

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2 | 2007

11. Jahrgang

Schwerpunktheft: „Qualitätssicherung“

Herausgegeben von Ulrike Diethardt, Diether Höger und Gerhard Stumm

FACHBEITRÄGE

- Robert Elliott: Personzentrierte Wissenschaft: Was wir wissen und wie wir mehr über Personzentrierte/Experienzielle Psychotherapien lernen können* 93
- William B. Stiles, Michael Barkham, Elspeth Twigg, John Mellor-Clark & Mick Cooper: Wirksamkeit Personzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service praktiziert werden* 105
- Maria McMillan & John McLeod: Der Prozess des Loslassens: wie Klientinnen Beziehungstiefe schaffen* 114
- Margot Klein & Mark Galliker: Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung – Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personzentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria* 127
- Rosina Bossi & Eva-Maria Biermann-Ratjen: „Es ist so weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet* 140

INTERVIEW

- 50 Jahre „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“.** Interview mit Anna Auckenthaler
geführt von Diether Höger 151

REZENSIONEN

- Martina Gross: Michael Lux (2007): Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften* 160
- Gerhard Stumm: Pete Sanders (Ed.) (2004): The tribes of the person-centered nation* 161
- Margarethe Letzel: Josef Giger-Bütler (2007): Endlich frei. Schritte aus der Depression* 163

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 6170
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, Dißlergasse 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: sggtsppc@smile.ch

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

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, A-1070 Wien, Kaiserstraße 14/7; E-Mail: grafik@krill.at

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-Filipic, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Fachbeirat von PERSON (Stand 10. 11. 2007)

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, Christine Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Karin Hegar-Stark, 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, Barbara Reisel, 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, Otilia Trimmel, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlagler, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Günther Zurhorst

Herausgeber dieses Hefts

Ulrike Diethardt, Diether Höger und Gerhard Stumm

Lektorat

Ulrike Arbter

Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

PERSON

11. Jg. 2007, Heft 2

Schwerpunktheft: „Qualitätssicherung“

Herausgegeben von
Ulrike Diethardt, Diether Höger und Gerhard Stumm

Inhalt

Editorial 91

Fachbeiträge

Robert Elliott

Personzentrierte Wissenschaft: Was wir wissen und wie wir mehr über Personzentrierte/Experienzielle Psychotherapien lernen können 93

William B. Stiles, Michael Barkham, Elspeth Twigg, John Mellor-Clark & Mick Cooper

Wirksamkeit Personzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service praktiziert werden 105

Maria McMillan & John McLeod

Der Prozess des Loslassens: wie Klientinnen Beziehungstiefe schaffen 114

Margot Klein & Mark Galliker

Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforchung – Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personzentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria 127

Rosina Brossi und Eva-Maria Biermann-Ratjen

„Es ist so weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet 140

Interview

50 Jahre „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“
Interview mit Anna Auckenthaler, geführt von Diether Höger am 20. 2. 2007 in Berlin 151

Rezensionen

Martina Gross

Michael Lux: Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften 160

Gerhard Stumm

Pete Sanders (Ed.): The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the Person-centred Approach 161

Margarethe Letzel

Josef Giger-Bütler: Endlich frei. Schritte aus der Depression 163

Personzentrierte und experienzielle Publikationen (Auswahl seit 2004) 165

Internationaler Veranstaltungskalender 2008 166

8th World Conference for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling

PCE 2008: Present Strengths and Future Challenges 167

Editorial

Der Schwerpunkt dieses Heftes gilt dem Thema „Qualitätssicherung“, ein Begriff, der seinen Ursprung in der industriellen Fertigung hat, wo man vor dem Problem stand, dass die mangelhafte Qualität eines Produkts häufige Reklamationen der Kunden nach sich zog, was nicht nur schädlich für den Ruf war, sondern vor allem auch über die fälligen Garantieleistungen Kosten verursachte. Um dem entgegen zu steuern, packten die Firmen das Problem bei der Wurzel und entwarfen Kontrollen während der Herstellung wie auch bei der Endprüfung. Zunächst entwickelten die verschiedenen Industriebetriebe für die Ausgestaltung der Qualitätssicherung verschiedenartige Konzepte mit der Folge, dass der Erfahrungsaustausch und die Verständigung untereinander immer schwieriger wurde. Das änderte sich grundlegend, nachdem die technischen und die Wirtschaftswissenschaften sich der Sache annahmen und übergreifende Konzepte für die Bereiche Wirtschaft, Technik, Wissenschaft und Dienstleistung entwickelten. So konnte man sich untereinander zuverlässiger und rascher verständigen (vgl. Schmitt & Pfeifer, 2007).

Diese Herkunft der Qualitätssicherung aus dem technisch-industriellen Bereich mag für manche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Grund genug sein, um einer Übertragung des Konzepts „Qualitätssicherung“ auf den Bereich der Psychotherapie skeptisch gegenüber zu stehen. Können wir verantworten, die persönliche Begegnung zweier Menschen in das Prokrustesbett technischer Messverfahren zu zwingen? Wird damit nicht einem Fremdkörper Tür und Tor geöffnet, der unsere Arbeit verfälscht? Dieser Einwand ist sicher berechtigt, aber es lässt sich auch nicht leugnen, dass die Psychotherapie, auch die Personzentrierte, als Dienstleistung öffentlich und gegen Bezahlung angeboten wird. Weil sie nicht auf den privaten Bereich beschränkt ist, muss sie sich auch vor der Öffentlichkeit verantworten, d. h. belegen, dass sie die von ihr behaupteten Wirkungen auch erreicht, dass es den behandelten Personen nach einer Psychotherapie tatsächlich besser geht. In diesem Sinne ist sie der Gesellschaft gegenüber verantwortlich, auch gegenüber den öffentlichen Institutionen, die Psychotherapie bezahlen, wie beispielsweise den Krankenkassen, die sich wiederum ihren Mitgliedern gegenüber für die sinnvolle Verwendung der eingezahlten Beiträge verantworten müssen. Nicht zuletzt schuldet die Psychotherapie vor allem auch ihren Klientinnen und Klienten gegenüber Rechenschaft, die sich ihr anvertrauen.

Die entscheidenden Punkte sind letztlich die Kriterien, nach denen die Qualität einer Arbeit beurteilt wird. Es geht für die Psychotherapie nicht darum, die Methoden und Maßstäbe der Industrie zu übernehmen. Vielmehr gilt es, das übergreifende Anliegen der Qualitätssicherung, nämlich den Nachweis über die Nützlichkeit einer für die Gesellschaft wie die einzelnen Klientinnen und Klienten fruchtbaren Arbeit so zu gestalten, dass er der Eigenart der Dienstleistung Psychotherapie und hier insbesondere der Personzentrierten Psychotherapie gerecht wird. Hier sind wir als Personzentrierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gefordert. Wir haben die Möglichkeit, zunächst frei zu definieren, welcher Art die speziell nach diesem Konzept zu erwartenden therapeutischen Prozesse ebenso wie die durch sie bewirkten Veränderungen sein sollen und woran man sie erkennen kann. Für die Psychotherapie allgemein bestehen bereits erarbeitete Kriterien und Methoden (vgl. Härter, Linster, Stieglitz & Beiroth, 2003), und es bleibt zu zeigen, inwieweit sie dem Personzentrierten Ansatz entsprechen bzw. wie anderenfalls seine Besonderheit zur Geltung kommen kann. Erste Ansätze gibt es auch hier (Frohburg, 1999). Fakt ist: Wenn der Personzentrierte Ansatz sich den an ihn gestellten Forderungen entzieht, wird er über kurz oder lang in der internationalen Öffentlichkeit an Bedeutung verlieren. Die Anforderungen der Qualitätssicherung werden an uns herangetragen. Es gilt nun, unserer Stimme Geltung zu verschaffen und unsere eigenen Vorstellungen zur Geltung zu bringen.

Die Beiträge in diesem Heft stehen unter keiner Systematik, erst recht können sie die Problematik nicht vollständig wiedergeben. Alle widmen sich jedoch einem jeweils anderen Aspekt.

Robert Elliott befasst sich im ersten Beitrag mit der Psychotherapieforschung. Er führt gleich mitten hinein in die Spannung zwischen den beiden Polen, sich einerseits in der vorwiegend am positivistischen Modell und quantitativer Methodik orientierten Öffentlichkeit zu legitimieren und andererseits den Personzentrierten/Experienziellen Psychotherapien, die ihrerseits eine natürliche Affinität zur qualitativen Forschung haben, gerecht zu werden. Was den Artikel auszeichnet, ist, dass anstelle eines Versuchs, die unterschiedlichen Forschungsansätze gegeneinander aufzurechnen oder auszuspielen, das (erfolgreiche) Bemühen tritt, allen gerecht zu werden und aus ihnen zu lernen. Elliott fordert nicht nur methodischen Pluralismus und verstärkte Forschungsbemühungen,

sondern macht auch konkrete Vorschläge und gibt Beispiele eigener empirischer Forschung.

William B. Stiles, Michael Barkham, Elspeth Twigg, John Mellor-Clark und Mick Cooper geben anschließend ein Beispiel für die quantitative Forschung, indem sie über eine groß angelegte naturalistische Studie im Rahmen des britischen Nationalen Gesundheitsdienstes berichten, bei der die Wirksamkeit der Personzentrierten Psychotherapie, kognitiv-behavioraler und psychodynamischer Therapien miteinander verglichen werden. Sie geben Einblick in die Verfahrensweise bei solchen Studien, und nicht zuletzt sind auch die Ergebnisse bemerkenswert: Auch wenn die Maßstäbe, an denen die Personzentrierte Psychotherapie gemessen wird, von außen stammen, kann sie, was ihre Wirksamkeit betrifft, im Vergleich mit den anderen etablierten Verfahren durchaus bestehen und sich als nützliches Therapiekonzept für das Gesundheitssystem legitimieren.

Einen Einblick in mögliche Alternativen zur quantitativen Forschungsmethodik geben die darauf folgenden Beiträge: Maria McMillan & John McLeod geht es darum, ausgehend von der Klienten-Perspektive mit qualitativen Methoden dem Besonderen auf die Spur zu kommen, das im Erleben der therapeutischen Beziehung über den in der gängigen Psychotherapieforschung etablierten Begriff des „Arbeitsbündnisses“ hinausgeht und als tiefe Verbundenheit mit dem Therapeuten („relational depth“) erlebt wird, die sich in konkreten Therapien nicht immer, aber immer wieder einstellt. Es ist nicht zuletzt ein Beispiel für die Anwendung der in der empirischen Sozialforschung etablierten gegenstandsbezogenen Theoriebildung („grounded theory“). Das Ergebnis könnte unter anderem die Möglichkeit bieten, Instrumente zur Beschreibung der Qualität der therapeutischen Beziehung zu entwickeln und in der weiteren Forschung anzuwenden, die sich der Besonderheit des Personzentrierten Ansatzes annimmt.

Margot Klein und Mark Galliker gehen in ihrer Arbeit der Frage nach, ob bei einem genuin personzentrierten Therapieverständnis nicht auch die Evaluation und Qualifizierung des interaktiven Prozesses eines therapeutischen Gesprächs selbst *personzentriert* vor sich gehen sollte. In ihrem originellen Ansatz des „Dreischritts“ schlagen sie eine vielversprechende qualitative Analyse- und Bewertungsmethode vor, mit der sich die gegenseitige persönliche Bezugnahme zwischen Therapeut und Klient auch quantitativ darstellen lässt. Sie könnte nicht nur in der Forschung, sondern auch bei der Reflexion des therapeutischen Geschehens, u. a. in der Supervision, ihren Platz finden – was allerdings die von Rogers, dem Pionier der Qualitätssicherung in der Psychotherapie, eingeführte Tonaufnahme der therapeutischen Gespräche voraussetzt.

Der Beitrag von Rosina Brossi und Eva-Maria Biermann-Ratjen hat in diesem Heft nicht nur den Stellenwert einer Fallgeschichte. Er ruft den von Rogers vorgegebenen Rahmen des Prozesskontinuums als orientierende Vorgabe für die Supervision (nicht nur nebenbei: eine zur Tradition des Personzentrierten Ansatzes gehörende Qualitätssichernde Einrichtung!) in Erinnerung. Darüber hinaus zeigen die Autorinnen die Relation des Prozesskontinuums zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) der sich theoretisch neu orientierenden Psychoanalyse und regen dazu an, über den personzentrierten „Tellerrand“ hinaus zu blicken.

Das Thema „Qualitätssicherung“ ist sowohl für die Außendarstellung als auch für die eigene Identitätsfindung des Personzentrierten Ansatzes wichtig genug, um auch in künftigen Heften von PERSON immer wieder aufgegriffen zu werden.

In diesem Jahr 2007 ist es ein halbes Jahrhundert her, dass der bahnbrechende Artikel von Rogers über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen therapeutischer Persönlichkeitsveränderungen erschienen ist (Rogers, 1957a/1991). Das ist Anlass zur Reflexion, was inzwischen daraus geworden und in der Zukunft zu erwarten ist. Anna Auckenthaler war dankenswerter Weise bereit, in einem Interview mit Diether Höger ihre Sicht darzustellen.

Noch ein Jubiläum gibt es zu vermelden: Die Zeitschrift PERSON erscheint jetzt im elften Jahrgang, sie hat also das erste Jahrzehnt ihres Bestehens vollendet.

Diether Höger
Ulrike Diethardt
Gerhard Stumm

- Frohburg, I. (1999). Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 30, 14–27.
- Härter, M., Linster, H. W., Stieglitz, R.-D. & Beiroth, A. (Hrsg.) (2003). *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. [Deutsch: Rogers, C. R.: Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis. Mit einem kommentierten Beratungsgespräch von Carl R. Rogers* (S. 165–184). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1991.]
- Schmitt, R. & Pfeifer, T. (Hrsg.) (2007). *Masing-Handbuch Qualitätsmanagement*. 5., vollständig neu bearbeitete Auflage. München: Hanser.

Robert Elliott¹

Personzentrierte Wissenschaft: Was wir wissen und wie wir mehr über Personzentrierte/Experienzielle Psychotherapien lernen können²

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

Schlüsselwörter: Personzentrierte Psychotherapie, Wirksamkeitsforschung, Qualitative Forschung, Forschungsmethodik

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

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

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

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

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

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

¹ Übersetzung: Dagmar Hölldampf

² Der Autor dankt Pete Sanders für die Anregung zu dieser Arbeit.

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

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

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

Was haben wir gelernt?

Was sagt uns die positivistische Wirksamkeitsforschung?

Allgemeine Effekte humanistisch-experienzieller Therapien

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

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

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

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

Tabelle 1: Zusammenfassung der Gesamteffekte Personenzentrierter und Experienzieller Therapien

	n	m	sd
1. Prä-Post Veränderungen Gesamteffektstärken (mES)	127	.99	.58
2. Zu folgenden Messzeitpunkten:			
Therapiebeginn	114	.97	.61
Früher Follow-up (1-11 Monate)	53	1.16	.72
Später Follow-up (12 + Monate)	33	1.04	.52
3. Kontrollierte ES (vs. unbehandelte Klienten) Mittelwertsunterschied in Prä-Post ES	42	.89	.71
4. Vergleichende ES (vs. Klienten in anderen Therapien) Mittelwertsunterschied in Prä-Post ES			
4a. PCEP vs. andere Therapien	74	+0.04 ^a	.56
4b. PCEP vs. CBT	46	+0.11 ^a (-0.05 ^c)	.51
4c. PC vs. CBT	20	-0.19 ^b (-0.03 ^c)	.44
4d. Prozessgeleitet vs. CBT	14	+0.20 ^c (-0.09 ^c)	.51

Anmerkungen:

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

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

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

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

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

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

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

Welche Erkenntnisse liefert uns die quantitative Prozess-Wirksamkeitsforschung?

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

Das Glas ist zu zwei Drittel leer

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

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

Ein Drittel der Varianz ist eine Menge

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

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

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

Was sagt uns die qualitative Forschung?

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

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

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

Hilfreiche und hinderliche Faktoren

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

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

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

Post-therapeutische Veränderung der Klienten

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

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

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

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

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

Effekte signifikanter Ereignisse in der Therapie

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

Wie wir mehr lernen können

Sei ein methodischer Pluralist

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

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

Folge den personenzentrierten Forschungsprinzipien

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

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

Anwendung auf qualitative Forschung

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

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

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

Anwendung auf die quantitative Forschung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Prozesswirksamkeitsforschung

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

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

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

3. *Hilfreiche Faktorenforschung*

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

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

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

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

4. *Mikro-analytische sequenzielle Prozessforschung*

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

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

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

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

5. *Komplexe Methoden zur Erforschung von Veränderungsprozessen*

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

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

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

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

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

Das internationale Projekt zur Effektivität von Psychotherapie und Psychotherapieausbildung

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

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

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

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

Schlussbetrachtung: Involviert werden in der PCEP-Forschung

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

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

Literatur

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

- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Keisler, D. J. & Truax, C. B. (Eds.) (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research, 2*, 235–251.
- Sachse, R. (2004). From Client-centered to Clarification-oriented Psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 3*, 19–35.
- Sachse, R. & Elliott, R. (2002). Process-outcome research in Client-Centered and Experiential Therapies. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 83–115). Washington, D.C.: APA.
- Siegfried, J. (Ed.) (1995). *Therapeutic and everyday discourse as behavior change: Towards a micro-analysis in psychotherapy process research*. Norwood, NJ: Ablex.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A. & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411–420.
- Stinckens, N. (July, 2006). *The Leuven systematic case-study protocol*. Paper presented at 7th PCE-conference of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy, Potsdam, Germany.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Teusch, L., Böhme, H. & Gastpar, M. (1997). The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms. *Psychotherapy & Psychosomatics, 66*, 293–301.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research, 17*, 305–314.
- Traynor, W. (May, 2007). *A study of the perceived effectiveness of person-centred practice with clients who experience psychotic process: a qualitative interview study*. Paper presented at research conference of the British Association for Counselling and Psychotherapy, York, UK.
- Wagner, J. & Elliott, R. (2001). *The Simplified Personal Questionnaire*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Toledo.
- Wertz, F. J. (1983). From everyday to psychological description: Analyzing the moments of a qualitative data analysis. *Journal of Phenomenological Psychology, 14*, 197–241.

Autor:

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

Korrespondenzadresse:

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

William B. Stiles, Michael Barkham, Elspeth Twigg, John Mellor-Clark & Mick Cooper¹

Wirksamkeit Personzentrierter Therapie im Vergleich zu kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Therapien, wie sie im Rahmen des britischen National Health Service² praktiziert werden

Zusammenfassung:

Hintergrund: Das Äquivalenzparadox der Psychotherapie ist, dass Behandlungen gleichwertig positive Ergebnisse zeigen, obwohl ihre Theorien und Techniken nicht äquivalent sind. Wir verglichen die Ergebnisse verschiedener Ansätze, wie sie in der täglichen Therapiepraxis verwendet werden.

Methode: Klienten ($n=1.309$), die während dreier Jahre in einer von 58 NHS-Erst- und Nachsorgeeinrichtungen kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), Personzentrierte Therapie (PZT) oder psychodynamische Therapie (PDT) erhielten, füllten zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung den Fragebogen „Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)“ aus. Ihre Therapeuten gaben auf einem Therapieende-Formular an, welchen Behandlungsansatz sie verwendet hatten. Wir verglichen die Ergebnisse von sechs Gruppen: drei, die ausschließlich mit CBT, PZT oder PDT, und drei, die mit einem dieser Ansätze plus einem weiteren Ansatz behandelt worden waren (zum Beispiel integrativ, unterstützend, Kunst). Letztere wurden entsprechend als CBT+1, PZT+1 oder PDT+1 gekennzeichnet.

Ergebnisse: Alle sechs Gruppen erreichten im Durchschnitt merkliche Verbesserungen (Prä-Post-Effektstärke=1,36). Behandlungsansatz und Reinheitsgrad („nur“ versus „+1“) weisen beide auf statistisch signifikante, aber vergleichsweise geringfügige Varianzanteile bei den CORE-OM-Scores hin (jeweils 1% und .5% im Vergleich zur Prä-Post-Veränderung). Die Verteilungen der Veränderungsmaße waren weitgehend überlappend.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse dieser drei Behandlungsansätze, wie sie routinemäßig in verschiedenen NHS-Settings praktiziert werden, stimmen im Allgemeinen mit früheren Befunden überein, wonach Ansätze, die in ihrer Theorie verschieden sind, dazu tendieren, gleichwertige Ergebnisse zu erzielen. Vorsicht ist angebracht wegen der beschränkten Angaben zur Behandlung, der nicht-zufälligen Zuweisung der Klienten zu den Behandlungsformen, der fehlenden Kontrollgruppe, fehlender Daten und anderer Punkte.

Schlüsselwörter: Wirksamkeit von Psychotherapie, Wirksamkeitsstudie, Vergleich von Ansätzen, Dodos Verdikt

Abstract: Outcomes of Person-Centered Therapy in comparison to Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapies as Practiced in United Kingdom National Health Service Settings.

Background. Psychotherapy's equivalence paradox is that treatments have equivalently positive outcomes despite non-equivalent theories and techniques. We compared the outcomes of contrasting approaches practiced in routine care.

Method. Clients ($n=1,309$) who received cognitive-behavioural therapy (CBT), Person-centred therapy (PCT) and psychodynamic therapy (PDT) at one of 58 NHS primary and secondary care sites during a three-year period completed the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) at the beginning and end of their treatment. Therapists indicated which treatment approaches were used on an End of Therapy

1 Übersetzung: Margarethe Letzel und Christian Korunka

2 Dieser Artikel ist eine verkürzte und übersetzte Version des Artikels „Effectiveness of Cognitive-Behavioural, Person-Centred, and Psychodynamic Therapies as Practiced in United Kingdom National Health Service Settings“, erschienen in Psychological Medicine, 36, 555–566 (Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006) und wird mit freundlicher Genehmigung der Cambridge University Press (© Society for the Comparative Study of Society and History) gedruckt.

Michael Barkham und Elspeth Twigg, Mitglieder des Psychological Therapies Research Centre, University of Leeds, wurden unterstützt vom Priorities and Needs Research and Development Levy des Leeds Community Mental Health & Teaching Trust.

Michael Barkham und John Mellor-Clark erhielten Forschungsgelder der UK Mental Health Foundation, um den CORE-OM zu entwickeln, ein Messinstrument, das in dieser Studie verwendet wird. John Mellor-Clark leitet eine Firma, die Training, Software-Support, Datenanalysen und für Anwender des CORE-Systems Benchmarking-Dienste anbietet.

form. We compared outcomes of six groups: three treated with CBT, PCT, or PDT only, and three treated with one of these plus one additional approach (e.g., integrative, supportive, art), designated CBT+1, PCT+1, or PDT+1, respectively.

Results. All six groups averaged marked improvement (pre-post effect size = 1.36). Treatment approach and degree of purity ("only" vs "+1") each accounted for statistically significant but comparatively tiny proportions of the variance in CORE-OM scores (respectively, 1% and .5% as much as pre-post change). Distributions of change scores were largely overlapping.

Conclusions. Results for these three treatment approaches as practiced routinely across a range of NHS settings were generally consistent with previous findings that theoretically different approaches tend to have equivalent outcomes. Caution is warranted because of limited treatment specification, non-random assignment, lack of a control group, missing data, and other issues.

Keywords: Psychotherapy outcome, effectiveness study, comparing of psychotherapy approaches, Dodo's verdict

Einleitung

Die Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), die Personzentrierte Therapie (PZT) und die psychodynamische oder psychoanalytische Therapie (PDT) sind weithin einflussreiche Ansätze für Beratung und Psychotherapie. Jede dieser Richtungen umfasst eine Vielfalt an Techniken und sollte eher als eine ganze Familie von Behandlungsansätzen denn als ein spezifisches Behandlungsvorgehen angesehen werden. Dennoch unterscheiden sie sich voneinander hinsichtlich des Repertoires der üblichen Interventionen sowie ihrer Annahmen über die Natur und die Ursachen psychischer Erkrankungen. Und jede wird von denen, die sie ausüben, als weitgehend geeignet für die meisten der Probleme angesehen, die zur psychotherapeutischen Behandlung anstehen (Feltham & Horton, 2006; Gabbard, Beck & Holmes, 2005). Wir untersuchten die Ergebnisse von Behandlungen, die unterschiedlichen Vorgehensweisen dieser drei Ansätze entsprachen. 1309 Klienten und Klientinnen von 58 Einrichtungen für psychische Gesundheit des National Health Service (NHS) waren während eines Zeitraums von drei Jahren behandelt worden.

Für die Effizienz und Effektivität³ der CBT gibt es für ein breites Störungsspektrum eine Vielzahl von Belegen (z. B., Dobson, 1989; Hollon & Beck, 2004; Westbrook & Kirk, 2005). Demgegenüber wurden die Ergebnisse der beiden anderen Ansätze in weniger Studien systematisch überprüft, jedoch unterstützen die vorliegenden Belege ebenfalls die Effizienz und Effektivität von zumindest einigen Varianten des PZT (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Greenberg & Watson, 1998; Goldman, Greenberg & Angus, in Druck; Ward et al., 2000) und der PDT (Leichsenring, 2001; Leichsenring & Leibling, 2003; Leichsenring Rabung & Leibling, 2004). Klinische Studien, die andere Ansätze vergleichen (z. B. Barkham et al., 1996; Elkin et al., 1989; Shapiro et al., 1994), und breit angelegte Übersichten

(z. B. Roth & Fonagy, 2004; Wampold, 2001) kamen zur Schlussfolgerung, dass *bona fide* Therapien, die häufig untersucht wurden, dazu tendieren, ähnlich effektiv zu sein. Das ist das Äquivalenzparadox: Viele Psychotherapien scheinen vergleichbar gute Ergebnisse zu haben trotz offensichtlich nicht äquivalenter Theorien und Techniken. Das Paradox wird als *Dodo-Verdikt* bezeichnet: „Alle haben gewonnen und alle haben einen Preis verdient“ (Carroll, 1865/1946, S. 28; kursiv im Original), das Psychotherapieforscher seit sieben Jahrzehnten zitieren (z. B., Beutler, 1991; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Rosenzweig, 1936; Seligman, 1995; Stiles, Shapiro & Elliott, 1986).

Trotz dieser Hinweise auf gleichwertige Ergebnisse vieler Behandlungsansätze gab die überwältigende Anzahl publizierter Forschung zur CBT (Roth & Fonagy, 2004; Wampold, 2001) dieser eine größere Glaubwürdigkeit als den anderen Ansätzen. Obwohl CBT eindeutig effektiv ist, ist ihre Dominanz mehr eine Funktion unterschiedlicher Forschungsaufmerksamkeit als ein Beweis für unterschiedliche Effektivität.

