass in der Personenzentrierten Psychotherapie zunächst der Klient es ist, der verstehen und so auch *seinen* Sinn von Symbolen für sich erkunden soll. Andererseits ist aber das *Einfühlende Verstehen* des Personenzentrierten Therapeuten nicht nur ein nachfolgendes, ein die Selbstaussage des Klienten lediglich nachvollziehendes und nachbildendes Verstehen, sondern temporär auch ein vorausgehendes, d. h. ein den noch verborgenen Sinn entschlüsselndes Verstehen, das gerade als ein solches dem Bemühen des Klienten um ein Selbstverstehen Impulse geben soll (Keil, 1997; Spielhofer, 1999; Finke, 2002). Insofern sollen die oben genannten Überlegungen Beispiele für die Bereiche sein, in denen sich die Sinn-erschließenden Bemühungen des Psychotherapeuten bei der Märchenarbeit auch bewegen müssen. Im therapeutischen Prozess sind dann natürlich diese hermeneutischen Bemühungen des Psychotherapeuten mit denen des Klienten abzugleichen. Ein solches Vorgehen soll anhand der folgenden Falldarstellung veranschaulicht werden.

## 1.5. Merkmale des therapeutischen Vorgehens

### 1.5.1. Einleitung der Märchenarbeit

Zunächst stellt sich die Frage, wie die Märchenarbeit einzuleiten ist. Hier kann der Therapeut von sich aus die Beziehung des jeweils erörterten Problems mit einem Märchenstoff herstellen, indem er z. B. sagt: „Das ist ja wie im Märchen XY.“ Er könnte aber auch eine Frage anschließen und etwa formulieren: „Mir fällt dazu das Märchen XY ein, kennen Sie dieses Märchen?“ Wenn der Klient dies verneint, könnte er den Vorschlag machen, das Märchen in der nächsten Sitzung gemeinsam zu lesen oder den Klienten bitten, das für sich zu Hause zu tun, um dann darüber sprechen zu können. Wenn der Therapeut den Eindruck hat, dass der Klient überhaupt einen Bezug zu Märchen haben könnte, kann er auch fragen, ob dem Klienten zu dem gerade Erörterten ein Märchen einfallen würde. Auch kann er natürlich unabhängig

vom jeweils Besprochenen fragen, ob der Klient früher ein Lieblingsmärchen hatte, um dann, im Fall des Bejahens, zusammen mit dem Klienten Beziehungen von Motiven dieses Märchens zu bestimmten Themen der zentralen Problematik des Klienten heraus zu arbeiten.

### 1.5.2. Handlungsregeln für die personenzentrierte Märchenarbeit

Bei der personenzentrierten Arbeit mit Märchen entspricht das therapeutische Vorgehen weitgehend dem für die Personenzentrierte Psychotherapie allgemein üblichen, d. h. es werden Interventionsformen angewendet, die sich aus den drei Kernmerkmalen ableiten (Finke, 2004). Im Zentrum stehen dabei jene Interventionen, die sich aus der Grundhaltung des Einfühlenden Verstehens ergeben. Dabei bestehen für die Märchenarbeit nur insofern Besonderheiten, als diese Interventionsformen meist lediglich inhaltlich modifiziert werden. Der Therapeut sucht dabei lediglich in verschiedener Weise ein Abgleichen der Problematik des Klienten mit der Märchenerzählung herzustellen. Das oben beschriebene „Märchen-Verstehen“ des Therapeuten ist natürlich häufig eine leitende „Hintergrundsannahme“ bei vielen Interventionen, es kann manchmal aber auch in Form eines entsprechenden Verstehensangebotes direkt zum Thema werden.

Als auf die Märchenarbeit bezogene Modifizierungen personenzentrierten Interventions im oben genannten Sinne seien hier beispielhaft und in stichwortartiger Kürze genannt:

- **Emotionale Stellungnahmen anregen und Gefühle aktivieren**

Der Klient soll seine emotionale und kognitive Stellungnahme und Bewertung zentraler Märchenfiguren und -szenen explorieren. So sollen für den Klienten typische Erlebens- und Bewertungsmuster deutlich werden:

T: Diese eigentlich auch gütige Hexe hat Sie am Tiefsten beeindruckt.

T: Was gefällt Ihnen an dieser Szene besonders?

- **Gefühle identifizieren und differenzieren**

Der Therapeut stimuliert den Klienten, sich mit Figuren des Märchens zu identifizieren oder sich davon zu distanzieren, um so verschiedene, vielleicht auch widersprüchliche Gefühle zu explorieren. Es soll eine erlebnisnahe Auseinandersetzung mit konflikthaften Märchenszenen angestoßen und beim Klienten eine achtsame Wahrnehmung seiner diversen Gefühle erreicht werden:

T: Dieser giftige Zwerg löst regelrecht Wut und Empörung bei Ihnen aus.

- **Verbildlichen**

Der Therapeut regt den Klienten an, seine Probleme auf das Märchen zu projizieren und dadurch diese Probleme in einer plastischen Bildsprache und damit gefühlsnah auszudrücken:

T: Wenn Sie so Ihrer Traurigkeit nachspüren, in welchen Bildern des Märchens könnten Sie die wiederfinden?

- **Phantasien anregen**

Der Therapeut lässt den Klienten zu Figuren oder Szenen des Märchens imaginieren, um die Resonanz des Klienten auf Aspekte des Märchens zur Entfaltung zu bringen und eine Auseinandersetzung mit diesen Aspekten anzuregen:

T: Welche Vorstellungen verbinden Sie mit einem einsamen Turm?

T: Wenn Sie sich einen solchen Turm jetzt intensiv vorstellen, welche Bilder tauchen dann vor Ihnen auf?

- **Märchenbezogene Verstehensangebote**

Der Therapeut rückt ein Bild des Märchens so in einen Zusammenhang mit einem Problem des Klienten, dass dadurch bestimmte Aspekte dieses Problems in neuer Bedeutung aufscheinen:

T: In so einem Turm kann man sich ja sehr sicher, geborgen und auch abgehoben fühlen. Dieses Erleben ist es wohl, das Sie nach der Trennung von Ihrem Mann so sehr vermissen.

Diese äußerst schematische und sehr skizzenhafte, weil nur auf einige Sonderinterventionen beschränkte, Darstellung des personenzentrierten Vorgehens bei der Märchenarbeit soll nun durch die folgende Falldarstellung die nötige Anschaulichkeit erhalten.

## 2. Falldarstellung

### 2.1. Symptomanamnese

Frau A., eine knapp dreißig Jahre alte Juristin, kommt auf Empfehlung ihrer behandelnden Ärztin im Landeskrankenhaus in gesprächspsychotherapeutische Behandlung. Eine immer wieder auftretende Angst, nicht mehr schlucken zu können (und somit zu ersticken), führte dazu, dass sie kaum noch aß. Dazu kam, dass sie fallweise in der Nacht aufwachte, das Gefühl hatte, sich nicht mehr bewegen zu können und wie gelähmt im Bett lag. Heftige Panikgefühle verbunden mit Zittern, Herzrasen und Schüttelfrost brachten sie dazu, sich an das Landeskrankenhaus zu wenden. Dort wurde sie nach mehrmaligen Notaufnahmen einer eingehenden medizinischen und neurologischen Abklärung unterzogen. Nachdem all diese Untersuchungen ohne Befund blieben, und die Klientin eine medikamentöse Behandlung ablehnte, wurde ihr schließlich nahe gelegt, sich in Psychotherapie zu begeben.

Frau A. beschreibt eine ausgeprägte „Zwangsstörung“, an der sie seit ihrem dreizehnten Lebensjahr leidet. Mit wenig spürbarem emotionalen Bezug zu ihrem Erzählten schildert sie ihre Zwangshandlungen (Händewaschen, Ordnen, Prüfen, Wörter leise wiederholen, Zählen und vieles mehr). Eine deutliche Besserung auf der

Symptomebene erlebte die Klientin nach einer verhaltenstherapeutischen Behandlung im Alter von sechzehn Jahren. Trotzdem sind ihre ritualisierten Zwangshandlungen mittlerweile ein fester Bestandteil ihres Alltages, ohne den sie sich ihr Leben nicht mehr vorstellen kann. Denn sie wird immer wieder von heftigen Zwangsgedanken gequält, die sie mit den Zwangshandlungen zu bewältigen sucht. Diese Gedanken beziehen sich auf die angstvolle Vorstellung, dass ein für sie wichtiger Mensch – insbesondere ihre Eltern, ihr Partner oder ihr Sohn – einem schlimmen Unglück zum Opfer fallen könnte. Ihre Zwangshandlungen sind in solchen Situationen für sie die einzige Möglichkeit, diese Angst und die damit verbundenen Gefühle von Ohnmacht und Schuld unter Kontrolle zu halten bzw. zu lindern. Auch die Vorstellung, dass sie damit befürchtete Ereignisse oder Situationen verhindern könnte, erlebt sie als hilfreich und entlastend. Es wird deutlich, dass die Klientin die Erleichterung, die sie dadurch erfährt, weit stärker erlebt als die Einschränkung und Anstrengung, die diese Zwangshandlungen zweifellos mit sich bringen.

Ärgerlich wird sie allerdings, wenn ihr Partner sie dabei beobachtet, sie darauf anspricht und sie somit in ihrem quasi magischen Ritual stört. Denn dann muss sie danach trachten, dieses heimlich zu vollenden, da ansonsten starke Schuldgefühle auftauchen und diese sie nicht zur Ruhe kommen lassen. Hier scheint sie ein sehr ausgeklügeltes System entwickelt zu haben, wie sie möglichst unbeobachtet ihre Zwangshandlungen durchführen kann. In ihrem Erzählen darüber wird eine witzige und selbstironische Seite sichtbar. Schmunzelnd erzählt sie darüber und wirkt dabei wie ein Kind, dem es gelingt, die Erwachsenenwelt hinter Licht zu führen.

Erst in späteren Sitzungen wird es für die Klientin möglich, auch ihre aktuelle Symptomatik zu beschreiben und ihre Gefühle zunehmend zu symbolisieren: Sie wird in der Nacht plötzlich wach, fühlt sich wie gelähmt, kann nicht sprechen – fühlt sich wie im Körper eingeschlossen und hat unheimlich Angst davor, für tot gehalten zu werden. Neu sind auch immer wieder auftretende Schluckbeschwerden und die Angst davor zu ersticken. Eine deutliche Gewichtsreduktion ist die Folge. Mittlerweile ist sie dazu übergegangen, ihre Nahrung nur noch in zerkleinerter Form oder in Form von Brei zu sich zu nehmen.

Am schlimmsten ist für sie dabei die Vorstellung, in einem dieser Zustände mit ihrem dreijährigen Sohn allein zu sein. Diese Angst lässt sich auch aus der aktuellen Lebenssituation verstehen. Die Klientin und ihr Partner haben vor wenigen Monaten ihr Studium abgeschlossen. Während sie bereits eine Teilzeitstelle als Juristin in Aussicht hat und sich vorerst ausschließlich um ihr Kind kümmert, arbeitet ihr Partner vorübergehend im Schichtdienst. Das bedeutet, dass er häufig im Nachtdienst arbeitet und sie somit immer wieder mit dem Kind alleine ist.

## 2.2. Biographische Anamnese

Frau A. wird als älteste Tochter noch recht junger Eltern geboren. Ihr Vater ist Student, ihre Mutter gibt nach der Geburt der Tochter ihre Berufstätigkeit auf, um sich von da an ausschließlich um Kinder und Haushalt zu kümmern. Als die Klientin drei Jahre alt ist, beendet ihr Vater das Studium und übersiedelt mit seiner Familie in seine Heimat, wo er in das Familienunternehmen einsteigt und dieses schon nach wenigen Jahren übernimmt. Ihre Mutter wird von der Schwiegerfamilie nicht als standesgemäße Schwiegertochter anerkannt und fühlt sich sowohl in der Familie als auch im Dorf fremd und nicht dazu gehörig. Drei Jahre später wird ihr Bruder geboren.

Ihre Schulzeit ist Frau A. als sehr einsame und traurige Zeit in Erinnerung geblieben. Sie ist Außenseiterin, hat keine sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen und wird von Mitschülerinnen anfänglich sogar gemieden. Das Auftreten ihrer Zwangsstörung im Alter von dreizehn Jahren liefert sie zusätzlich dem Spott ihrer Mitschüler aus. In dieser Zeit sind ihre Eltern sehr stützend in Erinnerung. Hier tritt vor allem ihr Vater deutlich in Erscheinung – er holt sie von der Schule ab und versucht so, ihr über ihre Isolation hinweg zu helfen. Im Alter von siebzehn Jahren gelingt es ihr allmählich, soziale Kontakte zu knüpfen. Es entstehen wenige, aber beständige Beziehungen und Freundschaften.

Nach der Matura (Abitur) zieht sie im Alter von achtzehn Jahren, um ein Studium zu beginnen, in die nächst gelegene größere Stadt und zum ersten Mal von zu Hause weg. Ihre erste Liebesbeziehung ist von kurzer Dauer und bedeutet eine große Enttäuschung für sie.

Kurze Zeit später (mit zwanzig Jahren) lernt sie ihren jetzigen Partner, einen jungen Studienkollegen, kennen. In der Beziehung zu diesem jungen Mann erlebt sie erstmals das Gefühl von Nähe und Geborgenheit, sie fühlt sich verstanden und entwickelt ein Gefühl von Sicherheit in einer Beziehung, das sie bisher nur in ihrer Familie kennen gelernt hatte. Ihre Erzählungen über die Anfänge dieser Beziehung erinnern jedoch eher an das Verliebtsein zweier großer Kinder als an ein Liebespaar.

