



universität  
wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Verbale Therapeuteninterventionen und deren Folgen“

Mikroanalyse von Gesprächen

Verfasserin

NICOLE BRUNNER, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Moritz Rosenmund

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und nur die ausgewiesenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Ich habe die vorliegende Arbeit weder in Teilen noch zur Gänze anderwärtig verwendet.

Wien, 2013

(Nicole Brunner)

(Unterschrift)

## **Anmerkung**

Aufgrund der besseren Lesbarkeit findet im Rahmen dieser Arbeit weitgehend eine sprachliche Gleichstellung der Geschlechter statt, die jedoch jeweils das andere Geschlecht miteinschließt. Scheint die sprachliche Benennung des Geschlechtes relevant, so wird an den entsprechenden Stellen explizit darauf hingewiesen.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	6
1.1. Problemstellung.....	6
1.2. Forschungsfrage .....	8
1.3. Pädagogische Relevanz.....	9
1.4. Aufbau und methodische Vorgehensweise .....	10
THEORETISCHER TEIL .....	13
2. Forschungsstand .....	13
2.1. Beziehung und Therapieverlauf .....	14
2.2. Beziehungsrelevante Einflussfaktoren .....	15
2.3. Metaanalysen .....	18
2.3.1. Horvath und Symonds (1991) .....	18
2.3.2. Martin et al. (2000) .....	18
2.4. Forschungsbedarf .....	21
3. Die therapeutische Beziehung.....	22
3.1. Begriffsbestimmung.....	22
3.2. Grundcharakteristika .....	25
3.3. Psychoanalyse: Von der Übertragung zur Beziehung .....	28
3.4. Verhaltenstherapie: Technik und Beziehung – unvereinbare Gegensätze? .....	29
3.5. Personenzentrierte Therapie: Beziehung als Therapie .....	31
3.6. Die pantheoretische Konzeption der therapeutischen Allianz.....	33
3.6.1. Bordins pantheoretisches Konzept der Allianz .....	35
3.6.2. Das Modell der Wirkfaktoren .....	37
3.7. Pantheoretische Konzeptionen und deren Grenzen .....	39
4. Die personenzentrierte Therapie .....	40
4.1. Entwicklung .....	40
4.2. Grundkonzepte, Menschenbild und Persönlichkeitstheorie .....	41
4.3. Die Bedingungen.....	43
4.3.1. Empathie .....	44
4.3.2. Kongruenz.....	46
4.3.3. Akzeptanz.....	47
4.3.4. Weitere Bedingungen.....	48
4.4. Der personenzentrierte Therapeut und sein Klient .....	49
5. Die Kommunikation des (personenzentrierten) Therapeuten .....	51
5.1. Verbales und nonverbales Therapeutenverhalten.....	52
5.2. Kommunikationsmodelle .....	54
5.2.1. Allgemeine Kommunikationstheorien .....	54
5.2.2. Das personenzentrierte Kommunikationsmodell.....	56
5.3. Personenzentrierte Therapeuteninterventionen .....	62
5.3.1. Definitionen .....	64
5.3.1.1. Emotional .....	64
5.3.1.2. Kognitiv.....	66
5.3.1.3. Inhaltlicher/äußerer Bezug .....	68
EMPIRISCHER TEIL .....	70
6. Methodische Vorgehensweise .....	70
6.1. Datenerhebung .....	70