Unsere Studie befasste sich mit der Effektivität unterschiedlicher Behandlungsansätze, so wie sie in der Alltagspraxis angewendet werden, und stützt sich auf diejenigen Arten der Behandlung, wie sie von den Praktikern angewendet werden und wie sie die Klienten typischerweise erhalten. Die Logik der Effektivitätsforschung ist, dass die mit der fehlenden Randomisierung verbundene Gefahr einer nicht-zufälligen Zuweisung der Klienten zu den Behandlungsformen sowie die mangelnde Gewissheit, dass die Behandlungen in einer standardisierten Form durchgeführt wurden, ausgeglichen werden durch größere Wirklichkeitsnähe bzw. höhere externe Validität (s.a. Seligman, 1995). Unsere Studie versteht sich als Antwort auf die Forderung nach repräsentativen klinischen Studien (z. B., Shadish, Navarro, Matt & Phillips, 2000; Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Brody, 2003; Street, Niederehe & Lebowitz, 2000), die Routinebehandlungen heranziehen und Daten benützen, welche ursprünglich mehr für den administrativen Gebrauch als für Forschungszwecke erhoben wurden.

Unsere Nullhypothese war, dass es zwischen CBT, PZT und PDT, so wie sie in der psychotherapeutischen Praxis angewendet werden,

3 Anmerkung der Herausgeber: Unter "Effizienz" versteht man die Wirksamkeit eines therapeutischen Ansatzes unter den Bedingungen einer kontrollierten Studie, unter „Effektivität“ demgegenüber seine Wirksamkeit unter den Bedingungen des therapeutischen Praxisalltags.

keinen Unterschied in ihren Ergebnissen gibt. Wir überprüften die Effektivität durch Vergleich der Werte des *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* zu Beginn und am Ende der Behandlung (CORE-OM; Barkham et al., 2001, 2005; Evans et al., 2002).

Methode

Teilnehmer

Wir analysierten die Daten von 1309 Klienten, die CBT, PZT oder PDT erhalten und den CORE-OM zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung ausgefüllt hatten. Die Daten wurden während des Verlaufs von drei Jahren (Januar 1999 bis November 2001) in 58 National- Health-Service-(NHS)-Einrichtungen erhoben, in denen Beratung und Psychotherapie angeboten wird und in denen die CORE-OM-Daten routinemäßig erhoben werden. Die 58 NHS-Einrichtungen trugen von 1 bis 111 Klienten bei (mdn=16,5; 24 der Einrichtungen trugen 20 oder mehr Klienten bei). Die Mehrzahl der Klienten (n=844; 64,5%) wurde in Beratungseinrichtungen der „primary care“⁴ behandelt, die übrigen in mehr spezialisierten psychologischen Diensten (n=286; 21,8%), in Einrichtungen der „secondary care“ (n=136; 10,4%) oder im tertiären/spezialisierten Bereich (n=43; 3,3%). Therapeutenmerkmale wurden nicht erfasst. Ausgehend von den 878 Klienten, bei denen die Identifizierungsnummern der Therapeuten vorlagen, behandelten 251 Therapeuten von 1 bis 29 Klienten (mdn=2; 15 Therapeuten behandelten 10 oder mehr Klienten).

Von den 1.309 Klienten waren 29,3% (n=383) männlich; 2,8% (n=36) waren jünger als 20 Jahre, 19,6% (n=257) zwischen 20 und 29 Jahre alt, 29,7% (n=389) zwischen 30 und 39 Jahre alt, 24,7% (n=323) zwischen 40 und 49 Jahre alt, 15,2% (n=199) zwischen 50 und 59 Jahre alt und 8,0% (n=105) über 60 Jahre alt. Die Klienten zeigten eine Vielzahl unterschiedlicher psychischer Probleme, wie sie für die Praxis der Dienste für psychische Gesundheit in der *primary care* typisch sind, zumeist Ängste, Depressionen, zwischenmenschliche und Selbstwert-Probleme. Fast die Hälfte der Klienten (n=638; 48,7%) nahmen zu Beginn der Therapie verschriebene psychotrope Medikamente ein, davon 88,7% Anti-Depressiva, 14,7% Anxiolytika/Sedativa und 4,7% Anti-Psychotika (viele nahmen mehr als einen Medikamententyp ein).

Messinstrumente

Outcome-Messung via Selbsteinschätzung: Die CORE-OM umfasst 34 Items, die sich auf Bereiche subjektiven Wohlbefindens, Symptome

(Ängste, Depressionen, körperliche Probleme, Traumata), das Funktionieren (allgemeines Funktionieren, nahe Beziehungen, soziale Beziehungen) und Risiko (Risiko für sich selbst, Risiko für andere) beziehen. Die Hälfte der Items richten sich auf Probleme mit geringerer Intensität (zum Beispiel „ich fühle mich ängstlich/nervös“) und die andere Hälfte auf Probleme hoher Intensität (zum Beispiel „ich empfinde Panik/Entsetzen“). Die Items werden auf einer 5-Punkte-Skala von 0 bis 4 eingeschätzt, bezeichnet mit *überhaupt nicht, selten, manchmal, oft* und *ständig oder meistens*. Die klinischen CORE-Scores werden als die Mittelwerte aller ausgefüllten Items berechnet und mit 10 multipliziert, wodurch klinisch relevante Unterschiede durch ganze Zahlen dargestellt werden (Leach et al., 2006). Damit können klinische CORE-Werte von 0 bis 40 reichen. Die Formulare werden als gültig angesehen, sofern nicht mehr als drei Items unbeantwortet waren (Evans et al., 2002). Die Reliabilitäten (Innere Konsistenz) für die 34-Item Skala der klinischen (n=713) und nicht-klinischen (n=1.009) Fragebögen waren jeweils .94 (Barkham et al., 2001). Die Test-Retest-Korrelation (*Spearman's rho*; mit einwöchigem Abstand) war bei einer studentischen Stichprobe (n=43) .90 (Evans et al., 2002).

Beurteilung durch die Therapeuten: Das CORE-Assessment (Mellor-Clark et al., 1999; Mellor-Clark & Barkham, 2000) enthält den Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen, der zu Beginn ausgefüllt wird, und den Therapieende-Fragebogen. Im Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen gaben die Therapeuten Informationen zur Überweisung, demographische Angaben zu den Klienten und Daten zu Art, Schwere und Dauer der vorgebrachten Probleme, wobei sie die folgenden 14 Kategorien verwendeten: Depression, Ängste, Psychose, Persönlichkeitsprobleme, kognitive/Lern-Schwierigkeiten, Essstörungen, körperliche Probleme, Süchte, Trauma/Missbrauch/Misshandlung, Verluste, Selbstachtung, zwischenmenschliche Probleme, Lebensbedingungen/Wohlbefinden und Arbeit/Studium.

Auf dem Therapieende-Formular gaben die Therapeuten an, welche Art(en) von Therapie angewendet wurde(n) – so viele wie zutreffend. Die Kategorien waren: psychodynamisch, psychoanalytisch, kognitiv, behavioral, kognitiv/behavioral, strukturiert/kurz, personenzentriert, integrativ, systemisch, unterstützend, Kunst und andere. Die Therapeuten vermerkten außerdem die Anzahl der Sitzungen und andere Aspekte der Behandlung.

Studienablauf

Datenerhebung: Alle Klienten, die bei den teilnehmenden Einrichtungen psychologische Begutachtung oder Therapie in Anspruch nahmen, wurden vor Beginn der Behandlung gebeten, einen CORE-OM-Fragebogen auszufüllen. Sie wurden der Behandlung und den jeweiligen Therapeuten so zugewiesen, wie es in diesen Einrichtungen üblich war. Die Einrichtungen wurden instruiert, bei der letzten Sitzung den Post-Behandlungs-CORE-OM-Fragebogen auszuhändigen;

⁴ Anmerkung der Herausgeber: Im englischen Gesundheitssystem werden bei Behandlungseinrichtungen je nach Grad ihrer Spezialisierung mehrere Stufen unterschieden.

das Timing und die speziellen Vorgehensweisen hingen davon ab, was für jede der Einrichtungen organisatorisch am besten geeignet war und wurden nicht eigens vermerkt. Die Therapeuten füllten den Therapeuten-Beurteilungs-Fragebogen nach der ersten Sitzung aus und den Therapieende-Fragebogen dann, wenn der Klient entlassen wurde oder nicht mehr zur Therapie kam. Die Datenerhebung erfolgte gemäß den Datenschutzbestimmungen für die Verwendung von routinemäßig erhobenen klinischen Daten. Die erhobenen Messdaten wurden von einem Datenverwaltungsdienst gesammelt und ohne die Angaben zur Identifizierung der Klienten an die University of Leeds zur Weiterverarbeitung geschickt. Jedem Klienten wurde eine einmalige Codeziffer zugeordnet.

Auswahl der Klienten: Von 10.351 Klienten, die in den genannten Einrichtungen während der drei Jahre der Datenerhebung behandelt worden waren und die mindestens einen CORE-OM oder CORE-Beurteilungs-Fragebogen ausgefüllt hatten, lieferten 3.051 sowohl gültige CORE-OM-Fragebögen, die sie vor und nach der Behandlung ausgefüllt hatten, und außerdem gültige von den Therapeuten ausgefüllte Fragebögen zum Therapieende. Aus diesen 3.051 Klienten bildeten wir anhand der Therapeutenangaben auf dem Fragebogen zum Therapieende sechs Behandlungsgruppen gemäß den angewendeten Therapieform(en). Die meisten Therapeuten gaben mehr als eine der 12 angegebenen Kategorien an (M=2,06; Reichweite [Range]=1 bis 10). Für den Zweck dieser Untersuchung klassifizierten wir die drei ins Auge gefassten Ansätze wie folgt:

- CBT = *kognitiv, behavioral* und/oder *kognitiv/behavioral*
- PZT = *personenzentriert*
- PDT = *psychodynamisch* und/oder *psychoanalytisch*.

Mit diesen ausgewählten Ansätzen definierten wir sechs Gruppen von Klienten. Drei bestanden aus den Klienten, deren Therapeuten die Therapie einem – und nur diesem – der Ansätze CBT, PZT oder PDT zugeordnet hatten. Die anderen drei Gruppen enthielten Klienten, deren Therapeuten einen der gewählten Ansätze und außerdem

eine Behandlungsform angaben, die nicht zum gewählten Ansatz gehörte (zum Beispiel *strukturiert/kurz, integrativ, systemisch, unterstützend, Kunst oder andere*), abgekürzt CBT+1, PZT+1 und PDT+1. Wir nahmen an, dass die letzteren drei Gruppen Vergleiche zwischen Ansätzen ermöglichen würden, die zwar sehr ähnlich, aber je nach Sichtweise irgendwie verwässert oder irgendwie erweitert waren.

Von den 3.051 Klienten mit vollständigen Daten erfüllten 1.309 die Bedingungen für eine der angegebenen sechs Gruppen. Die Häufigkeiten jeder Gruppe zeigt Tabelle 1.

Ergebnisse

Ergebnisse der Behandlungen in den NHS-Einrichtungen

Klienten in dieser Behandlungsform zeigten sehr beträchtliche Fortschritte, im CORE-OM-Verbesserungen von durchschnittlich 17,41 (sd=6,52; innere Konsistenz [Cronbach Alpha] = .93) auf 8,50 (sd=6,27), eine Differenz von 8,9 (sd=6,81). Die Effektstärke der gesamten Behandlung, berechnet als die Prä-Post-Differenz der Mittelwerte, dividiert durch die Standardabweichung des Prä-Therapiewerts, betrug 1,36.

Tabelle 1 zeigt für jede der sechs Gruppen die mittleren CORE-OM-Werte vor und nach der Behandlung, die durchschnittlichen im Laufe der Behandlung entstandenen Differenzen sowie die Effektstärken. Eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zum Vergleich der sechs Gruppen vor der Therapie war nicht signifikant, $F(5, 1.303) = 0,66$; $p = .654$, $\text{partial } \eta^2 = .003$ (eta-quadrirt, ein Maß für Effektstärke, berechnet als Effektvarianz, geteilt durch Effekt- plus Fehlervarianz), was darauf hinweist, dass alle Gruppen die Behandlung bei einem vergleichbaren Ausmaß an Störung begonnen hatten.

Um die Behandlungsergebnisse zu überprüfen, rechneten wir eine ANOVA mit Messwiederholung (Messung vor vs. nach der Behandlung) mit dem Behandlungsansatz (CBT vs PZT vs PDT) und dem Reinheitsgrad (rein vs „+1“) als konstanten Faktoren. Die Ergebnisse zeigten einen sehr ausgeprägten Haupteffekt für die Behandlung der Klienten, $F(1, 1.303) = 1.905,70$, $p < .001$, $\text{partial } \eta^2 = .594$, was darauf hinweist, dass die Verbesserungen ohne Berücksichtigung der Behandlungsformen einen großen Varianzanteil bei den erhaltenen CORE-OM-Werten erklärt. Ein differenzieller Behandlungseffekt erscheint in der Analyse als Wechselwirkung zwischen Behandlungsform und Messzeitpunkt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Effekt zwar signifikant, aber sehr klein war, $F(2, 1.303) = 3,94$, $p = .020$, $\text{partial } \eta^2 = .006$; keiner der post-hoc-Vergleiche zwischen den Gruppen-Mittelwerten war signifikant.

Der Vergleich der Effektivität der reinen versus den „+1“-Formen der Behandlung (die Wechselwirkung zwischen Reinheitsgrad und Messzeitpunkt) war ebenfalls

Tabelle 1: CORE-OM klinische Scores für Behandlungsgruppen: Prä- und Post-Therapie – Mittel sowie Unterschiede

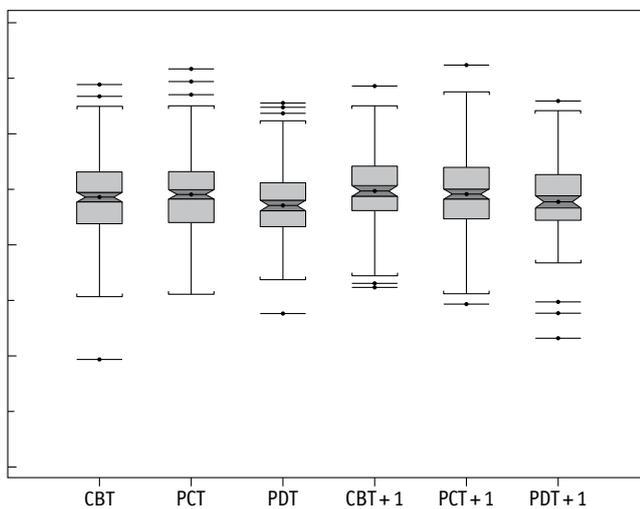
Behandlungsgruppe	n	Prä-Therapie		Post-Therapie		Prä-Post-Unterschied		Effektstärke
		Mittel	Sd	Mittel	sd	Mittel	sd	
CBT	298	16,9	7,0	8,1	6,4	8,9	7,1	1,27
PZT	332	17,6	6,6	8,9	6,1	8,7	6,6	1,32
PDT	122	17,6	6,3	9,9	6,8	7,7	6,4	1,23
CBT+1	181	17,9	6,3	7,9	5,6	10,0	6,5	1,59
PZT+1	249	17,3	6,4	7,8	6,3	9,5	6,9	1,48
PDT+1	127	17,3	5,9	9,1	6,3	8,2	6,9	1,38

Anmerkung: CBT=kognitive, behaviorale oder kognitiv-behaviorale Therapie; PZT=Personenzentrierte Therapie; PDT=psychodynamische/psychoanalytische Therapie; CBT+1=CBT kombiniert mit einer anderen Therapie; PZT+1=PZT kombiniert mit einer anderen Therapie; PDT+1=PDT kombiniert mit einer anderen Therapie.

signifikant, aber die Effektstärken gering, $F(1, 1.303)=4,02$, $p=.045$, $\text{partial } \eta^2=.003$. Die dreifache Interaktion zwischen Behandlungsansatz, Reinheitsgrad und Messzeitpunkt, die (bei Signifikanz) gezeigt hätte, dass je nach Behandlungsansatz dem Reinheitsgrad eine unterschiedliche Bedeutung zukommt, war nicht signifikant, $F(2, 1.303)=1,40$, $p=.248$, $\text{partial } \eta^2<.001$.

In Abbildung 1 sind die Verteilungen der Prä-Post-Differenzen der klinischen CORE-OM-Werte für jede Gruppe als *Boxplots* abgebildet, die den Median, die mittleren 50% und die Grenzen der Verteilung anzeigen. Obwohl diese Veränderungswerte sich über einen weiten Bereich erstrecken (von -21 bis 32 von den möglichen CORE-OM-Werten von -40 bis 40), waren die Mediane vergleichbar und bei allen sechs Gruppen überschneiden sich die Verteilungen weitgehend.

Abbildung 1: Boxplots zur Darstellung der Prä-Post-Unterschiede in den CORE-OM-Werten



Behandlungsgruppen: CBT = kognitive, behaviorale oder kognitiv-behaviorale Therapie; PZT = Personzentrierte Therapie; PDT = psychodynamische/psychoanalytische Therapie; CBT+1 = CBT kombiniert mit einer anderen Therapie; PZT+1 = PZT kombiniert mit einer anderen Therapie; PDT+1 = PDT kombiniert mit einer anderen Therapie.

Ordinate: Prä-Post-Differenz im CORE-OM klinischen Score (-40, -20, 0, 20, 40).

Die Kerbe zeigt das 95% Konfidenzintervall um den Median. Die Boxen repräsentieren die mittleren 50% der Verteilung. Die Ränder zeigen die obere bzw. untere Grenze der Verteilung, wobei jene Fälle, die um das 1,5fache der quartilen Streuung oder mehr nach unten oder oben von der Box abweichen, als Ausreißer betrachtet werden und getrennt eingezeichnet sind.

Charakteristika der Klienten in den Behandlungsgruppen

Wir untersuchten das Geschlecht, das Alter, die durchschnittliche Zahl von angegebenen Problemen und die durchschnittliche Zahl von Sitzungen für die Klienten jeder Gruppe. Bezüglich des Geschlechts ergab sich eine etwas ungleiche Verteilung über die Gruppen hinweg, $\eta^2(5)=29,07$, $p<.001$, $n=1.309$, mit einem relativ höheren Prozentsatz männlicher Klienten in der CBT Gruppe (40,9%

versus 22,9–29,3% in den übrigen fünf Gruppen). Das Durchschnittsalter war in den sechs Gruppen ähnlich; eine einfaktorielle Varianzanalyse ANOVA war nicht signifikant $F(5, 1.303)=0,72$, $p=.607$, $\text{partial } \eta^2=.003$. Die Anzahl der Probleme der Klient/innen variierte über die Gruppen hinweg signifikant $F(5, 1.270)=13,76$, $p<.001$, $\text{partial } \eta^2=.051$, wobei etwas größere Häufigkeiten von Problemen den Klient/innen in den PDT und PDT+1 Gruppen zugeschrieben wurden (4,20 und 4,23 versus 3,13–3,86). Weiters fand sich eine kleine, aber signifikante Abweichung in der Zahl besuchter Sitzungen $F(5, 1.266)=8,90$, $p<.001$, $\text{partial } \eta^2=.034$, da Klienten der PDT durchschnittlich eine etwas höhere Zahl von Sitzungen aufwiesen als Klienten in anderen Gruppen (8,53 versus 5,62–6,52). Es wurde eine weitgehend ähnliche Verteilung von Problemen in jeder Gruppe behandelt, obwohl Klienten des Personzentrierten Ansatzes eine besondere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, dass ihnen deren Therapeuten eine interpersonale Problemstellung zuschrieben.

Diskussion

Die untersuchten Therapien stellten sich als wirksam heraus, im Durchschnitt mit Effektstärken auf der CORE-OM, die vergleichbar sind mit solchen aus früheren Messungen bei Versuchen zur Wirksamkeit und Effektivität (Barkham et al., eingereicht). Die durchschnittlichen Unterschiede der drei untersuchten Ansätze, CBT, PZT und PDT, waren, obwohl statistisch signifikant, klein, insbesondere wenn man sie in Beziehung setzt zu den substantiellen Veränderungen im Verlauf der Behandlungen insgesamt. Die durchschnittliche Verbesserung – ungeachtet der Behandlung – erklärte in den CORE-OM-Scores – im Vergleich zu den differenzielleren Effekten der drei Ansätze – das Hundertfache der Varianz ($\text{partial } \eta^2$ von .594 versus .006). Wie Abbildung 1 zeigt, überlappten sich die Verteilungen der Veränderungs-Scores weitgehend, mit kleinen Unterschieden in den Gruppenmedianen. Alle Behandlungsgruppen hatten substantielle RCSI-Rates⁵, obwohl es einen fast signifikanten Trend zu einer niedrigeren Rate in der PDT-Gruppe gab. Zusammengefasst lässt sich sagen: Unsere Ergebnisse tendieren dazu, den Dodo-Effekt für diese drei Behandlungsansätze, wie sie üblicherweise über das Spektrum der NHS-Einrichtungen praktiziert werden, zu bestätigen.

Die verwässerten/erweiterten („+1“) Behandlungsgruppen wiesen im Durchschnitt geringfügig bessere Ergebnisse auf als die reinen Behandlungsgruppen dieser Stichprobe (siehe Tabelle 1), obwohl die Größe dieser Effekte ebenfalls sehr klein war ($\text{partial } \eta^2=.003$). Bezüglich des unterschiedlichen Grads an Reinheit, wie er in dieser Vergleichsstudie erhoben wurde, scheint die Verwässerung

⁵ Anmerkung der Herausgeber: „RCSI“ steht für „reliable and clinically significant improvement“. „RCSI-Rate“ gibt also den Anteil an Klienten wieder, deren Verbesserung sowohl statistisch verlässlich als auch klinisch bedeutsam ist.

von CBT, PZT oder PDT keine schlechteren Ergebnisse zu erbringen. Gleichzeitig lässt sich sagen, dass der Gewinn durch Erweiterung, obwohl nominell signifikant, zu klein war, um daraus klinische Empfehlungen abzuleiten. Die Ergebnisse innerhalb jeder Gruppe variierten stark (siehe Abbildung 1), was im Gegensatz zu den kleinen Unterschieden zwischen den Gruppen steht.

Unsere Ergebnisse erweitern die Forschungsergebnisse von Ward et al. (2000) und Barkham et al. (1996), die zeigten, dass die Gleichwertigkeit dieser Behandlungen innerhalb des NHS sowohl in der Alltagspraxis als auch in randomisierten Versuchsanordnungen beobachtet werden kann. Unsere Ergebnisse sind vielleicht für die Praktiker von PZT und PDT insoweit von besonderem Interesse, als ihre mit CBT vergleichbare Effektivität in der Alltagspraxis bisher wohl nicht gewürdigt wurde.

Einschränkungen

Die Grenzen unseres Designs, obwohl sie bei der Erforschung von Routinebehandlungen gang und gäbe sind, setzen der Interpretation der Ergebnisse Grenzen (Shadish et al., 2000; Westbrook & Kirk, 2005).

Beschränkte Spezifikation der Behandlungen

Wir hatten keine unabhängige Kontrolle darüber, ob oder wie die Therapeuten die von ihnen angegebenen Behandlung durchführten, und allerdings auch keine genauen Beschreibungen, was diese Behandlungen enthielten oder Angaben zu den Qualifikationen der Therapeuten. Die beobachteten, ungefähr gleichwertigen Ergebnisse könnten grundsätzlich an einem Mangel an Unterschieden in der Art, wie diese Behandlungen durchgeführt wurden, liegen. Ebenfalls könnte ein systematisches Versagen, eine Behandlung korrekt durchzuführen, der Grund dafür sein, dass sie sich nicht als überlegen erweisen konnte.

Andererseits wüssten wir keinen Grund, weshalb die Therapeuten den theoretischen Ansatz, nach dem sie arbeiteten, hätten falsch auslegen sollen. Die plausibelste Annahme ist unserer Ansicht nach, dass sie sich alle darum bemühten, den von ihnen angegebenen Ansatz umzusetzen. Um es anders auszudrücken, was auch immer dahinter stehen mag, diese Behandlungen repräsentieren die Art, wie CBT, PZT und PDT zur Zeit in diesen Settings innerhalb des britischen NHS praktiziert werden.

Natürlich sind sogar von Manualen geleitete Psychotherapien weit davon entfernt, standardisiert zu sein. Mehr noch als die meisten medizinischen Behandlungen müssen Psychotherapien den auftretenden Bedürfnissen verschiedener Klienten in einer Weise angepasst werden, wie dies in keinem Manual festgelegt ist, aber von der Fähigkeit und dem interpersonalen Reaktionsvermögen des Therapeuten abhängt (Hardy, Stiles, Barkham & Startup, 1998; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998).

Nicht-randomisierte Zuordnung der Klienten zu Behandlungsgruppen

Wir ordneten die Klienten den Behandlungen nicht randomisiert zu. Daher können wir selektive Zuweisungen als Erklärung für die Ergebnisse nicht ausschließen. Grundsätzlich könnte die beobachtete ungefähre Gleichwertigkeit der Therapieansätze eine nicht-randomisierte Zuordnung widerspiegeln, bei der die schwierigsten Klienten den effektivsten Therapien zugewiesen wurden und umgekehrt. Das könnte Ergebnisunterschiede ausgeglichen haben, die sich sonst gezeigt hätten. Allerdings gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf dem Prä-Behandlungs-CORE-OM, was darauf hindeutet, dass die Gruppen mit einem vergleichbaren Grad an Störung begannen (Tabelle 1).

Es gab Unterschiede in der Zusammensetzung der Klienten zwischen den Gruppen, bestehend in einem relativ größeren Anteil von Männern in der CBT-Gruppe, einer relativ größeren Anzahl interpersonaler Probleme in der PZT-Gruppe und einer relativ größeren Gesamtzahl von Problemen in der PDT-Gruppe. Wenn Klienten mit mehr Problemen eher der PDT zugewiesen worden wären, könnte das vielleicht die Tendenz erklären, dass sie mehr Sitzungen als die Klienten in den anderen Gruppen erhielten. Natürlich leiteten wir die Daten über die Anzahl und die Art der Probleme aus den Berichten der Therapeuten ab, und das könnte Unterschiede in der Fallkonzeptualisierung zwischen den verschiedenen Ansätzen wiedergeben.

Fehlen einer Kontrollgruppe

Obwohl die Prä-Post-Veränderungswerte wesentliche Verbesserungen anzeigen (siehe Tabelle 1 und Abbildung 1), gab es keine Vergleichsgruppe unbehandelter Klienten. Folglich können wir die Verbesserungen nicht mit Sicherheit der Behandlung zuordnen.

Kontrollgruppen sind in Alltagssettings oft nicht machbar. Es wäre ethisch schwer zu rechtfertigen, vergleichbaren Klienten, die beim NHS Hilfe suchen, die Behandlung vorzuenthalten. Und wenn man nur diejenigen Klienten in Betracht zöge, die damit einverstanden wären, sich randomisieren zu lassen, würde das die klinische Repräsentativität untergraben. In dieser Hinsicht ist es ermutigend, dass die Prä-Post-Effektstärken in diesen Therapien vergleichbar waren mit jenen, die in Effektivitätsstudien beobachtet wurden und bei denen die Überlegenheit zu Vergleichsgruppen beobachtet wurde (z. B. Ward et al., 2000). Man kann unsere Ergebnisse als ergänzend zu solchen Studien ansehen.