Schon nach wenigen Monaten wird sie schwanger und, obwohl die Umstände sehr dagegen sprechen, entscheidet sich das junge Paar bewusst für das Kind. Auch in dieser Situation ist ihr Vater äußerst hilfreich zur Seite. Er unterstützt das junge Paar (nicht nur finanziell) und akzeptiert den jungen Mann wie einen Sohn. Beide schließen wenige Jahre später ihr Studium ab – die gemeinsamen Jahre der Verantwortung für das Kind und ihre Belastung durch das Studium haben die Beziehung reifen lassen.

### *Aktuelle Situation*

Nach Abschluss des Studiums möchte ihr Vater, dass sie mit ihrer Familie in die Nähe des Elternhauses übersiedelt. Er würde für beide eine geeignete Arbeitsstelle finden, ihr Sohn könnte teilweise von ihrer Mutter mitbetreut werden und Frau A. in das väterliche



Unternehmen einsteigen. Ihr Mann, der ihre Abhängigkeit und Verbundtheit mit ihren Eltern, insbesondere mit ihrem Vater, zunehmend kritisiert, ist strikt dagegen. Dies führt zu heftigen Beziehungskonflikten, die bei Frau A. enorm viel Angst auslösen. Sie fühlt sich innerlich zerrissen, da es sich für sie so darstellt, als ob sie sich für einen der beiden entscheiden müsse. In ihrer Angst und Abhängigkeit scheint sie vorerst wenig Kontakt zu ihrem inneren (organismischen) Erleben zu haben und hauptsächlich an den Wünschen anderer (Vater, Partner) orientiert zu sein.

In diese Zeit fallen zwei wichtige Entscheidungen, die enorme Belastungen für Frau A. darstellen und zumindest kurzfristig eine Verschlechterung ihrer Symptomatik (insbesondere ihrer Angstsymptomatik) mit sich bringen: Sie beginnt ihre Berufstätigkeit mit einer Teilzeitstelle, bleibt also vorerst am Studienort wohnen und gleichzeitig entscheidet sich ihr Mann dafür, eine Arbeitsstelle anzunehmen, die geographisch soweit entfernt ist, dass ein tägliches Pendeln nicht möglich ist. Somit ist sie vor die Situation gestellt, dass sie nun mehr oder weniger alleine mit ihrem Kind lebt, einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht und ihr Mann ausschließlich an den Wochenenden zu Hause ist. Die Angst vor dem Alleinsein und die alleinige Verantwortung für ihr Kind sind für sie sehr quälend. Um wie vieles leichter wäre es gewesen, zu diesem Zeitpunkt das Angebot ihres Vaters anzunehmen! Die Verführung dazu war groß und der Zauber des Versorgtseins einladend. Hier wird wiederum spürbar, wie wenig Zutrauen die Klientin zu sich selber hat, wie schwer sie ihre erwachsenen Anteile realisieren kann, wie sehr sie mit ihren kindlichen Seiten identifiziert scheint.

### **Fremdbilder und Selbstbild**

Den Vater beschreibt die Klientin als tüchtigen, erfolg- und einflussreichen Unternehmer, der auch überall beliebt sei und dem alles gelingen würde. Obwohl er sehr wenig zu Hause war, ist er für sie der ideale Vater, der gut für die Familie sorgt und in Notzeiten immer als „Retter“ da ist, so als ob er auch in seiner Abwesenheit einen großen schützenden Mantel über die Familie breiten würde. Er hat dafür gesorgt, dass sie sich immer sicher fühlte. In diesen Beschreibungen wird spürbar, wie sehr sie ihren Vater idealisiert. Die Beziehung zu ihm mutet wie „verzaubert“ an.

Ihre Mutter beschreibt sie als die „ideale Mutter“, die immer für die Familie bereit stand. Gerade deswegen aber auch scheint es der Klientin, als ob die Mutter kein eigenes Leben gelebt hätte. Sie lebt zurückgezogen, leidet aber sehr unter dieser Isolation. Als älteste Tochter fühlt sich Frau A. schon sehr früh für das „Unglück“ und die Einsamkeit ihrer Mutter verantwortlich und auch „schuldig“. Diese innere Verpflichtung nimmt sie sehr ernst und entwickelt schon sehr früh viel Verantwortung und Sorge für die Mutter. Obwohl sie diese Schuldgefühle durchaus als große Belastung wahrnehmen kann, hält sie an der Idealisierung dieses Mutterbildes fest.

Auch ihr Mann wird vorerst wenig differenziert wahrgenommen, die Beziehung zu ihm wird äußerst harmonisch, aber wenig

erwachsen dargestellt. Erst als dieser ihre Abhängigkeit, insbesondere von ihrem Vater, kritisiert und sich entschieden gegen den Wunsch ihres Vaters stellt, scheint er an Konturen zu gewinnen und wird von der Klientin zunehmend als „ihr“ Mann wahrgenommen.

Sich selbst sieht die Klientin als „kleines Mädchen“, das ohne die Unterstützung des Vaters nicht leben kann. Sie traut sich selbst wenig zu, ist unzufrieden mit sich und plagt sich oft mit Schuldgefühlen, ihren Pflichten den Eltern und ihrem Mann gegenüber nicht nachzukommen.

### **2.3. Psychischer Befund, Diagnose und Inkongruenzkonstellation**

Die Klientin wirkt auffallend jung, ja fast mädchenhaft und schüchtern. Während des Erstgesprächs scheint es kaum einen Augenblick der Entspannung für sie zu geben – ihre Haltung ist nahezu unbeweglich und steif, ihre Mimik freundlich lächelnd. Sie wirkt konzentriert und bemüht, aber auch kompetent und informiert, verbal recht gewandt. Es fällt ihr sichtlich schwer, über ihre aktuelle Symptomatik zu sprechen. Gleichzeitig scheint der Wunsch jedoch sehr stark zu sein, sich mitzuteilen und darüber in ihrer Angst verstanden zu werden. In ihrer Fähigkeit, eigene Gefühle zu symbolisieren und zu differenzieren, wirkt sie zu Beginn der Therapie noch sehr gehemmt und eingeschränkt. Doch schon bald kann sie aktuelle Schlüsselthemen benennen:

- die Angst vor dem Allein-Sein, vor dem Verlassen-Werden
- ein tiefes Gefühl der Überforderung durch die Verantwortung und Zuständigkeit für einen anderen Menschen (sie fühle sich dazu noch nicht „erwachsen“ genug)
- die große Diskrepanz zwischen ihrem Selbstbild und ihrem Selbstideal, die sie in ihrem Erleben als tiefes Gefühl der Unzulänglichkeit und Insuffizienz erfährt, sowohl beruflich wie als Mutter und Partnerin.

Ihr Selbstbild wirkt brüchig, wenig kohärent und konturiert. Es wird von diffusen und vorerst noch nicht benennbaren Schuldgefühlen bestimmt. Ihr Selbstideal scheint sehr an den sehr idealisierten Eltern orientiert

### **Diagnose (Statusdiagnose nach ICD-10)**

Es besteht eine Angst- und eine Zwangsstörung bei einer selbstunsicheren, konfliktscheuen und zur Skrupelhaftigkeit neigenden Persönlichkeit. Die dissoziativen (konversionsneurotischen) Symptome wie Schluckbeschwerden, Gefühl der Erstarrung und Lähmung bewerteten wir, da sie eher flüchtig waren, als unmittelbaren Ausdruck der Angstgefühle, sodass wir nicht eigens eine komorbide dissoziative Störung (Konversionsneurose) diagnostizierten.

### **Inkongruenzkonstellation**

Diese ist bestimmt durch ein im Selbstkonzept repräsentiertes Bedürfnis nach Geborgenheit, Sicherheit und Anerkennung einerseits. Diesem stehen im organismischen Erleben wirkende Bedürfnisse nach „wilder Freiheit“ und Selbstbestimmtheit gegenüber. Die letzteren unterlagen bisher, da sie den Anlehnungs- und Anpassungsbedürfnissen widersprechen, einer „Wahrnehmungsverweigerung“ (Rogers, 1959/1987, S. 31), d. h. sie waren von der Wahrnehmung weitgehend ausgeschlossen (primäre Inkongruenz nach Swildens, 1993), drängen jetzt aber unter dem Einfluss der ehelichen Situation (Stellenwechsel des Mannes und dessen Forderung, sich aus der elterlichen Nähe zu lösen) an den Rand der Gewährwerdung und lösen so, da sie die gegenläufigen Bedürfnisse nach Geborgenheit, Anpassung und Sicherheit, also das Selbstkonzept, gefährden, Angst aus (sekundäre Inkongruenz nach Swildens, 1993). Die Angst der Klientin, nicht mehr schlucken zu können, ist dann zu verstehen als die „verzerrte Symbolisierung“ dieser ängstigenden Bedrohung des Selbstkonzeptes (Rogers, 1959/1987, S. 30f.).

Es ist bei der Klientin noch eine andere Ebene der Inkongruenz zu beschreiben. Ihr Selbstkonzept nämlich ist auch bestimmt von dem Gefühl und der Vorstellung, für die Familie und besonders für die Mutter, deren randständige familiäre Position Mitleid und Schuldgefühle bei der Klientin hervorrufen, Verantwortung tragen zu müssen. Dem steht andererseits das geheime, d. h. nur vage symbolisierte Gefallen daran gegenüber, „Vaters Liebling“ zu sein, ja eigentlich die attraktivere und begehrtere Partnerin des Vaters zu sein, der seinerseits ihr öfter auch wie ein jugendlicher Liebhaber begegnete, indem er mit ihr z. B. Motorradtouren und Einkaufsbummel unternahm, bei denen er ihr kostbare Kleider kaufte. Die so stimulierten organismischen und mit dem Selbstkonzept in keiner Weise zu vereinbarenden Bedürfnisse lösten bei der Klientin schwere Schuld- und Angstgefühle aus (die Angst, sich schuldig zu machen, die z. B. in den zwanghaften Befürchtungen, ihren Angehörigen könne ein Unheil zustoßen, ihre verzerrte Symbolisierung findet), die sie durch die Zwangshandlungen wie in einem magischen Ritual zu bewältigen suchte.

## **2.4. Das therapeutische Vorgehen – charakteristische Szenen aus der Therapie**

Im Bedürfnis der Klientin nach Sicherheit und Schutz und in ihrer tiefen Angst vor dem Verlassenwerden wie vor ihren, auf den Vater bezogenen, Bedürfnissen scheint die Idealisierung und Harmonisierung ihrer Beziehungen einen Ausweg darzustellen, der als ein solcher aber noch nicht symbolisiert werden kann. Eine kritische Auseinandersetzung mit ihrer Elternbeziehung ist vorerst zu bedrohlich und deshalb nicht möglich. Und hier kann, wie oben ausgeführt, mit Hilfe eines Märchens der Konflikt auf ein Zwischenmedium verlagert werden.

Im Folgenden soll nun gezeigt werden, an welcher Stelle des therapeutischen Prozesses und mit welcher Intention die Therapeutin jeweils das Märchen in die Arbeit mit einbezieht.

### **Szene 1**

In einer Stunde, in der die Klientin wieder einmal darüber klagt, dass ihr Mann sich so vehement gegen ihren Vater stellt und von ihr verlangen würde, dass sie endlich ihr Leben selbst in die Hand nehmen sollte, wird der Therapeutin die Verzweiflung und Enttäuschung der Klientin besonders deutlich spürbar. Sie verstehe nicht, dass ihr Mann so wenig Verständnis für sie aufbringen könnte, wo er doch genau wisse, wie sehr sie an ihren Eltern hängen würde und dass ihr Vater ihnen eigentlich nur helfen möchte. Auch wisse er, wie alleine ihre Mutter sei und es wäre doch eigentlich für alle gut, wenn sie in der Nähe leben würden.

Die Therapeutin versucht, die Anliegen und Wunschvorstellungen der Klientin so zusammenzufassen, dass diese sich damit weiter auseinandersetzen kann:

T: Es wäre für Sie beruhigend, wenn sich alle gut verstehen würden, wenn Sie gemeinsam leben würden, Ihr Vater würde für alle sorgen, Ihre Mutter wäre nicht mehr allein.

K: Ja, das wäre schon schön. Dann würde es mir vielleicht auch wieder besser gehen. Aber das ist unrealistisch, wie im Märchen.

T: Märchen können manchmal hilfreich sein. Haben Sie gerne Märchen gelesen oder gehört als Kind und hatten Sie ein Lieblingsmärchen?

K: Ja ... das war „Rapunzel“ (Klientin lacht dazu)

T: Was hat Ihnen denn so an diesem Märchen gefallen?

Die Klientin beginnt hier begeistert und sehr ausführlich davon zu erzählen; die Therapeutin lässt sie daher uneingeschränkt ihre Bilder und Gefühle dazu explorieren: Sie hätte sich Rapunzel mit dem goldenen Haar immer als ein so hübsches Mädchen vorgestellt. Und auch der Turm hätte so etwas Verzaubertes gehabt. Die Zauberin (Gothel) hätte sie nicht geängstigt, vielmehr sei diese ja eine gute Lehrmeisterin für Rapunzel gewesen, hätte ihr stundenlang das Haar gekämmt, mit ihr gesungen und gespielt. Als Kind hätte ihr das sehr gut gefallen, dass Rapunzel sehr behütet und mit viel Sicherheit aufgewachsen sei, so ganz abgeschirmt von der „bösen“ Außenwelt. Wie „verzaubert“ zeichnet die Klientin dieses Bild vom Leben im Turm und es wird spürbar, wie groß die Faszination dabei ist.