6.1.1. Das Ratingverfahren.....	71
6.1.1.1. Das konzeptorientierte Rating.....	72
6.1.1.2. Die Auswahl der Rater.....	73
6.1.1.3 Training.....	74
6.1.2. Die Inhaltsanalyse.....	75
6.1.2.1. Qualität versus Quantität?.....	76
6.2. Reliabilitätsprüfung.....	77
6.2.1. Zufallsstichprobe.....	77
6.2.2. Wahl des Übereinstimmungskoeffizienten.....	78
6.3. Datenauswertung.....	80
7. Darstellung des Datenmaterials.....	81
7.1. Das verwendete Datenmaterial.....	81
7.2. Datenaufbereitung.....	84
8. Darstellung der Befunde für abhängige und unabhängige Variable.....	85
8.1. Die Variable „Beziehung“.....	85
8.1.1. Gesamtbetrachtung.....	86
8.1.2. Gesprächsspezifische Betrachtung.....	86
8.1.2.1. Gespräch 3 und 5.....	87
8.1.2.2. Gespräch 6, 8, 9.....	87
8.1.2.3. Gespräch 2 und 4.....	88
8.1.2.4. Gespräch 1.....	88
8.1.2.5. Gespräch 7.....	89
8.2. Die Variable „Therapeuteninterventionen“.....	89
8.2.2. Der Ratingvorgang.....	90
8.2.2.1. Das Categoriesystem.....	91
8.2.2.2. Durchführung.....	93
8.2.2.3. Reliabilitätsprüfung.....	93
8.2.3. Gesamtbetrachtung.....	95
8.2.4. Gesprächsspezifische Betrachtung.....	96
8.2.4.1. Gespräch 5.....	97
8.2.4.2. Gespräch 6.....	98
8.2.4.3. Gespräch 9.....	99
9. Hypothesenprüfung.....	99
9.1. Chi-Quadrat.....	100
9.2. Analyse der Gespräche.....	101
9.2.1. Konkrete Textbeispiele.....	101
9.2.2. Gesamtbetrachtung.....	105
9.2.3. Gesprächsspezifische Betrachtung.....	108
9.2.3.1. Gespräch 1.....	108
9.2.3.2. Gespräch 2.....	109
9.2.3.3. Gespräch 3.....	109
9.2.3.4. Gespräch 4.....	110
9.2.3.5. Gespräch 5.....	111
9.2.3.6. Gespräch 6.....	111
9.2.3.7. Gespräch 7.....	112
9.2.3.8. Gespräch 8.....	113
9.2.3.9. Gespräch 9.....	114
10. Interpretation.....	114
11. Schlussbetrachtung.....	119
12. Ausblick.....	120

„Man kann behaupten, daß die dringendsten sozialen Probleme die zwischenmenschlichen Beziehungen betreffen und daß diese Beziehungen ein wesentlicher und zentraler Teil der menschlichen Natur sind.“ (Argyle 1972, 15)

# **1. Einleitung**

## ***1.1. Problemstellung***

In der Literatur zeigt sich bei der Suche nach einer Antwort auf die Frage, welches Element maßgeblich an einem Therapieerfolg beteiligt sein könnte, dass die therapeutische Beziehung schulenübergreifend einen wesentlichen Stellenwert einnimmt.

Diese Relevanz der Beziehung zwischen Therapeut und Klient lässt sich auch an der Vielzahl an Forschungen, die sich mit dem Thema beschäftigten, bestätigen. So zählten Horvath und Symonds bereits 1991 über 100 Studien, die sich mit der Beziehung in Beratung und Psychotherapie auseinandersetzten (vgl. Horvath/Symonds 1991, 141).

Lammers und Schneider machen deutlich, dass die Vielzahl der Untersuchungen aus dem allgemeinen Konsens unterschiedlicher Psychotherapierichtungen resultiert, dass die therapeutische Beziehung einen Einfluss auf das Therapiegeschehen hat, auch wenn unterschiedliche Vorstellungen darüber vorherrschen, welches Ausmaß dieser letztendlich einnehmen kann (vgl. Lammers/Schneider 2009, 470).