Fehlende Daten

Wie es in der alltäglichen Praxis typisch ist (z. B. Gilbert, Barkham, Richards & Cameron, 2005; Greasley & Small, 2005; Stiles et al., 2003), kamen viele Klienten, die einen Prä-Therapie-CORE-OM

ausgefüllt hatten, dann nicht zur Behandlung oder sie füllten nach der Behandlung keinen Fragebogen aus. Es gibt Belege dafür, dass von den Klienten, die behandelt wurden, diejenigen, die die Post-Behandlungsfragebögen ausfüllten, (a) mit ihrem Therapeuten mit größerer Wahrscheinlichkeit darin übereinstimmten, wann die Behandlung zu Ende sein sollte (Barkham et al., 2006) und (b) wahrscheinlich größere Verbesserungen während der Behandlung erzielten (Stiles et al., 2003) als Klienten, die die Fragebögen nicht ausfüllten. Unsere Ergebnisse sind daher vielleicht nicht übertragbar auf Klienten, die die Behandlung beenden, ohne einen Post-Behandlungsfragebogen auszufüllen.

Beschränkung auf eine einzige Messung per Selbsteinschätzung

Grundsätzlich sind auf der Selbsteinschätzung beruhende Messinstrumente anfällig für Verzerrungen. Klienten könnten vor der Behandlung ihre Störung übertrieben haben oder die Verbesserung aufgrund der Behandlung übertreiben. Das CORE-OM ist ein Breitband-Messinstrument und fokussiert nicht auf die spezifischen Probleme. Qualitativ verschiedene Ergebnisse der verschiedenen Behandlungen hätten sich vielleicht mit Hilfe spezifischerer Messinstrumente zeigen können.

Man könnte jedoch einwenden, dass in den meisten Fällen subjektive Symptome und Spannungen die Notwendigkeit für psychotherapeutische Behandlung begründen; in diesem Sinn könnte eine Selbsteinschätzung als ein Kriterium betrachtet werden. Wir stellen fest, dass der CORE-OM mit anderen Selbsteinschätzungsmessinstrumenten und Ratings von Klinikern, die weithin für die Messung von Psychotherapieeffekten verwendet werden, hoch korreliert (Leach et al., 2005, 2006; Cahill et al., 2006; Evans et al., 2002). Es wäre natürlich hilfreich und informativ, bei künftigen Forschungen zusätzlich „objektive“ Messungen zum Funktionsniveau zu berücksichtigen.

Zugehörigkeitsgefühl der Forscher

In einem Überblick zu Psychotherapie-Outcome-Studien berichteten Luborsky et al. (1999) dass das Zugehörigkeitsgefühl des

Untersuchenden zu einer therapeutischen Richtung (die Loyalität), wie sie durch Ratings früherer Publikationen, Ratings durch Kollegen und Selbsteinschätzungen erfasst worden waren, hoch mit den Ergebnissen der Behandlungen in den veröffentlichten Forschungsberichten korrelierte ($r = .85$, $p < .001$, $n = 29$ Studien). Der Erstautor der vorliegenden Studie hat Arbeiten zum Äquivalenzparadox veröffentlicht, so passt dieser Bericht gewissermaßen in das genannte Muster. Er hat gemeinsam mit dem fünften Autor ein besonderes Interesse am PZT-Ansatz. Der zweite Autor ist ein zugelassener CBT-Therapeut, der manualisierte Versionen von sowohl CBT als auch PDT in randomisierten Effektivitätsstudien veröffentlichte. Der dritte und der vierte Autor sind keine Therapeuten mit Abschluss, obwohl einer von ihnen zu einer Organisation gehört, deren Mitglieder vorwiegend PZT-orientiert sind.

Dodos Urteil und die Ansprechbarkeit

Ähnliche Ergebnisse, wie wir sie beobachtet haben, werden oft allgemeinen Beziehungsfaktoren zugeschrieben, wie zum Beispiel dem therapeutischen Bündnis, der Empathie und dem gemeinsamen Engagement (Norcross, 2002). Selbstregulationsprozesse können sich über Behandlungsansätze hinweg auswirken und äquivalente Ergebnisse ergeben, da Therapeuten und Klienten angesichts beschränkter Zeit und Ressourcen wechselseitig Verbesserungen optimieren (Stiles et al., 1998). Beispielsweise scheinen die Beteiligten die Therapiedosis so zu regulieren, dass eine gemeinsam als hinreichend angesehene Güte des Therapieergebnisses erreicht wird, indem sie entweder – sofern dazu die Möglichkeit besteht – die Anzahl der Sitzungen entsprechend anpassen (Barkham et al., 2006) oder indem sie, wenn die Anzahl der Sitzungen begrenzt ist, die Prozesse beschleunigen (Barkham et al., 2006). Diese Logik der angepassten Reaktionsbereitschaft spricht nicht gegen die theoretischen Darstellungen. Stattdessen spricht sie dafür, dass von ihnen allen brauchbare Vorstellungen und Verfahrensweisen zur Verfügung gestellt werden, die die Beteiligten verwenden, um angesichts der gegebenen Möglichkeiten und Grenzen das zu erreichen, was sie suchen – oder womit sie sich zufrieden geben.

Literatur

- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W.B., Miles, J.N.V., Margison, F., Evans, C. & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 160–167.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Luccock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., Audin, K. & McGrath, G. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Towards practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 184–196.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C. & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry, 186*, 239–246.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Agnew, R.M., Halstead, J., Culverwell, A. & Harrington, V.M.G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1079–1085.
- Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Connell, J., Leach, C., Luccock, M., Mellor-Clark, J., Bower, P., King, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E., Greenberg, L.S. & Angus, L. (eingereicht). Effects of psychological therapies in randomised trials and practice-based studies. Manuscript submitted for publication.
- Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 226–232.
- Cahill, J., Barkham, M., Stiles, W.B., Twigg, E., Hardy, G.E., Rees, A. & Evans, C. (2006). Convergent validity of the CORE Measures with measures of depression for clients in cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 253–259.
- Dobson K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 414–420.
- Elliott, R., Greenberg, L.S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493–539). New York: Wiley.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., Mellor-Clark, J., McGrath, G. & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, 51–60.
- Feltham, C. & Horton, I.E. (Eds.) (2006). *Handbook of counselling and psychotherapy*, second edition. London: Sage.
- Gabbard, G.O., Beck, J.S. & Holmes J. (Eds.) (2005). *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gilbert, N., Barkham, M., Richards, A. & Cameron, I. (2005). The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: A benchmarking study using the CORE System. *Primary Care Mental Health, 3*, 241–251.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (in press). The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*.
- Greasley, P. & Small, N. (2005). Evaluating a primary care counseling service: Outcomes and issues. *Primary Care Research and Development, 6*, 124–136.
- Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy-Research, 8*(2), 210–224.
- Hardy, G.E., Stiles, W.B., Barkham, M. & Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 304–312.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Garfield and Bergin's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 447–492). New York: Wiley.
- Leach, C., Luccock, M., Barkham, M., Noble, R., Clarke, L. & Iveson, S. (2005). Assessing risk and emotional disturbance using the CORE-OM & HoNOS outcome measures. *Psychiatric Bulletin, 29*, 419–422.
- Leach, C., Luccock, M., Barkham, M., Stiles, W.B., Noble, R. & Iveson, S. (2006). Transforming between Beck Depression Inventory and CORE-OM scores in routine clinical practice. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 153–166.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review, 21*, 401–419.
- Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1223–1232.
- Leichsenring F., Rabung, S. & Leibling E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 6*, 1208–1216.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 95–106.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everyone has won and all must have prizes“? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995–1008.
- Mellor-Clark, J. & Barkham, M. (2000). Quality evaluation: methods, measures and meaning. In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *Handbook of counselling and psychotherapy* (pp. 225–270). London: Sage.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J. & Evans, C. (1999). Practice-based evidence and standardized evaluation: informing the design of the CORE system. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health, 2*, 357–374.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Reynolds, S., Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E. & Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 577–586.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (second edition). New York: Guilford.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist, 50*, 965–974.

- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512–529.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioural and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555–566.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.
- Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M. & Hardy, G. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 14–21.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). „Are all psychotherapies equivalent?“ *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Brody, P. E. (2003). Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 963–972.
- Street, L., Niederehe, G. & Lebowitz, B. (2000). Toward greater public health relevance for psychotherapeutic intervention research: An NIMH workshop report. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 127–137.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Westbrook, D. & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243–1261.

Autoren

William B. Stiles, Professor für Klinische Psychologie an der Miami University in Oxford, Ohio, USA; lehrte zuvor an der University of North Carolina at Chapel Hill, Gastlehraufträge an den Universitäten von Sheffield und Leeds in England, an der Massey University in Neuseeland und an der Universität von Joensuu in Finnland; früherer Präsident der „Society for Psychotherapy Research“ und Nordamerikanischer Herausgeber von „Psychotherapy Research“. Mitherausgeber von „Person-Centered and Experiential Psychotherapies“ und Associate Editor des „British Journal of Clinical Psychology“.

Michael Barkham, Professor für Klinische und Beratungspsychologie und Direktor des Psychological Therapies Research Centre an der Universität Leeds; Gastprofessor an den Universitäten von Sheffield und Northumbria in Newcastle; Präsident der Britischen Sektion der „Society for Psychotherapy Research“ (1993–96), Fellow of the British Psychological Society und zurzeit Mitherausgeber des „British Journal of Clinical Psychology“.

John Mellor-Clark, 15 Jahre lang aktiv tätig bei der Evaluation psychologischer Therapien und Beratungen; leitete die Entwicklung des CORE-Systems im Rahmen des Psychological Therapies Research Centre an der Universität Leeds; nach seinen Forschungsarbeiten nun Direktor of CORE Information Management Systems Ltd.

Mick Cooper, Professor für Beratung an der Universität von Strathclyde und UKCP-anerkannter Psychotherapeut, seine Arbeit ist von personenzentrierten, existenziellen, interpersonellen und postmodernen Ideen beeinflusst.

Kontaktadresse

William B. Stiles
Department of Psychology
Miami University
Oxford, OH 45056, USA
E-Mail: stileswb@muohio.edu

Maria McMillan & John McLeod¹

Der Prozess des Loslassens: wie Klientinnen Beziehungstiefe schaffen²

Zusammenfassung: Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als einem zentralen Faktor in der Effektivität von Psychotherapie wird durch eine ansehnliche Zahl von Forschungsergebnissen unterstrichen. Jedoch wissen wir relativ wenig darüber, wie Klientinnen³ eine optimale therapeutische Beziehung erfahren. Das Modell der Beziehungstiefe, das Mearns und Cooper (2005) entwickelten, stellt einen wertvollen Rahmen zur Verfügung, um diesen Therapieaspekt zu erklären. Ziel der vorliegenden Studie war es, das Wissen über Beziehungstiefe zu erweitern, indem sie die Klientinnen-Perspektive untersucht. Es wurde eine qualitative Studie durchgeführt, basierend auf den Erfahrungen von 10 Beraterinnen als Klientinnen über einen Zeitraum von 33 verschiedenen Therapieepisoden. Die Analyse der Daten erfolgte unter Anwendung der „grounded theory“. Die Klientinnen-Perspektive, so wird aufgezeigt, unterscheidet sich beträchtlich von früheren Forschungsergebnissen, die sich mit der Therapeutinnen-Perspektive beschäftigten. Das, was diese Klientinnen über die erreichte Beziehungstiefe berichten, legt nahe, dass wirklich förderliche therapeutische Beziehungen durch die Bereitschaft gekennzeichnet sind, als Klientin „loszulassen“ und eine dauerhafte Beziehung mit der Therapeutin einzugehen. Die Beschreibungen der Klientinnen machten Aspekte von Verbundenheit in Beziehungen sichtbar, die Praktikern oft verborgen bleiben. Die Implikationen dieser Befunde für die Theorie der Beziehungstiefe und für die Praxis von Beratung und Psychotherapie werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Klientinnen-Erfahrung, grounded theory, Beziehungstiefe, qualitative Forschung

Abstract: The process of letting go: client formation of relational depth. The significance of the therapeutic relationship, as a central factor in the effectiveness of psychotherapy, has been supported by a substantial amount of research. However, relatively little is known about how clients experience optimal therapeutic relationships. The model of relational depth, developed by Mearns and Cooper (2005), provides a valuable framework for making sense of this aspect of therapy. The aim of the present study was to widen the knowledge of relational depth by exploring it from the client's perspective. A qualitative study was carried out using ten counsellors' experiences as clients over a total of 33 different therapy episodes. Data were analyzed using a grounded theory approach. The client's perspective is shown to differ considerably from the findings of previous research into the therapist's perspective. The account of relational depth generated by these clients suggested that deeply facilitative therapy relationships are characterized by a willingness to 'let go' on the part of the client, and enter into an enduring relationship with their therapist. Clients' descriptions disclosed aspects of relational connectedness that may often be hidden from practitioners. The implications of these findings for the theory of relational depth, and for the practice of counselling and psychotherapy, are discussed.

Keywords: client experience, grounded theory, relational depth, qualitative research

In der heutigen Theoriebildung zu Beratung und Psychotherapie ist weithin anerkannt, dass die Beziehung zwischen der Therapeutin und der Klientin einen wesentlichen Anteil an der Effektivität von Therapie hat. Beziehungstiefe ist ein relativ neuer Begriff für einen Aspekt der therapeutischen Beziehung, den Mearns (1996) in die Debatte brachte und den er verwendete, um einen hohen Grad an „psychologischem Kontakt“ zu beschreiben: eine von Rogers' (1957)

notwendigen und hinreichenden Bedingungen für eine Veränderung durch Therapie. Beziehungstiefe ist daher konzeptuell zu unterscheiden von der Idee des „Arbeitsbündnisses“, die von Bordin (1979) eingeführt und durch die Forschungen von Horvath und anderen ausformuliert wurde (Martin et al., 2000). Die Theorie des Arbeitsbündnisses legt nahe, dass die Therapeutin-Klientin-Beziehung mit Hilfe dreier Dimensionen erfasst werden kann: Bindung, Ziele und Aufgaben. Er stellt die Beziehung als eine Form von Vertrag

1 Übersetzung: Margarethe Letzel

2 Eine frühere Version dieses Artikels wurde 2006 unter dem Titel „Letting go: The client's experience of relational depth“ in *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 5, 4, 277–292 veröffentlicht.

3 Für einfachere Lesbarkeit wurde – statt der Doppelnennung von männlicher und weiblicher Form – die weibliche Form bei den Begriffen „Klient“ und „Therapeut“ gewählt. Es sind beide Geschlechter gemeint.

zwischen der Therapeutin und der Klientin dar, wobei es genügend Vertrauen braucht, damit ein Austausch von Rechten und Pflichten stattfinden kann.

Im Gegensatz zum Arbeitsbündnis-Modell gab es viele Therapie-theoretiker, die argumentierten, dass zwar manche Aspekte der Klientin-Therapeutin-Beziehung einen Vertrag zwischen Verbündeten enthalten, dass aber die Beziehung in vielen Fällen mehr ist als das (Clarkson, 1990; Gelso & Carter, 1985; Schmid, 2001). Und obwohl es viele kontroverse Vorstellungen darüber gibt, was es über das Bündnis hinaus noch gibt, ist doch all diesen Texten über die therapeutische Beziehung gemeinsam, dass die Intensität der Therapeutin-Klientin-Beziehung beiden Teilnehmenden gestattet, tiefere Facetten dessen zu erfahren, was es heißt, Mensch zu sein. Diese Perspektive ist es, die in der Theorie der „Beziehungstiefe“ formuliert wurde, die Mearns & Cooper (2005) entwickelt haben. In einer Reihe von Publikationen (Mearns, 1996; Mearns & Cooper, 2005; Cooper, 2005) schlagen sie vor, dass man Beziehungstiefe als einen Zustand tiefen Engagements und Kontakts verstehen kann, worin jede Person ganz real mit der anderen ist und dazu fähig, die Erfahrung der anderen zu verstehen und wertzuschätzen. Dazu kommt, dass sich Beziehungstiefe in einem dauerhaften Gefühl von Kontakt und Verbindung zwischen Klientin und Therapeutin widerspiegelt.

Der Gedanke der Beziehungstiefe gibt ein potenziell wertvolles Mittel zur Konzeptualisierung an die Hand, wie Therapeutin und Klientin auf ihrem Bündnis aufbauen können, um ein tieferes Ausmaß an Verbundenheit zu erreichen. Wichtig ist jedoch, zu sehen, dass, wie in der Arbeit von Mearns & Cooper (2005) ausgeführt, dieses Modell von einer Erfahrungsbasis getragen wird, die sich auf Therapeutinnen-Berichte zu Beziehungstiefe stützt und in erster Linie eine Konstruktion der Therapeutinnen-Erfahrung darstellt, die implizit Behauptungen zu den Erfahrungen der Klientinnen macht. Wenn man einen etwas breiter gefächerten Blick auf weitere Forschungsliteratur zur Klientinnen-Erfahrung der therapeutischen Beziehung wirft (z. B. Bachelor, 1995; Lietaer, 1992; Rennie, 1994; Bedi et al, 2005), wird offensichtlich, dass es bisher keine Forschung gab, die sich spezifisch mit der Erfahrung der Klientinnen von Beziehungstiefe oder dieser tiefen Verbundenheit auseinandersetzt. Das Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die Sicht der Klientinnen zur Beziehungstiefe zu erforschen. Wir wollten herausfinden, ob Klientinnen in der Lage waren, ihre Beziehung mit ihren Therapeutinnen auf eine Art zu beschreiben, die das Vorhandensein von Tiefe erkennen lässt. Wir waren auch neugierig, ob die Erzählungen der Klientinnen über ihre Beziehungen zu Therapeutinnen eine neue Sicht auf das Phänomen der Beziehungstiefe ergeben würden.

Methode

Da es bisher keine Forschung zur Klientinnen-Erfahrung von Beziehungstiefe gibt, stellten wir uns unsere Studie als eine erste heuris-

tische Untersuchung dieses Phänomens vor. Es schien angemessen, zu versuchen, einige Konturen dieses Aspekts der Klientinnen-Erfahrung zu skizzieren, indem wir Leute, die Therapie erhalten hatten, baten, so geradeheraus wie möglich über ihre therapeutische Beziehung zu reden. Es war uns jedoch bewusst, dass die Erfahrung von Beziehungstiefe sich vielleicht direkter Beobachtung entzieht und als Teil der „unausgesprochenen“ Beziehung (Mearns, 2003) schwer in Worte zu fassen sein würde. Wir beschlossen daher, einen Weg zu finden, wie wir unsere Informantinnen darin unterstützen könnten, ihre Aufmerksamkeit auf dieses Phänomen zu richten. In einer Studie über die Therapeutinnen-Erfahrung zu Beziehungstiefe begann Cooper (2005) seine Interviews, indem er den Teilnehmenden eine Definition zu Beziehungstiefe vorlegte. Wir erwogen, diese Strategie zu übernehmen, entschieden uns dann aber dagegen, weil wir Gefahr laufen könnten, Annahmen über Beziehungstiefe zu suggerieren. Wir beschlossen daher, die Interviews so zu beginnen, dass wir die Teilnehmenden dazu einluden, ihre therapeutische Beziehung in allgemeinen Begriffen zu schildern, um zu sehen, ob die Beschreibung von Beziehungstiefe spontan erfolgte, und gingen dem nach, indem wir nach spezifischen Aspekten von Beziehungstiefe fragten, die Mearns & Cooper (2005) spezifiziert hatten. Details des Interviewplans werden weiter unten gezeigt.

Teilnehmende

Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, Klientinnen-Berichte zu Beziehungstiefe zu erhalten, waren alle Teilnehmenden in dieser Studie Beraterinnen oder Psychotherapeutinnen, die zumindest zwei Phasen von Therapie absolviert hatten. Es gab eine Reihe von Gründen, wieso wir gerade diese Gruppe für die vorliegende Studie ausgewählt hatten. Erstens nahmen wir an, dass Therapeutinnen sensible Beobachter ihrer persönlichen Therapieerfahrung sein würden und daher in der Lage, über mögliche subtile Aspekte ihrer Wahrnehmung zur therapeutischen Beziehung zu berichten. Zweitens wären Informantinnen, die bei mehr als einer Therapeutin oder Beraterin in Therapie waren, in einer günstigen Position, „tiefe“ und „nicht tiefe“ Therapiebegegnungen zu vergleichen. Da dies drittens eine explorative Studie in einem möglicherweise sehr sensiblen Bereich war, wäre es auch vom Ethischen her sinnvoll, eine Gruppe von Teilnehmenden einzusetzen, die sehr gut in der Lage wäre, mit jeglichen aufwühlenden Folgen einer Interviewteilnahme fertig zu werden. Die Teilnehmenden wurden via Einladungen rekrutiert, die in den beruflichen Netzwerken der Forscher zirkulierten. 10 Beraterinnen nahmen an dieser Studie teil (vier Männer und sechs Frauen). Ihr Alter lag zwischen 39 und 64 Jahren, ihre Erfahrung als Beraterinnen reichte von „in Ausbildung“ bis zu 21 Jahren, und sie repräsentierten ganz verschiedene therapeutische Ausrichtungen. Zwei Teilnehmende beschrieben sich selbst als personenzentriert, eine Teilnehmerin als integrativ. Zwei weitere beschrieben sich als

personenzentriert, aber auch andere Richtungen einbeziehend. Eine Teilnehmende verwendete Transaktionsanalyse als grundlegende Methode und eine andere eine psychodynamische Orientierung. Die verbleibenden drei beschrieben sich selbst als Therapeutinnen bzw. Beraterinnen, die eine ursprünglich personenzentrierte Ausbildung in Richtung anderer Beratungsmodelle verändert hatten (wie narrative Therapie, Transaktionsanalyse und experienzielle Therapieformen). Alle Teilnehmenden waren Weiße mit typisch britischem Kulturhintergrund.

Fünf Teilnehmende hatten zwei Episoden persönlicher Therapie erlebt, eine Teilnehmende hatte drei erlebt, eine vier Episoden, während die restlichen drei fünf oder mehr Therapien erlebt hatten. Die Teilnehmenden erhielten Informationen über die Studie und füllten ein Formular aus, wodurch sie der Studienteilnahme zustimmten. Die Zustimmung einer Ethikkommission erhielten wir von einem University Research Ethics Committee. Wir schickten den Teilnehmenden zur Überprüfung Transkripte der Interviews zu, und wir gestatteten ihnen, Material zu löschen, das sie nicht im Rahmen der Studie analysiert haben wollten. Alle Namen und identifizierenden Informationen wurden in den Zitaten des vorliegenden Artikels verändert.

Vorgehen

Die Teilnehmenden wurden an verschiedenen Örtlichkeiten interviewt (universitäres Forschungszentrum; Beratungsräumlichkeiten, die die Teilnehmenden für die Arbeit mit Klientinnen verwendeten; das Zuhause der Informantinnen). Der Zweck der Studie wurde erläutert: eine Untersuchung, um herauszufinden, wie sich eine wirklich gute, tief verbundene Beziehung in einem Beratungskontext aus der Perspektive der Klientinnen anfühlt. Die Interviews waren halb strukturiert, es wurde eine Reihe offener Fragen, kombiniert mit Rückfragen, verwendet. Die Rückfragen sollten das Vorhandensein oder andere spezifische Aspekte von Beziehungstiefe untersuchen. Die Teilnehmenden wurden zuerst gebeten, eine Zeitlinie zur Geschichte der therapeutischen Episoden in ihrem Leben zu erstellen. Dann wurden sie gebeten, jede dieser therapeutischen Beziehungen, an denen sie teilhatten, zu beschreiben. Schließlich fokussierten wir im Detail auf die beste oder bedeutsamste dieser therapeutischen Beziehungen. An diesem Punkt des Interviews baten wir jede Teilnehmende, bedeutsame Momente intensiver Nähe und Verbundenheit dieser besonderen Beziehung zu beschreiben. Mit Hilfe von vertiefenden Fragen wollten wir eine weitere Exploration potenzieller Dimensionen von Beziehungstiefe in diesen besonderen Therapiebeziehungen fördern: wie sie sich selbst in der Beziehung erfuhren; ihr Bewusstsein über die Beziehung; ihr Gefühl von Verbundenheit; die umgebende Energie; Bewusstseinsveränderungen. Schließlich forderten wir sie auf zu vergleichen, wie sie eine solche Erfahrung von Beziehungstiefe als Klientin erlebten und wie

sie eine solche Erfahrung in ihrer Arbeit als Beraterin/Psychotherapeutin erfuhren. Das Ziel der Interviewstrategie war vor allem, detaillierte Berichte zu Beziehungstiefe aus dem Kontext anderer Therapieerfahrungen zu erhalten, an denen die Informantinnen teilgenommen hatten. Die Interviews wurden aufgezeichnet und dauerten zwischen 37 und 63 Minuten (Durchschnitt: 50 Minuten) und wurden vom ersten Autor transkribiert, dann von den Teilnehmenden bezüglich Genauigkeit überprüft.

Die Forschenden

MM war Studentin eines Master Programms im Personenzentrierten Ansatz für Beratung und hatte zwei Jahre Erfahrung als Beraterin. JM war ein personenzentrierter Berater und Tutor des Kurses. Er hatte 18 Jahre Erfahrung als Therapeut und war Forschungssupervisor für MM. Beide Forscher waren motiviert, diesem Thema nachzugehen, weil sie an diesem Modell zu Beziehungstiefe von Mearns & Cooper (2005) interessiert waren. Ihrer Erwartung, die auf ihren eigenen Erfahrungen beruhte, war, dass Beziehungstiefe sich als weniger wichtig für Klientinnen herausstellen könnte, als es für einige Therapeutinnen zu sein schien. Die Forscher arbeiteten als gleichberechtigte Co-Partner an der Datenanalyse.

Analyse

Die Analysemethode der „grounded theory“ wurde auf die Interviewtranskripte angewendet (Strauss & Corbin, 1990; Rennie et al., 1988). Ziel dieser Methode ist es, Rahmenbedingungen für das Verständnis der Klientinnen-Erfahrungen zu entwickeln; induktiv durch besondere Aufmerksamkeit gegenüber den Erfahrungen zur Bedeutung derselben zu gelangen. Der Forscher liest das Transkript sorgfältig, um die Einheiten potenzieller Bedeutsamkeit zu identifizieren, und ordnet dann diesen Einheiten mögliche Bedeutungen zu (offenes Kodieren). Die Codes, die sich daraus ergeben, werden durch einen Prozess konstanten Vergleichens in Hauptkategorien und Unterkategorien geordnet. Schließlich wird die thematische Einheit des Kategoriensystems als Ganzes in eine Kernkategorie gefasst, die den Gesamtzusammenhang des Phänomens für die Teilnehmenden trifft. In dieser Studie führte jeder Forscher das offene Kodieren der Transkripte für sich durch und konstruierte einen ersten Satz von Kategorien. Beide trafen sich dann, um Überschneidungen und Unterschiede in ihrer Analyse zu vergleichen. Nach diesem Gespräch arbeitete jeder Forscher das Interviewmaterial noch einmal durch und erstellte erneut einen modifizierten Satz von Kategorien. Dieser Zyklus wurde viermal wiederholt, bis ein akzeptabler Grad an Konsens erreicht war. Während dieses Prozesses wurden die Analysen Kollegen gezeigt, deren Kommentare weiteren Austausch und erneute Analyse anregten.