T: Ich spüre, welche Faszination dieses Bild auf Sie ausübt. Als Kind war das für Sie ganz wichtig.

K: Ja, ich glaube, ich habe mich oft gefühlt wie Rapunzel.

T: Als Kind haben Sie sich oft wie Rapunzel gefühlt. Dieser Turm war so viel Sicherheit und Schutz. Und gleichzeitig war Rapunzel darin doch eingesperrt, konnte nicht frei ihrer Wege gehen.

K: Wenn ich es mir genau überlege, kommt es mir vor, als ob ich

gerade mein Leben und meine Kindheit beschrieben hätte: viel Sicherheit und Geborgenheit, aber eingesperrt und einsam. Vielleicht fühle ich mich immer noch wie Rapunzel. Das habe ich noch nie so gesehen.

An dieser Stelle bekommt die Klientin erstmals Zugang zu einem Teil ihres Erlebens, der bisher nicht symbolisiert werden konnte und in weiterer Folge im psychotherapeutischen Prozess gut bearbeitbar wird. Denn erstmals kann sie auf der „Bühne des Märchens“ ihr bisheriges Gebundensein an ihre Eltern, ihre Dankbarkeit und Loyalität in Frage stellen. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit, nach Beziehung und Geborgenheit wird im Rapunzelturm reflektiert. Darüber kann ein anderer emotionaler Gehalt spürbar werden – nämlich die Enge, das Eingesperrtsein und der ambivalente Wunsch, diese zu überwinden –, der bisher für die Klientin nicht zugänglich war, jedoch verzerrt in ihrer Angstsymptomatik zum Ausdruck kommt. Ihre Inkongruenz zwischen dem im Selbstkonzept repräsentierten Bedürfnis von Gebundensein, Geborgensein und der Angst vor dem Verlassenwerden einerseits und ihrer Sehnsucht (organismischen Strebung) nach Autonomie und Selbstständigkeit andererseits wird im Folgenden immer wieder Thema im therapeutischen Prozess. Das Märchen bietet dafür geeignete Bilder und Frau A. scheint es Spaß zu machen, mit diesen Bildern zu arbeiten.

## Szene 2

In einer der nächsten Stunden nimmt Frau A. selbst das Märchen zu Hilfe, um sich ihre Situation zu erklären. Ihr Mann hatte sich entschieden, die Arbeitsstelle anzunehmen und während der Woche nicht bei seiner Familie zu wohnen. Dies verstärkt die Angstsymptomatik und Verzweiflung der Klientin, die sie folgendermaßen zu beschreiben versucht:

K: Er hat mich aus dem Turm geholt und jetzt lässt er mich allein.

Sie lacht dazu, gleichzeitig ist sie wütend, es klingt wie ein Vorwurf. Die Therapeutin lädt sie ein, doch bei dieser Szene zu bleiben und eigene Bilder dazu zu imaginieren. Tatsächlich werden zwei wesentliche Themen benennbar:

- Der Ablösungsprozess von den Eltern, der in diesem Märchen ja besonders drastisch gezeichnet wird und den Frau A. auch für sich immer wieder sehr dramatisch erlebt. Jedes Weggehen von ihren Eltern kann sie immer noch in tiefe Traurigkeit stürzen. Relativ schnell kann die enge Verbundenheit mit ihren Eltern, die ihr bisher nicht bewusst war, symbolisiert werden.
- Die innere Zerrissenheit, sich zwischen ihrem Mann einerseits und ihrem Vater andererseits entscheiden zu müssen, erlebt die Klientin als äußerst quälend. In ihrem Bemühen, weder den Vater zu „verlassen“, noch ihren Mann zu verlieren, und keinen der beiden zu kränken, fühlt sie sich immer wieder wie eine Marionette, die nicht wirklich weiß, wohin, und an deren Fäden andere ziehen.

Nach der Aufforderung, sich den Turm intensiv vorzustellen und dann die inneren Bilder vor dem geistigen Auge „wandern“ zu lassen, steht plötzlich ihr Vater wie ein Turm da, der Zuflucht und Schutz bietet, während ihr Ehemann blind – auf der Suche nach ihr – herumirrt. Diese Szene löst bei Frau A. sehr verstörende Gefühle aus – Angst, Entsetzen und Schuld. Aber dennoch ermöglicht die Symbolisierung dieser Gefühle einen Zugang zu ihrer „ödiipalen“ Problematik. So kann sie erstmals und mit viel Scham benennen, wie sehr sie sich als Konkurrentin ihrer Mutter fühlte, wie sehr sie davon überzeugt war, die bessere Frau für ihren Vater zu sein und wie wenig sie ihren Mann bisher als Mann wahrnehmen konnte. Erleichterung erfährt sie in dieser Szene jedoch darüber, innere Bilder dafür zu bekommen und nun deutlich sehen zu können, was sich so quälend anfühlt. Durch die Eindringlichkeit der Bilder – immerhin wird Rapunzel aus dem Turm verstoßen, der Prinz stürzt in die Dornen und erblindet daraufhin – wird das Erleben der Klientin aktiviert. Das Märchen wird so zur Projektionsfläche für eigene Probleme.

## Szene 3

Ein weiterer Zugang zu einem Bild im Märchen bietet sich in einer der nächsten Sitzungen an, als die Klientin sehr verzweifelt darüber wirkt, wie anstrengend ihr Alltag sei, seit sie mehr oder weniger alleine mit ihrem Kind leben würde. Sie fühlt sich überfordert, alleingelassen und völlig schutzlos und fürchtet sich vor jeder Nacht, die sie alleine verbringen muss.

T: Sie klingen sehr verzweifelt, können Sie sich vorstellen, dass wir uns wieder ein Bild aus dem Märchen dazu holen?

K: *Sie meinen, ich bin jetzt in der „Wüstenei“?* Die Klientin lächelt dazu.

T: Wie ist es denn in der Wüstenei?

K: Ich weiß nicht mehr genau, wie es dort war. Das möchte ich jetzt gerne wissen ...

Die Therapeutin schlägt vor, diese Stelle des Märchens gemeinsam zu lesen. Es ist nur eine kurze Sequenz („... wo sie in großem Jammer und Elend leben musste“), die in der Klientin eine bisher nicht gekannte Traurigkeit auslöst und eine neue Qualität im Erleben mit sich bringt. Nicht mehr die Angst ist jetzt im Vordergrund, sondern die Traurigkeit über ihre Verlassenheit und Einsamkeit und ihre nicht altersadäquate Anforderung, der sie sich als Kind ausgesetzt fühlte. Aus dem bekannten „Bitte verlass mich nicht, ohne dich kann ich es nicht“ wird ein „Es fühlt sich traurig an, dass ich damit (mit meinem Leben) so allein gelassen werde“ und bringt sie allmählich mit ihren Ressourcen in Kontakt.

Das Bild vom Leben in der „Wüstenei“ entwirft sie sehr eindringlich – darin sieht sie Rapunzel mit ihren zwei Kindern, wie sie alleine den harten und ausgetrockneten Boden zu bearbeiten versucht. Lächelnd meint sie am Ende dieser Sitzung, dass sich ihr Alleinsein oft so anfühle, als ob sie in der „Wüstenei“ leben würde. Auch an dieser

Stelle bietet das Märchen ein Bild (die Wüstenei), in dem die Klientin sich emotional wiederfinden kann. In ihrer Identifikation mit der Heldin kann sie in Kontakt mit ihrer „inneren Wüstenei“ kommen. Durch die Möglichkeit der Distanzierung sind Gefühle zugänglich, die bisher zu bedrohlich waren und in dieser Form nicht symbolisiert werden konnten. In der Wandlung des Gefühls der Angst in das der Trauer ist ein bedeutsamer Entwicklungsschritt zu sehen. Wenn die Einsamkeit keine Panik mehr auslöst, sondern nur die Trauer um den Verlust etwa von Geborgenheit, so ist das Erleben von Einsamkeit bereits symbolisiert und so integriert worden, dass es nicht mehr abgewehrt werden muss. Durch die so auch gegebene Möglichkeit der Distanzierung wird ein kritischer Blick auf ihre Beziehung zu ihren Eltern möglich, die emotionale Verantwortung für ihre Mutter und die Dankbarkeit gegenüber ihrem Vater können allmählich eine andere, befreiende emotionale Bedeutung bekommen.

#### Szene 4

In weiterer Folge stehen vor allem zwei Bilder des Märchens – der Turm und die Wüstenei – im Vordergrund. Das Bild vom Turm hat mehrere Bedeutungen bekommen. Es steht für die Sehnsucht nach Geborgenheit und Sicherheit, aber auch für die Enge und Einsamkeit, jedoch auch für die Vaterbeziehung in ihrer erotischen Fixierung und Verzauberung (im Bild der machtvollen wie behütenden Zauberin). In einer späteren Phase der Therapie sieht die Klientin auch eine emotionale Verbindung zu ihrer ursprünglichen Symptomatik, insbesondere im Gefühl der Erstarrung und der Lähmung, in der sie sich so „eingemauert“ fühlte. Die verstehende Bearbeitung eines ihrer Symptome, die durch dessen Verbildlichung möglich wurde, wirkt deutlich entängstigend.

Im Bild der Wüstenei findet die Klientin ursprünglich ihre Schuldgefühle symbolisiert, es steht für Bestrafung durch Verlassenwerden. Wie sich dieses Bild mit ihrem inneren Prozess verändert, soll anhand eines Beispiels verdeutlicht werden: Nachdem die Klientin bereits seit einem halben Jahr alleine lebte, sich in ihrem Alltag gut zurecht fand und allmählich auch eine deutliche Besserung der Angstsymptomatik erfahren konnte, berichtete sie sichtlich stolz davon, wie sie ihrem Chef gegenüber einen Vorschlag in einer Weise vertreten hatte, dass er ihn annahm. Auch in der Betreuung ihres Sohnes spüre sie, dass es leichter werde. Sie hätte jetzt sogar mit einer anderen Mutter vereinbart, dass sie sich fallweise bei der Kinderbetreuung abwechseln würden. Dies ist für sie insofern ein großer Schritt, weil sie damit auch das Idealbild der „guten Mutter“ (d. h. ihrer Mutter) verlässt.

T: Sie spüren deutliche Veränderungen, Sie könnten eigentlich schon auch sehr stolz auf sich sein.

K: *Hmh, in meiner Wüstenei beginnt es zu wachsen?* (sehr vorsichtig, lächelnd)

An dieser Stelle lädt die Therapeutin die Klientin ein, aus der Vorlage des Märchens doch ihr eigenes entstehen zu lassen. Diese beschreibt dann sehr lebhaft und emotional, wie es in ihrer Wüstenei zu wachsen beginne. Es seien nur kleine Pflänzchen, manche würden wieder eingehen und manche würden langsam Wurzeln kriegen. Es entsteht ihr eigenes Bild der „Wüstenei“, das neben der ursprünglichen Bedeutung zunehmend für die Entwicklung zur Autonomie und Selbstständigkeit steht. Gefühle wie auf sich stolz sein, sich erwachsen fühlen und Verantwortung übernehmen zu können, und diese zu benennen, sind Ausdruck für ihre innere Entwicklung.

Im Prozess werden diese Bilder von Frau A. immer wieder herangezogen und verändert, wenn es darum geht, Gefühle zu symbolisieren oder ein bestimmtes Erleben zum Ausdruck zu bringen. Dabei fällt auf, dass das Märchen in seiner gegebenen Form an Bedeutung verliert und die Klientin die Bilder weiterentwickelt. Das „Entwerfen“ ihres eigenen Märchens bietet die Möglichkeit, ihren inneren Entwicklungsprozess bildhaft auszudrücken und die emotionale Resonanz dazu entstehen zu lassen. So verwendet sie über lange Strecken des Prozesses immer wieder eines der Bilder, um ihre emotionale Situation zu beschreiben, pendelt emotional zwischen den beiden oder verweilt, um Gefühle zu vertiefen:

K: Letzte Woche war ich wieder ganz im Turm gefangen. Die Wüstenei habe ich nur von meinem vergitterten Fenster aus gesehen und das bisschen Grün war wieder fast verdorrt.

#### Szene 5

Zum Abschluss soll eine Szene beschrieben werden, die die Therapeutin in der Reflexion des Prozesses sehr beeindruckt hat. Die Klientin kommt entspannter in die Stunde als sonst: Sie hätte in der Bearbeitung eines Kaufvertrages einen Fehler entdeckt, der für die Firma sehr gravierende Folgen gehabt hätte. Daraufhin sei sie von ihrem Chef vor allen Mitarbeitern gelobt worden.

T: Das ist ja ein schöner Erfolg! Können Sie versuchen zu beschreiben, welche Gefühle sie dabei hatten?