In der Psychoanalyse kann das Konzept der therapeutischen Beziehung unter dem Stichwort der Allianz bis hin zu Freud zurückverfolgt werden und wird vielfach mit dem Modell der Übertragung in Verbindung gebracht (vgl. Hentschel 2005, 305). In der Verhaltenstherapie wurde die Therapiebeziehung lange Zeit als unwichtig betrachtet, erfährt mittlerweile aber auch, wie sich zeigen wird, eine Bedeutungswandlung (vgl. zum Beispiel Hentschel 2005; Goldfried/DaVila 2005). Als dritte große Kraft im Rahmen der Psychotherapie nennen Lammers und Schneider (2009) sowie Wampold (2010) die humanistischen Therapieansätze, zu denen die personenzentrierte Therapie zählt. Hier wird der Beziehung zwischen Klient und Therapeut von Beginn an ein zentraler Stellenwert eingeräumt (vgl. Rogers 1942, 18). Diese Therapieform stellt den Kontext für diese Arbeit dar.

Auch in der allgemeinen Psychotherapieforschung wurde die Therapiebeziehung umfangreich behandelt und unterliegt mittlerweile einem pantheoretischen Anspruch (vgl. Hentschel 2005, 308). Lammers und Schneider verweisen beispielsweise darauf, dass sich die therapeutische Beziehung mittlerweile auf die „Flexibilität des Therapeuten in seinem Beziehungsangebot“ (Lammers/Schneider 2009, 469) zurückführen lässt, welches nicht mehr rein genuin einer bestimmten Psychotherapierichtung zugeordnet werden kann (vgl. ebd.).

Wampold macht darauf aufmerksam, dass man die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung und des Therapeuten für den Therapieerfolg zwar als gesichert sehen kann,

nichtsdestotrotz ein Forschungsbedarf vorherrscht, um den Psychotherapieprozess näher bestimmen zu können (vgl. Wampold 2010, 105f). Horvath fordert diesbezüglich eine Untersuchung auf der Mikroebene, um auf spezifischere Phänomene aufmerksam machen zu können, die den Therapieprozess begleiten (vgl. Horvath 2006, 261). Die Psychotherapieforscher Coady und Marziali drängen dazu, Studien zu konzipieren, die konkrete Therapeuteninterventionen in die Allianzmessung einbeziehen würden (vgl. Coady/Marziali 1994, 18).

Diese Beispiele sollen verdeutlichen, dass trotz der Vielzahl an gewonnenen Erkenntnissen, die es erlauben, der Beziehung zwischen Therapeut und Klient eine herausragende Position zuzuschreiben, ein Forschungsbedarf vorherrscht, die Therapiebeziehung mit neuen Bedeutungszuschreibungen zu versehen und in ihrer Tiefe zu ergründen.

Summers und Barber machen deutlich, dass diese therapeutische Beziehung von drei verschiedenen Kategorien, dem Patienten, den Therapeuten sowie den technischen Aktivitäten des Therapeuten abhängig ist, wobei im Rahmen dieser Variablen gerade die Fertigkeiten des Therapeuten die lehrbarsten Komponenten der therapeutischen Beziehung darstellen (vgl. Summers/Barber 2012, 161f).

Diese Arbeit widmet sich den Fertigkeiten des Therapeuten, die sich vor allem in konkreten verbalen Interaktionen äußern. Diese Variable liefert auf Grundlage der oben erwähnten Erkenntnisse beziehungsweise der aufgezeigten Forschungslücken neben den anderen beiden Komponenten einen geeigneten Ansatzpunkt für eine weitere Herangehensweise an die Thematik, die einen möglichen Beitrag dazu leisten könnte, die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient näher zu bestimmen.

Um dieser Zielsetzung nachzugehen, werden Sequenzen aus Therapiegesprächen herangezogen und die verbalen Interventionen des Therapeuten in ihrem Verhältnis zur Therapiebeziehung aus der Sicht der Klienten analysiert.

Auf die Frage, welche Gespräche für eine derartige Untersuchung herangezogen werden sollen, bietet Hentschel eine Antwort, indem er darauf verweist, dass gerade die ersten Therapiesitzungen „Allianz bildend“ (Hentschel 2005, 314) wirken (vgl. ebd.). Das bedeutet, dass gerade die Anfangszeit einer Therapie für die Förderung der Therapiebeziehung und damit auch für den weiteren Verlauf wichtig ist. Aus diesen Gründen eignen sich Gespräche, die den Beginn einer Psychotherapie repräsentieren, zur Bearbeitung der Thematik.