Resultate

Die 10 Teilnehmenden an dieser Studie beschrieben ihre Beziehungen mit insgesamt 33 Therapeutinnen. Die Dauer dieser Therapien reichte von drei Sitzungen bis zu vier Jahren. Einige dieser Therapien lagen schon 30 Jahre zurück, einige liefen gerade und viele hatten stattgefunden, bevor die Klientinnen in die Therapieausbildung eingetreten waren. Die Therapien wurden mit sehr verschiedenen Methoden durchgeführt. Die Mehrheit der Therapiephasen, die beschrieben wurden, hatten die Teilnehmenden deshalb begonnen, um mit persönlichen Sorgen und psychischen Problemen fertig zu werden, und weniger, weil es eine Ausbildungsvoraussetzung war.

Es zeigte sich ein Kontinuum von Beziehungen, das grob in drei Kategorien eingeteilt werden kann: *inadäquat – funktioniert nicht; adäquat – funktioniert, aber etwas fehlt; tief greifend förderlich*. Sieben der 10 Teilnehmenden berichteten, dass sie eine Beziehung erlebt hatten, die als *tief greifend förderlich* charakterisiert werden kann. Die restlichen drei berichteten von *adäquaten* Beziehungen, aber mit dem Empfinden, dass *etwas fehlte*. Es ereigneten sich jedoch „bedeutsame Momente von Tiefe“ in diesen Beziehungen, die für die Beziehung als ganz Ganzes atypisch empfunden wurden. Alle 10 Teilnehmenden berichteten zumindest von einer Therapiebeziehung, die von ihnen als *inadäquat* empfunden wurde.

Das Wichtigste und Bedeutsamste daran, wie wir Beziehungstiefe verstehen, wird ersichtlich, wenn man die Erfahrungen einer *tief greifend förderlichen* Beziehung untersucht und wie diese erreicht wurde. Daher konzentriert sich die Analyse, die unten dargestellt ist, auf diesen Bereich. Im Verlauf der Interviews sprachen die Teilnehmenden auch über eine Reihe anderer wichtiger Dimensionen ihres Engagements als Klientin: über ihre Erfahrungen mit Therapien, einschließlich derjenigen, die sie als *inadäquat/nicht funktionierend* oder *funktionierend, aber etwas fehlt* betrachteten; über ihre Erfahrung, interviewt zu werden und über ihre Erfahrungen mit Beziehungstiefe, während sie in der Rolle der Therapeutin, der Ausbilderin oder Supervisandin waren. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Kategorienstruktur nach der in dieser Studie vorgenommenen „grounded theory“-Analyse.

Die Bedeutungen, welche die Teilnehmenden in den Forschungsinterviews angaben, lassen sich kaum auf ein statisches Bild reduzieren, vielmehr spiegeln sie einen klaren, aber unausgesprochenen relationalen Prozess wider. Die Teilnehmenden schufen hoch nuancierte Berichte ihrer Therapieerfahrung. Insgesamt zeigen die Resultate, dass die Klientinnen sich auf einer Suche nach „Tiefe“ befinden, obgleich diese Beziehungsqualität wohl manchmal ebenso gleichermaßen gewünscht wie gefürchtet wird. Es wurde ein Prozess sichtbar, in welchem die Klientin aktiv versucht, genügend Sicherheit innerhalb der Beziehung für sich selbst zu schaffen, um es sich im Weiteren zu ermöglichen, „loszulassen“ und eine tiefere, verbundener Form, in Beziehung zu sein, zu erreichen.

Tabelle 1. „Grounded theory“-Analyse von Klientinnen-Erfahrungen zur therapeutischen Beziehung

Kernkategorie: Loslassen	N
<i>Kategorie 1. Eine tief förderliche therapeutische Beziehung erleben</i>	7
Bereit sein, sich auf die Therapeutinnen einzulassen	7
Von Anfang an wissen	4
Mit einem Satz glauben	4
Lernen, was ich von der Therapie will	3
„Herunter-Fahren“ hinderlicher Faktoren	3
Wissen, dass die Therapeutin bereit ist, sich auf mich einzulassen	7
Die Therapeutin als real sehen und nicht in einer Rolle	6
Die Therapeutin ist offen und anpassungsfähig	5
Die Therapeutin als fähig ansehen, mit meinem Material umgehen zu können	5
Die Therapeutin als kompetent ansehen	5
Die Therapeutin als eine Eltern-/Mutter-Figur sehen	6
Mit jemandem zusammensein, für den ich zähle	6
Unaufdringlicher Beratungsstil	4
Ihre ganze Aufmerksamkeit ist bei mir – sie ist präsent	4
Keine Mühe scheuen, um für mich da zu sein	2
Ein Gefühl, geliebt zu werden	2
Meine Bedürfnisse werden erfüllt	2
Nach innen schauen und sich mit persönlichen Themen auseinandersetzen	7
Eine einzigartige Erfahrung	6
Gefühl eines lebensverändernden Prozesses	5
Ehrlich sein	5
Lernen über mich/Momente der Erkenntnis	5
„Flow“-Erfahrung	4
Veränderter Bewusstseinszustand	3
Etwas, das schwer in Worte zu fassen ist	2
Auf einer intuitiven Ebene kommunizieren	2
Dauerhafte Präsenz	4
Gespräch mit der „Therapeutin im Kopf“ zwischen den Sitzungen	4
In einer nicht hilfreichen intensiven Beziehung sein	2
Extreme Emotionen gegenüber der Therapeutin empfinden	2
Die Beziehung zur Therapeutin ist zum zentralen Fokus der Therapie geworden	2
Die Therapeutin gibt mir nicht, was ich will	2
<i>Kategorie 2. Eine inadäquate Therapiebeziehung erleben</i>	10
Beschließen, aus der Beziehung zu gehen	10
Ärgerlich auf die Therapeutin sein	8
Ambivalenz in Bezug auf das, was geschah	8
Nicht über eine oberflächliche Ebene der Beziehung hinauskommen	8
Überkontrollierende Therapeutin	6
<i>Kategorie 3. Eine angemessene therapeutische Beziehung erfahren – funktioniert, aber etwas fehlt</i>	10
Grundlegende Beziehungskompetenzen von Therapeutin erhalten (Sicherheit, Akzeptanz, Unterstützung)	10

Beobachten, was ich sage und wie die Therapeutin antwortet	8
Der Therapeutin vertrauen	6
Die Therapeutin als distanziert erleben, in einer professionellen Rolle	6
Testen – riskieren, sich zu öffnen	5
Kategorie 4. Beziehungstiefe erfahren, in der Rolle als Therapeutin oder Ausbilderin	5
Sich über die Unterschiede zwischen Klientinnen- und Therapeutinnen-Erfahrung von Tiefe gewahr sein	3
Beziehungstiefe schätzen	2
Theoretisieren über das Konzept der Beziehungstiefe	2
Kategorie 5. Die Erfahrung, interviewt zu werden	10
Die Schwierigkeit, die richtigen Worte zu finden, um die Erfahrung von Tiefe zu beschreiben	8
Das Interview als eine Gelegenheit zu reflektieren	8
In Frage stellen, ob die Erfahrung von Beziehungstiefe stimmt	3

N – Anzahl der Teilnehmenden, die etwas zu dieser Kategorie beitrugen

Die Erfahrung von *adäquater* und *inadäquater* Therapiebeziehung

Die Beziehung, die als *angemessen, aber etwas fehlt* beschrieben wird, ist im Allgemeinen eine gute Arbeitsbeziehung, in der die Klientin all die grundlegenden Beziehungskompetenzen wie Wärme, Sicherheit, Fürsorge, Vertrauen und Unterstützung erfährt. Die Klientin fühlt sich in dieser Beziehung genügend sicher, um etwas zu riskieren und wird „testen“, indem sie sich der Beraterin versuchsweise zu dem Thema öffnet, über das sie am dringendsten sprechen möchte, aber welches sie gleichzeitig auch am meisten fürchtet. Es hängt davon ab, wie die Beraterin in dieser Situation wahrgenommen wird, wie sie auf das versuchsweise Risiko der Klientin und den Inhalt dieser Eröffnung reagiert, ob schließlich eine therapeutische Beziehungstiefe erreicht wird. Wenn die Beraterin als distanziert wahrgenommen wird und als jemand, der nicht in diese wechselseitige Dynamik mit einsteigt, dann scheitern die Verhandlungen, und die Klientin lernt, den Inhalt ihres Sich-Öffnens zu beschränken und zu überwachen. Eine Teilnehmende beschrieb das folgendermaßen: „ich war mir bewusst, dass ich in dem Zimmer saß und dass ich bewusst Dinge nicht zu ihr sagte, weil ich dachte, sie würde sie auf eine bestimmte Art interpretieren“ (Teilnehmerin 1). Es kann der Beziehung zunehmend an Ehrlichkeit mangeln und sie tendiert dann dazu, auf einer oberflächlichen oder demonstrativen Ebene abgehandelt zu werden, obwohl es Momente von Tiefe geben mag, wo die Achtsamkeit der Klientin nachlässt. In *inadäquaten* Therapiebeziehungen fühlten sich die Klientinnen von ihren Therapeutinnen typischerweise dominiert und kontrolliert oder sie empfanden ihre Unterhaltungen als im Grund oberflächlich. Unangemessene Beziehungen waren von Ärger und Frustration in Bezug auf die Therapeutin charakterisiert sowie durch ein frühes Therapieende.

Eine *tief greifend förderliche* therapeutische Beziehung erfahren

Nur sieben der 10 Teilnehmenden der Studie waren in der Lage, eine therapeutische Beziehung zu beschreiben, die sie als *tief greifend förderlich* erfahren hatten. Die Mehrheit der therapeutischen Beziehungen, an denen die Einzelnen teilgenommen hatten, waren daher nicht auf diese Art bedeutsam wahrgenommen worden (oder aktuell bedeutsam).

Es gibt signifikante Hinweise von mehr als der Hälfte derjenigen, die eine *tief greifend förderliche* therapeutische Beziehung erfahren hatten, dass sie von *Beginn an* wussten, dass sie eine spezielle Verbindung mit ihrer Therapeutin empfanden: im Extrem kann die Entscheidung, „loszulassen“, wie ein Vertrauensvorschuss empfunden werden. Zum Beispiel sagte eine der Teilnehmenden, dass „ich einfach ... entschied, dass ich vertrauen würde und ... diesen Kerl irgendwie lieben würde ... und mit den Konsequenzen leben würde“ (Teilnehmerin 1). Bei allen Teilnehmenden gab es dieses überwältigende Gefühl, dass die Klientin selbst eine Entscheidung treffen musste, sich dieser Beziehung zu überlassen und die Schutzmechanismen weg zu lassen: „als ob ich mein Misstrauen beiseite lassen könnte. Ich vermute, wenn ich mir überlege, dass ich das kann ..., ist es wie ein Gefühl von Ausdehnung, aber die Grenzen verschwinden ein klitzekleines bisschen und ich kann einfach ‚sein‘“ (A). Die Entscheidung, sich auf einer tiefen Ebene mit einer Therapeutin einzulassen, hängt vom Wechselspiel zweier Hauptfaktoren ab: *der Bereitschaft der Klientin, sich einzulassen, und der wahrgenommenen Fähigkeit/Bereitschaft der Therapeutin, sich einzulassen*. Die Bereitschaft sich einzulassen, bedeutete den entscheidenden Unterschied zwischen einer Beziehung mit Tiefe und Nicht-Tiefe: Wenn die Klientin nicht bereit, nicht willens oder nicht fähig war, sich auf eine Beziehung mit Tiefe einzulassen, oder wenn die Therapeutin als jemand wahrgenommen wurde, der nicht willens oder fähig war, dies anzubieten, dann schien sich das, was Klientinnen als hinderliche Faktoren beschrieben, „aufzuschaukeln“ – die Klientin fand Gründe, dass die Beziehung nicht funktionierte. Andererseits, wenn das Bedürfnis der Klientin, sich einzulassen, hoch war, dann beschrieb sie sich als jemand, der nach Gründen suchte, warum es funktionieren würde, und die hinderlichen Faktoren wurden „herunter-gefahren“.

Innerhalb *tief greifend förderlicher* therapeutischer Beziehungen wurde die Therapeutin eher als *real und menschlich* als in erster Linie in einer professionellen Rolle wahrgenommen: „ich meine, ich muss wissen, dass die Person wirklich eine Verbündete ist und nicht einfach so tut als ob, vermute ich.“ (I) Die Therapeutin wurde auch als jemand wahrgenommen, *der bereit ist, keine Mühe zu scheuen*, indem er sich frei und auf einzigartige Weise innerhalb der Beziehung verhielt und bereit war, einfach das zu tun, was nötig war, die Klientin zu motivieren und auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

„... es gab Zeiten, als ich über wirklich schwierige Dinge sprach und sie meine Hand hielt, und das war ... ich denke, ich stelle mir vor, dass das eine ziemlich riskante Sache für eine Beraterin ist, so etwas zu tun, da ich selbst eine Beraterin bin, wie Sie wissen, ich weiß, dass es eine riskante Sache wäre, so etwas anzubieten ... ähm ... und wissen Sie, sie ist eine solch professionelle Art von Mensch ... ähm ... ich weiß nicht, es war, ich weiß nicht, also, es war ... es ... ich hatte wirklich das Gefühl, dass sie sich um mich sorgte.“ (B)

Eine weitere therapeutische Schlüsselkompetenz war die, dass eine Therapeutin in der Lage war, für die Klientin das zu sein, was diese von ihr brauchte. In den Beziehungen, die durch Tiefe charakterisiert waren, wurden die Therapeutinnen als offen, empfänglich, anpassungsfähig und flexibel beschrieben, mit einem offensichtlich *unaufdringlichen Beratungsstil*. Im Gegensatz zu der Erfahrung des Nicht-Aufdringlichseins stand Über-Kontrolle: Eine dominierende Therapeutin scheint für ihre Klientinnen die Möglichkeit zu Tiefe zu zerstören.

Über die Hälfte der Informantinnen berichtete von einem *überdauernden Gefühl der Anwesenheit der Therapeutin* oder von einem überdauernden Gefühl von Verbundenheit mit der Therapeutin zwischen den Sitzungen. In den meisten Fällen wurde es so empfunden, dass diese bleibende Verbindung für die Klientin als *eine innere Ressource* zugänglich war, wenn sie schwierige Situationen zu meistern hatte:

„sogar wenn ich nicht bei ihr war, war es fast als ob ... wissen Sie ... sie war im Hintergrund bei mir, und wenn ich in schwierigen Situationen war, zum Beispiel erinnere ich mich, dass ich meine drei Kinder für die Ferien irgendwo in den Süden fahren musste, und dass ich wirklich ziemlich Angst davor hatte und ... ähm ... die Art, wie ich damit fertig wurde, weil ich sie ... irgendwie ... in meinen Gedanken und ... und ... ähm ... ähm ... das gab mir die Art von Anstoß, die Art von ... ähm ... wann immer ich meine Angst ansteigen spürte. Und ich diese zweiseitigen ... entlangfuhr ... tatsächlich waren es drei verschiedene Arten von zweiseitigen Fahrspuren, Sie wissen schon, wie es da unten im Süden ist, auf diesen zweiseitigen Straßen zu fahren, ... ich fand es grässlich ... aber einfach indem ich an meine Beraterin dachte, entspannte mich das ... und versetzte mich in die Lage, damit fertig zu werden.“ (F)

„Ich höre manchmal immer noch ihre Stimme, in meinem Kopf ... wissen Sie, ich denke immer noch, ‚was Jane sagen würde‘.“ (A)

Das Phänomen eines überdauernden Gefühls von Verbundenheit ist ein wesentliches Unterscheidungs- und Qualitätsmerkmal zwischen den therapeutischen Beziehungen, die zwar als *funktionierend* erlebt wurden, *aber* bei denen *etwas fehlte*, und jenen, die durch das

Vorhandensein von Beziehungstiefe charakterisiert waren. Bei Ersteren berichteten Teilnehmerinnen, dass sie sich daran erinnerten, was ihre Therapeutin während der Sitzungen gesagt hatte, wohingegen in Letzteren die Therapeutin als eine aktive, lebendige Ressource zwischen den Sitzungen wahrgenommen wurde (und dies sogar noch nach Therapieende).

Zwei der sieben Teilnehmenden, die Therapieerfahrungen mit Beziehungstiefe schilderten, berichteten, dass diese Beziehungen mit der Zeit für sie problematisch wurden, und zwar in dem Sinn, dass sie in einer *nicht hilfreichen Weise intensiv* wurden. In diesen Therapien wollten die Personen mehr von ihrer Therapeutin und nahmen die Therapeutin als jemanden wahr, der ihnen etwas vorenthielt. Diese Erfahrungen wurden mit starkem Gefühlsausdruck in Verbindung gebracht und mit einer Veränderung, was den Fokus der therapeutischen Arbeit anging, so dass die Beziehung selbst das Hauptthema der Gespräche wurde. In einem der Fälle wurde die Spannung, die innerhalb der Beziehung entstand, schließlich aufgelöst. Im anderen Fall wurde die Spannung nie ganz aufgelöst, und das ließ bei dieser Person ein Gefühl von Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie zurück.

Loslassen

In vielen der Interviews bezeichneten die Teilnehmenden das Erreichen von Beziehungstiefe als einen Prozess. Verschiedene Informantinnen beschrieben sich selbst während der Therapie als häufig „an der Grenze“ zu tiefer Verbundenheit. Bevor sich die Klientin jedoch in eine *tief greifend förderliche* Beziehung mit der Therapeutin begeben kann, so zeigt die Forschung, muss sie zuerst in der Lage sein, „loszulassen“. Obwohl es nicht immer konkret benannt wird, was „Loslassen“ ist, haben alle Teilnehmenden das überwältigende Gefühl, dass die Klientin, um Tiefe zu erreichen, die Entscheidung treffen muss, sich der Beziehung zu überlassen, die abwehrbereite Haltung aufzugeben und sich dem Vertrauen in die Therapeutin zu überlassen.

„Aber mit ihr fühlte ich ... damals ... irgendwie... eine Art von Aufgeben ... irgendwie total ... fast wie wenn ... es war mehr als wenn sonst jemand zuhört ... und einfach sagt ... oh ja, es ist in Ordnung, es ist alles gut ... es war mehr als das.“ (D)

„es ist, als ob ich meine Schutzstrategie fallen lassen kann. Ich nehme an, wenn ich so darüber nachdenke, kann ich ... es ist wie ein Gefühl der Ausdehnung, aber die Grenzen verschwinden ein klitzekleines bisschen und ich kann einfach ‚sein‘ ... mhmmh ja.“ (A)

„Fast wie wenn ich auf eine Art etwas loslassen würde, wie wenn ich ein wirklich schmerzliches Gefühl rauslassen würde ... ähm, es war eine intensive Körpererfahrung ... äh ich fühlte mich danach erleichtert. Ich fühlte mich leichter.“ (C)

Die Entscheidung

Die Entscheidung „loszulassen“, scheint vom Wechselspiel zweier Hauptfaktoren abzuhängen: „der Bereitschaft der Klientin, sich einzulassen“ und „der wahrgenommenen Fähigkeit/Bereitschaft der Therapeutin, sich einzulassen“. Es gibt allerdings deutliche Hinweise, dass diese Entscheidung sehr früh getroffen werden kann und oft bereits in der ersten Sitzung fällt, wenn die Klientin zur Überzeugung gelangt oder intuitiv erfasst, dass die Therapeutin fähig ist, sich mit ihr zu verbinden. Über die Hälfte der Teilnehmenden, die von Beziehung mit Tiefe berichteten, beschrieben, dass sie „von Anfang an wussten“, dass sie mit der Therapeutin in Verbindung waren, bis zur extremen Erfahrung, dass diese Entscheidung, „loszulassen“, wie ein Vertrauensvorschuss sein konnte.

„Es gab keinen Paulus auf dem Weg nach Damaskus ... es sei denn, es war der Beginn ... als ich mich einfach ... entschloss, dass ich vertrauen würde und ... diesen Kerl irgendwie lieben würde ... und mit den Konsequenzen leben würde.“ (E)

„Ich wusste einfach instinktiv, dass sie in der Lage sein würde, mit all dem fertig zu werden, es irgendwie schaffen würde und für mich hilfreich sein würde. Und wie ich das wusste, das weiß ich nicht ... ich weiß es nicht.“ (F)

Sicherheit finden

Die Entscheidung „loszulassen“ hat ihren Ursprung sowohl in der Bereitschaft der Klientin, sich einzulassen, als auch darin, dass die Therapeutin als jemand wahrgenommen wird, der geeignet ist. Allerdings zeigt diese Forschungsuntersuchung, dass bei Klientinnen, die nicht bereit, willens oder fähig sind, sich in eine Beziehung mit Tiefe einzulassen, die hinderlichen Faktoren „hinauf-geschaukelt“ werden – die Klientinnen scheinen dann Gründe zu finden, dass es nicht funktioniert. Andererseits, wenn das Bedürfnis der Klientin, sich einzulassen, hoch ist, scheint sie nach Gründen zu suchen, warum es funktionieren sollte. Es gibt dann ein Empfinden, dass die Klientin wünscht oder will, dass es eine Verbindung mit der Beraterin gibt und dass die Beraterin die richtige Person für ihre Bedürfnisse sein soll. Nur dann, wenn die Therapeutin etwas tut, um „die Sache zu stören“ oder diesen Glauben zu verhindern, nur dann scheitert diese Verbindung.

„Ich wollte ... ich meine, ich ging in die Therapie um ... wissen Sie ... äh ... einen guten Vater zu finden ... und ... wissen Sie ... er ... das ist, was ich suchte ... und er schloss die ... er passte irgendwie, die Situationen, in denen er kein guter Vater war, waren ... waren offensichtlich ... unzählige, aber es ist nicht klar, was er machte ... dass dies möglich wurde ... ich glaube ... es war vielmehr das ... dass ich es glauben wollte.“ (E)

„Sie war meine Mutter und sie war wie ... ich meine, ich habe keine Ahnung, wie sie war ... wissen Sie, in ihrem persönlichen Leben ... aber ich hatte sie als eine ideale Mutter ... eine ideale Großmutter.“ (G)

Es gibt zwei wesentliche und eng miteinander verwandte Charakteristika, welche die Klientin in der Therapeutin sieht, die sie befähigen, „loszulassen“; das erste Charakteristikum ist, dass die Therapeutin viel eher als real und menschlich, denn als in einer professionellen Rolle erfahren wird: die Therapeutin wird als jemand gesehen, der frei und einzigartig innerhalb der Beziehung handelt, der bereit ist, das zu tun, was immer die Klientin braucht, um sich einzulassen und ihr all das zu geben, was sie braucht.

„ja ... aber auch akzeptiert zu werden ... wirklich wohl in meiner Haut zu sein ... ich meine, ich muss wissen, dass die Person wirklich eine Verbündete ist und nicht einfach schauspielert, vermute ich.“ (J)

„ich gebe viel, aber sie gibt auch viel von sich selbst ... ohne dass sie etwas über sich selbst sagt ... aber auf eine Art ist sie bereit ... ähm ... mit mir an einen wirklich tiefen Ort zu gehen.“ (C)

„wenn ich heute zurückschaue ... gibt es ein Gleichgewicht zwischen meinem Willen und meiner Bereitschaft ... aber das könnte wahrscheinlich ... ganz unabhängig davon, wie bereit oder wie sehr ich willens bin ... sie muss ... sie muss das irgendwie zurückgeben.“ (D)

Das zweite Charakteristikum ist mit dem ersten dahingehend eng verwandt, was anscheinend nötig ist, damit die Klientin sich einlässt, und was nötig ist, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Auf Seiten der Therapeutin heißt das, in der Lage zu sein, „das zu sein, was die Klientin von der Therapeutin braucht“. In der Beziehung, die durch Tiefe charakterisiert ist, wurden die Therapeutinnen als offen, empfänglich, anpassungsfähig und flexibel beschrieben – mit einem unaufdringlichen Beratungsstil. Eine dominierende Therapeutin zerstört anscheinend für die Klientinnen die Möglichkeit zu Tiefe.

Wie die Mutter

Eines der bemerkenswertesten Ergebnisse in dieser Studie ist, dass mit Ausnahme einer der Informantinnen alle die Therapeutin als „Elternteil“ beschrieben. Über die Hälfte aller Informantinnen sagten über die Therapeutin, dass sie wie eine gute oder ideale Mutter sei. Dieses Resultat – so kann man interpretieren – entsteht aus der Beziehungsdynamik, in der beide Parteien dazu beitragen, dass die Klientin die Therapeutin als Mutter wahrnimmt. Die natürlichen Fähigkeiten und die Menschlichkeit der Beraterin leisten sehr viel,

um die Wärme, Sicherheit und die Unterstützung zur Verfügung zu stellen, die die Klientin braucht, um Sicherheit zu finden. Es scheint jedoch so, dass die Klientin ebenfalls aktiv daran beteiligt ist, die eigene Sicherheit zu gestalten. Wie oben beschrieben, gibt es Hinweise, dass die Klientin ihre eigenen Bilder, Wünsche und Fantasien bezüglich Bedürftigkeit, Erfüllung und Sicherheit in die Beziehung mitbringt, und diese werden dazu verwendet, um die Lücken zu füllen oder das Bild zu komplettieren. Wenn die Therapeutin als offen, empfänglich und anpassungsfähig wahrgenommen wird, wird die Klientin nicht daran gehindert, für sich selbst die Bedingungen optimaler Sicherheit zu finden, die ihr ermöglichen, „loszulassen“.

„... ähm, es ist nichts, was einfach von der Therapeutin kommt ... ähm, mir ist klar, dass es für mich wichtig ist, dass ich die Dinge bei der Therapeutin finde, die es mir ermöglichen, mich in Verbindung zu setzen und mich sicher zu fühlen und damit aufzuhören zu schauspielern oder damit aufzuhören, eine Rolle zu sein oder damit aufzuhören, mir Sorgen zu machen, wohin das alles führt und einfach zu sein ...“ (J)

„also ... ich glaube, ich sah in ihm ... ich sah ... ich nahm an oder sah ihn als jemanden ... sowohl sicher und geborgen ... und als ... so einhüllend wie mein ... wie mein Großvater war.“ (E)

Keine der Informantinnen verglich die Therapeutin mit der eigenen realen Mutter, mehr mit einem Bild von der Mutter, die man sich wünschte, und mit der ein tiefes Gefühl von Sicherheit, Fürsorge, geliebt, verstanden und unterstützt zu werden, einhergeht.

„Ich vermute, dies sind die Momente, die sich warm und sicher und ähm ... gehalten ... ähm ... emotional ... ähm ... ja ... ja es ist irgendwie ... fühlt sich an wie eine ...