K: *Ich sag's Ihnen, das war, als ob ich den Turm gesprengt hätte (sie lacht dabei herzlich), ich habe gesehen, wie die Ziegel fliegen. Das hat so gut getan!*

Diese Stunde beendet die Klientin mit der Feststellung, dass sie vermutlich noch viele Ziegel abzutragen hätte, dass es aber den Turm in dieser engen Form nicht mehr gäbe. Beeindruckend dabei ist, dass der Turm als enges Gemäuer nur mehr in der Erinnerung auftaucht, als Beschreibung eines Erlebens bleibt der Turm offen, die Richtung geht dahin, ihn weiter abzubauen – manchmal in Form einer Sprengung und manchmal wird sehr mühsam und mit großem emotionalen Aufwand ein Stein heraus gemeißelt.

### 3. Diskussion

#### 3.1. Betrachtung von Verlauf und Ergebnis der Therapie

Vorausgeschickt sei an dieser Stelle, dass Frau A. eine deutliche Besserung auf der Symptomebene erfahren konnte. Sowohl ihre Schluckbeschwerden als auch die nächtlichen Lähmungsgefühle sind abgeklungen, ihr Essverhalten hat sich normalisiert. In Bezug auf die Angst- und Zwangsstörung gibt es schon jetzt eine spürbare Besserung. Dennoch ist die Therapie noch nicht beendet.

Als die Aussage der Klientin – es sei wie im Märchen – aufgenommen und sie eingeladen wurde, ihr Lieblingsmärchen zu Hilfe zu nehmen, war noch unklar, welche Bedeutung und welches Ausmaß die Arbeit mit dem Märchen im weiteren Verlauf noch einnehmen würde. Zu einem sehr großen Teil hat dies die Klientin selbst bestimmt, denn sowohl das Märchen als auch einzelne Bilder daraus wurden von ihr gewählt.

Im Märchen vom „Rapunzel“ fand sie sich und Kernthemen ihres Lebens wieder. (Hier ist u. a. interessant, dass die Klientin in fast dem gleichen Alter, in welchem Rapunzel in den Turm gesperrt wird, eine Zwangsstörung entwickelte.) Die Plastizität der Bilder und der Personen dieses Märchens ermöglichten es, eigene Gefühle und Projektionen entstehen zu lassen; sie wirkten also deutlich erlebnisaktivierend. Über den „Umweg“ der Identifizierung mit der Heldin (behütet und eingesperrt im Turm und dann verstoßen) konnte die Klientin allmählich Zugang zu einem Teil ihrer Geschichte schaffen und Gefühle, die ihr bisher verborgen waren, symbolisieren. Der Entwicklungsprozess in Richtung Autonomie und Selbstständigkeit wurde vorerst in der Heldin „gelebt“. Dies ermöglichte einen distanzierteren Blick und wirkte entängstigend.

Als Medium konnte das Märchen dort genutzt werden, wo Gefühle nicht oder nicht vollständig symbolisiert werden konnten. Der Märchentext verhilft zu einer spontanen, nicht an Kriterien der sozialen Erwünschtheit ausgerichteten Selbstexploration. An einer sehr bedeutenden Stelle des psychotherapeutischen Prozesses bezeichnete die Klientin es als „wie im Märchen“, wo man lieben und gehen, in Beziehung bleiben und trotzdem autonom sein darf, wo Selbstentfaltung und Unabhängigkeit nicht mit Verlassenwerden verbunden sind, „wo alles möglich ist und das Wünschen noch geholfen hat ...“. Vor allem das Auftreten von aggressiven Impulsen, aber auch die Sehnsucht nach Unabhängigkeit und Selbstentfaltung wurden von der Klientin ursprünglich als bedrohlich erlebt. Deutlich leichter war es für sie, diese Gefühle vorerst in der Geschichte der Heldin zu erfahren. Denn Eltern, die ihre Tochter (Rapunzel) in die Obhut einer Zauberin geben, sie also einem Zauber aussetzen und so eine Verzauberung, d. h. Selbstentfremdung, bedingen, die in der Enge und Überbehütetheit des Turmes versinnbildlicht ist, können heftige aggressive Impulse auslösen. Durch den „Umweg“ über das Märchen wurde es für die Klientin möglich, Wut und Ärger über ihre eigene Abhängigkeit zu erfahren und das Idealbild ihrer

Eltern zu relativieren. Positive und negative Beziehungserfahrungen sowie widersprüchliche Bedürfnisse konnten allmählich nebeneinander stehen. Auch die Sehnsucht nach Autonomie, für die die Märchenheldin immerhin verstoßen und in die Wüstenei geschickt wird, konnte exakter symbolisiert werden und so einen Zugang zu ihren eigenen Wünschen nach Selbstständigkeit eröffnen. Ihre Ängste vor dem Verlassenwerden erhielten ebenso wie ihre Schuldgefühle eine neue emotionale Bedeutung. Die Klientin konnte zunehmend die Kehrseite ihrer Trennungsangst auch als (bisher verbotenen) Trennungswunsch verstehen lernen.

Zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie begann die Klientin, Bilder des Märchens zu verändern bzw. diese imaginativ weiter zu entwickeln. Das war ein deutliches Zeichen dafür, dass in ihr ein Veränderungsprozess in Gang gekommen war, der in Richtung Autonomie und Eigenständigkeit zeigte. Hiermit war auch eine deutliche Veränderung der Angstsymptomatik verbunden, die auch zunehmend einem Gefühl der Trauer wich. Es war offensichtlich hilfreich für die Klientin, Veränderungsprozesse anhand von Bildern symbolisieren zu können: In ihrer Wüstenei begann es zu wachsen und sie begann, den Turm abzubauen. Dies eröffnete ihr den Zugang zu einer kraftvollen und ressourcenorientierten Seite und hatte gleichzeitig tröstende und heilsame Wirkung.

Es könnte hier eingewandt werden, dass diese Ergebnisse letztlich auch ohne die Arbeit mit dem Märchen erreicht worden wären. Dem ließe sich entgegen, dass Vieles darauf hinweist, dass der Einsatz des Märchens die Selbstexploration sehr erleichtert und vertieft hat und dieses Ergebnis ohne die Märchenarbeit nicht in der gleichen Zeit erreicht worden wäre. Aber abgesehen von diesem besonderen Fall kann die Arbeit mit Märchen auch den personenzentrierten Umgang mit Bildern und das Sich-Einlassen auf vielfältige Symbolebenen inspirieren, um so der hermeneutischen Kreativität beim Vollzug des *Einfühlenden Verstehens* Impulse zu geben und zu ermutigen, entsprechender Angebote von Klienten aufzugreifen oder auch diesen entsprechende Angebote zu machen.

#### 3.2. Die Bedeutung der Märchenarbeit für das personenzentrierte Therapiekonzept

Die hier vorgestellte Arbeit mit Märchen bedeutet nicht den Versuch, abermals eine ansatzfremde Methode in die Personenzentrierte Psychotherapie zu „integrieren“. Es sollte in den vorhergehenden Kapiteln deutlich geworden sein, dass durch die Einführung des Mediums „Märchen“ die genuin personenzentrierten Praktiken nicht verändert werden. Mit letzteren meinen wir jene Charakteristika einer Gesprächsführung, wie Rogers sie beispielhaft praktiziert (s. z. B. „Gespräch mit Gloria“, Rogers, 1977), aber leider nicht in Form von Handlungsregeln expliziert hat. Diese Feststellung will auch eine Distanzierung von jener pragmatischen Beliebigkeit zum Ausdruck bringen, die nach der Parole verfährt, dass in der Personenzentrierten

Psychotherapie jedes Handeln erlaubt sei, wenn nur die personenzentrierte Einstellung „stimme“. Für die Identität der Personzentrierten Psychotherapie als ein präzise definiertes Psychotherapieverfahren (was gegenüber einem „Ansatz“ etwas viel Spezifischeres ist) sind u. E. dagegen umschriebene Handlungskonzepte, die dann als verfahrenstypisch gelten, unerlässlich, dies auch, um im Diskurs der sich als wissenschaftlich definierenden Psychotherapieverfahren anschlussfähig zu bleiben (Finke, 2004, Finke & Teusch, 2002). Bei

der personenzentrierten Märchenarbeit wird nur ein neues Medium eingeführt, an dem sich, vergleichbar mit einem Traum des Klienten oder einem von ihm gemalten Bild, die typische personenzentrierte Gesprächsführung so entfalten kann, dass die Selbstexploration des Klienten eine zusätzliche Anregung erfährt. Auch das Grundcharakteristikum dieses Verfahrens als ein spezifisch verstehender bzw. hermeneutischer Zugang erhält durch die Einführung der Märchenarbeit lediglich eine besondere Akzentuierung.

## Literatur

- Baumann, K. & Linden, M. (2008). Weisheitstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 416–422). Heidelberg: Springer.
- Brüder Grimm (2006). Rapunzel. In *Kinder- und Hausmärchen. Bd. 1* (S. 87–91). Stuttgart: Reclam.
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2002). Grenzen und Möglichkeiten des Verstehens in der Psychotherapie. In G. Kühne-Bertram & G. Scholtz (Hrsg.), *Grenzen des Verstehens. Philosophische und humanwissenschaftliche Perspektiven* (S. 217–230). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Bitte nicht lösen, Textverankerung inzwischen vorgenommen!
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie – Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. & Teusch, L. (2002). Die störungsspezifische Perspektive in der Personzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 147–162). Wien-New York: Springer.
- Gaul, S. & Wewalka, M. (2008). Vom Eros des Ausdrucks – Personzentrierte Expressive Kunsttherapie. In M. Tucza, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt – Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 95–114). Wien: Krammer.
- Kast, V. (1986). *Märchen als Therapie*. Olten: Walter.
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person, 1* (1), 5–13.
- Keil, W. W. (2002). Der Traum in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 427–443). Wien – New York: Springer.
- Korbei, L. (2002) Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/ Personzentrierte Psychotherapie: Perspektive 1: Der einbezogene Körper. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 377–390). Wien – New York: Springer.
- Rogers, C. R. (1961/1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta (Orig. ersch. 1961: *On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin).
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG (Orig. ersch. 1959: *A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology, A Study of a Science. Study 1: Conceptual and Systemic. Vol. III. Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184–256). New York-Toronto-London: McGraw-Hill).
- Rogers, N. (2002). Personzentrierte Expressive Kunsttherapie: Ein Weg zur Ganzheit. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 411–426). Wien – New York: Springer.
- Spielhofer, H. (1999). Empathie, hermeneutisches Verstehen oder Konstruktion? Das Erkenntnisverfahren in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Person, 3* (2), 122–130.
- Spielhofer, H. (2003). Phänomenologische Perspektive. In G. Stumm, J. Wiltchko & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 240–242). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Swildens, H. (1993). Die psychogenen Erkrankungen. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 1* (S. 89–97). Köln: GwG.
- Teichmann-Wirth, B. (2002). Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/Personzentrierte Psychotherapie: Perspektive 2: Der einzubeziehende Körper. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 391–410). Wien – New York: Springer.

## Autorin und Autor:

**Herta Krismer-Eberharter**, Mag.<sup>a</sup>, geb. 1959, Pädagogin/Psychologin, Klientenzentrierte Psychotherapeutin und Lehrtherapeutin in der ÖGWG, Arbeit in freier Praxis und in der Familienberatungsstelle (AEP) in Innsbruck.

**Jobst Finke**, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Psychiatrie und Neurologie. Ausbilder in der GwG und der ÄGG, von der Ärztekammer Nordrhein ermächtigtter Weiterbilder.

## Korrespondenzadresse:

Mag.<sup>a</sup> Herta Krismer-Eberharter  
A-6020 Innsbruck, Müllerstraße 21  
h.krismer@chello.at

Dr. Jobst Finke  
D-45134 Essen, Hagelkreuz 16  
jobst.finke@uni-due.de

J. Wade Hannon, Jeffrey H. Cornelius-White und Teresa A. Coleman<sup>1</sup>

# Personzentrierte Psychotherapieausbildung in den USA

**Abstract:** Dieser Artikel gibt einen kurzen Überblick über die Geschichte der Psychotherapieausbildung in den USA nach dem personzentrierten Konzept (PCA). Es werden Rogers' frühe Programme skizziert und wie das Konzept gegenwärtig präsentiert wird. Die Ausbildung für personzentrierte Psychotherapie ist heutzutage zu einem großen Teil in allgemeine bzw. eklektische Trainingsprogramme verbannt oder findet peripher Einzug in non-Profit-Organisationen und andere Vereine. Obwohl eine Mehrzahl im Fach die personzentrierten Bedingungen als sehr wichtig oder notwendig einschätzt, weisen sich nur wenige akademische Programme wie auch Lehrer definitiv als „personzentriert“ aus; und nur einige machen geltend, dass die Bedingungen hinreichend bzw. optimal sind. Erwähnt werden hier die Lizenzierungswege in den sozialen Dienstleistungen, der professionellen Beratung, Sozialarbeit, Psychologie, Eheberatung und Familientherapie, Psychiatrie und anderen Musterprogrammen mit personzentrierten Kennzeichen.

**Abstract:** This paper briefly reviews the history of training in the person-centered approach (PCA) in the USA. It traces Rogers' early programs and the current state of how the approach is presented today. Person-centered training today is largely relegated to its influence on generic or eclectic approaches or to peripheral non-profit organizations and associations. Although a majority value person-centered conditions as important or necessary, few academic programs or academics identify themselves as person-centered or assert that the conditions are sufficient or optimal. Paths to licensure in human services, professional counseling, social work, psychology, marriage and family therapy, and psychiatry and sample programs with person-centered identifications are mentioned.