## **1.2. Forschungsfrage**

Betrachtet man ein Beratungsgespräch im Allgemeinen, so wird sichtbar, dass der Therapeut über ein bestimmtes Antwortenrepertoire verfügt, das verschiedene Differenzierungen aufweist. Der Therapeut kann beispielsweise auf den äußeren geschilderten Sachverhalt des Klienten, das heißt rein inhalts- und informationsbezogen antworten oder er kann sich dem Gefühl, dass der Klient explizit oder implizit äußert, in seiner Äußerung annehmen. Des Weiteren kann er dem Klienten beispielsweise auch auf eine kognitive oder intellektuelle Art und Weise Rückmeldung geben. Die Frage, die man diesbezüglich stellen kann, ist: Macht es einen Unterschied für die Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Klient, wenn die verbalen Interventionen des Therapeuten einer verstärkten kognitiven, emotionalen oder äußeren Bezugnahme unterliegen?

Diese auf der Mikroebene stattfindende Betrachtungsweise liegt auch deshalb nahe, weil Therapeutenaussagen ganz spezifische Antwortmöglichkeiten darstellen, die den Gesprächsverlauf wesentlich beeinflussen. Während andere Therapierichtungen bestimmte Techniken (wie zum Beispiel konkrete Aufgabenstellungen in der Verhaltenstherapie) verwenden, die die Antworten des Therapeuten charakterisieren, meidet die personenzentrierte Therapie das gezielte Einsetzen dieser Techniken (vgl. dazu Rogers 1942, 22) und lässt damit die oben erwähnte Betrachtungsweise zu.

Rogers, in dessen Theorie diese Arbeit schwerpunktmäßig zu verorten ist, empfiehlt, dass der personenzentrierte Therapeut eher versuchen soll, auf die vom Klienten ausgedrückten Gefühle zu achten, damit der Klient sich unterstützt fühlt und fähig ist, sich tiefer zu explorieren (vgl. Rogers 1942, 141). Zudem kann sich der Therapeut auf kognitive Art und Weise äußern (vgl. zum Beispiel Rogers 1942, 124). Tausch, der die Gesprächspsychotherapie in Deutschland begründete, grenzt diese beiden Antwortformate des Therapeuten von einer rein auf den Inhalt bezogenen Äußerung ab (vgl. Tausch 1960, 138).

Unter Berücksichtigung dieser Zuschreibungen soll im Rahmen dieser Masterarbeit folgender Forschungsfrage nachgegangen werden:

*Wie wirken sich verbale Therapeuteninterventionen unmittelbar auf die Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Klient aus?*

Durch die Beantwortung dieser Frage soll untersucht werden, ob die Realisierung bestimmter Antwortformate einen Einfluss auf die psychotherapeutische Beziehung (und damit in weiterer Folge auf den Erfolg der Therapie) nimmt. Dies soll einen Beitrag dazu leisten, den Therapieprozess näher zu bestimmen.

### **1.3. Pädagogische Relevanz**

Die Bedeutsamkeit der Auseinandersetzung mit der Thematik für den Beratungs- und Psychotherapiebereich wurde bereits im ersten Kapitel der Einleitung spezifiziert. Hier soll noch kurz darauf eingegangen werden, warum die Beziehung als Gegenstand wissenschaftlicher Reflexionen auch für die Pädagogik von Interesse ist.

Bereits der Titel des Masterschwerpunktes „Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter“ des Studiums Bildungswissenschaft gibt einen Hinweis darauf, dass Beratung nicht nur im Kontext der Psychotherapie eine Rolle spielt, sondern auch für pädagogische beziehungsweise bildungswissenschaftliche Konzepte von Interesse ist.