... eine gute Mutter ist da, wissen Sie ... die liebe Mama ist da, um dich sicher und warm zu halten ... was vielleicht nur eine Fantasie ist und überhaupt nicht das, was gerade passiert ... dann.“ (J)

„... ich sehe sie als eine Art Mutterfigur ... nur dass ich in Tat und Wahrheit keine solche habe ... also ist das die ideale Art von Mutter.“ (B)

„Ich sehe sie weiterhin wie eine Mama ... die Mama, die ich gerne hätte ... und daher war es wirklich hilfreich.“ (G)

Es dreht sich alles um mich

Was zu geschehen scheint, ist, dass man in die Sicherheit und Geborgenheit in der Beziehung zu vertrauen scheint, vielleicht weil sie durch die eigenen Bilder der Klientin ergänzt wird. Sie wird als garantiert angenommen und muss nicht ständig von der Klientin überprüft werden. Weil die Klientin von allen Sorgen und Ängsten in Bezug auf die Therapeutin und die Beziehung losgelassen hat,

kann ihre Aufmerksamkeit voll auf ihre Aufgabe in der Therapie fokussiert sein – nach innen zu schauen und sich mit ihren Themen zu beschäftigen.

„Ich gebe mir selbst Platz ... es ist, als ob ich mich erweitere, denke ich, und es ist o.k., auf meinen eigenen Kram zu schauen und mir selbst diese Zeit zu geben, ... und es ist seltsam, da ist diese andere Person da draußen, aber das umfängt mich auch, den Raum ... es ist, als könnte ich meinen Schutzschild weglassen.“ (A)

„... in dem Moment, bin ich mir der Beziehung oder irgendwelcher Gedanken überhaupt nicht bewusst, weil ich einfach in der Emotion und in den Gefühlen, die mit dieser Emotion verbunden sind, gefangen bin ...“ (C)

Obwohl die Beziehung für die Therapiearbeit von vitaler Bedeutung ist, zeigen die Resultate, dass sie ziemlich eindeutig nicht Teil des Aufmerksamkeitsschwerpunkts der Klientin ist, außer wenn die Beziehung nicht gut ist oder wenn die Art der Klientin, in Beziehung zu treten, zum Fokus der therapeutischen Arbeit wird. Vielleicht, weil die Aufmerksamkeit der Klientin nach innen gerichtet ist, schildern ohne Ausnahme alle Teilnehmenden, wenn sie nach einem bezeichnenden oder bedeutungsvollen Moment intensiver Verbindung in dieser Beziehung gefragt werden, dann einen Moment der Selbsterkenntnis. Die Teilnehmenden erfuhren die Therapeutin als jemanden, der die Tiefe der Verbindung zu ihren eigenen Themen förderte. Wie es eine Teilnehmende beschrieb: „ich würde sagen, dass die Beziehung, die wir hatten, von vitaler Bedeutung dafür war, was geschah. Wenn wir diese nicht gehabt hätten, wäre es ein Rohrkrepierer gewesen.“ (D)

Tiefe Verbundenheit

Es gibt deutliche Aufschlüsse, dass die Klientin in dieser Beziehung tiefe Zustände von „flow“ erreicht; es gibt Hinweise, dass die Klientin einen veränderten Bewusstseinszustand bezüglich Zeit, Realität und der Grenzen des Selbst erleben kann, und weiters ein Gefühl, in den eigenen Themen aufzugehen, sowie auch das Bewusstsein, auf einer „anderen“ Ebene mit der Therapeutin zu kommunizieren. Von allen Informantinnen wurde diese Art von Erfahrung als schwer in Worte zu fassen beschrieben. Obwohl die Beziehung und die Therapeutin nicht mehr Teil des bewussten Fokus der Klientin sind, sobald die Klientin Tiefe erreicht hat, bedeutet dies nicht, dass die Therapeutin nicht Teil davon wäre, was sich für die Klientin – in weiterer Folge – ereignet. Informantinnen zeigten durch nahe und spezifische Fragen entlang der erlebten Grenzlinien ihrer eigenen Existenz in diesem Zustand von „flow“ eine sehr tiefe Verbindung zur Therapeutin und ein Bewusstsein über deren Präsenz.

„Wenn Sie sagen, dass ich eigentlich meine ... dass wir die beiden einzigen Menschen in der Welt waren ... dass wir einfach zusammen eingeschlossen waren ... und dass sie für mich da war ... und ... da ... war ... *niemand anderer* da ... ich war total in diese kleine Welt mit ihr versunken ... also ... also ... alles andere ... nichts anderes geschah sonst ... da waren nur ich und sie ... im Zimmer.“ (G)

„es ist schwierig zu beschreiben. ... ich kann diese andere Person sehen, ... aber es gibt ein Gefühl von Unterstützung, das durch alles hindurch geht. ... es ist nicht wie Reden zum Beispiel ... so ist es nicht ... Sie sind dort und ich bin hier. Wir sind beide zusammen' *da* ... ähm ... ja, mehr fällt mir dazu nicht ein.“ (A)

„... ja, es muss wie ein Fließen von ... von ähm ... Verbundenheit ... ein Fließen von ihrem Gefühl und meinem Gefühl ... tatsächlich gibt es nicht viel Unterschied. Irgendwie gibt es ein Verstehen.“ (D)

„... fast wie wenn die Grenzen wegschmelzen würden ... und ... ähm ... man redet miteinander ... miteinander ... ähm ... auf einer anderen Ebene.“ (F)

Dieses Gefühl von Bewusstheit, welches die Klientin von der Gegenwart der Therapeutin hat, während sie auf ihre eigenen Themen konzentriert ist, scheint über die Zeit hinweg noch eine weitere Dimension zu haben. Über die Hälfte der Informantinnen berichteten von einem dauerhaften Empfinden der Gegenwart der Therapeutin oder von einem dauerhaften Gefühl von der Verbindung zur Therapeutin zwischen den Sitzungen. In den meisten Fällen wurde dieses dauerhafte Gefühl von Verbindung als eine innere Ressource der Klientin empfunden, zu der sie Zugang hatte, wenn sie mit schwierigen Situationen konfrontiert war. Vor allem ist diese Beziehung von Tiefe anscheinend durch Ehrlichkeit und Verstehen charakterisiert; die Beziehung wurde von allen, die sie erfuhren, als einzigartig wahrgenommen und als etwas, das einen das Leben erweiternden intrinsischen Wert hat, der weit über den offensichtlich funktionalen und unmittelbaren therapeutischen Wert hinaus reicht.

Diskussion

Es ist wichtig, die Grenzen dieser Studie zu sehen. Sie wurde mit einer relativ kleinen Stichprobe durchgeführt, die aus einer kulturell homogenen Gruppe von Menschen im Osten von Schottland gezogen worden war. Verschiedene Stichproben von Klientinnen hätten wahrscheinlich eine weitere Zahl von Geschichten der Erfahrungen mit therapeutischer Beziehung ergeben. Die Strategie, Studienteilnehmerinnen zu rekrutieren, die mehrere Erfahrungen mit Therapie gemacht hatten, und diese einzuladen, die Geschichte ihrer Therapieerfahrungen in Form einer Zeitlinie darzustellen, erwies sich als

eine effektive Methode, um bedeutsame oder optimale Therapiebeziehungen zu identifizieren, die die Person festmachen konnte, indem sie sie mit weniger effektiven Therapieerfahrungen verglich. Diese Methode war vergleichbar mit dem Ansatz, den Geller, Norcross & Orlinsky (2005) gewählt hatten, um reichhaltige Berichte über Therapieerfahrungen von einer Gruppe prominenter Exponenten der Therapieszene zu erhalten (Dryden, 2005; Geller, 2005; Hill, 2005). Dass Therapiepraktiker sich von Nicht-Therapiepraktikern unterscheiden könnten, was ihre Gründe angeht, sich auf eine Therapie einzulassen, und was die Art ihrer Aktivität im Therapieraum betrifft, ist ebenfalls durchaus wahrscheinlich. Daher ist es vielleicht am besten, die vorliegende Studie als eine heuristische, erste Erforschung von Klientinnen-Erfahrungen zu Beziehungstiefe anzusehen. Es ist klar, dass es dazu mehr Forschung braucht und dass es darüber noch viel herauszufinden gibt.

Der zentrale Beitrag dieser Studie liegt in einem ersten Skizzieren der Natur tiefer therapeutischer Beziehungen aus der Sicht der Klientinnen.

Es gibt einige Themen in dieser Analyse, die die Ergebnisse früherer Studien bestätigen und unterstreichen, in denen man Klientinnen aufgefordert hatte, über die Erfahrungen mit ihrer Beziehung zu Therapeutinnen zu reflektieren.

Die Resultate der vorliegenden Studie unterscheiden sich in signifikanter Weise von den Resultaten der Forschung und der Theorie von Cooper (2005) und Mearns & Cooper (2005) zu Beziehungstiefe aus der Perspektive der Therapeutinnen. Wahrnehmungen von Gegenseitigkeit und Symmetrie sowie die Beschreibungen des Zustandes von „Ich-Du“-Kontakt sind in den Arbeiten von Mearns & Cooper (2005) und Cooper (2005) durchgängig zu finden und sind in ihrer Arbeitsdefinition zu Beziehungstiefe eingeschlossen: „ein Zustand von tiefem Kontakt und diesem Engagement zwischen zwei Menschen, wobei jede Person vollkommen real mit dem Anderen ist und fähig ist, die Erfahrungen des Anderen in einem hohen Maß zu verstehen und wertzuschätzen.“ (Mearns & Cooper, 2005, S. xii). Im Gegensatz dazu fand sich in den gesammelten Berichten der Klientinnen-Erfahrungen zu Beziehungstiefe der vorliegenden Studie kein starker Beweis von „Wechselseitigkeit“ oder „Symmetrie“. Es gab auch keinen Hinweis, dass die Klientin die Gefühle oder die Bewusstseinszustände der Beraterin *tief greifend* erkennen würde (Cooper 2005). Die Art der Befunde scheinen mit denen von Bachelor (1995), Bedi (2005b) und Lillien-gren (2005) übereinzustimmen, die herausfanden, dass die Beziehung für die Klientinnen keinen Interessenschwerpunkt bildete, sondern als eine „Anwesenheit im Hintergrund“ erfahren wurde, ausgenommen wenn, wie Rennie (1990) ausführt, die Beziehung keine gute ist. Rennie zeigt, dass die Aufmerksamkeit der Klientinnen auf die Beziehung gelenkt wird, wenn die therapeutische Beziehung nicht gut ist; andererseits kann die Klientin, wenn die Beziehung gut ist, sich voll auf sich selbst und ihre eigenen Themen konzentrieren.

In einiger Hinsicht können die Beschreibungen von Tiefe, wie wir sie von Informantinnen in der vorliegenden Studie erhielten, am besten folgendermaßen interpretiert werden: Sie umfassen Zustände von Versunkenheit oder „flow“, die von den Klientinnen erreicht werden. Csikszentmihalyi (1992) hat eine Theorie des „flow“ formuliert, worin er einen „Zustand des Seins“ beschreibt, der mit einem vollständigen Versunkensein in der gegenwärtigen Aufgabe assoziiert wird; „das Bewusstsein über sich selbst verschwindet und das Zeitgefühl wird verzerrt“ (S. 71). Solche Bedingungen werden als hochgradig angenehm, befriedigend, bedeutungsvoll und erinnerungswürdig erfahren. „Flow“ wird in der Forschung von Geller & Greenberg (2002) „Präsenz“ genannt, wird von Grafanaki & McLeod (2002) in deren Studie über Klientinnen- und Therapeutinnenkongruenz erwähnt und wird von Cooper (2005) verwendet, um Beziehungstiefe als „co-flow“ zu beschreiben. Cooper (2005) betonte in seiner Bezugnahme auf „flow“, dass diese Art von Erfahrung nicht auf die therapeutische Begegnung beschränkt ist und nicht einmal auf zwischenmenschliches Bezogensein. Schmid (2002) stellt in seinen Ausführungen zur therapeutischen Begegnung ebenfalls fest, dass „der eigentliche Kern der Begegnung derselbe für Personen wie der für andere Realitäten“ ist (S. 195). Athleten erfahren es als „in der Zone“ sein. Hepburn (1984) spricht von „Wunder“, eine Art von Verbundensein mit der Natur und der Ästhetik, die ihre Wurzeln in Ehrfurcht, Respekt und der Anerkennung des intrinsischen Werts dessen hat, dem man begegnet. Diese Art von Erfahrung kann man in verschiedenen Gebieten menschlicher Aktivität wiederfinden, und die gegenwärtige Forschung zeigt, dass sie in der Dynamik der therapeutischen Begegnung ein spezifisches Muster aufweist.

Es erscheint daher klar, dass das, was in einer therapeutischen Sitzung geschieht, nicht für beide Seiten symmetrisch sein muss, damit man Beziehungstiefe erfahren kann. Schmid (2002) stellt fest: „für eine Begegnung muss eine Beziehung nicht wechselseitig sein“ (S. 195). Obwohl sich daher die Resultate dieser Studie von den Studienresultaten Coopers in der Beschreibung von Tiefe unterscheiden, gibt es bedeutsame Ähnlichkeiten darin, dass jede Stichprobengruppe eine sehr reale Tiefe der Erfahrung bei der eigenen „therapeutischen Aufgabe“ erreicht. Daher wird eine Synthese der Resultate der vorliegenden Studie und der von Cooper (2005) möglich, wenn wir das Konzept von „flow“ verwenden: Beziehungstiefe kann vielleicht als ein Moment von „flow“ beschrieben werden, der von der Beraterin als „wechselseitig“ erlebt wird, weil die Verbindung mit der Klientin der erlebte Kontext dieses Phänomens ist. Das heißt, die Beziehung wird der interpretative Rahmen, um die Erfahrung zu beschreiben, weil die Beraterin mit erhöhter Aktivität external (auf die Klientin) fokussiert ist. Andererseits ist die Klientin internal fokussiert, und obwohl es vorkommen kann, dass die Beraterin und die Klientin beide in einer Art „flow“ „in Resonanz sind“, kann die Klientin diese optimale Erfahrung aus ihrem eigenen Blickwinkel und Schwerpunkt heraus interpretieren und es eher in Begriffen von „Erkenntnis über sich selbst“ beschreiben

als in Begriffen der Beziehung. Eine interessante Forschungsperspektive könnte sein, wie „Präsenz“ (Geller, 2002) „flow“ (Csikszentmihalyi, 1992) und „Resonanz“ (Larson, 1987) bei Beziehungstiefe interagieren, um den therapeutischen Prozess zu fördern.

Ein weiteres Mittel, den Unterschied zwischen den Erfahrungen der Klientin und der Therapeutin zu Beziehungstiefe zu verstehen, verlangt, den sozialen Kontext der Beziehung in Betracht zu ziehen. Für die Therapeutin spielt sich eine Beziehung mit einer Klientin im Wesentlichen innerhalb der Therapiestunde ab. Für eine Klientin andererseits bedeutet die Absicht, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen, im Alltag eine Veränderung zu erreichen. Die Theorie über „aktive Klientinnen“, wie sie von Bohart & Tallman (1999) vertreten wird, erinnert uns daran, dass die Klientin das, was in der Therapie angeboten wird, selektiv für ihre eigenen Zwecke adaptiert und anwendet. Und dies manchmal auf unerwartete Weise. In der vorliegenden Studie gelang es jenen, die mit ihren Therapeutinnen eine tief förderliche Beziehung erlebten, die Präsenz der Therapeutin als eine dauerhafte, aktive therapeutische Ressource auch außerhalb der Therapiestunde aufrechtzuerhalten.

Die dauerhafte Tiefe von Verbindung, die sogar dann anhält, wenn die Therapeutin physisch abwesend ist, stimmt mit der Formulierung von Mearns & Cooper (2005) zu Beziehungstiefe überein. Dieses Phänomen – was die Rolle der „internalen Repräsentation“ von Klientinnen bezüglich ihrer Therapeutinnen betrifft – wurde auch bei Lilliengren (2005) festgestellt und findet sich in den Forschungsergebnissen, die Knox et al. (1999) durchführten, sowie bei Wzontek, Geller & Farber (1995). Wie in der vorliegenden Studie, gelangten auch diese früheren Untersuchungen zu der Erkenntnis, dass Klientinnen Bilder ihrer Therapeutinnen verwenden, „um selbstreflektierte Prozesse fortzusetzen ... und als eine Art imaginären Gefährten, mit dem sie privat sprechen können“ (Knox et al, 1999, S. 250). Dieser Befund stimmt auch mit den Resultaten von Levitt et al. (2006) überein, was die fortlaufende Bedeutung für Klientinnen angeht, zu glauben, dass ihre Therapeutin ihnen gegenüber *Fürsorge zeigte*.

Diese Fähigkeit, die Therapeutin als eine lebendige Ressource außerhalb der Sitzung aufrechtzuerhalten, stellt einen wesentlichen Unterschied zwischen den therapeutischen Beziehungen dar, die als *funktionierend, aber etwas fehlt* erlebt worden waren, und denjenigen, die die Anwesenheit von Beziehungstiefe charakterisierte. Daher kann man es so sehen, dass die Fähigkeit, die Therapeutin als eine aktive Ressource innerlich bei sich zu haben, mit der Fähigkeit der Klientin zusammenhängt, sich in den Prozess einzulassen, die eigene Sicherheit aktiv zu gestalten, indem sie in mancher Hinsicht ihre eigene Therapeutin schafft. Indem sie ihre eigenen Bilder von Sicherheit in die Beziehung mitbringt, scheint die „aktive Klientin“ (Bohart & Tallman, 1999) in der Lage, sich genau die Person zu schaffen, die sie zu diesem Zeitpunkt braucht. Es ist besonders bemerkenswert, wie häufig das Bild der „idealen Mutter“ in der Forschung auftaucht. Dieses Resultat bestätigt die Resultate

einer Studie, die von Stuhr & Wachholz (2001) durchgeführt wurde, in der Klientinnen in einer 12-Jahres-follow-up-Studie über ihre Gefühle zu den Therapeutinnen befragt wurden, sowie auch die Studie von Bachelor (1995), in der „nährend“ als ein Kernthema in den Beschreibungen der Klientinnen über ihre Therapeutinnen auftauchte. Lilliengren (2005) fand ebenfalls dieses „erwünschte“ gute Mutterbild. In der gegenwärtigen Forschung werden sowohl Patientin als auch Therapeutin als an der Konstruktion dieses Bildes beteiligt gesehen.

Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen einige Ähnlichkeiten mit den Forschungsbefunden, die von Grafanaki & McLeod (2002) erhoben wurden, und zwar darin, dass es Hinweise auf eine unausgesprochene Dynamik gibt, in der die Handlungen der Klientin davon abhängen, wie die Therapeutin wahrgenommen wird, und wie die Reaktionen der Therapeutin auf die Klientin und ihre Eröffnungen wahrgenommen werden. Aus der gegenwärtigen Forschung geht klar hervor, dass für die Klientin etwas erforderlich ist, das weit über die grundlegenden Beziehungskompetenzen hinausgeht, um Beziehungstiefe zu erreichen. In den Beziehungen, in denen Tiefe erreicht wurde, wurden die Therapeutinnen als offen, anpassungsfähig und flexibel wahrgenommen. Diese Befunde legen nahe, dass in Beziehungen, die von Beziehungstiefe charakterisiert sind, die Therapeutinnen in der Lage waren, der aktiven Suche der Klientinnen nach Sicherheit gerecht zu werden oder sich dieser zumindest „nicht in den Weg zu stellen“. Diese Therapeutinnen wurden auch als „echt oder real“ wahrgenommen. Dieser Befund bestätigt Hinweise bei Bedi (2005a; 2005b) und Lietaer (1992), was Mearns' (2005) Position verifiziert, dass, wenn die Therapeutin als „real“ wahrgenommen wird statt in ihrer Berufsrolle, dies ein Hauptfaktor dafür ist, dass Beziehungstiefe stattfinden kann. Es entstand auch der Eindruck, dass Klientinnen die Fähigkeit ihrer Therapeutin, „real“ zu sein, evaluierten (siehe Wrad, 2005) und mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Therapie beendeten, wenn die Therapeutin den Test nicht bestand.

Obwohl Liebe kein Konzept war, das mit irgendeiner Signifikanz aus den Untersuchungsbefunden aufgetaucht wäre, wurde sie doch immerhin von zwei Antwortenden erwähnt, deren Erfahrungen mit Beziehungstiefe schließlich problematisch wurden. In beiden Fällen war die Klientin nicht in der Lage, die Beschränkungen zu akzeptieren, die durch die professionelle Natur der Beziehung

gegeben war. Die Therapeutin wurde als Person erfahren, die beziehungsweise auf sehr positive Art verfügbar war, aber auch als jemand, der etwas vorenthielt. Diese Beziehungen wurden durch Gefühlsextreme charakterisiert, beide Antwortenden drückten Liebe und Ärger aus. Es ist schwierig, in diesen beiden Fällen zu wissen, ob die Therapeutin von der Klientin als nicht willens erfahren wurde, die Beziehungstiefe zuzulassen, die die Klientin suchte und brauchte, oder ob diese Therapeutinnen tatsächlich eine intensive Tiefe des Kontakts anboten, die dann verwirrte und chaotische Gefühle in Klientinnen auslöste. Die Befunde, dass die Intensität der Verbundenheit in der unausgesprochenen Beziehung von Klientinnen als nicht hilfreich erfahren werden kann, ist etwas, das in der Praxis oder in den theoretischen Konstruktionen über Beziehung nicht immer sichtbar ist. Ähnliche Befunde machte Lott (2004) sichtbar, dessen Studie 274 weibliche Teilnehmer umfasste. Ihre Ergebnisse deckten etwas auf, was auf Klientinnen-„Liebesaffären“ mit ihren Therapeuten hinauslief und das Ausmaß von Verwirrung beleuchtete, das für Klientinnen rund um Tiefe und intensive Gefühle innerhalb der Therapie vorhanden sein kann. Sie beschreibt diesen Typ von Beziehung als echt, aber als eine *Annäherung* an Liebe, eine Beziehung „die zwischen der Alltagsrealität und dem Symbolischen balanciert“ (S. 9). Diese Befunde scheinen nahe zu legen, dass Beziehungstiefe nicht immer das uneingeschränkt „Gute“ darstellt. Weitere Forschung könnte die Faktoren erkunden, die mit dieser Form von Über-Engagement zusammenhängen.

Zusammengefasst können die Resultate dieser explorativen Studie in zwei Bereichen Implikationen für die Praxis haben. Erstens dienen sie dazu, Praktikerinnen daran zu erinnern, dass Klientinnen ziemlich andere Wahrnehmungen darüber haben können, was in der therapeutischen Beziehung geschieht, als sie selbst: Der Blickwinkel der Klientinnen basiert auf einem anderen Set von Zielen. Zweitens: Obwohl Theorie und Forschung zum therapeutischen Bündnis immens wertvoll sind, liefern sie keinen genügenden Rahmen, um verstehen zu können, was geschieht, wenn eine Klientin dazu bereit wird, „loszulassen“ und eine Beziehung mit gewisser Tiefe herzustellen. Nicht alle Klientinnen suchen nach Beziehungstiefe. Aber als Therapeutinnen müssen wir verstehen, wie man Tiefe in einer Beziehung wachsen lassen kann, und wie man Klientinnen nicht enttäuscht, die sie suchen, und wie man effektiv damit umgeht, wenn sie blüht.

Literatur

- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 323–337.
- Bedi, R., Davis, M. & Avary, J. (2005a). The client's perspective on forming a counselling alliance and implications for research and counselling training. *Canadian Journal of Counselling, 39*(2), 71–85.
- Bedi, R. P., Davis, M. D. & Williams, M. (2005b). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 311–323.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: the process of active self-healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252–260.
- Clarkson, P. (1990). A multiplicity of psychotherapeutic relationships. *British Journal of Psychotherapy, 7*(2), 148–63.
- Cooper, M. (2004). Towards a relationally-orientated approach to therapy: empirical support and analysis. *British Journal of Guidance and Counselling, 32*, 451–460.
- Cooper, M. (2005). Therapists' experiences of relational depth: A qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research, 5*, 87–95.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *Flow: the psychology of happiness*. London: Rider.
- Dryden, W. (2005). The personal therapy experiences of a rational emotive-behavior therapist. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives* (pp. 98–113). New York: Oxford University Press.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 503–528). New York: Guilford Press.
- Geller, S. & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 1*(1&2), 71–86.
- Geller, J. D. (2005). My experiences as a patient in five psychoanalytic psychotherapies. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. (pp. 81–97). New York: Oxford University Press.
- Geller, J. D., Norcross, J. C. & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155–244.
- Gladwell, M. (2005). *Blink: the power of thinking without thinking*. New York: Little Brown.
- Grafanaki, S. & McLeod, J. (2001). Experiential congruence: Qualitative analysis of client and counsellor narrative accounts of significant events in time-limited person-centred therapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 2*, 20–32.
- Hepburn, R. W. (1984). *Wonder and other essays*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Hill, C. E. (2005). The role of individual and marital therapy in my development. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives*. (pp. 129–144). New York: Oxford University Press.
- Knoz, S., Goldberg, J. L., Woodhouse, S. S. & Hill, C. E. (1999). Clients' internal representations of their therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 244–256.
- Larson, V. (1987). An exploration of psychotherapeutic resonance. *Psychotherapy, 24*(3), 321–324.
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 314–324.
- Lietaer, G. (1992). Helping and hindering processes in client-centred/experiential psychotherapy: A content analysis of client and therapist postsession perceptions. In S. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: paradigmatic and narrative perspectives*. (pp. 134–162). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lott, D. (2000). *In session: the bond between women and their therapists*. New York: Freeman.
- Martin, D., Garske, J. & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438–450.
- Mearns, D. (1996). Working at relational depth with clients in person-centred therapy. *Counselling, 7*, 307–311.
- Mearns, D. (2003). *Developing person-centred counselling* (2nd ed.). London: Sage.
- Mearns, D. & Cooper, M. (2005). *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Rennie, D. (1990). Towards a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, Rombauts, J. & Van Balen, R. (Eds.), *Client-centred and experiential therapy in the nineties*. (pp. 155–172). Leuven: Leuven University Press.
- Rennie, D. L., Phillips, J. R. & Quartaro, J. K. (1988). Grounded theory: a promising approach for conceptualization in psychology? *Canadian Psychology, 29*, 139–150.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103.
- Schmid, P. (2002). Presence: Im-media-te co-experiencing and co-responding. Phenomenological, dialogical and ethical perspectives on contact and perception in person-centred therapy and beyond. In G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Roger's therapeutic conditions: Contact and perception* (Vol. 4). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Schmid, P. F. (2001). Authenticity: the person as his or her own author. Dialogical and ethical perspectives on therapy as an encounter relationship. And beyond. In G. Wyatt (Ed.), *Congruence* (pp. 217–232). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stuhr, U. & Wachholz, S. (2001). In search for a psychoanalytic research strategy: the concept of ideal types. In J. Frommer & D. Rennie (Eds.), *Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology* (pp. 152–168). Lengerich: Pabst.
- Ward, E. C. (2005). Keeping it real: a grounded theory study of African American clients engaged in counseling at a community mental health agency. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 471–481.
- Wzontek, N., Geller, J. D. & Farber, B. A. (1995). Patients' posttermination representations of their psychotherapists. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 23*, 395–410.