## Zur Geschichte der Ausbildung in Person-zentrierter Psychotherapie und Beratung

Mit der Ausbildung von Therapeuten begann Rogers an der Ohio State University, wechselte dann an die Universität von Chicago, wo er das *Chicago Counseling Center* ins Leben rief, das sich später von der Universität abspaltete und bis 2002 als unabhängiges non-Profit-Training weitergeführt wurde (Ellinwood, 1990, Kirschenbaum, 2008, Rogers & Cornelius-White, 2005, Cornelius-White, 2005).

In den frühen 60er Jahren ging Rogers an die University von Wisconsin und während den folgenden Jahren nach Kalifornien; zuerst zum *Behavioral Sciences Institute* und dann gründete er mit anderen das *Center for Studies of the Person* (Kirschenbaum, 2007). Ebenso startete Rogers mit Curtis Graf und Peggy Natiello das *In Depth Training Program in the Person-Centered Approach* (Natiello, 1998).

Mit Rogers' Wechsel nach Kalifornien kam es zu einer Abnahme der amerikanischen Forschung im personzentrierten Ansatz (PCA). Der PCA wurde weitestgehend von Berufen, die sich mit der

psychischen Gesundheit beschäftigen, absorbiert und so zu einem Teilgebiet des allgemeinen, eklektischen Modells, besonders im Feld der Beratung. Eine jüngste Studie zu Beratungstheorien in Masterkursen für Klinische Praktiker, die 54 Programme evaluierte, hat ergeben, dass in 47 Programmen der PCA teilweise betont wurde (Fitch, Canada & Marshall, 2001). Ebenso wird im Staat Missouri von allen professionellen Beratern – egal welcher Richtung sie angehören – verlangt, während ihrer Ausbildung einen Kurs mit dem Titel „Helfende Beziehungen“ zu besuchen.

Es kam zur allgemein akzeptierten Sichtweise, dass die Rogers-Variablen zwar notwendig, aber nicht hinreichend sind. Dies steht im Kontrast zum Mainstream der personzentrierten bzw. klientenzentrierten Bewegung. Im Gegensatz dazu sind bei Rogers (1957, 1959) die Bedingungen notwendig und hinreichend oder Bozarth (1998) ist der Ansicht, dass sie hinreichend, aber nicht notwendig sind. Auf internationaler Ebene werden die Bedingungen zwar als hinreichend betrachtet, sollten aber in bestimmten Situationen weiterentwickelt werden (Behr & Cornelius-White, 2008). Dennoch gibt es aber in den USA nur sehr wenige akademische Programme, die zumindest einige Merkmale des PCA aufweisen.

<sup>1</sup> Übersetzung: Susanne Ensthaler und Robert Hutterer

Zum Beispiel beinhaltet die jüngste Ausgabe von *Counselor Preparation* (Schweiger, Henderson & Clawson, 2008) nur zwei Programme (von 511), die im „Faculty Research“ Kapitel aufscheinen und in ihrer Programmbeschreibung als „person-centered“ angeführt werden; im Kapitel „Programm Uniqueness“ wird kein einziges als „person-centered“ aufgelistet. Obwohl in vielen Lehrbüchern zur Beratung und/oder Psychotherapie die Wichtigkeit von Empathie und der Beziehung betont wird, sind in den Vereinigten Staaten die meisten Trainings *sehr* direktiv, inhaltlich sowie den Prozess betreffend. Sie tendieren dazu, die „Diagnose“ zu objektivieren und betonen, dass es notwendig ist, sich in der Arbeit mit den Klienten den Einschränkungen durch Versicherungen, Managed-Care-Systemen und anderen kapitalistischen, profitorientierten Organisationen anzupassen.

Die sogenannte „helfende“ Arbeit hat sich zu einem Beruf entwickelt, der das Sozialsystem unterstützt und die Klienten dazu anleitet, ein schlecht funktionierendes, verwirrendes System zu akzeptieren (Hannon, 2001; Hannon, Ritchie & Rye, 2001).

In einigen wenigen Orten sind rein personzentrierte Ausbildungen erhalten geblieben. Dies sind z.B. der Argosy Campus in Chicago oder in Saybrook. Ebenso gibt es Orte wie Vanderbilt, California State, Sonoma State, Missouri State, North Dakota State University, Miami of Ohio, North Texas State, etc., die eine oder mehrere einschlägige Fachbereiche hatten oder immer noch haben. Es wurden dabei Wege entwickelt, die es ermöglichten, den PCA in die Beraterausbildung „einfließen zu lassen“ (Hannon & Eckersell, 2002), auch wenn es nur ein einziges Fakultätsmitglied gibt, das das Lernen aus personzentrierter/studentenzentrierter Perspektive praktiziert und begleitet. Zusätzlich haben sich die Standalone-Trainings (außeruniversitär) und/oder professionellen Körperschaften sprunghaft entwickelt und finden großen Zuspruch, wie das *Person-Centered International* ([www.personcentered.com](http://www.personcentered.com)), das den jährlichen *Warm Springs Workshop* sponsert, oder die *Association for the Development of the Person-Centered Approach* (ADPCA), die ihre meisten Mitglieder in den USA hat, aber eine internationale Gesellschaft ist, die eine jährliche Konferenz abhält. ADPCA publiziert *The Person-Centered Journal*, die Zeitschrift *Renaissance*, und betreibt eine Website ([www.adpca.org](http://www.adpca.org)). Einige Person-zentrierte Berater, Psychologen und andere Psychotherapeuten in den USA sind Mitglieder der *World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling* oder der *British Association for the Person-Centered Approach*, besuchen internationale Foren oder beteiligen sich an anderen weltweit stattfindenden Trainingsprogrammen.

## Ein eklektischer/allgemeiner Trend in den gegenwärtigen Trainingsmethoden

Der Autor J. Wade Hannon war ganze 30 Jahre lang selbst Berater und Ausbilder von Beratern und stellte einen deutlichen Trend in

den Trainingsprogrammen fest. Dieser führt von einer spezifischen theoretischen Orientierung weg und ist durch das Fehlen eines theoretischen Fokus charakterisiert. Einige Ausbilder interpretierten ein Statement des *Council on Accreditation of Counseling and Related Educational Programs* (CACREP), das die nationale Körperschaft ist, die die Ausbildungsprogramme anerkennt (außer die Rehabilitationsberatung, diese wird vom *Council on Rehabilitation Education* [CORE] akkreditiert) dahingehend, dass ein Trainingsprogramm *keine* exklusive theoretische Orientierung haben kann. Dazu die Passage aus dem Teil 2.K.5.c: „Die Erfahrungen der Studenten sollten eine Prüfung über die historische Entwicklung von Beratungstheorien, eine Erforschung der affektiven, behavioristischen und kognitiven Theorien und die Möglichkeit zur Anwendung des Theoretischen an Fallstudien einschließen“ (CACREP, 2001). Wir sind der Ansicht, dass dies eine falsche Deutung des Standards ist und finden das schlichtweg absurd; Berater in Ausbildung können die verschiedenen Theorien lernen und dennoch eine Standardausbildung in einer oder in mehreren theoretischen Orientierungen erhalten. Jedoch tendieren Ausbildungsprogramme dazu, nur theoretische Grundlagen anzubieten, die jene Methoden unterstützen, die ein Fakultätsmitglied oder auch mehrere präsentieren möchten (vorausgesetzt sie oder er hat eine klar definierte, was nicht sehr oft der Fall ist). Viele Mitglieder von Counseling-Fachbereichen haben eine Liste von zwei oder mehreren Methoden, die sie gutheißen oder präsentieren sich selbst aus einer mehr mysteriösen Position einer „eklektischen“ Methode. Natiello (1998) schrieb, „der Trend in den Vereinigten Staaten im Bereich der Psychotherapie und Beratung geht hin zur Uniformität und Exklusivität“ (S. 41) und dies wird sich unserer Erfahrung nach in den nächsten zehn Jahren fortsetzen.

## Lizenzierung und Regulierung der Personzentrierten Beratung und Psychotherapie

Es gibt viele Wege, sich eine allgemeine Lizenz für die Ausübung professioneller Beratung und Psychotherapie zu sichern, mit der jemand dann eine personzentrierte Orientierung beibehalten kann oder einschlägige Workshops, Konferenzen oder Trainingsstätten besuchen kann. Diese Professionen werden nicht von theoretischen Orientierungen reguliert, obwohl in vielen Settings oder von vielen Versicherungen kognitiv-behavioristische Therapien bevorzugt werden. Die akademischen Grade, die zu einer allgemeinen Lizenz führen, beinhalten Studienabschlüsse in sozialen Dienstleistungen (human services), Sozialarbeit oder Missbrauchsberatung (letztere hat beschränkte Praxisparameter und existiert nicht in jedem Staat), Mastergrade in Beratung, klinischer und beratungsorientierter Psychologie (die eine Beraterlizenz anstreben) oder Mastergrade in Sozialarbeit (die eine Lizenz für Sozialarbeit anstreben). Es gibt auch Doktorgrade in klinischer Psychologie und Counseling



Psychology (Ziel ist die Psychologenzulassung) oder Beraterausbildung und Supervision, Sozialarbeit oder Psychiatrie (post medical doctor residency). Diese Graduierungen haben die Initialen Ph.D., Ed.D., Psy.D., M.D., and D.O. Außerdem gibt es akademische Grade in Ehe- und Familientherapie und Spezialisten-Graduierungen (wie Post-Master-Degrees) und Spezialisten-Lizenzen in einigen Staaten. Beinahe alle diese Lizenzierungswege verlangen Supervision von über 1000 bis 6000 Stunden. Im Unterschied zu einigen Ländern (z. B. UK) wird von Beratern und Psychotherapeuten nicht verlangt, ihre Supervision nach der Lizenzierung fortzusetzen, sondern es ist stattdessen Weiterbildung (wie etwa Workshops) alle paar Jahre erforderlich – wesentlich jedoch ist die eigenständige Arbeit in der Praxis. Viele Lizenzen erfordern Multiple-Choice-Prüfungen und mündliche Prüfungen. Prüfungen in Beratung sind ganz ähnlichen, anderer Berufe und beinhalten folgende Gebiete: a) die menschliche Entwicklung; b) soziale und kulturelle Grundlagen c) helfende Beziehungen, d) Gruppenarbeit, e) Karriere und Lifestyle Development, f) Diagnostik und Begutachtung, g) Forschungs- und Programmevaluation und h) Berufspflichten und Ethik (National Board for Certified Counselors, 2008). In manchen Fällen gibt es Lizenzbefreiungen für Praktiker im öffentlichen Dienst. Der Mastergrad, dem 1–2 Jahre postgraduelle Supervision und ein Examen folgen, ist der übliche Weg zum professionellen Berater, zum Sozialarbeiter oder für eine Ehe- und Familienberaterlizenz. Der Doktorgrad, gefolgt von 1–2 Jahren postgradueller Supervision, ist der übliche Weg zum zugelassenen Psychologen oder Psychiater. Die Basisanforderungen für einen personenzentrierten Berater oder Psychotherapeuten in den USA sind eine Ausbildung in Personzen-

trierter Beratung oder Psychotherapie innerhalb oder außerhalb der Universität, eine relevante Lizenz oder eine Anstellung bei einem freien Arbeitgeber und ein kontinuierliches Engagement innerhalb der personenzentrierten Bewegung auf Konferenzen, in Vereinen, informellen Gruppen, durch Lesen, in der Praxis oder durch Partizipation in einer internationalen Gemeinschaft.

## Schlussfolgerung

Die Ausbildung in personenzentrierter bzw. klientenzentrierter Psychotherapie begann in den USA auf Universitäten, nahm aber in diesem Bereich ab und bewegt sich in Richtung peripherer Vereine und informeller Gruppen, die dennoch ihren Einfluss im den allgemeinen Festlegungen für Beratung und Psychotherapie geltend machen. Allgemeine Methoden sind ganz offensichtlich vom PCA beeinflusst, dennoch beruhen sie zum großen Teil auf direktiven Ansätzen, die mehr die Technik betonen, als den Respekt vor den Personen und der therapeutischen Beziehung. Obwohl Rogers 1984 in einem Interview in Bezugnahme auf seine Studenten erklärte, „ich habe nicht gewollt, dass sie kleine Carl Rogers werden“ (Heppner, P. P., Roger, M. E. und Lee, L. A., 1984, p. 19), sind wir davon überzeugt, er möchte, dass die Menschen seine Ideen auf systematische und durchdachte Weise darstellen. Schlussendlich glauben wir daran, dass es wichtig ist, jene Studenten, die sich für den PCA entschieden haben, zu ermutigen, den Doktorgrad zu erlangen und akademische Positionen einzunehmen, um auf künftige Generationen einwirken können – in den USA und auf der ganzen Welt.