Kraft macht beispielsweise darauf aufmerksam, dass Beratung ein wichtiges Element der Erziehung ist und sich als Form pädagogischen Handelns verstehen lässt (vgl. Kraft 2009, 49).

Bezüglich der Beziehung zwischen den Menschen hebt besonders Rogers hervor, dass diese bei allen sozialen Berufen das wesentliche Erfolgskriterium darstellt (vgl. Rogers 1962, 211). Dieses Postulat wehrt im Grunde genommen jede Kritik an der pädagogischen Auseinandersetzung mit der Beziehungsgestaltung ab.

Darüber hinaus scheint auch der personenzentrierten Ansatz für die Pädagogik nicht irrelevant: 1942 richtet Rogers schon sein erstes großes Werk „Counseling and Psychotherapy“ nicht nur an Therapeuten, sondern an verschiedene soziale Berufsgruppen wie Psychologen, Collegeberater, Psychiater oder Sozialarbeiter (vgl. Rogers 1942, 3).

Später wird der personenzentrierte Ansatz indirekt auf die Pädagogik übertragbar: „Es hat sich gezeigt, daß dieser therapeutische Ansatz auf alle Bereiche zwischenmenschlicher Beziehungen anwendbar ist, in denen das gesunde psychologische Wachstum des Individuums angestrebt wird.“ (Rogers 1992, 17) Forciert man gerade eine solche Pädagogik des Wachsenlassens (vgl. dazu Litt 1927), wird es obsolet, aus einer pädagogischen Perspektive die Ausweitung des Wissensbestandes in diesem Gegenstandsbereich abzulehnen. Obwohl der Erziehungswissenschaftler Behr auf die Skepsis aufmerksam macht, die darüber herrscht, ob therapeutische- oder Beratungs-Konzepte in der Pädagogik realisierbar sind beziehungsweise ob die Pädagogik durch deren Anwendung ihre Möglichkeiten und Grenzen verkennt, verweist er auf eine Vielzahl von Untersuchungen, die belegen, dass pädagogische Erfolge gerade von der Qualität einer Beziehung maßgeblich abhängig sind (vgl. Behr 1987, 141ff). Bezüglich dieser Beziehung stützt sich Behr wiederum auf Rogers, der eine neue Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen sowie deren Bedingungen entwarf, durch die

therapeutische, beratende, helfende und, so Behr, gerade auch erzieherische Situationen förderlicher gestaltet werden können (vgl. Behr 1987, 149). Er sieht durch diese Theorien einen indirekten Bezug von Rogers zur Pädagogik gewährleistet: „Rogers eigentliche Leistung für die Pädagogik findet sich somit eher im Verborgenen, (...) dort, wo sich seine Auffassung von zwischenmenschlicher Beziehung in Hinblick auf pädagogischen Bezug denken lässt.“ (Behr 1987, 149)

Behr macht letztendlich aus eigener Initiative darauf aufmerksam, dass gerade im erzieherischen Feld der Beziehungsaspekt im Vordergrund stehen muss (vgl. Behr, 1987, 62). Aus diesen Beispielen lässt sich ableiten, dass Weiterentwicklungen und Forschungsergebnisse im Beratungs- und Psychotherapiebereich hinsichtlich der Beziehungsgestaltung auch für den pädagogischen Bereich von Bedeutung sind. Aus diesem Grund kann die hier durchgeführte Untersuchung als ein Anliegen der Pädagogik gesehen werden.

#### ***1.4. Aufbau und methodische Vorgehensweise***

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil.

Um die Forschungsfrage adäquat bearbeiten zu können, erfolgt zunächst eine theoretische Aufarbeitung jener Themen, die für ein grundlegendes Verständnis der Thematik relevant sind. Zu diesem Zweck werden mittels Literaturanalyse wesentliche Begrifflichkeiten und Konzepte geklärt und ihre Bedeutung herausgearbeitet. Da diese Arbeit im Kontext von Beratungs- und Psychotherapieforschung angesiedelt ist, bezieht sich die Literaturarbeit nicht nur auf pädagogische Textgattungen, sondern umfasst vor allem psychotherapeutische Werke. Zudem werden zur Erörterung gewisser Themen auch soziologische, psychologische und sprachwissenschaftliche Schriften herangezogen.