Autoren:

John McLeod, Professor für Beratung an der University of Abertay Dundee, personzentrierter Berater; Autor u. a. von „Narrative and Psychotherapy“ (1997), „Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy“ (2001), Mitherausgeber von „The Handbook of Narrative and Psychotherapy“ (2004); Schwerpunkt: die soziale Bedeutung von Beratung und Psychotherapie.

Maria McMillan, personzentrierte/integrative Beraterin, Teilnehmerin am Graduate Certificate programme an der University of Abertay Dundee.

Korrespondenzadresse:

John McLeod
Tayside Institute for Health Studies
University of Abertay Dundee
Bell St, Dundee DD1 1HG
Scotland
E-Mail: j.mcleod@abertay.ac.uk

Margot Klein & Mark Galliker

Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fragestellung

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

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

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

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

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

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

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

Methode

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

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

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

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

K.: Ja, das stimmt.

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

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

Der Dreischritt

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

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

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

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

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

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

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

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

Selektion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sequenzen von Dreischritten

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

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

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

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

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

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

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

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

Arten der Zustimmung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Themenwechsel

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

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

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

Test des Protokolltextes

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

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

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

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

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

Quantifizierung

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

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

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

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

Verbale Übereinstimmung

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

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

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

K.: Genau (...).

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

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

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

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

Ausrichtungen

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

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

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

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

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

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

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

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

Auszählung

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

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

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

Vergleiche

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

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

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

Ergebnisse

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

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

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

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

Diskussion

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

Sinnverständigung

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

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

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

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

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

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

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

Paralinguales Verhalten

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

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

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

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

K.: Wirklich nicht? Wie meinen Sie das?

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

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

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

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

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

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

Nonverbales Verhalten

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

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

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

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

Implikationen für die Praxis

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

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

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

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

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

Literatur

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

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

Autoren:

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

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

Korrespondenzadressen:

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

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

Interview mit Anna Auckenthaler

anlässlich 50 Jahre „Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“¹

geführt von Diether Höger (D. H.) am 20. 2. 2007 in Berlin

D. H.: Vor genau 50 Jahren ist der viel zitierte und berühmte Artikel von Rogers erschienen, der eine wesentliche Grundlage für das Personenzentrierte Konzept bildete. Das gibt Anlass zum Rückblick und zu der Frage, was inzwischen daraus geworden ist.

A. A.: Da fällt mir natürlich ein, dass die „Prinzipien“ von Rogers inzwischen als allgegenwärtig gelten, und dass es heißt – ich glaube, es steht in dem Buch von Miller und anderen² –, der Artikel habe die Psychotherapieforschung und die klinische Praxis für immer verändert, also der Artikel sei bahnbrechend gewesen, und seither sei nichts mehr wie vorher. Und man könnte auch sagen, dass tatsächlich in den meisten therapeutischen Ansätzen bestimmte Begriffe, die aus diesem Artikel stammen, eine große Rolle spielen. Aber ich frage mich immer, ob wirklich die Wirkannahmen präsent sind oder ob es nur diese Begriffe sind. In letzter Zeit mehren sich die Hinweise darauf, dass die Kernkonzepte von Rogers trivialisiert worden sind und dass das, was noch vorhanden ist, meistens nur eine abgespeckte Variante ist.

D. H.: Du hast gesagt, „trivialisiert worden sind“. Dazu fällt mir ein, dass man bei Therapeuten anderer Richtungen ein müdes Lächeln erntet, wenn man über diese Begriffe spricht, und dass das wohl etwas mit dem Trivialverständnis zu tun hat.

A. A.: Nein, ich glaube, es ist sogar eher umgekehrt. Ich glaube, dass man dann, wenn man sich bereit erklärt, diese Trivialisierung mitzumachen, und ebenfalls nur von „Therapeutenvariablen“ spricht, inzwischen eher so etwas erntet wie „Das wissen wir natürlich, dass Therapie ohne das nicht geht, das wollen wir ja alle“. Aber ich denke, wenn man diese Trivialisierung *nicht* mitmacht, sondern das *Ganze* haben will, *dann* kommt dieses milde Lächeln. Wobei manche auch die drei „Variablen“ für das Ganze halten. Ich habe das in jüngster Zeit wieder mit zwei Kollegen erlebt, die voll und ganz überzeugt davon sind, dass Gesprächspsychotherapie (GPT) aus drei „Variablen“ besteht.

D. H.: Das ist ja auch eine Form der Trivialisierung, denn es werden zumeist nur „Empathie, Akzeptanz, Echtheit“ verbreitet, obwohl es eigentlich ja sechs Bedingungen sind, von denen vielleicht die erste, nämlich das Bestehen eines Kontaktes zwischen Therapeut und Klient, trivial sein mag. Gut, schön. Aber dann geht es schon los mit der – im Original – zweiten Bedingung, der Inkongruenz seitens des Klienten als Hintergrund seiner Problematik, die als Hinweis auf die Indikation anzusehen ist. Und vor allem fehlt die sechste Bedingung, wobei mich immer wieder erschüttert, dass sie selbst in Kreisen von Gesprächspsychotherapeuten vergessen worden ist, nämlich, dass beim Klienten das bedingungsfreie Akzeptieren und empathische Verstehen des Therapeuten „ankommen“ muss.

A. A.: Genau! Und das konnte ich von dem Zeitpunkt an überhaupt nicht mehr nachvollziehen, seit im *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* von Garfield und Bergin immer wieder betont wird, dass sich die Qualität der therapeutischen Beziehung, wahrgenommen aus der Perspektive des Klienten, als der beste Prädiktor für den Therapieerfolg erwiesen hat. Das steht, ich glaube seit 1978, in jeder Auflage genau so drin. Und die meisten Gesprächspsychotherapeuten waren nicht fähig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir genau das in unserem therapeutischen Ansatz haben, dass es dort sogar das Zentrale ist.

D. H.: Wobei ich auch den Eindruck habe, dass viele Therapeuten, nicht die der klientenzentrierten Richtung (vielleicht die auch?), gar nicht richtig wissen, was Beziehung ist.

A. A.: Das ist anzunehmen. Das hat sicher mit dem Variablendenken zu tun. Jedenfalls kriege ich in der akademischen Welt mit, dass immer alles, was auch nur in Richtung Interaktion geht, wieder zergliedert werden muss. Und in dem Moment, in dem ein Psychologe oder ein Therapeut ins Spiel kommt, ist auch ganz klar, dass er die unabhängige Variable sein muss und dass alles andere nur die Reaktion ist auf das, was wir machen.

D. H.: Nur so passt es in die geläufigen Forschungsmethoden.

A. A.: Ja, das wird häufig überhaupt nicht gesehen, wie sehr die Forschungsmethodik die Entwicklung der Psychotherapie bestimmt.

D. H.: Wo die gängige Forschungsmethodik bestimmt hat, was dann als anerkannte Therapiemethode seinen Niederschlag gefunden hat. Und dass Beziehung – dafür lassen sich Beispiele finden –

1 Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. [Deutsch (1991): Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid, *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis*. (S. 165–184). Mainz: Matthias Grünewald Verlag].

2 Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.

verwechselt wird mit „Einstellung“. Und nach dem Klienten als einem am therapeutischen Prozess maßgeblich beteiligten Individuum wird dann gar nicht gefragt.

A. A.: Ja, genau. Aber immerhin gibt es in den letzten Jahren wieder relativ viel Literatur, die den Klienten als den eigentlichen „Helden“ der Therapie herausstellt und damit betont, dass es in der Psychotherapie vor allem auf den Klienten ankommt. Das wird allerdings innerhalb der akademischen Psychologie nicht aufgegriffen. Und es wird natürlich auch im Versorgungskontext nicht aufgegriffen, weil es da auch nicht hinpasst. Denn da sind wir ja bei der Behandlung von Störungen oder bei der Versorgung von Störungen – das ist auch so ein schöner Begriff! Was soll da Beziehung?

D. H.: Wenn es das Ziel ist, einen Übelstand zu beseitigen, wird die Person nur noch zum Träger des Übelstandes.

A. A.: Also da heißt es „Versorgung von ...“, und dann kommt eine Störung. Und die meisten haben sich auch schon daran gewöhnt zu sagen: „Wir behandeln bzw. wir beseitigen Störungen“. Und das ist es, wenn ich nochmals zurück auf deine Ausgangsfrage komme, was aus den Inhalten dieses Artikels geworden ist. Mich interessiert derzeit weniger, was aus den dort beschriebenen Bedingungen geworden ist. Mich interessiert inzwischen viel mehr, und das ist meiner Meinung nach ein ganz wichtiger Punkt: Was ist aus dem Psychotherapieverständnis geworden, das in diesem Artikel enthalten ist? Da geht es ja um Persönlichkeitsentwicklung – oder heute würde man vielleicht lieber von Selbstentwicklung sprechen. Aber so wird heute Psychotherapie nicht mehr verstanden.

D. H.: Vielleicht hat das etwas mit der Medikalisierung der Psychotherapie zu tun, über die du ja einiges geschrieben hast. Medikalisierung heißt Beseitigung von Krankheiten, und wenn ich Krankheiten beseitige und dafür von Krankenkassen bezahlt werde – und Krankenkassen sind dazu da, um die Beseitigung von Krankheiten zu bezahlen –, dann spielt die Person eigentlich keine Rolle mehr.

A. A.: Aber ich finde, es wäre dann einfach gut, wenn man sagen würde, o. k., es gibt bestimmte Psychotherapien, die von den Krankenkassen finanziert werden, und es gibt noch Psychotherapie darüber hinaus. Es ist aber anders gelaufen. Es ist z. B. in Deutschland nur noch das Psychotherapie, was von den Kassen finanziert wird. Und das Makabre daran ist, dass dort ein Ansatz mit enthalten ist, der eigentlich immer stolz darauf war, *keine* Psychotherapie zu sein, also wenn man daran denkt, dass Eysenck ja die Verhaltenstherapie als *Alternative* zur Psychotherapie einführen wollte. Und jetzt gilt die Verhaltenstherapie als ein psychotherapeutisches Verfahren, aber jene Psychotherapie, die bei Rogers vorgesehen war oder – zumindest ansatzweise – auch noch in der Strotzka-Definition³, dass

es eben nicht nur um die Beseitigung von Störungen geht, sondern *auch* um die Entwicklung der Persönlichkeit oder um Verhaltensänderung, das ist nicht mehr vorgesehen. Und das wird, wenn wir über diesen Artikel reden, viel zu wenig bedacht, finde ich.

D. H.: Es gibt ja bei uns in Deutschland Stimmen, nach denen das Problem mit der Anerkennung der GPT nicht bestünde, wenn die Krankenkassen Psychotherapie nicht bezahlen würden – was natürlich sozialpolitisch ketzerisch ist.

A. A.: Ja, kann sein.

D. H.: Rogers hat für seine Arbeit seinerzeit viel Kritik geerntet, aber auch Anerkennung erfahren. So wurde er 1954 für die Amtszeit 1956/57 zum Präsidenten der APA (American Psychological Association) gewählt, der repräsentativen wissenschaftlichen Vereinigung der Psychologen in den Vereinigten Staaten von Amerika. Und die hat ihm auch 1956 zusammen mit Kenneth W. Spence und Wolfgang Köhler den erstmals vergebenen „Distinguished Scientific Contribution Award“ (Preis für herausragende wissenschaftliche Leistungen) verliehen. Inzwischen werden die von Rogers in seinem Artikel formulierten Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie – wie wir gerade besprochen haben – von so gut wie allen anderen Richtungen der Psychotherapie als notwendig anerkannt. Entschieden bestritten wird jedoch, dass sie auch hinreichend seien. Da könnte man fragen, ob Rogers mit dieser seiner Behauptung nicht zu weit vorgeprescht ist?

A. A.: Ja. Also ich denke, in *vielerlei* Hinsicht ist er mit dieser Behauptung zu weit vorgeprescht. Das ist etwas, was mich zur Zeit sehr beschäftigt. Ich würde sagen, er hat viele Spielregeln verletzt, die es im akademischen Bereich gibt. Also ich glaube, der Anspruch, zu sagen, ich stelle jetzt die sechs Bedingungen auf, die in jeder Therapie notwendig sind, also ganz jenseits irgendeiner bestimmten therapeutischen Schule ...

D. H.: Er wollte ja eine allgemeine Theorie der Psychotherapie formulieren ...

A. A.: Genau. Er hat den Anspruch gehabt, die wichtigen Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie zu benennen. Und dass jemand so unbescheiden ist, also für Psychotherapie *generell* spricht und nicht einfach nur einen eigenen Ansatz neben vorhandenen Ansätzen kreiert, das erklärt für mich manchmal, warum man das alles so wegwischen muss. Eine Parallele hatten wir auch bei Klaus Grawe mit seiner Allgemeinen Psychotherapie⁴. Er ist anders herangegangen, aber es war wieder der Anspruch, ich gründe keine Schule, sondern ich sage etwas über Psychotherapie generell. Ich glaube, das ist wirklich ein ganz wichtiger Punkt. Und möglicherweise ist noch entscheidender, dass Rogers es einfach zu *früh* zusammengefasst

3 „Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch a verbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder

Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (S. 4); aus: Strotzka, H. (1975). Was ist Psychotherapie? In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S. 3–36). München: Urban & Schwarzenberg.

4 Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen [u. a.]: Hogrefe.

hat. In den 50er Jahren gab es ja erst die allerersten Versuche von Psychologen, sich auch im Bereich der Psychotherapie ein bisschen herumzutummeln. Die Verhaltenstherapie ist 1958/59 zum ersten Mal aufgetaucht, und da hatte jemand schon 1957 die Idee, zu sagen, *darauf* kommt es an. Also ich denke, da könnte der Wissenschaftsbetrieb ja schon zu Ende sein, da könnte man sagen, o. k., jetzt wissen wir es schon. Was machen wir denn jetzt noch? Im Wissenschaftsbetrieb muss man schließlich ständig in Aktion bleiben, immer wieder *Kleinigkeiten* verändern und die nächste Frage angehen.

D. H.: Also letztlich habe ich schon Verständnis dafür, dass er es so gesagt hat, wenn man anschaut, wie er überhaupt dazu gekommen ist, sein Konzept zu formulieren. Er hat sich ja in den bestehenden Konzepten umgeschaut und weil er überall unbefriedigt geblieben ist, hat er sich dann bemüht, die Quintessenz davon zu formulieren, wo sich das Gelesene und Ausprobierte in der Therapie als tatsächlich wirksam erwiesen hat.

A. A.: Ja. Ich meine, das war konsequent, keine Frage, natürlich hat er es fast so machen müssen, aus seiner Position heraus.

D. H.: Ich meine, es ist nicht nur verständlich, dass er es so machte. Ich möchte doch auch noch die Frage stellen: Was fehlt eigentlich bei den sechs Bedingungen, um hinreichend zu sein?

A. A.: Du meinst jetzt, für die anderen oder aus meiner Sicht?

D. H.: Aus deiner Sicht schon einmal. Für die anderen vielleicht auch.

A. A.: Na ja, es liegt natürlich quer zu dem, wie wir uns gerne sehen, wenn wir z. B. in der Rolle eines Therapeuten sind. Wenn man sich wirklich genau anschaut, was mit diesen sechs Bedingungen ausgedrückt ist, dann verweist das ja auch immer wieder auf Konzepte, die nicht unbedingt etwas mit einer Psychologie zu tun haben, die wir gerne hätten. Es ist Begleitung, es ist Präsenz, also lauter Aspekte, die sich nicht sehr professionell anhören. Und wenn wir uns professionell vorkommen wollen oder wissenschaftlich, dann bedient dieser Therapieansatz nicht unser Denken, da *muss* doch etwas dazukommen – so ungefähr. Ich spreche jetzt für die anderen, mir selbst geht es nicht so, aber ich kann es nachvollziehen. Ich kann nachvollziehen, dass man dann sagt, das kann's nicht gewesen sein.

D. H.: Ich denke, dass es eben abstrakte Formulierungen sind, die in konkretes Handeln umzusetzen sind. Und was dann in der Tat fehlt, sind Anweisungen für die Umsetzung.

A. A.: Ja, das ist sicher ein Punkt. Aber ich glaube, das hätte man mit Operationalisierungen hinkriegen können. Ich glaube aber, dass es nicht nur abstrakte Formulierungen sind, es ist auch die Nähe von Rogers zu bestimmten philosophischen Wurzeln. Das ist auch nicht unbedingt etwas, was eine begeisterte Aufnahme garantieren konnte. Die Konzepte, die er verwendet, sind ja nicht unbedingt genuin psychologische Begriffe. Es sind abstrakte Begriffe, aber es sind auch Begriffe, die auf eine Psychologie verweisen, die viele gerne überwunden wissen möchten. Vermutlich ist es vor allem das, was den Widerstand ausmacht. Du hast natürlich schon Recht, dass

es schwer ist, Abstraktes in konkretes Handeln umzusetzen. Und ich muss mir nur das technologische Verständnis von Psychotherapie anschauen oder auch Kandidaten in der Ausbildung, die gerne konkrete Verhaltensregeln hätten. Aber von Wirkannahmen oder von einer Therapietheorie würde ich mir doch nichts anderes erwarten als eine abstrakte Formulierung.

D. H.: Ja, anders geht es auch gar nicht, weil alle Theorien abstrakt sind. Aber die Frage ist immer, wie schaut es in der Realität aus? Wie sind Handeln und Theorie einander zuzuordnen?

A. A.: Ich fand es ja gerade bestechend, dass er diese Begriffe verwendet hat, um das zusammenzufassen, was er in der Praxis vorgefunden hat. Also es waren ja *zuerst* empirische Befunde, und dann kamen diese Begriffe, die natürlich auch nicht nur aus den Daten heraus generiert worden sind. Aber ich glaube nicht, dass man sagen kann, deshalb wird diese Therapietheorie schlechter angenommen, oder deshalb werden diese Wirkannahmen als nicht hinreichend wahrgenommen, weil sie so abstrakt sind. Es fällt mir schwer, das so zu sehen. Da hast du jetzt wahrscheinlich etwas mitgedacht, was mir gerade nicht präsent ist.

D. H.: Woran ich dabei denke, das ist das Bild der Landkarte, das immer wieder in Bezug auf eine Theorie verwendet wird. Eine Landkarte gibt stets nur einen Ausschnitt der Realität wieder. Man kann sich zwar mit ihr in der Gegend orientieren, aber deswegen noch lange nicht wandern. Was dazu kommen muss, ist die Fähigkeit, sich in der realen Landschaft zu bewegen. Und dass das Unbehagen vielleicht daher kommt, dass bei den sechs Bedingungen nach Rogers darüber gar nichts steht.

A. A.: O. k., jetzt kann ich etwas damit anfangen, und da ist, glaube ich, auch wirklich ein entscheidender Unterschied zwischen verschiedenen Therapeuten. Das sehe ich auch immer wieder in Ausbildungen, ich beobachte es aber auch immer wieder in Gesprächen mit Kollegen. Also mir hat genau das immer gefallen! Mir hat es gefallen, dass Rogers eben auf einer sehr abstrakten Ebene bleibt, und dass ich Vorgaben nicht auf der *konkreten* Handlungsebene bekomme. Ich weiß nicht, ob du dich erinnerst, ich habe das einmal als Konzept der offenen individualisierten Planung bezeichnet⁵. Damit ist gemeint, dass nur über komplexe Handlungen etwas vorgegeben ist – also: du musst dich um ein bestimmtes Beziehungsangebot bemühen –, aber wie ich das *genau* mache, das wird eben nicht gesagt. Für mich war das immer eine wünschenswerte Freiheit, mir hat es immer die Möglichkeit gegeben, mich wirklich auf den Klienten einzulassen und mich nicht an bestimmten Regeln zu orientieren. Aber ich weiß, dass es auch bei Gesprächspsychotherapeuten zum Teil Unbehagen hervorgerufen hat, dass sie sich zum Teil schlechter gefühlt haben als Vertreter anderer Ansätze.

5 Auckenthaler, A. (1996). Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions. In U. Esser, H. Pabst, G.-W. & Speierer (Eds.), *The power of the person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers* (pp. 55–64). Köln: GwG-Verlag.

D. H.: Ja! Vielleicht hat das damit zu tun, dass es dabei auf die eigene Souveränität ankommt, die ein Lernender gar nicht hat, nicht haben kann, weil er eben erst anfängt. Aber ich könnte mir denken, dass manche Menschen gar nicht so weit kommen, diese Souveränität zu entwickeln, Verantwortung zu übernehmen.

A. A.: Da kann ich jetzt kaum zustimmen, weil ich mir natürlich nicht selbst bescheinigen will, dass ich so ein souveräner Mensch bin. Aber ich sehe es tatsächlich so. Ich habe mich oft einerseits auf Waldenfels berufen⁶ und andererseits auf die Expertiseforschung. Bei Waldenfels kommt dieser souveräne Mensch vor, wo es eben um Handeln in offenen Systemen geht. Also Handeln in komplexen Räumen braucht immer diese Souveränität, eine Distanz auch gegenüber bestimmten Vorgaben und Regeln. Und die Expertiseforschung hat mir geholfen zu verstehen, warum möglicherweise dieser Ansatz tatsächlich nur für bestimmte Leute geeignet ist, also vielleicht wirklich nur für die Experten, wo es mehr braucht als Kompetenz.

D. H.: Was mir dazu einfällt, ist ein Verhaltenstherapeut, der sich nach einem Manual richten will, aber dann plötzlich feststellt, dass sich dieses im konkreten Fall nicht umsetzen lässt, und der dann notgedrungen davon abweicht. Mit dem können wir uns dann sehr gut verständigen darüber, dass wirklich brauchbare Manuale letztlich nur Prinzipien bieten können und keine konkreten Handlungsanweisungen.

A. A.: Ja, um eigene Entscheidungen kommt auch ein Therapeut, der mit einem Manual arbeitet, nicht herum. Aber ich glaube, der Klientenzentrierte Therapeut muss tatsächlich noch mehr selbst entscheiden. Und das bedeutet meiner Meinung nach, dass der Klientenzentrierte Psychotherapeut ganz besonders aktiv ist. Es wird ja häufig unterstellt, dass Gesprächspsychotherapeuten nur Einstellungen oder Haltungen transportieren müssten. Das, finde ich, ist eines der großen Missverständnisse. Ich habe in der letzten Woche in einem Kurs über psychotherapeutische Basiskompetenzen mit Studierenden das Videoband von Rogers mit Gloria gesehen, und die fanden es wieder so beeindruckend zu sehen, wie aktiv Rogers ist. Es scheint in den Köpfen vieler Leute überhaupt nicht drin zu sein, dass die GPT ein sehr aktiver Ansatz ist. Und ich finde, gerade weil diese sechs Bedingungen so abstrakt bleiben und nur betont wird, dass der Therapeut ein Beziehungsangebot machen muss, *bin* ich doch immer aktiv, *muss* ich aktiv sein, muss ich doch *suchen* – gemeinsam mit dem Klienten.

D. H.: Ich glaube, „Einstellungen“, „Haltungen“ sind vom unmittelbaren Wortsinn her etwas Statisches. Aber wenn man sich an der Begrifflichkeit der Sozialpsychologie orientiert, ist doch mit „Einstellung“ die Trias aus der kognitiven, der emotionalen und nicht zuletzt eben auch der konativen, d. h. der handlungsbezogenen Komponenten gemeint. Damit sind die Handlungsintentionen konstituierender Bestandteil von Einstellungen. Es hätte

also genügt, sich die Grundlagen der Psychologie genauer anzuschauen.

A. A.: Stimmt.

D. H.: Man könnte ja auch fragen, ob nicht auch Vertreter des Klientenzentrierten Konzepts bzw. der GPT zu den Missverständnissen und Verkürzungen der Aussagen von Rogers wesentlich beigetragen haben?

A. A.: Eine gefährliche Frage!

D. H.: Eine gefährliche Frage, ich weiß es. Deswegen stelle ich sie auch.

A. A.: Also, eine kurze Antwort: natürlich, klar. Ich würde auf keinen Fall sagen, es sei immer nur die böse akademische Psychologie gewesen, die uns nicht verstanden hat, oder es seien die Verhaltenstherapeuten oder Analytiker, die uns nicht zur Kenntnis nehmen oder schlecht machen wollen. Aber ich merke schon, dass ich da immer vorsichtig bin, Fehler von bestimmten Kollegen und Kolleginnen zu benennen. Ich glaube auch, man kann ihnen zunächst einmal ganz viele gute Absichten unterstellen. Und man muss auch bedenken, dass wir alle ja in bestimmte Kontexte eingebunden sind. Und wenn man jetzt einfach einmal den Import der Klientenzentrierten Psychotherapie in den deutschen Sprachraum betrachtet, wo sie dann ja zur „Gesprächspsychotherapie“ geworden ist, was häufig auch kritisiert worden ist, muss man sagen: Hätte es den Reinhard Tausch und seine GPT nicht gegeben, wäre diese Psychotherapie nie und nimmer an die Uni gekommen. Diesen Ansatz in eine Sprache zu übersetzen, die für die Kollegen erträglich ist und die sich in den Forschungskontext einfügt, das war historisch nötig. Das war übrigens nicht nur in Deutschland so, sondern auch in den USA. Ich habe das immer als wichtige Übergangslösung gesehen. Aber was für mich schwer zu akzeptieren ist: dass uns dann eigentlich nichts mehr eingefallen ist. Ich habe den Eindruck, wir haben uns dann zu sehr darauf ausgerichtet, dass es eine tolle Forschung *gab*. Wir konnten immer sagen, Rogers ist der Pionier der Psychotherapieforschung, er war der Erste, der das Therapiezimmer geöffnet hat für Aufzeichnungen usw., und dann noch die Hamburger Schule, also Tausch & Co.: Es war wirklich so, dass wir uns auf den Lorbeeren ausgerichtet haben. Und dann haben wir in der Folge nicht nur zu wenig geforscht, sondern ich glaube, dass wir vielleicht auch nicht die Phantasie hatten, die man gebraucht hätte, um andere Forschung zu machen. Ich glaube, es wäre schön gewesen, wenn wir eine Forschung jenseits der Trampelpfade gehabt hätten. Wir haben natürlich auch zu *wenig* Forscher gehabt. GPT ist tatsächlich nicht unbedingt das Lieblingsthema in der akademischen Psychologie. Und die Gesprächspsychotherapeuten haben dann nicht nur nicht geforscht, sondern da gab es dann wieder etwas, worauf man stolz sein konnte: der größte Psychotherapieverband Deutschlands zu sein. Das waren die Zeiten, in denen die GwG 7000 Mitglieder und mehr hatte. Die GwG war da, sie war stark, Ausbildungen haben geboomt, und dann, glaube ich, ist tatsächlich weder bezüglich der Forschung noch bezüglich der Theorieentwicklung – das ist ja jetzt

⁶ Waldenfels, B. (1980). *Der Spielraum des Verhaltens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

im Zusammenhang mit dem 57er Artikel vielleicht wichtiger – genug geschehen. Und wir haben es eben lange Zeit sogar verschlafen, die Befunde der Psychotherapieforschung als Beleg für die Wirkannahmen von Rogers zu interpretieren.