## Literatur:

- Behr, M., & Cornelius-White, J. H. D. (Eds.) (2008). *Facilitating young people's development: International perspectives on person-centered theory and practice*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Bozarth, J. D. (1998). *Person-Centered Therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books
- Council for the Accreditation of Counseling and Related Programs, (2001), *2001 STANDARDS* Retrieved July 1, 2008 from <http://www.cacrep.org/2001Standards.html>
- Ellinwood, C. (1990). The University of Chicago Counseling Center, *Person-Centered Review*, 5, 406–415.
- Fitch, T. J., Canada, R. and Marshall, J. L. (2001). The exposure of counseling practicum students to humanistic counseling theories: A survey of CACREP programs. *Journal of Humanistic Counseling Education and Development*, 40, 232–242.
- Glauser, A. S. and Bozarth, J. D. (2001). Person-Centered Counseling: The culture within, *Journal of Counseling and Development*, 79, p. 142–147.
- Hannon, J. W. (2001). Emancipatory person-centered counseling: Postmodern theory for the twenty-first century. *Person-Centered Practice*, 9, (1), 4–15.
- Hannon, J. W. and Eckersell, W. (2002). Infusing Client-Centered/Person-Centered Counseling into a Traditional Counselor Education Program. In J. C. Watson, R. N. Goldman, and M. S. Warner (Eds.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: Advances in theory, research and practice*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books, pp. 348–355.
- Hannon, J. W., Ritchie, M. & Rye, D. R. (2001). Class: The missing dimension in counselling and counsellor education in the United States of America. *The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 1 (3), 137–154.

- Heppner, P. P., Rogers, M. E. and Lee, L. A. (1984). Carl Rogers: Reflections on his life, *Journal of Counseling and Development*, 63, p. 14–20.
- Kirschenbaum, H. (2007). *The life and work of Carl Rogers*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Natiello, P. (1998). Person-Centered training: Response to Dave Mearns. *The Person-Centered Review*, 5 (1), p. 39–47.
- National Board for Certified Counselors. (2008). *National Counselor Exam (NCE)*. Retrieved July 30, 2008 from <http://nbcc.org/nce>.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 22, p. 95–103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science. Vol. III. Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. Cornelius-White, J. H. D., & Cornelius-White, C. F. (2005). Reminiscing and Predicting: Rogers's Beyond Words Speech and Commentary. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 383–396.
- Schweiger, W. K., Henderson, D. A., and Clawson, T. W. (2008). *Counselor Preparation: Programs, faculty, trends* (12 Edition). New York, Routledge.

### **Autoren:**

**Wade Hannon, Ed. D.**, Associate Professor an der North Dakota State University, Leiter des Centers for Personal and Social Change, Koordinator of the Center for the Studies of the Person Person-Centered Book Publishing project

**Jef Cornelius-White, Psy.D.**, Associate Professor of counseling and Provost's Fellow for Teaching and Learning an der Missouri State University, Vorsitzender der World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling and Co-Editor des Person-Centered Journal.

**Teresa Coleman, Absolventin der Missouri State University**, arbeitet als School counselor in Missouri.

### **Kontaktadresse:**

Wade Hannon, [wade.hannon@ndsu.edu](mailto:wade.hannon@ndsu.edu)

Jeffrey H.D. Cornelius-White, [JCornelius-White@MissouriState.edu](mailto:JCornelius-White@MissouriState.edu)

# Rezensionen\*

*Diether Höger*

## **Mick Cooper, Maureen O’Hara, Peter F. Schmid & Gill Wyatt (Eds.). The Handbook of Person-Centred Psychotherapy and Counselling.**

*New York: Palgrave Macmillan, 2007. 240 Seiten, ISBN 1-4039-4512-8, \$ 31,95 / € 24,95 (Paperback)/ SFr 41,50.*

Das von namhaften Vertretern des Personzentrierten Ansatzes herausgegebene Handbuch gibt einen umfassenden und geordneten Überblick über die Personzentrierte Psychotherapie und Beratung. Geordnet insofern, als es sinnvoll in vier Teile gegliedert ist, deren erster sich mit theoretischen, historischen und philosophischen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes befasst. Ihm folgt einer über die therapeutische Praxis, danach werden Settings und Klientengruppen behandelt, den Abschluss bilden Aspekte der Professionalität. Zu Beginn vorgeschaltet ist ein knapp vier Seiten langer Abriss von Rogers über die Grundbedingungen einer therapeutischen Beziehung, der bisher in englischer Sprache noch nicht veröffentlicht wurde. Es handelt sich um die Zusammenfassung eines Gesprächs von Rogers mit Psychotherapeuten der Medizinischen Fakultät der Universität Wien aus dem Jahre 1981.

Zahlreiche prominente Autorinnen und Autoren des Personzentrierten Ansatzes konnten als Verfasser der einzelnen Kapitel gewonnen werden, die innerhalb der personzentrierten Welt unterschiedliche Positionen repräsentieren, nämlich das „klassische“ Modell, Psychotherapie als zwischenmenschliche Begegnung, die „interpersonelle“ Orientierung, das organismisch-ganzheitliche Denken, kreative Wege in der klinischen Arbeit und Theorie, ein mehr medizinisches Therapiemodell sowie die Prä-Therapie. Sie zeigen, dass der Personzentrierte Ansatz in den letzten Jahren eine eindrucksvolle und vielfältige Entwicklung genommen und sich in unterschiedliche Therapierichtungen differenziert hat, wobei miteinander verwandte Orientierungen einander wechselseitig befruchtet haben.

Angeichts dessen und der wachsenden internationalen Zusammenarbeit sowie der Beiträge des Personzentrierten Ansatzes für andere Fachgebiete (u. a. Anthropologie, Entwicklungspsychologie, Organisationsentwicklung, Friedensforschung) ist das Buch für seine Herausgeber nicht nur eine Verbindung der verschiedenen

Entwicklungen im Bereich des Personzentrierten Ansatzes. Sie sehen darin zugleich die Grundlegung eines bedeutsamen Weges, um der Personzentrierten Therapie sowohl ein Konzept zu geben als auch sie in der praktischen Arbeit zu verwirklichen. Es geht ihnen darum, den personzentrierten Geist zu erfassen, der in der Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes zum Ausdruck kommt, um ihn in eine unverwechselbare zusammenfassende, gründliche und lebendige Erkundung des Gebiets zu integrieren.

Der erste Teil ist den begrifflichen Grundlagen des Personzentrierten Ansatzes und deren historischen Zusammenhängen gewidmet. Dabei geht es um die Themen: Einführung in die Theorie der Personzentrierten Therapie (Pete Sanders), eine Darstellung der Ursprünge und der Entwicklung der personzentrierten Innovation (Godfrey T. Barrett-Lennard), die anthropologischen und ethischen Grundlagen der Personzentrierten Therapie (Peter F. Schmid), die sich aktualisierende Person (Arthur C. Bohart), experienzielle und phänomenologische Grundlagen (Mick Cooper), Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie (Mick Cooper), Gruppentherapie und Encountergruppen (Peter F. Schmid und Maureen O’Hara) sowie die „Familie“ der personzentrierten und experienziellen Therapien (Pete Sanders). Nicht eigens berücksichtigt, obgleich mehrfach erwähnt, sind die Experienziellen Therapien, mit der plausiblen Begründung, dass sie wegen des begrenzten Umfangs des Buches nicht hätten angemessen dargestellt werden können.

Der zweite Teil ist der therapeutischen Praxis gewidmet und enthält jeweils ein Kapitel über die von Rogers formulierten sechs Bedingungen für therapeutische Veränderungen der Persönlichkeit: den psychologischen Kontakt (Gill Wyatt), die Inkongruenz und Psychopathologie des Klienten/der Klientin (Margret S. Warner), die Kongruenz der Therapeutin/des Therapeuten (Jeffrey Cornelius-White), die Empathie (Elizabeth S. Freire) und die Wahrnehmung der Therapeutin/des Therapeuten durch den Klienten/die Klientin

\* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at

Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

(Shaké G. Toukmanian und Lila Z. Hakim). Eingerahmt werden diese sechs Kapitel durch eines über die beziehungsorientierten Grundlagen der personenzentrierten Praxis (Godfrey T. Barrett-Lennard) zu Beginn und über den Prozess der Personenzentrierten Therapie (Martin von Kalmthout) am Ende.

Unter dem Aspekt „Settings“ und „besondere Gruppen von Klienten“ musste im dritten Teil eine Auswahl getroffen werden. Berücksichtigt wurden schließlich die Prä-Therapie (Dion van Werde und Garry Prouty), die Beratung angesichts der besonderen Situation von Minderheiten bzw. speziellen Personengruppen (Colin Lago), Paare und Familien (Charles J. O’Leary und Martha B. Johns), der medizinische Kontext (Jobst Finke und Ludwig Teusch), die Krisenintervention (Lorna Carrick) ebenso der Personenzentrierte Ansatz außerhalb des therapeutischen Kontextes, wie bei der Sterbebegleitung, im Arbeitsleben, in der Friedensarbeit und im Zusammenhang mit künstlerischem Ausdruck (Valeri Land Henderson, Maureen O’Hara, Gay Leah Barfield und Natalie Rogers). Dass hier die Therapie von Kindern und Jugendlichen fehlt, ist bedauerlich.

Der vierte und letzte Teil gilt Aspekten der Professionalität. Behandelt werden personenzentrierte Ansätze in der Forschung (Robert Elliott), die Situation von Anfängern und der Praxisgründung (Richard Worsley), Ethik in der Praxis Personenzentrierter Therapie (Suzanne Keys und Gillian Proctor), die personenzentrierte Sicht der Supervision (Elke Lambers) und schließlich die Ausbildung im Personenzentrierten Ansatz (Keith Tudor).

Die Kapitel dieses für fortgeschrittene Studierende und erfahrene Praktiker bestimmten Buches decken die wesentlichen Begriffe, Theorien und Fragestellungen des Personenzentrierten Ansatzes (mit den genannten Ausnahmen) ab. Sie sind – wie es bei einem Handbuch angemessen ist – übersichtlich, kurz gehalten und dennoch informativ. Die Autoren haben sich in ihren Fachgebieten gründlich umgesehen und erweisen sich als in hohem Maße kompetent und berücksichtigen auch neuere Beiträge ebenso wie kritische Einwände. Auf die theoretischen Erörterungen folgen stets die Belange der Praxis. Auch enthält jedes Kapitel eine reichhaltige Literaturliste zur näheren Information. Der Übersichtlichkeit halber wäre es günstig gewesen, dabei eine kleine Anzahl besonders wichtiger Titel gesondert hervorzuheben.

Das ändert aber nichts daran, dass dieses Buch es wert ist, bei möglichst vielen therapeutisch Handelnden des Personenzentrierten Ansatzes nicht nur im Regal zu stehen, sondern auch regelmäßig zur Hand genommen zu werden – ein, wie zu fürchten ist, bei einem in englischer Sprache verfassten Buch weitgehend vergeblicher Wunsch (eine Anmerkung, die ihren Zweckpessimismus nicht verleugnen will). Jedenfalls bietet es eine gute Grundlage, das eigene Wissen zu erweitern, zu überdenken oder zu präzisieren, und sei es auch im Widerspruch zu dem Gelesenen. Ob, wie von den Herausgebern angenommen, auch mit dem Personenzentrierten Konzept nicht vertraute Leser von diesem Buch profitieren, erscheint allerdings fraglich. Einem Unerfahrenen werden die Bedeutungen der Begriffe

und Modellvorstellungen angesichts der Kürze der Kapitel eines Handbuchs wohl kaum hinreichend deutlich. Er bzw. sie ist ja kein unbeschriebenes Blatt. Denn die meisten Menschen haben ihre Vorstellungen von der Welt bisher in einer Umgebung gebildet, in der die Kontrolle der Dinge oberstes Ziel ist, in der energetische Triebvorstellungen vorherrschen, ebenso Lerntheorien, die vorwiegend an einem letztlich passiven Individuum orientiert sind. Krankheiten sind danach auf identifizierbare Ursachen zurückzuführen und ihre Behandlung ist daran orientiert. Bei einem solchen Weltbild bedarf es wahrscheinlich ausführlicherer Darstellungen, um die Essentials des Personenzentrierten Ansatzes verständlich zu machen.

Wenn dieses Buch den Intentionen der Herausgeber entsprechend den Geist des Personenzentrierten Ansatzes wiedergibt und ein Bild seines gegenwärtigen Standes ist, dann können dem für diesen Ansatz Engagierten bei der Lektüre doch auch einige kritische Gedanken kommen. Zum Beispiel solche, die sich auf dessen Wissenschaftlichkeit beziehen: Handelt es sich bei ihm um eine „Bewegung“ oder um ein wissenschaftlich begründetes Konzept? Welchen Stellenwert haben bei seinen Vertretern empirische Belege? Wohl zeigt Robert Elliott in seinem Beitrag über personenzentrierte Ansätze in der Forschung (Kapitel 24), wie gut er sich in dem Bereich nicht nur auskennt, sondern auch empirische Forschungsmethodik mit dem Personenzentrierten Konzept zu verbinden weiß. Nur steht er im Kontext der übrigen Beiträge als Ausnahme doch recht einsam da, sind die Spuren von Ergebnissen derartigen Vorgehens in den übrigen Kapiteln eher spärlich vorhanden. Immerhin, der Anspruch der Öffentlichkeit an einen psychotherapeutischen Ansatz ist durchaus berechtigt, dass er systematisch untersucht wird, ob, wie und warum er wirksam ist und ob seine tragenden Begriffe eine beobachtbare Entsprechung in der Wirklichkeit haben. Es ist nicht nur der öffentliche Anspruch, sondern auch eine Angelegenheit verantwortlichen psychotherapeutischen Handelns zu prüfen, ob die behaupteten Ergebnisse einer Psychotherapie auch tatsächlich eintreten.