D. H.: Ja, irgendwie war es „Wir sind so toll, wir sind so viele, die Forschung brauchen wir nicht“. Das ist ein wesentlicher Punkt. Auf der anderen Seite ist auch die eingefahrene Forschung, wie sie in der Psychologie üblich ist, oft auf die Fragestellungen des Klientenzentrierten Konzepts nicht anwendbar. Ich würde sagen, was uns gefehlt hat, war ein Kurt Lewin. Was ich damit meine, ist: Lewin war jemand, der völlig neu an die Forschung herangegangen ist und eine experimentelle Methodik entwickelt hat, die der heute üblichen überhaupt nicht entspricht. Seine Kreativität bestand darin, Probleme und Fragestellungen in originelle experimentelle Arrangements umzusetzen. Heute ist es ja so, dass man die Fragestellungen an die Schemata der vorhandenen Methoden anpasst.

A. A.: Genau. Das wäre natürlich auch schön gewesen, aber es ist wohl noch viel schlimmer. Wir haben nicht einmal die *etwas* neueren anderen Methoden benutzt. Gerade neulich bin ich von einem Psychoanalytiker darauf angesprochen worden, warum es z. B. in der GPT keine konversationsanalytischen Untersuchungen gibt. Da kann man natürlich sagen, vielleicht stehen die der Psychoanalyse näher als der GPT. Aber ich glaube, als diese Methoden ein bisschen verbreiteter waren und den Forschern ein bisschen mehr Sicherheit gegeben haben, da war schon die Hochzeit der GPT an den Unis vorbei, und da hatten wir schon nicht mehr so viele, die sich da drangesetzt hätten.

D. H.: Da war so ein Doppeleffekt, der zwei Quellen hat. Die eine – da muss ich auch mir den Schuh anziehen, zumindest für früher – war die Hochnäsigkeit der Psychologie, die meinte, die empirische Forschung gepachtet zu haben und anderen Disziplinen wie Soziologie oder Linguistik eigentlich überlegen zu sein; diese Arroganz mag uns vieles verschlossen haben. Der zweite Punkt war der, dass die zahlreichen Gesprächspsychotherapeuten an Forschung kaum interessiert waren.

A. A.: Da haben aber beide Seiten etwas versäumt, und ich denke, eher sogar die Forscher. Denn die müssten ja an die Praktiker ganz anders herantreten und sie auch motivieren, mitzumachen. Was übrigens bei den wenigen Forschungsprojekten, wo ich etwas mit Praktikerinnen und Praktikern gemacht habe, immer ganz einfach gelungen ist. Also, die Praktiker *sind* kooperationsbereit, wenn man sie richtig anspricht. Da haben wir aber auch nicht mehr genügend Leute gehabt. Ich weiß nicht, wie es dir da gegangen ist, aber ich selbst hatte dann andere Aufgaben und einfach nicht mehr die Zeit, eigene Forschungsprojekte zu machen, und in Bezug auf die Nachwuchsförderung, Diplomarbeiten und Doktorarbeiten usw., da habe ich mich sehr oft gar nicht getraut, die Leute auf gesprächspsychotherapeutische Themen anzusetzen, weil ich – vielleicht in übertriebener Verantwortungsübernahme – gedacht habe, dass ich denen nicht die Wege verstellen will. Das wird mir jetzt, wenn ich

mit dir darüber rede, so bewusst. Ich selber habe mir gedacht, ich versuch's, auch wenn alle gesagt haben, mit Gesprächspsychotherapie wirst du dich nie habilitieren können. Für mich selber habe ich es ausprobieren wollen, da wollte ich es einfach wissen. Aber für meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, da war ich vielleicht sogar manchmal eher etwas bremsend.

D. H.: Du hast ja auch die Verantwortung gehabt.

A. A.: Na ja gut, aber trotzdem denke ich mir jetzt: Nun ist es passiert. Was kann man jetzt noch machen?

D. H.: Ja, was mich betrifft, so dachte ich, dass Therapieforschung sehr viel Zeit benötigt. Und Diplomarbeiten müssen binnen einer begrenzten Frist fertig sein. Aber wenn du die Promotionen und Habilitationen nimmst, da trifft das schon zu, das ging mir auch so. – Aber was macht es eigentlich so schwer, in der akademischen Psychologie, die Texte von Rogers in ihrem eigentlichen Sinn zu verstehen?

A. A.: Du meinst, warum das nicht gesehen wird mit der Bedeutung der Beziehung, warum so auf Variablen gesetzt wird?

D. H.: Zum einen das, dann aber auch beispielsweise das Thema „Empathie“. Warum da von den Kritikern nicht entdeckt worden ist, dass dieser Begriff in der Sozialpsychologie im Zusammenhang mit der sozialen Wahrnehmung bereits geläufig ist, oder warum das Begriffspaar Kongruenz/Inkongruenz offenbar so schwer verstehbar ist. Oder auch die Bedeutung von bedingungsfreier Akzeptanz. Sie ist so trivialisiert worden, als müsse der Therapeut alles gut finden, was der Klient sagt und tut.

A. A.: Gut. Aber wir müssen natürlich auch zugeben, dass es nicht so leicht ist mit Rogers' Wirkannahmen. Das ist mir neulich wieder so aufgefallen, als ich einen kurzen Text darüber abfassen sollte, was GPT ist. Da ist mir wieder bewusst geworden, wie schwer es ist, die Konzepte so darzustellen, dass man auch von „normalen“ Alltagsmenschen verstanden wird. Da habe ich gemerkt, dass ich mich selber über unsere Sprache und über diese Begriffe geärgert habe. Ich finde es richtig schwer, das, worauf es in der GPT ankommt, in einfachen Worten so wiederzugeben, dass man sicher sein kann, es getroffen zu haben. Interessant ist ja auch die unterschiedliche Verwendung von Begriffen wie „bedingungslose Wertschätzung“, „unbedingte Wertschätzung“, „bedingungsfreie Wertschätzung“ in gesprächspsychotherapeutischen Kreisen. Es hat ja jeder von uns seinen Lieblingsbegriff, und jeder versucht, in dem, wie er oder sie Rogers wiedergibt, das Eigentliche zu treffen. Und offenkundig gibt es da tatsächlich nicht diese Klarheit, die man sonst mit Begriffen hat. Also ich glaube, es ist nicht nur die akademische Psychologie, die sich schwer tut, das zu verstehen, sondern es *ist* tatsächlich schwer zu verstehen, was eigentlich gemeint ist.

D. H.: Also wenn ich das aufgreife, was du sagst, dann könnte man es doch so sehen: In der akademischen Psychologie kommen diese Begriffe als solche nicht vor. Was tut ein akademischer Psychologe, wenn er sie hört? Er versteht sie in der Alltagsbedeutung.

A. A.: Ja, zum Beispiel bei der Empathie oder bei der Akzeptanz.

D. H.: Und Empathie hat im Alltag auch so eine Bedeutung, dass mir jemand sympathisch ist und dass ich mich dann in ihn einfühle im Sinne von: „Es ist schon gut“.

A. A.: Ja, genau, und Empathie heißt eben im Alltag manchmal nicht mehr als nur „Verständnis zeigen“. Und da gibt es schöne Zitate dazu. Ich habe mich u. a. deshalb damit beschäftigt, weil ich auch bei Verhaltenstherapie-Ausbildungen mitmache, und da muss ich mich ja auch verständlich machen. Und wenn ich den Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten dann von den sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen nach Rogers erzähle, dann kommt fast zwangsläufig die Reaktion: „Wir sind ja auch empathisch“ und „Wir akzeptieren auch den Klienten“. Und dann habe ich in der entsprechenden Literatur, die einem dann genannt wird, nachgelesen, was dort steht, und da heißt es „verständnisvoll sein“, „zustimmen“, fast „abnicken“, und es wird sehr stark mit Stillstand, Stagnation, verbunden. Oder „Ich habe Phasen in der Therapie, in denen ich dem Klienten einmal zugestehe, dass er ablenkt, und ich nicke verständnisvoll“, so ungefähr wird es verstanden. Ich möchte jetzt nicht sagen, dass alle Verhaltenstherapeuten es so sehen, aber so wird es wirklich zum Teil verstanden. Es stimmt, die verstehen es so im Alltagssinn. Aber wenn wir selbst die Übersetzungsarbeit leisten, dann kommt manchmal etwas heraus, bei dem ich merke, ich habe auch Schwierigkeiten, es so stehen zu lassen, weil es dann manchmal überhaupt nicht mehr theoretisch wirkt, sondern *sehr* bescheiden. Also ich denke jetzt gerade daran, wie ich in Ausbildungen versuche, die Kongruenz des Therapeuten zu erläutern. Ich sage dann gern, das heißt einfach, dass ich weder mir noch dem Klienten etwas über mich vormache. Und das wird dann ganz gut verstanden. Aber wenn ich einen kurzen Text über GPT schreiben soll und dann schreibe: „Der Klientenzentrierte Therapeut zeichnet sich dadurch aus, dass er sich und dem Klienten nichts vormacht.“, so kann ich nicht GPT darstellen.

D. H.: Ja, das stimmt. Wenn man zum Verständnis die Persönlichkeitspsychologie von Rogers aufblättern müsste, dann geht das in der Kürze eben nicht.

A. A.: Und das, denke ich, ist wirklich ein Problem mit dem Ansatz. Das liegt nicht an den Rezipienten. Also da müssen wir noch etwas tun.

D. H.: Aber wir könnten auf der anderen Seite sagen, das muss ja nicht unbedingt ein Argument gegen den Ansatz sein, denn die Realität *ist* eben schwierig. Ich wüsste keine Lösung, wie man es so einfach macht, dass es jeder versteht, wo es doch andererseits so kompliziert ist, um einer Realität gerecht zu werden, die eben kompliziert ist.

A. A.: Wobei mir jetzt wieder auffällt, wir reden ja selber immer von dem *Ansatz*. Und wenn wir zurückgehen auf das, was wir am Anfang hatten, wir meinen damit doch Psychotherapie generell. Es ist ja nicht nur ein bestimmter Ansatz, sondern diese Art des Denkens über Psychotherapie ist es, was so schwierig ist. Wir haben ja selbst schon mitgemacht bei diesem Zurechtstutzen auf einen

therapeutischen Ansatz, auf eine psychotherapeutische Richtung, die man dann ausgrenzen kann. Wenn wir viel stärker von Anfang an dabei geblieben wären: nein, das ist nicht eine bestimmte Schule, ein bestimmter Ansatz, sondern jede Therapie, die zu Persönlichkeitsveränderungen, zu Persönlichkeitsentwicklung führen will, ist auf diese Bedingungen angewiesen, dann könnten wir vielleicht auch mehr Gesprächsbereitschaft von anderer Seite kriegen, denn dann wäre es sozusagen unser gemeinsames Problem. Wenn wir uns mit Psychotherapie in diesem Sinne beschäftigen und uns nicht nur als die Störungsbeseitiger verstehen, dann ist es tatsächlich so verhält, so komplex, so „interaktionell“.

D. H.: Was Rogers für mich so vorbildlich macht, das ist seine geradlinig wissenschaftliche Haltung, entsprechend der absoluten Forderung nach strikt empirischem Vorgehen, mit der Konsequenz einer ständigen Bereitschaft, seine theoretischen Vorstellungen zu revidieren. Wie viel davon ist bei den Vertretern des Personenzentrierten Konzepts erhalten geblieben?

A. A.: Ja, dieser Punkt ist wirklich wichtig. Weil so, wie die Gärtlein gehegt und gepflegt oder verteidigt werden – das stört mich keineswegs nur in der Klientenzentrierten Psychotherapie, sondern überhaupt: Alle wollen das, was einmal gut war, bestätigt bekommen. Und ich fand dieses Offensein dafür, dass man korrigiert wird, die Idee, dass die eigenen theoretischen Annahmen eines Tages wieder umgeschrieben werden, wirklich beeindruckend. Diese Haltung hätte ich gern öfter, die finde ich weder unter Gesprächspsychotherapeuten noch sonst wo genügend ausgeprägt. Im 59er Artikel⁷ gibt es einen Exkurs zum Selbstkonzept. Der ist für mich ein wunderschönes Beispiel. Da wird deutlich, dass Rogers und seine Mitarbeiter lange darüber diskutiert haben, wie man das Selbst am besten konzipieren sollte. Da ist schon so viel angelegt an „Kritisiert mich ruhig! Also, ich habe mich jetzt für diese Art der Konzeptualisierung des Selbst entschieden. Aber ich bin nicht sicher, dass das die beste Entscheidung war“. So habe ich das immer gelesen. Das hat mir wirklich gut gefallen, und wenn man sich bestimmte Debatten, auch in der deutschen GPT-Szene über die Jahre hinweg angesehen hat, da gab es nicht nur das Verteidigen eines bestimmten Ansatzes der GPT, sondern da gab es auch die diversen Ausformulierungen, und jeder war gegen jeden und jeder fand seinen Ansatz, seine Interpretation von GPT am besten. Und dieses sich *selbst* in seinen Annahmen von anderen korrigieren lassen wollen, durch Forschung, das finde ich kaum irgendwo.

D. H.: Wobei ich sagen würde, dass es eine solche Forschung eben kaum gegeben hat. Man muss sich eben erst in eine solche Forschung begeben. Und wenn es immer nur um die Interpretation geht, dann fällt ja genau der Punkt weg.

7 Rogers, C. R. (1959a). 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*, Vol. 3 (pp. 184–256). New York: McGraw Hill. [Deutsch: (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG].

A. A.: Also es ist, glaube ich, wenig übrig geblieben von dieser Haltung, und das fand ich auch bei Rogers selbst enttäuschend, wenn auch nachvollziehbar, der ja für mein Empfinden den anderen auch zu sehr gezeigt hat, dass sie ihn nicht verstehen wollen, und er war auch verbittert und gekränkt und hat sich halt dann aus der akademischen Welt zurückgezogen. Man fragt sich natürlich auch, wie hätte er es aushalten können? Aber da kam dann für mich nicht mehr nur dieses Sich-korrigieren-lassen-Wollen durch. Gut, er hat versucht, Begriffe besser zu erläutern, beispielsweise das Empathiekonzept. Da hat er schon versucht: „Jetzt bin ich missverstanden worden, also muss ich es noch einmal ausformulieren.“ Aber, ich meine, dass er sich wirklich von einer seiner früheren Annahmen distanziert hätte, das habe ich dann auch nicht mehr so wahrgenommen, oder?

D. H.: Ja, er hat dann in dem Sinne auch keine Therapieforchung mehr betrieben und er hat ja dann etwas Missionarisches bekommen.

A. A.: Ja. Leider.

D. H.: Wobei ich Rogers dafür auch nicht tadeln möchte, denn wenn er beispielsweise versucht hat, verfeindete Gruppen einander näher zu bringen, dann hat das natürlich seinen eigenen Wert. Aber speziell für die Therapieforchung hat es halt nichts gebracht.

A. A.: Und das ist ja das, worüber ich die ganzen Jahre schon ins Grübeln komme: Wie ist das eigentlich wirklich, wenn man sich mit so einem Ansatz in der akademischen Welt behaupten möchte? Am Anfang sah das gut aus, da war ja diese Begeisterung. Wenn ich den Studierenden heute erzähle, Rogers war APA-Präsident und er hat den Wissenschaftspreis der APA bekommen, dann schauen sie mich mit solchen Kulleraugen an, wo gibt's denn so was, wie konnte das sein? Das sind natürlich auch historische Zufälligkeiten, oder nicht nur Zufälligkeiten, also das war eben diese Forschung, die war ja auch toll.

D. H.: Er war ja auch damals vor allem enorm innovativ!

A. A.: Genau, damals!

D. H.: Aber wie soll so etwas über 50 Jahre innovativ bleiben!?

A. A.: Sicher. Und dann gibt man sich eigentlich eher damit zufrieden: Immerhin ist das einer der meistzitierten Aufsätze. Da könnten wir sagen: „Da hatten wir einen Großen.“, aber das kann's ja natürlich nicht wirklich gewesen sein. Man muss sich nicht wundern, dass es so ist, wie es im Moment ist. Wobei ich sagen würde, das kann man ganz bestimmt nicht nur diesem Ansatz anlasten. Ich möchte einfach noch einmal auf die Medikalisierung der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie zurückkommen oder auch auf die Biologisierung der Psychologie, auf die Bestrebungen der Klinischen Psychologie, möglichst vom Makel des Anwendungsfaches wegzukommen. Das geht einfach nicht zusammen. Dann finde ich es auch nur folgerichtig – das findet man ja manchmal in der Literatur so –, wenn die Klinischen Psychologen sagen „Überlassen wir Psychotherapie anderen Berufsgruppen und konzentrieren wir uns auf klinisch-psychologische Interventionen und Behandlung.“ Das

gehört vielleicht auch zu deiner Frage danach, wieso dieser Text so schwer verständlich ist, wieso da noch etwas dazukommen muss, warum das nicht reicht. Ich glaube, über diesen Hintergrund müsste man sich klarer werden. Also innerhalb der Klinischen Psychologie gilt Psychotherapie ja als eine Form der Intervention. Und Psychotherapie im Sinn von Rogers liegt quer zur Intervention. Es ist eben gerade nicht der intervenierende Therapeut, der irgendetwas „setzt“.

D. H.: Sondern der Therapeut, der sich in eine Beziehung begibt.

A. A.: Ja, weder ist sein Handeln im Detail planbar, noch ist es professionell in diesem herkömmlichen Sinn. Ich glaube, dieses „Es reicht nicht“ hängt auch damit zusammen, dass man eigentlich dieses Interventionskonzept im Hintergrund hat.

D. H.: Ja, aber hier wäre auch wieder das Expertisekonzept anwendbar, weil es hier um Experten geht, die als Therapeuten handeln.

A. A.: Aber Experten setzen auf Intuition und auf nachträgliche Reflexion. Und sie vertrauen darauf, dass ihnen dieses nachträgliche Reflektieren dann wieder beim weiteren Handeln hilft. Aber das darf irgendwie nicht sein, das wird heruntergemacht. Der Begriff der Intuition ist ja immer so negativ besetzt.

D. H.: Das gilt als unwissenschaftlich ...

A. A.: Genau. Und wenn ich in Diskussionen mit Kollegen – vielleicht von verhaltenstherapeutischer Seite – sage, für mich ist ein Experte eine Stufe weiter als ein kompetenter Therapeut, dann stützen viele zuerst. Aber Kompetenz ist wirklich die „Unterstufe“. Also der kompetente Therapeut ist zwar weiter als der Anfänger, aber er ist eben noch nicht der Experte.

D. H.: Steht da nicht die inzwischen anerkanntermaßen – zumindest bei vielen Wissenschaftlern – überholte Denkweise in linearen „Ursache-Wirkung-Relationen“ dahinter? „Ich will etwas weg haben, dann mache ich etwas, damit es wegkommt, dann ist es weg, und das war dann die Wirkung meiner Intervention.“ Wo eigentlich die Wissenschaft, wenn sie sich auf sich, auf ihren Gegenstand, besinnen würde, längst schon in Rückkopplungsprozessen und in vernetzten Systemen denken müsste.

A. A.: Das ist für mich wirklich auch schwer verständlich, weil ich mich oft frage, wo alles geblieben ist, was wir z. B. auch einmal in Wissenschaftstheorie oder Methodologie gelernt haben. Ich habe den Eindruck, im Moment ist die Entwicklung in der Psychologie wieder da, wo sie war, als ich noch studiert habe. Ich habe im Studium eine ganz ähnliche Psychologie vermittelt bekommen, wie sie jetzt wieder vermittelt wird. Dazwischen gab es einmal ein paar Jahrzehnte – Stichwort „sozialwissenschaftliche Klinische Psychologie“ –, in denen eine Bereitschaft zu komplexem Denken da war, zu anderen Vorstellungen von Methodologie, wissenschaftstheoretischen Auffassungen usw. Und jetzt geht das ganz stark zurück, und das hat einerseits mit den Entwicklungen in der Psychologie zu tun und andererseits, glaube ich, auch wieder mit der Psychotherapie als Kassenleistung. Weil dort jetzt wieder so ein nosologisches

Denken gefragt ist. Und das wird wieder so von uns in der Praxis übernommen und hat wieder Einflüsse auf die Wissenschaft. In den neuen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie jedenfalls findet man es auch, dass das wieder ganz stark zurückgeht in dieses Ursache-Wirkung-Denken.

D. H.: Dass das in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie gar nicht reflektiert und zurückgewiesen wird, vor lauter „Wir wollen auch mitspielen“. – Dann habe ich noch die Frage: Was können wir für die Zukunft erwarten?

A. A.: In Bezug auf die Wirkannahmen von Rogers oder auf die Entwicklungen von Psychotherapie?

D. H.: In Bezug auf den Klientenzentrierten Ansatz, der seinen Ausgangspunkt in diesem Artikel hat.

A. A.: Also im Moment gibt es den Klientenzentrierten Ansatz meiner Meinung nach eher im Untergrund. Jedenfalls in Deutschland und in der akademischen Psychologie. Er ist in anderen therapeutischen Ansätzen drin, es wird auf ihn Bezug genommen und irgendwie kann man sagen, die Prinzipien von Rogers sind aufgegriffen worden, zumindest ansatzweise. Und wenn es um die ansatzübergreifenden Wirkfaktoren geht, also z. B. im Kontextuellen Modell der Psychotherapie, das Wampold⁸ ausformuliert hat, ist ebenfalls ganz viel drin von dem, was wir vom Klientenzentrierten Ansatz kennen. Man hört auch immer wieder, dass es z. B. in Beratungsstellen und in Kliniken ganz viel klientenzentriert arbeitende Leute gibt. Das ist die Gegenwart. Aber wenn du fragst, wie soll es weitergehen, und wenn ich mich dabei wieder auf *meinen* Hintergrund beziehe: In den Lehrbüchern gibt es den Klientenzentrierten Ansatz fast nicht mehr. Da gibt es zum Teil noch so etwas wie gesprächspsychotherapeutische *Methoden* oder so. Aber nicht mehr so eine *Richtung* wie die verhaltenstherapeutische Richtung.

D. H.: Da spricht man dann vom humanistischen Paradigma, wie bei Davison & Neale.⁹

A. A.: Ja, aber das wechselt ja auch. Das war auch schon herausgeschmissen worden, ist jetzt aber wieder drin. Da zeigt sich wieder die Verwobenheit von Versorgungspolitik und Wissenschaft. Wenn man es jetzt z. B. in Deutschland verfolgt: Seit die GPT vom Wissenschaftlichen Beirat als wissenschaftliches Verfahren anerkannt worden ist, ist sie auch in einigen Lehrbüchern wieder drin. Ich würde die Prognose wagen, wenn die GPT auch als Richtlinienverfahren anerkannt würde, wird sie auch wieder in die Lehrbücher hineinkommen, weil sie dann den Psychologen immer noch lieber ist als die Psychoanalyse. Und wenn es dann wieder quasi „auf dem Markt“ stimmt, könnte man sie auch wieder in den Lehrbüchern finden. Andererseits muss man sich auch klar machen, dass es derzeit in Deutschland an den Universitäten kaum noch Professuren gibt, auf

denen Gesprächspsychotherapeuten sitzen. Für die Zukunft könnte ich mir vorstellen, dass die GPT an den Fachhochschulen eher überlebt als an den Universitäten. Die Wirkannahmen werden aber, meiner Meinung nach, nicht so leicht verloren gehen. Man muss sich ja nur überlegen, was jetzt gerade passiert mit den so genannten Erhaltungstherapien und mit dem zunehmenden Wissen darüber, dass Kurzzeittherapien nicht reichen oder dass die klassische Verhaltenstherapie eben verbesserungswürdig ist. Da wird dann von den Wirkannahmen etwas aufgegriffen. Meine Prognose ist, sie werden nicht unter der Überschrift „GPT“ auftauchen, sondern es wird einfach die neue erweiterte Form der Verhaltenstherapie sein. Man muss ja nur an die ganzen Entwicklungen wie z. B. die Achtsamkeitsbasierte Verhaltenstherapie denken. Oder wenn man sieht, wie jetzt die erlebnisorientierten oder emotionsfokussierten Ansätze in die Verhaltenstherapie hineingenommen werden. So ähnlich können auch die Wirkannahmen von Rogers – allerdings wahrscheinlich nur in trivialisierter Form – weiter bestehen. Aber als eigener Ansatz wird die GPT in der *nahen* Zukunft zumindest in Deutschland, glaube ich, kaum Chancen haben. Das könnte sich natürlich sofort ändern, wenn es zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie käme, d. h. wenn die Kosten für die Gesprächspsychotherapie genauso von den Krankenkassen übernommen würden wie die Kosten für eine Psychoanalyse oder für eine Verhaltenstherapie.

D. H.: Also wenn ich Dich recht verstanden habe, dann ist das eine recht skeptische Sicht.

A. A.: Das trifft es nur teilweise. Inzwischen verfolge ich diese ganzen Entwicklungen eher entspannt und vor allem sehr neugierig – so ähnlich, wie ich einen Krimi lese. Ich bin ja glücklicherweise nicht darauf angewiesen, dass es die GPT gibt. Ich sage auch nicht, es muss sie weiter geben. Ich betrachte es allerdings mit großem Unbehagen, wenn ich sehe, dass die Perspektivenvielfalt eingeschränkt wird. Ich bin nicht eine, die das Gärtlein GPT so pflegt, aber ich möchte gerne, dass Psychotherapie unterschiedlich gesehen werden kann, dass verschiedene Klienten unterschiedliche Psychotherapien kriegen können, dass also das Angebot nicht unnötig eingeschränkt wird. Wenn meine Art, Therapie zu machen, unter einem anderen Begriff auftaucht, soll mir das recht sein. Allerdings fällt es mir schwer, zu glauben, dass der Klientenzentrierte Ansatz in der Verhaltenstherapie gut aufgehoben ist, und zu akzeptieren, dass nun alles, was empirisch gut belegt ist, *Verhaltenstherapie* heißen soll. Aber wenn die *Psychotherapie* der Zukunft ohne Zusätze wie „Rogerianisch“, „klientenzentriert“ oder „GPT“ auskommt: damit könnte ich gut leben.

D. H.: Auch ohne „personenzentriert“?

A. A.: Ja, erst recht. „Personenzentriert“ ist doch für Leute, die von woanders kommen, noch viel belasteter als „klientenzentriert“. Ein „personenzentrierter“ Ansatz könnte deshalb aus meiner Sicht nie mehr sein als ein Ansatz *neben* anderen Ansätzen. Aber ich kann mir eine Klientenzentrierte Psychotherapie vorstellen, in der sich Verhaltenstherapeuten, die jetzigen Gesprächspsychotherapeuten

8 Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings* Mahwah, NJ [u. a.]: Erlbaum.

9 Davison, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie: ein Lehrbuch* (6. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz: PVU.

oder Personenzentrierten Therapeuten und dynamisch orientierte Psychotherapeuten, vielleicht nicht die klassischen Psychoanalytiker, aber wirklich Vertreter unterschiedlicher Richtungen zusammentun können, wenn der gemeinsame Nenner ist, am Klienten anzusetzen, im Sinne von: vom Erleben des Klienten ausgehen und nicht von der Störung, vom *einzelnen* Klienten ausgehen, also individualisierte Psychotherapie ...