Eine weitere kritische Frage gilt den „Außenbeziehungen“ des Personenzentrierten Ansatzes. Godfrey T. Barrett-Lennard im dritten Kapitel und Peter F. Schmid im vierten zeigen, welche Rolle äußere Einflüsse bei der Entwicklung des Personenzentrierten Ansatzes gespielt und ihn mit geprägt haben. Die Personenzentrierte Psychotherapie ist nicht aus dem Nichts entstanden. Es kann ihr nicht schaden, sich auch jetzt und in Zukunft aufgeschlossen darum zu kümmern, was sich beispielsweise in anderen Therapierichtungen tut, oder darum, was die psychologische Grundlagenforschung zu bieten hat (insbesondere die Entwicklungspsychologie, denn Psychotherapie ist ihrem Wesen nach nichts anderes als ein Entwicklungsprozess). Vieles davon lässt sich bei paradigmatisch verwandten Ansätzen finden. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wissen aus ihrer Praxiserfahrung, wie sie in ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung gefördert werden, wenn sie sich auf das Andersartige, Fremde in ihren Klienten verstehend einlassen. Könnte das nicht auch für den Personenzentrierten Ansatz gelten?

Diether Höger

## Monika Tuczai, Gerhard Stumm, Doris Kimbacher, Nora Nemeskeri (Hrsg.). **Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen.**

Wien: Krammer, 2008. 329 Seiten, ISBN-13: 978 3 901811 25 8; ISBN-10: 3 901811 25 7, € 29,90 / CHF 50,90.

Die allermeisten Beiträge dieses Sammelbandes beruhen auf einem Symposium, das vom Österreichischen „Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung“ aus Anlass seines zehnjähriges Bestehens im Oktober 2006 veranstaltet wurde. Er ist für Fortgeschrittene gedacht, denen die Grundlagen der Personzentrierten Psychotherapie bereits gut bekannt sind. Im Titel ist neben dem Stichwort „Vielfalt“ auch „Offenheit“ angesprochen, was seine Berechtigung in solchen Beiträgen findet, in denen es um den befruchtenden Blick über den Zaun des eigenen Ansatzes geht.

Die Herausgeber haben die Beiträge unter vier Sammelüberschriften sinnvoll zusammengefasst. Im ersten geht es um Identitäts- und Integrationsaspekte des Personzentrierten Ansatzes. *Germain Lietaer* setzt in seinem Beitrag „Das Klientenzentrierte/Experienzielle Paradigma der Psychotherapie im 21. Jahrhundert: Offenheit, Vielfalt und Identität“ einen neuen, erweiterten Rahmen für das personzentriert-therapeutische Handeln. Zugleich definiert er Merkmale einer gemeinsamen Identität der verschiedenen Orientierungen innerhalb des Personzentrierten Ansatzes, die er unter den drei Perspektiven „Menschenbild“, „Person- und Erlebniszentriertheit“ und „Arbeitsbündnis“ zusammenfasst. Anhand dieser definierten Charakteristiken ergibt sich eine unverwechselbare Gestalt des Personzentrierten Konzepts. Bemerkenswert ist die Forderung *Lietaers* nach einem Austausch mit den anderen Hauptparadigmen der Psychotherapie, um dem Personzentrierten/Experienziellen Paradigma bei der Diskussion über eine „allgemeine“ Psychotherapie das ihm gebührende Gewicht zu verschaffen. Von einer anderen Perspektive aus stellt auch *Michael Gutberlet* („Integration anderer Therapieformen in die personzentrierte Praxis – Wie viel Offenheit verträgt der Personzentrierte Ansatz?“) die Frage nach der Identität des Personzentrierten Konzepts und beantwortet sie mit zwei Thesen, die er aus der therapeutischen Praxis heraus formuliert und begründet: 1. Es besteht keine Notwendigkeit, andere Therapieformen in die personzentrierte Arbeit zu integrieren, Empathie, Wertschätzung und Kongruenz sind hinreichend für eine konstruktive Persönlichkeitsänderung. 2. Ohne Profilverlust möglich und in der Praxis oft notwendig, ist eine Integration von Vorgehensweisen und Theorieaspekten anderer Paradigmen. Allerdings unter der Voraussetzung eines Kompasses, wonach der Kern therapeutischer Wirksamkeit in der therapeutischen Beziehung liegt und nicht bei der spezifischen Vorgehensweise.

Unter der zweiten Sammelüberschrift „Ansätze und Varianten“ gelingt zunächst *Johannes Wiltschko* („Focusing-Lektionen

für Personzentrierte Psychotherapeuten – Oder: Was lernt man eigentlich in einer Focusing Therapieausbildung?“) ein plastisches Bild von Focusing zu vermitteln, indem er didaktisch geschickt von der Frage ausgeht, was Personzentrierte Therapeuten in einer Focusing-Ausbildung zusätzlich zu dem lernen können, das ihnen aus ihrer Ausbildung bereits vertraut ist. *Dion van Werde* („Die erweiterte Anwendung von Proutys Prä-Therapie“) stellt Proutys Prä-Therapie und ihre Weiterentwicklungen dar. Während die Prä-Therapie Menschen erreichen soll, deren Kontakt-Funktionen (z. B. bei Psychosen, in der Demenz oder in der Sterbephase) sehr stark eingeschränkt sind und somit die erste der von Rogers formulierten Bedingung für konstruktive Veränderungen (Zwei Personen befinden sich in *Kontakt*) mit den üblichen Vorgehensweisen nicht zu erreichen ist, beschreibt *van Werde* Menschen mit geringerer Beeinträchtigung der Kontakt-Funktionen (kurzfristiger Wechsel zwischen kongruenter Ausdrucksfähigkeit und präexpressivem Funktionieren) und den therapeutischen Umgang mit ihnen. In dem Beitrag von *Sylvia Gaul & Marianne Wewalka* („Vom Eros des Ausdrucks – Personzentrierte Expressive Kunsttherapie“) geht es um das Verwenden kreativer Medien zur Unterstützung von Symbolisierungsprozessen. Die Autorinnen verstehen unter Kunst die Schöpfung des freien Subjekts, übergreifend über die verschiedenen Medien (bildnerisches Gestalten, Tanzen, Musik) als Möglichkeit der Selbsterfahrung. Sie beschreiben das praktische Vorgehen in „Expressive Workshops“ und in Einzeltherapien und begründen theoretisch, wie Kunsttherapie es ermöglicht, auf sprachfreiem Wege „die emotionellen intuitiven Teile unseres Selbst über verschiedene Ausdrucksmittel Gestalt annehmen zu lassen“.

Ebenfalls unter „Ansätze und Varianten“ stellt *Michael Behr* („Interaktive Spieltherapie und Heilpädagogik. Ein theoriebegründetes Konzept ‚Interaktionsresonanz‘ für die Kommunikation über Spielhandlungen und Spielzeug“) einen eigenen Ansatz vor, bei dem er sich auf die Begriffe „affect attunement“ aus der Selbsttheorie nach Daniel Stern und „Responsiveness“ (Feinfühligkeit) nach Mary S. Ainsworth aus der Bindungstheorie beruft. Die praktische Umsetzung des daraus abgeleiteten Prinzips der „Interaktionsresonanz“ in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen wird hier für Konstruktions- und Rollenspiel näher dargestellt.

Die dritte Gruppe der Beiträge „Theoretische Bausteine“ beginnt mit einem Artikel von *Jürgen Kriz* („Aktualisierungstendenzen – Die notwendige systemische Grundlage des Personzentrierten Ansatzes“). Er enthält viel Klärendes zum Begriff der

Aktualisierungstendenz als dem Erklärungsprinzip dafür, wie und warum die personenzentrierte therapeutische Beziehung wirksam werden kann. *Kriz* postuliert, dass es sich bei der systemischen Beschreibung der Aktualisierungstendenz nicht um eine Hypothese, sondern um ein unmittelbar beobachtbares Phänomen der Entstehung von Sinn- und Bedeutungsstrukturen der Lebenswelt handelt. Eine andere Thematik greift *Eva-Maria Biermann-Ratjen* auf („Die klientenzentrierte Entwicklungspsychologie“). Ihr geht es um den Beitrag der klientenzentrierten Entwicklungspsychologie, um in der Therapie der Unterschiedlichkeit der Störungen gerecht zu werden. Je nach der Phase, in der die Selbstkonzeptentwicklung stagniert ist, bestehen anders geartete Störungen des Erlebens, die unterschiedlich empathisch zu verstehen sind. *Wolfgang W. Keil* („Die prozessuale Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie“) klärt die Position von Rogers gegenüber der Diagnostik und korrigiert Missverständnisse. Er geht von dessen Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen aus und beschreibt als wesentliche Grundlage auf der phänomenalen Ebene die Bedeutung des Wahrnehmens der eigenen emotionalen Resonanz des Therapeuten auf den Klienten. Für *Jobst Finke* („Beziehungsklären und Selbstöffnen: Zwei Handlungskonzepte der Personenzentrierten Psychotherapie,“) wird die Beziehung Klient-Therapeut vor allem dann zum Thema in der Therapie, wenn sie gestört ist. Er diskutiert das „Beziehungsklären“ (das Thematisieren der Beziehung aus der Sicht des Klienten) und das „Selbstöffnen“ (Thematisieren aus der Sicht des Therapeuten) mit theoretischer Begründung und therapeutischem Vorgehen in der Praxis.

Wenn Therapeut und Klient aus unterschiedlichen Kulturen stammen und letzterer dabei einer Minderheit angehört, besteht, insbesondere wenn ihre Sicht- und Seinsweisen einander diametral gegenüberstehen, stets ein Machtgefälle. In seinem Beitrag „Sozio-kulturelle Identität und ihre Rolle in der Psychotherapie“ gibt *Colin Lago* dem Leser Gelegenheit, seine eigene Positionierung gegenüber der anderen Gruppe zu reflektieren und sich seiner besonderen Machtposition als Psychotherapeut bewusst zu werden. Wesentliche Voraussetzung dabei ist das Wissen über die Identitätsentwicklung von Minderheiten. *Michael Lux* („Der Personenzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften“) weist, wie in seinem zur gleichen Thematik erschienenen Buch, auf Parallelen zwischen

der modernen Neurowissenschaft und dem Personenzentrierten Konzept hin, die er an zentralen Begriffen wie z. B. Selbst, Gesamtheit der Erfahrungen, organismische Bewertung, Wahrnehmungsabwehr erläutert.

Die letzte Gruppe „Ausgewählte Anwendungsfelder“ beginnt mit dem Beitrag von *Hans Swildens* „Die Postmoderne und die Kurztherapie: Geschichte und gegenwärtiger Stand“. Er setzt sich darin mit paradoxen Erwartungen der Postmoderne auseinander, die einerseits klare Strukturen und messbare Ergebnisse fordert und zugleich für maximal individualisierte Klienten standardisierte Ergebnisse verlangt. Swildens betrachtet den Wunsch der Geldgeber nach kurzen Therapien aus der historischen Perspektive und untersucht die Möglichkeiten einer Klienten-/Personenzentrierten Kurztherapie. In ihrem Kapitel „Personenzentrierte Psychotherapie bei Personen mit Zwangsstörungen“ berichten *Ludwig Teusch und Jobst Finke* über ihr störungs- und prozessbezogenes Vorgehen bei der Behandlung solcher Klienten. Es geht aus von Regelhaftigkeiten, die mit typischen Störungsbildern einhergehen und orientiert sich am Prozessmodell von Swildens, das sie mit verhaltenstherapeutischen Verfahrensweisen und Pharmaka kombinieren. *Heidemarie Müllner-Sari* („Sucht als Symbolisierungsversuch. Zum „Drang“ und zur Psychotherapie suchtkranker Personen“) betrachtet Sucht unter dem Blickwinkel einer frühen Störung und interpretiert sie als Symbolisierungsversuch, um Abhängigkeit leben zu können. Sie entwickelt theoretische Grundlagen für ein personenzentriert-therapeutisches Vorgehen. *Beatrix Teichmann-Wirth* („(M)Eine Krebserkrankung. Eine personenzentrierte Wegbeschreibung“) sieht die Krebserkrankung sowohl als Folge von basaler Inkongruenz als auch als Manifestation der Aktualisierungstendenz. Um eine allgemeine Ätiologie zu erlauben, sei diese Erkrankung jedoch zu komplex und individuell bedingt. Sich mit ihr konstruktiv auseinanderzusetzen bedeute, zu „organismischem Handeln“ zu finden und einen grundlegenden Wandel zu vollziehen „von einem Leben, das von starren Konzepten bestimmt war, zu einer Achtsamkeit für ein von meinem Organismus begrüßtes“ – was einigen Mut erfordert.

Diese Kurzbeschreibung macht wohl die Vielfalt der Themen deutlich, die in diesem Buch angeschnitten werden. Dass es darüber hinaus anregend und interessant zu lesen ist, kann die eigene Lektüre bestätigen.

Dora Iseli Schudel

## Dave Mearns & Brian Thorne: Person-Centred Counselling in Action. Third Edition.

London: Sage Publications, 2007, 264 Seiten, ISBN 9781412928557, £ 19,99 / € 33,25 / SFr 55,00

Das in England seit Ende der Achtziger Jahre weit verbreitete Lehrbuch von Mearns und Thorne liegt in dritter, überarbeiteter, überschaubar konzentrierter Fassung vor: die beiden Autoren, an britischen Universitäten tätig, haben den Entwicklungen insbesondere der letzten beiden Dekaden Rechnung getragen und eigene theoretische Weiterentwicklungen eingearbeitet. Deutschsprachige Publikationen blieben weitgehend unberücksichtigt. Zum Verständnis wichtig ist, dass die hierzulande gängige Abgrenzung von „Beratung“ und „Psychotherapie“ nicht getroffen wird, sondern Kurzzeittherapien von maximal einjähriger Dauer als ‚Counselling‘-Prozesse bezeichnet werden.