D. H.: Mit der Beziehung im Zentrum?

A. A.: Ich könnte Psychotherapie nicht anders machen.

D. H.: Als unter dem Aspekt Beziehung.

A. A.: Ja. Zumindest dann, wenn wir Psychotherapie als Möglichkeit zur Persönlichkeits- oder Selbstentwicklung verstehen, geht es, glaube ich, nur über Beziehung. Und wenn ich mir für die Zukunft etwas wünsche, ist es daher auch, dass es neben dem, was ja schon ist und was wahrscheinlich auch in Zukunft noch sein wird – nämlich Psychotherapie im Sinne von bestimmten Behandlungspaketen für bestimmte Störungen – auch Psychotherapie in einem heute als altmodisch geltenden Sinn gibt: als Hilfe zur Selbsthilfe. Und da muss man eben meiner Meinung nach wirklich auf Beziehung setzen.

Interviewpartner:

Anna Auckenthaler, Prof. Dr., Hochschullehrerin für Psychologie an der Freien Universität Berlin; Leiterin des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie und Psychotherapie; Psychologische Psychotherapeutin; Supervisorin; Ausbilderin in Gesprächspsychotherapie.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Ausbildungs- und Versorgungsforschung; Wirkfaktoren von Psychotherapie; Klientenzentrierte Psychotherapie; Paartherapie; Supervision.

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie.

Schwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie

Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin

E-Mail: auckenth@zedat.fu-berlin.de

Prof. Dr. Diether Höger

Barlachstraße 36, D-33613 Bielefeld

E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Rezensionen*

Martina Gross

Michael Lux: Der Personzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften.

München: Ernst Reinhardt Verlag, 2007. 166 Seiten, ISBN 978-3-497-01902-1, € 19,90 / SFr 35.90

Die Erkenntnisse der Neurowissenschaften und vor allem deren Bedeutung für die Psychotherapie sind in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit vieler PsychotherapeutInnen gerückt.

Wenn wir in der Geschichte der Psychotherapie ein Stück zurück gehen, so gab es „Gründerväter“, die ihre Menschenbilder, ihre Sicht von Symptomen und nicht zuletzt ihre Vorstellungen von „Heilung“ in die von ihnen postulierten Prämissen und Richtlinien einbrachten und so psychotherapeutische Haltungen und Interventionen prägten. Viele dieser – oft aus praktischer Erfahrung und intellektueller Auseinandersetzung entstandenen – Theorien zeugen heute, aus Sicht der Neurowissenschaften, von einer erstaunlichen Weitsichtigkeit und Klugheit.

Die Sprache der Neurowissenschaften ist eine ganz andere als die psychotherapeutische Sprache. Diese Fremdheit ermöglicht jedoch in den letzten Jahren zunehmend jeder therapeutischen Schule, ihre eigene Übersetzung zu definieren.

Aus meiner Sicht, einer Systemischen Psychotherapeutin mit großem Interesse an den Neurowissenschaften, pendeln die Schwerpunkte von Michael Lux' Ausführungen zwischen den beiden Sprachen in abwechslungsreicher Weise und ermöglichen der Leserin dadurch Einblicke in die Grundannahmen der Personzentrierten Psychotherapie und zugleich in die aktuellen Ergebnisse und Interpretationen der modernen Gehirnforschung. Michael Lux gelingt es dadurch, eine schöne Brücke zwischen zwei sehr unterschiedlichen Disziplinen zu bauen.

Jedes Kapitel schafft die Möglichkeit, die Sichtweisen eines bestimmten Neurowissenschaftlers, der sich mit der jeweiligen Thematik besonders auseinandergesetzt und seinen Forschungsschwerpunkt dort definiert hat, genauer kennen zu lernen. Besonders den Ideen Antonio Damasio, einem der wichtigsten Neurowissenschaftler der Gegenwart, der sich vor allem mit Bewusstseinsforschung beschäftigt, ging Michael Lux aus personenzentrierter Perspektive auf den Grund. Damasio Werke „Descartes' Irrtum“, „Ich fühle, also bin ich“ und „Der Spinoza-Effekt“ werden in erstaunlicher Klarheit und

Kürze für die Untermauerung oben genannter Brücke genützt. Dies wird schon im ersten Kapitel deutlich, in welchem Michael Lux die 19 Thesen Carl Rogers' als Basis des Buches darlegt.

Im zweiten Kapitel – diesmal richtet Michael Lux seinen Blickwinkel mehr in Richtung Neurobiologie – hat die Leserin die Möglichkeit, Gerald Hüther und die Interpretationen seiner Forschungsergebnisse kennen zu lernen. Entdeckungen wie die lebenslange neuronale Plastizität stehen im Mittelpunkt der Ausführungen. Dass Menschen unter emotionalen Bedingungen leichter und schneller „lernen“, wird hier im ungünstigen Fall – der Symptomentwicklung – als auch im günstigen Fall – der Heilung bzw. der Stärkung des Individuums – aufgezeigt und auch mit interessanten Forschungsergebnissen weiterer Neurobiologen versehen.

Im dritten Kapitel widmet sich Michael Lux der Gedächtnisforschung und zitiert vor allem aus Daniel Schacters Werk „Wir sind Erinnerung“. Erfahrungen, die im impliziten und expliziten Funktionsmodus gespeichert werden, haben unterschiedliche Auswirkungen auf unser Erleben und Verhalten. Besonders interessant gestaltet Michael Lux die Ausführungen zur Bedeutung impliziter Gedächtnissysteme. Carl Rogers scheint hier, ebenso wie andere Pioniere der Psychotherapie, schon vor vielen Jahren aufgrund seiner Erfahrungen und ohne neurowissenschaftliche Grundlage und bildgebende Verfahren von der großen Bedeutung dieser unbewussten Phänomene gewusst zu haben. Meiner Ansicht nach wird in diesem Kapitel die unterschiedliche Sprache der beiden Fachgebiete besonders deutlich.

Dass das Zusammenwirken von explizitem und implizitem – bewusstem und unbewusstem – Erleben Auswirkungen auf die Lebensgestaltung eines Menschen hat und ihn stärken, aber auch schwächen kann, ist in Psychotherapiekreisen schon lange bekannt. Die Neurobiologie unterstützt nun dieses Wissen und erweitert es. Michael Lux hat sich im vierten Kapitel ein Modell gewählt, welches die unterschiedlichen Aspekte dieses Wissens zu vereinen sucht: die „Global Workspace Theory“ von Bernard Baars. Achtsamkeit, Gegenwärtigkeit, Freiraumschaffen und die Arbeit mit inneren Dialogen

* 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)

stellen aus Sicht des Autors sowohl aus personenzentrierter als auch aus der Perspektive dieses Theatermodells sinnvolle therapeutische Konzepte dar.

Wie stark unser Gehirn und der Rest unseres Körpers miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen, ist erst seit dem Einsatz moderner bildgebender Verfahren so deutlich sichtbar geworden und ist Thema im fünften Kapitel. Die Regulation unterschiedlichster Prozesse verläuft ohne unser bewusstes Zutun und ermöglicht so unser Überleben. Dies gilt jedoch nicht nur für die Aufrechterhaltung rein körperlicher Funktionen, sondern auch für unser soziales Interagieren. Hier spielen Emotionen und Gefühle – die Definition dieser Begriffe übernimmt Michael Lux von Antonio Damasio und Joseph LeDoux – eine große Rolle. Antonio Damasio bezeichnet das „Bauchgefühl“, das in uns in bestimmten Situationen spürbar wird, als den so genannten somatischen Marker. Ohne diese emotionalen Bewertungen sind Menschen in ihrer individuellen Lebensgestaltung stark eingeschränkt. Michael Lux sieht die Grundannahmen der Personenzentrierten Psychotherapie hier in großer Übereinstimmung mit Antonio Damasios Interpretationen seiner Forschungen.

Auf den Bereich der Bewusstseinsforschung geht Michael Lux im sechsten Kapitel ein. Zunächst stellt er die diesbezügliche Theorie Antonio Damasios gekonnt dar und setzt diese dann mit Konzepten des Personenzentrierten Ansatzes in Beziehung: Selbst und Symbolisierungsprozesse, „fully functioning person“, Intensionalität, organismische Erfahrung und organismischer Bewertungsprozess, exakte Symbolisierung und Inkongruenz. Aus dem Blickwinkel einer psychotherapeutischen Fachrichtung gibt er hier einen sehr interessanten Überblick, der zum Nachlesen einlädt.

Im nächsten Kapitel steht die Grundlagenforschung im Mittelpunkt der Auseinandersetzung und hier vor allem die Kongruenztheorie. Michael Lux zeigt neuere Untersuchungen auf, die diese

Theorie untermauern, und stellt sie dann anderen Konzepten wie der „Neuropsychotherapie“ von Klaus Grawe und dem „Zürcher Ressourcenmodell“ von Maja Storch und Frank Krause gegenüber.

Beide Modelle versuchen, die wissenschaftlichen Befunde der letzten Jahrzehnte in ihr Konzept zu integrieren. Aus der Perspektive des Autors erfüllt das „Zürcher Ressourcenmodell“ mehr diese Ansprüche, vor allem, weil Antonio Damasios Konzept des somatischen Markers eine größere Bedeutung beigemessen wird und somit dieses Modell dem Personenzentrierten Ansatz näher steht.

In den letzten beiden Kapiteln des Buches befasst sich der Autor mit der praktischen Anwendung der vorher erläuterten neurowissenschaftlichen Erkenntnisse. Zunächst verdeutlicht er die neurobiologischen Grundlagen der personenzentrierten Grundhaltung und sieht diese vor allem durch die Entdeckung der Spiegelneuronennetzwerke bestätigt. Die Annahmen und Interpretationen von Joachim Bauer werden hier von ihm, vor allem im achten Kapitel, zur Unterstützung herangezogen.

Im letzten Kapitel fasst Michael Lux seine Ausführungen noch einmal zusammen und stellt sie auf theoretischer Ebene unter den Blickwinkel einer „Neurowissenschaftlich fundierten Personenzentrierten Psychotherapie“. Auf praktischer Ebene zeigt er drei Zugangswege, die das Umsetzen in die Praxis ermöglichen können: „Das ‚wahre Selbst‘ werden“, „die Annahme des ‚inneren Kindes‘“ und „Dem Grauen entgegen treten“.

Michael Lux sind mit seinem Buch zwei Überblicke und deren sinnvolle Verbindung gut gelungen. Das Niveau der Ausführungen ist vor allem auf neurowissenschaftlicher Ebene hoch. Die betreffenden Bücher schon vorher gelesen zu haben, erleichtert das Verständnis der komplexen neurobiologischen Zusammenhänge, steigert aber auch die Neugier, jene Werke nachzulesen, die noch unbekannt sind.

Gerhard Stumm

Pete Sanders (Ed.): The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the Person-centred Approach.

PCCS Books, Ross-on-Wye, 2004, ISBN 9781898059608, 169 pages, € 20,- / SFr. 36.80

Wie der Herausgeber eingangs schreibt, ist der Band geografisch betrachtet aus einer United-Kingdom-Perspektive verfasst und will Personen „aufklären“, welche an einer Psychotherapieausbildung personenzentrierter Orientierung interessiert sind. Hinter dieser „Mission“ (p. vii) steht die Idee, die verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze, die sich als personenzentriert verstehen oder expliziten Bezug auf den Personenzentrierten Ansatz nehmen, zu vernetzen und in einen Austausch miteinander zu bringen.

Pete Sanders hat folgende Vertreter von fünf unterschiedlichen „tribes“ der „personenzentrierten Nation“ versammelt, die in einem aufeinander abgestimmten Diskurs sukzessive (Kap. 2–6) ihre Ansätze darstellen:

- Klassische Klientenzentrierte Psychotherapie (Barbara T. Brodley)
- Focusing-orientierte Psychotherapie (Campbell Purton)
- Experienzielle Psychotherapie als Mischung von Rogers, Gendlin,

Gestalttherapie und kognitiver Psychologie (Nick Baker)

- Existenzielle Psychotherapie auf der Basis existenzphilosophischer Auffassungen (Mick Cooper)
- Integrativer personenzentrierter Ansatz auf der Grundlage von jeweils personenzentrierten Werthaltungen, philosophischen Positionen und theoretischen Konzeptionen (Richard Worsley).

Dies macht den Hauptteil des Buches aus.

Im *Vorwort* stellen sich der Herausgeber und die 5 Autoren in ihrer persönlichen Entwicklung gerade auch in Hinblick auf den Personenzentrierten Ansatz vor. Darin gibt sich auch Pete Sanders als Vertreter einer klassischen klientenzentrierten Position zu erkennen.

Die *Einleitung* ist der Lesart des Buches, zugrundeliegenden Definitionen und Kriterien gewidmet. Damit ein Ansatz Aufnahme in die Darstellung finden konnte, musste er folgende vier von Sanders formulierten Kriterien erfüllen:

- 1.) Es muss sich um einen grundlegend eigenständigen therapeutischen Ansatz handeln;
- 2.) die theoretische Basis muss einerseits einen Bezug zur klassischen Klientenzentrierten Psychotherapie haben, andererseits muss sie sich davon abheben;
- 3.) es müssen Ausbildungsmöglichkeiten in United Kingdom vorhanden sein und
- 4.) es muss Literatur verfügbar sein, die die Grundsätze des Ansatzes ausweist.

Sanders räumt aber ein, dass nicht alle fünf Ansätze all diese Voraussetzungen (z.B. Ausbildungsgänge) zur Gänze erfüllen. An dieser Stelle argumentiert er auch, warum er Garry Proutys *Pre-Therapy* und „*Expressive Therapy*“ nach Natalie Rogers oder auch „*Arts Therapy*“ nach Liesl Silverstone nicht als „tribe“ in dem von ihm definierten Sinn ansieht. Die kreative Arbeit sieht er nicht als grundlegend eigenständigen Ansatz, sondern als einen speziellen Ausdrucks- und Kommunikationsmodus auf der theoretischen Basis des Personenzentrierten Ansatzes. *Pre-Therapy* ist aus der Sicht von Pete Sanders deswegen kein eigener „tribe“, weil ein in sich geschlossener Ausbildungsgang fehle und es ja in erster Linie um prätherapeutische Zielsetzungen gehe. In der Einleitung selbst stellt Sanders übrigens diese drei Konzeptionen kurz vor.

Im Kapitel 1 gibt Sanders auf 19 Seiten einen *historischen Überblick* über die Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie und des Personenzentrierten Ansatzes. Hier werden die Phasen in seinem weiteren Verlauf und der Wandel in der Begrifflichkeit im Zuge der Entfaltung des Ansatzes erörtert: nicht-direktiv, client-centered, experiential und person-centered. Der letztgenannte Terminus wurde von Rogers übrigens ab Ende der 70er Jahre im Zusammenhang mit „Person-centered Approach“, also der Anwendung der

klientenzentrierten Prinzipien über den psychotherapeutischen Bereich hinaus, gebraucht. Mit Gendlins „experiential theory“ und Focusing als Methode (ca. 1958–1964) erfolgt die erste Aufspaltung in zwei „Stämme“ (nicht-direktive Klientenzentrierte Psychotherapie und Focusing), die auch schon den Keim für die Bildung eines dritten Zweiges in sich trägt, den der „experientiellen Richtung“, die auf Interventionen abstellt, die den experientiellen Prozess des Klienten aktiv unterstützen. Schließlich stellt Sanders einige neuere Konzeptbildungen vor, die er aber nicht als neue Ansätze verstanden wissen möchte: noch einmal *Pre-Therapy*, weiters das Konzept des „pluralistic-self (vor allem Mearns’ „configurations of self“), „fragile and dissociated processes“ (Warner), dialogisches und ethisches Verständnis (Schmid), Spiritualität (Thorne).

Im Nachspann des Buches, den Sanders als eine Art politische und handlungsorientierte Deklaration zur Identitätsklärung der „Personenzentrierten Psychotherapie“ angelegt hat, greift er u.a. erneut Art Boharts Beitrag aus 1995 auf, in welchem dieser bereits von „Person-centered therapies“ schreibt (p. 150; siehe auch p. IX). Obwohl Rogers selbst keinen Unterschied zwischen „klientenzentriert“ und „personenzentriert“ machte, geht Sanders von einem Begriffsverständnis aus, das „personenzentriert“ als eine spezifische Ausprägung im Sinne des späteren Rogers ansieht (p. 157, p. 160). Die klassische Position ist mit dem Begriff „klientenzentriert“ und Rogers’ Publikationen aus 1951, 1957 und 1959 bzw. einem eingegrenzten Verhaltensspektrum, das der Umsetzung der Grundhaltungen dient, assoziiert. Obwohl von ihnen der Begriff „personenzentriert“ verwendet wird, stehen z. B. Brodley und Bozarth – neben u. a. Merry und Raskin – für die klassische „klientenzentrierte“ Richtung. Der spätere Rogers mit einer stärkeren Akzentuierung auf Begegnung bzw. Kongruenz und Selbsteinbringung des Psychotherapeuten „erlaubt“ gleichsam mehr Verhaltensspielräume auf Seite des Psychotherapeuten. Heute wird der Begriff „personenzentriert“ auch deswegen gerne verwendet, um sich von „klientenzentriert“ als trade-mark für fundamentalistische und orthodoxe Positionen abzugrenzen (p. 14). Im Gegensatz dazu wird von einigen mit voller Absicht wieder der Begriff „klientenzentriert“ propagiert, um eben diese klassische Position zu besetzen (z. B. Merry, Sommerbeck).

Hauptelemente der inhaltlichen Diskussion sind jedenfalls die Nicht-Direktivität und die Frage, ob die sechs therapeutischen Bedingungen hinreichend sind (p. 17). Aus dieser Perspektive sind vor allem die über Rogers hinaus reichenden Entwicklungen (z.B. Gendlin, Rice, Greenberg) einzuordnen. Auch von daher ist, wenn diese Ansätze nicht von vornherein als „experiential therapies“ exkludiert werden sollen, der Plural „Person-centered therapies“ i. w. S. gerechtfertigt, auch als Dach (nation) für die verschiedenen Ansätze in der Psychotherapie (tribes). Allerdings ist ja durch die Titel der englischsprachigen Zeitschrift (*Person-Centered and Experiential Psychotherapies*) und des Weltverbandes (*World Association for*

Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling) auf der berufspolitischen Ebene bereits eine Art Vorentscheidung getroffen, die allerdings aufgrund relativierender Präambeln noch keine inhaltliche Festlegung mit sich bringen.

Vorschläge von Sanders in Bezug auf die Identitätsklärung der personzentrierten Gemeinschaft umfassen *primäre und sekundäre Prinzipien*, eine Sprachregelung und ein strategisches Procedere, wie die Klärung in Angriff genommen werden könnte.

Die primären (1.) und sekundären (2.) Prinzipien lauten:

- 1.) Primat der Aktualisierungstendenz, Unabdingbarkeit der aktiven Gestaltung der sechs therapeutischen Bedingungen, Primat der Nicht-Direktivität, zumindest auf der Inhaltsebene.
- 2.) Autonomie und Selbstbestimmung des Klienten entlang seines inneren Bezugsrahmens, Ablehnung einer Expertenhaltung von Seiten des Psychotherapeuten, Primat der Nicht-Direktivität auf allen Linien (d. h. vor allem Ablehnung einer systematischen Prozesssteuerung), Ausreichen der sechs therapeutischen Bedingungen und ganzheitliche Orientierung (Organismus als Ganzes, inkl. Selbst).

Sanders gibt auch gleich Beispiele, was aus seiner Sicht zu inkludieren bzw. zu exkludieren wäre. Für mich erstaunlich dabei ist, dass letztlich alle verbreiteten Ansätze – wenn auch abgestuft – einbezogen wären: klassische Klientenzentrierte Psychotherapie, Personzentrierte Psychotherapie (siehe oben), Focusing-orientierte Psychotherapie, Process-experiential Psychotherapy (nach Greenberg) und personzentrierte integrative Ansätze. Der Grund für die Abstufung liegt darin, dass manche nur die Erfordernisse der primären Prinzipien, die in jedem Fall als „sine qua non-Prinzipien“ zu verstehen sind, erfüllen. Hiermit bzw. auch mit den Beispielen, die er als nicht einbeziehbar anführt (p. 160–162), wird deutlich,

dass vor allem eklektische, theoretisch nicht fundierte und intuitiv argumentierte Ansätze, die sich aber als personzentriert gerieren, sozusagen außerhalb der Familie gehalten werden sollen.

Insgesamt erachte ich die Veröffentlichung als verdienstvoll, weil sie die verschiedenen Ausformungen der personzentrierten Richtung in der Psychotherapie auslotet und die Frage aufwirft, was unter diesem Kategoriendach Unterschlupf finden soll. Ich teile zur Gänze weder die von Sanders aufgestellten Kriterien für die Auswahl der Ansätze, die im Buch berücksichtigt wurden, noch die im Anhang postulierten Prinzipien, die zur personzentrierten Kennung beitragen sollen. Hier wird auch der geografische und sprachliche Rahmen seines Diskurses sichtbar. Aus meiner Sicht, u. a. die eines „kontinentaleuropäers“, liegen die Dinge etwas anders. Meines Erachtens birgt bereits der Titel einen Widerspruch in sich, wenn zunächst mit Margaret Warner von „tribes“ einer „nation“ die Rede ist, schon im Untertitel aber nur mehr von „related schools“. Aber die offensive Suche nach identitätsbildenden Kriterien und nach einer Definition von „personzentriert“ i. w. S. sowie die mit Nachdruck vorgetragene Absicht, eine nachhaltige und verbindliche Strategiediskussion darüber zu führen, die auch konkrete Ergebnisse mit berufspolitischer Relevanz nach sich ziehen soll, halte ich für wichtige Schritte auf dem Wege der personzentrierten Identitätsfindung und eines „Identitätsausweises“.

Zum Abschluss sei noch ein Hinweis auf einen hochinteressanten Gestaltungsaspekt des Buches angebracht: Der Herausgeber operiert mit zwei Spalten. Unmittelbar neben dem Fließtext ist Platz für Literaturhinweise, Anmerkungen, Erläuterungen und auch für vertiefende oder weiterführende Kommentare. Dies zeichnet die Publikation in didaktischer Hinsicht aus. Hier liegt ein einmaliges dialogisches, noch zutreffender polylogisches Unternehmen vor, das Nachahmung verdient.

Margarethe Letzel

Josef Giger-Bütler: Endlich frei. Schritte aus der Depression.

Weinheim: Beltz Verlag, 2007. 330 Seiten, ISBN 978-3-407-85769-9, € 19,90 / SFr 35,50

Bereits Josef Gigers erstes Buch („Sie haben es doch gut gemeint“, siehe auch Rezension in Person 2/2003) bestach dadurch, wie nahe der Autor an den Erfahrungen Depressiver bleibt und wie einfühlsam er das quälende Leiden beschreibt, welches eine Depression bedeutet. Sein zweites Buch zum Thema Depression macht erneut augenfällig, wie unspektakulär diese gravierende psychische Erkrankung in ihrer Symptomatik zunächst daherkommt und sie deswegen oft lange Zeit weder vom Betroffenen selbst noch von seiner

Umgebung entdeckt wird – und daher unbehandelt bleibt. Zu den spannenden „Nebenwirkungen“ von Gigers neuem Werk gehört übrigens, dass sich gesellschaftskritische Gedanken aufdrängen, nicht nur, was die Begünstigung depressiver Erkrankungen betrifft. Unter anderem weist der Autor darauf hin, welch vitales Interesse unsere Gesellschaft daran haben müsste, die Volkskrankheit Depression ernst zu nehmen – nicht nur aus ethischen Überlegungen oder ökonomischen Erwägungen wie explodierenden Gesundheits-

kosten, sondern weil diese um sich greifende Erkrankung gesellschaftliche Errungenschaften wie unser demokratisches System ernsthaft bedroht.

Doch bei diesem – zweifellos interessanten – Gedankengang handelt es sich nicht um das Kernanliegen, welches Giger mit seinem neuen Buch verfolgt. Als Psychotherapeut Verbündeter der Betroffenen, geht es ihm erneut darum, für die Betroffenen selbst die Mechanismen depressiver Erkrankung transparent zu machen und ihnen diesmal vor allem Ansatzpunkte aufzuzeigen, wie der Ausstieg aus der Depression gelingen kann.

Eine Schwierigkeit beim Lesen sind zweifellos viele Wiederholungen, die ermüden und es schwer machen, den Leitgedanken mitzuverfolgen. Zu befürchten ist, dass der Autor die Aufmerksamkeit seiner Rezipienten zeitweise überstrapaziert und manche seiner Anregungen dadurch auf der Strecke bleiben (weil man darüber hinwegliest). Gleichzeitig muss man einräumen: Giger demonstriert handfest etwas Wesentliches der Ausstiegsproblematik, das wohl viele seiner psychotherapeutischen Berufskolleginnen und -kollegen aus ihrem Berufsalltag nur zu gut kennen: Der Ausstieg aus der Depression ist für den Klienten nur zum Preis einer beharrlichen Millimeterarbeit zu haben. So gesehen lohnt es sich, beim Lesen – zumindest zeitweise – ebenfalls diese Technik anzuwenden. Im Grunde veranschaulicht der Autor mit seinen Wiederholungen

auch die therapeutische Praxis bei der Behandlung von Depressionen: Geduld ist gefragt; eine unablässig wiederkehrende Botschaft gegen die ständig nachwachsenden Zweifel Depressiver, *worum* es in diesem Prozess eigentlich geht und *warum* es langsam gehen *muss*, damit es gelingt.

Den schwierigen Ausstieg einfach zu erklären, das gelingt Giger zweifellos. Der Autor zeigt aber auch, dass es – so sehnsüchtig es der unter hohem Leidensdruck stehende Depressive auch erwarten mag – keine Abkürzung auf diesem so holprigen und steinigen Weg gibt. Erneut weist er auf die Problematik des Einsatzes von Antidepressiva hin und führt mit dem gesamten Buchinhalt äußerst differenziert aus, worin genau diese Problematik besteht. Die erfolgreiche Behandlung einer Depression läuft nur, indem man sich auch gegen den Zeitgeist vom schnellen und effizienten Funktionieren stellt – eine Art von unbequemer Wahrheit, wobei Giger gerade dadurch psychotherapeutischen Fachpersonen wertvolle Argumentationshilfe liefert.

Welch riesige Anstrengung und welch enorme seelische Schwerarbeit die depressiv erkrankte Person leistet, wenn sie sich in einer Psychotherapie mit ihrer Erkrankung auseinandersetzt, indem sie zunächst einmal „nicht handelt“, sondern sich Zeit gibt, um zu sich selbst zu kommen – diese Darstellung gehört wohl mit zum Feinsten, was es zur Bewältigung von Depressionen zu lesen gibt.

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“ gestaltet auf Diskette oder als E-Mail-Attachment (nach Möglichkeit Format *.rtf) 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@aon.at

oder

c/o Univ.-Prof. Christian Korunka, Institut 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)
- Stichwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text, 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 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.