Als Einführungslektüre in den Personzentrierten Ansatz sowohl für Beraterinnen als auch Psychotherapeutinnen geeignet, ist das Buch flüssig und leicht lesbar, in oft narrativem und nahezu poetischem Stil geschrieben, grafisch gut gegliedert und wiederholt mit einer Prise britischen Humors gewürzt. Wohltuend ist dabei die hohe Selbstakzeptanz und manchmal leichte Selbstironie der Autoren, – etwa wenn einer von ihnen gesteht, bei einer ausführlich kommentierten (katamnestic als erfolgreich bestätigten!) Kurztherapie einer schwer traumatisierten Frau über mehrere Therapiesitzungen keine Protokolle verfasst zu haben.

Was das Buch jedoch nicht nur informativ, sondern berührend macht, ist die unerschöpfliche Begeisterung der Autoren für ihr in jahrzehntelanger Berufspraxis als Therapeuten und Hochschullehrer erworbenes PCA-Verständnis. Die beiden – in ihrer Selbstcharakterisierung ein humanistischer Atheist und ein anglikanischer Christ – halten den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit hoch, stellen ihm jedoch die eigene konkrete Therapie- und Lebenserfahrung, das eigene Menschsein gleichwertig zur Seite. Den hohen Stellenwert des PCA in der aktuellen Psychotherapielandschaft betonen, ja beschwören sie wiederholt und mit Nachdruck.

Als zentral für die *Therapieausbildung* wird die Persönlichkeitsentwicklung, der Gebrauch des Selbst des Beraters/Therapeuten gesehen, dem ein längeres Kapitel gewidmet ist. Nebst der Verinnerlichung der Grundhaltungen und deren situationsadäquatem Ausdruck wird insbesondere Wert gelegt auf die bewusste Förderung von Selbstakzeptanz und Angstabbau. Die Autoren gründen darauf das – von der klassisch-Rogerianischen und kontinental-europäischen Usanz abweichende – *Hauptpostulat des Buchs*, die Beraterin/Therapeutin möge sich bemühen, mit jeder Klientin eine sog. „Tiefenbeziehung“ (‘relationship at depth’) einzugehen, um ihr womöglich auf existenzieller Ebene zu begegnen. Ob diese existenzielle Begegnung gelinge, bestimme letztlich die nachhaltige Effektivität der Therapie. Dabei verstehen die Autoren unter

„Tiefenbeziehung“, dass die Therapeutin nach Möglichkeit volle Präsenz (i. S. der ‚presence‘ des späten Rogers) in der therapeutischen Begegnung verkörpert. Mit „Präsenz“ ist dabei ein innerer Zustand der aufnahmebereiten Leere und Stille, der vorurteilsfreien Offenheit und Gegenwärtigkeit der Therapeutin gemeint. Alles, was deren eigene Unbewegtheit (‘stillness’) störe, werde die Entfaltung ihrer empathischen Sensitivität behindern (S. 87) und könne damit Gegenstand von Reflexion und Supervision werden. Präsenz, – auch als Integral der Grundhaltungen verstehbar – sei somit kein einmalig von der Therapeutin zu erwerbendes Handwerkszeug. Vielmehr sei sie eine Da-Seinsweise, der es sich immer wieder vor- und nachbereitend und unter Einbezug der ganzen persönlichen Lebenspraxis anzunähern gilt.

Im *Theorieteil* präsentieren Mearns und Thorne eine interessante Neufassung, welche den Aktualisierungsprozess als zentrales Konzept annimmt. Dieser stelle das Ergebnis dar eines homöostatischen Ausgleichs zwischen Strebungen der Aktualisierungstendenz einerseits und (von mir nicht nachvollziehbar: als ausschließlich hemmend beschriebenen) Einflüssen des sozialen Lebenskontexts der Person andererseits. Diese Einflüsse werden konzeptualisiert als ‚social mediation‘ (soziale Vermittlung). „Unordnung“ im Aktualisierungsprozess – exemplifiziert an Margaret Warners Beschreibung von fragilen und dissoziierten Prozessen – kann dann als chronischer Fluiditätsverlust respektive Fixiertheit verstanden werden, sodass sich der Störungsbegriff vermeiden lässt.

Als Organisationsprinzipien des Aktualisierungsprozesses gelten in der vorliegenden Theoriefassung die von Mearns auch in andern Publikationen ausführlich dargestellten *Konfigurationen des Selbst* (‘configurations of self’), (u. U. widersprüchliche) Selbstanteile, die untereinander interagieren und sich unter veränderten Bedingungen neu konstellieren können. Ihnen ist im Therapieprozess ausführlich Gehör zu verschaffen, um stimmige Problemlösungen und Entscheidungen zu ermöglichen.

In der allgemein erfrischend spontanen, unverbrauchten *Darstellung der Grundhaltungen* für besonders gelungen halte ich die äußerst differenzierten Ausführungen zur Kongruenz, einschließlich der Leitlinien zu deren Verständnis im Therapiekontext, die gerade auch für AnfängerInnen verdeutlichen, was Echtheit *nicht* ist.

Mit vielen Praxisbeispielen illustriert wird die Schilderung des in Therapiebeginn, Therapie-Mittelteil und Therapieende aufgeteilten *Therapieprozesses*, immer bezogen auf Counsellor/Klient-Beziehungen von ca. 1-jähriger Dauer.

Schließlich folgt ein *Anhang*, in dem gängige Fragen – von der Kombinierbarkeit des PCA mit andern Therapiemethoden bis zu

derjenigen nach der Zukunft des Ansatzes – sorgfältig und klar beantwortet werden.

Durchgängig ist das Anliegen der Autoren spürbar, den PCA weiterhin als entwicklungsfähigen, in seinem Grundanliegen aber unverändert zutiefst humanistischen Ansatz in der vielfältigen Psychotherapielandschaft zu positionieren, der von der Therapeutin selbst die unabschließbare Entwicklung ihrer eigenen Menschlichkeit fordert.

Ohne Zweifel hat der britische ‚updated bestseller‘ (wie das Titelblatt vermerkt) auch in kontinentaleuropäischen PCA-Kreisen, speziell in der Ausbildung viel positive Beachtung verdient: diese braucht ja keineswegs bedingungslos zu sein, im Gegenteil! Die neue Darstellung unseres nun schon in die Jahre gekommenen

Ansatzes ist sehr anregend und, insbesondere was den Theorieteil betrifft, zur Diskussion herausfordernd.

Bei der Rezensentin hat sich während der Lektüre ein Wunschbild eingestellt: ein lange dauerndes interkulturelles Fach-Encounter, an dem Mearns und Thorne mit Kriz, Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, Swildens, Finke, Stumm und Keil etc. zusammensitzen würden, falls nötig mit Simultanübersetzung! Gespannt wäre ich, wie sich der gewiss für die Autoren beidseits des Ärmelkanals fruchtbare und klärende Austausch in ihren Publikationen niederschlagen würde. Und ich könnte mich schon auf die vierte, überarbeitete Auflage von ‚Person-Centred Counselling‘ freuen, das ja ‚in action‘ ist – und es noch lange bleiben möge.

*Brigitte Macke-Bruck*

## **GwG Akademie (Hrsg.): Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten.**

Köln: GwG, 2007. 240 Seiten, ISBN 978-3-926842-40-4, € 21,90 (für GwG-Mitglieder € 17,50)/SFr 33,90

Im Personzentrierten Ansatz (PCA) wendet man sich, zwar nicht oft, aber in gewisser Regelmäßigkeit, dem Thema „Trauma“ zu. So auch in diesem wichtigen Buch. Es dokumentiert eine Fachtagung, die 2007 in Bonn abgehalten wurde. Geboten wird in dieser Sammlung von Aufsätzen ein vielfältiger Einblick in den aktuellen Stand der Psychotraumatologie und ihre mögliche Übersetzung in eine personzentrierte Sprache bzw. in eigenständige personzentrierte, prozessorientierte Konzeptionen.

Carl R. Rogers hat uns wissenschaftlich fundierte Kenntnis über eine förderliche und Sicherheit vermittelnde therapeutische Beziehungsgestaltung, aber keine explizite Ausarbeitung einer *Traumatheorie* hinterlassen. Das erscheint nicht weiter verwunderlich, bedenkt man, dass er sich immer stärker für *invariante* Merkmale von psychotherapeutischen Prozessen als für spezifische Störungstheorien interessiert hatte. Daraus ergibt sich in logischer Folge, dass die Autoren dieses Bandes auf eben diesem Fundament sowohl aus theoretischer als auch praktischer Sicht aufzeigen, wie sie in beeindruckender Weise mit den Betroffenen zu arbeiten verstehen. Der Tenor ihrer Beiträge lautet: „Wir brauchen keine Traumatherapie, sondern eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten.“

Personzentrierte Psychotherapie dürfte im Gegensatz zur herkömmlichen Traumatherapie andere innere Verarbeitungsprozesse unterstützen. Deshalb, so verstehe ich *Petra Claas*, dringt sie darauf, dass bei Menschen, die an schweren posttraumatischen und dissoziativen Störungen leiden, nur eine radikal personzentrierte

Haltung des Therapeuten zu einer tiefen Selbst-Reorganisation führen könne. Der Unterschied zwischen dem Konzept der „Synthese“ in ihrem eigenen phasenspezifischen Modell und der „Desensibilisierung“ in der modernen Traumatherapie sei zwar nur subtil, aber dennoch wesentlich, weil ersteres auf dem Vertrauen in den therapeutischen Prozess, in die Entwicklung des Klienten und seine Fähigkeit zur „Selbstorganisation“ basiere.

Auch einem inflationären Gebrauch des Begriffs der „Traumatisierung“ wird sehr entschieden entgegengetreten: Das Trauma ist strikt von einem „belastenden Lebensereignis“ zu differenzieren. *Jobst Finke* und *Ludwig Teusch* sowie *Klaus Heinerth* beleuchten diesen Umstand sowie das Entstehen von Traumatisierungen und möglicher weiterer Traumafolge/störung/e/n jeweils aus therapeutischer Perspektive.

Alle Verfasserinnen und Verfasser sind nicht nur im Theoriegebäude des PCA und in der Traumalogie zu Hause, sondern auch bindungstheoretisch, entwicklungspsychologisch und neurowissenschaftlich informiert. Vor diesem Hintergrund verknüpft auch *Ernst Kern* seine reiche körperpsychotherapeutische Erfahrung mit theoretischen Überlegungen zur Förderung von Selbstkohärenz, Selbstwirksamkeit und Kontaktfähigkeit.

*Sybille Jatzko* widmet sich dem Bereich der Notfallpsychologie und der personzentrierten Katastrophenhilfe. Bewegend illustriert sie die Bedeutung der Bildung von Schicksalsgemeinschaften und eines stützenden Beziehungsaufbaus für Überlebende und Miterlebende, z. B. hinterbliebene Angehörige.



Anders bei *Else Döring*, *Silke B. Gahleitner* und *Rosemarie Steinhage*, die sich Personen zuwenden, welche primär an von Mitmenschen verursachten Traumata leiden. Insbesondere Angriffe auf die Bindungsbeziehungen der frühen Kindheit (oft von Angehörigen mit eigenen unverarbeiteten Traumafolgen) bewirken einen tiefgehenden Vertrauensverlust. Dieser zerstört nicht nur das Bild von der Welt als einem einigermaßen sicheren Ort, sondern auch das Selbst- und Menschenbild nachhaltig. Psychotherapeutische Bemühungen sind hier außergewöhnlich schwierig und das Etablieren eines Helfernetzes oft nötig: Gewalt, Missbrauch bzw. traumatisierenden Trennungen ausgesetzt, mussten die Kinder und Jugendlichen zur Bewältigung extremer Hilflosigkeitserfahrungen

und schutzloser Preisgabe neben ihren eigentlichen Entwicklungsaufgaben zusätzliche Überlebensstrategien entwickeln.

In der sensiblen Schilderung von *Rosemarie Steinhage* wird der mühevoll lange, aber allemal sehr lohnenswerte Weg der Wiederherstellung einer inneren Kommunikation bei Personen mit einer dissoziativen Identitätsstörung mittels einer schrittweisen Form der Traumakonfrontation vorbei an Flash-backs, Suizidversuchen, selbstverletzendem Verhalten usw. erklärt.

Ich empfehle diesen von der GwG veröffentlichten Band vor allem Personen, die sich für die Verwirklichung der Vielfalt an therapeutischen Möglichkeiten bei der Arbeit mit traumatisierten Klientinnen und Klienten im PCA interessieren.

# PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

## Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

## Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Dr. Franz Berger, Laupenring 163, CH-4054 Basel  
Tel.: +41 61 302 09 85, E-Mail: franz.berger@unibas.ch

oder

c/o Prof. Dr. Diether Höger, D-33613 Bielefeld, Barlachstraße 36  
Tel.: +49 521 88 55 48, Fax: +49 521 88 99 24  
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39  
Tel.: +43 1 407 55 872; Fax: +43 1 407 55 874, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7  
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889  
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

## Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Umfang max. 8.000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

## Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid ([www.pfs-online.at/rogers.htm](http://www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

## Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1.000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet. Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch  
Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at  
Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

## Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