Zuerst erfolgt eine detaillierte Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes, die es erlauben soll, sowohl einen Überblick über bereits gewonnene Erkenntnisse zu geben als auch aufzuzeigen, wo die Grenzen des Wissensstandes liegen und eine weitere Bearbeitung zulässig machen.

Danach findet eine umfassende Darstellung des Konzeptes der therapeutischen Beziehung statt. Da es sich bei der Therapiebeziehung um einen äußerst komplexen Gegenstand handelt, wird zuerst aufgezeigt warum eine einheitliche Begriffsdimension scheitern muss und gleichzeitig versucht, eine Begriffsbestimmung anzubieten, die für die weitere Bearbeitung der Thematik als geeignet erscheint. Bevor ihr Stellenwert in der personenzentrierten Therapie ausgearbeitet wird, gilt es vorab zu klären, welche Rolle der Therapiebeziehung

allgemein im Kontext von Beratung und Psychotherapie zufällt. Darauf aufbauend werden unterschiedliche Konzeptionen der Therapiebeziehung aufgezeigt, in deren Betrachtung vor allem die von Rogers entwickelte Vorstellung der Therapiebeziehung einfließen wird. Durch eine sowohl schulenspezifische als auch pantheoretische Betrachtungsweise soll deutlich gemacht werden, dass die Therapiebeziehung nicht nur in der personenzentrierten Therapie eine wesentliche Bedeutungszuschreibung erfährt, sondern auch in allen anderen modernen Psychotherapiekonzeptionen sowie darüber hinaus ihre Gültigkeit bewähren kann. Schließlich gilt es die Frage zu klären, inwiefern eine Zusammenfassung unterschiedlicher Vorstellungen über die Therapiebeziehung kritisch zu betrachten ist, um deutlich zu machen, warum zumindest für den Problemkontext dieser Arbeit eine schulenspezifische Verfahrensweise als zweckdienlicher erscheint. Dabei ist zu beachten, dass die vorgestellten Konzepte zwar zu einem ganzheitlichen Verständnis der Therapiebeziehung beitragen sollen, aufgrund des Forschungsdesigns jedoch nicht alle Konzeptionen in den empirischen Teil einfließen werden. Ausgehend von den gewonnenen Erkenntnissen wird im zweiten Teil des theoretischen Abschnittes die personenzentrierte Therapieform hinsichtlich ihrer zentralen Facetten dargestellt, um dem Leser ein grundlegendes Verständnis dieser Therapieansatzes anbieten zu können. Neben der Darstellung allgemeiner Grundkonzepte, die ihre Kontextualisierung im Rahmen der therapeutischen Beziehung erfahren, wird sowohl vom Klienten als auch vom Therapeuten ein idealtypisches personenzentriertes Erscheinungsbild nachgezeichnet. Grundlage für diesen Abschnitt bietet vor allem Rogers Gesamtwerk, welches systematisch aufgearbeitet und in für die Arbeit relevante Teile untergliedert wird.

Da diese Arbeit den Zusammenhang zwischen der Therapiebeziehung und den verbalen Therapeuteninterventionen behandelt, die sich als ein wesentliches (Einfluss-)Element dieser Beziehung erweisen, widmet sich das nächste Kapitel der Kommunikation im Therapiesgespräch. Am Anfang dieses Abschnittes wird die Bedeutung der verbalen Interaktion im Therapiesgespräch herausgearbeitet. Anschließend wird nach einer kurzen Darstellung allgemeiner Kommunikationstheorien, ausgehend von der Theorie von Rogers ein personenzentriertes Kommunikationsmodell entworfen, das im zweiten Teil der Arbeit einer empirischen Überprüfung untersteht.

Zu Beginn dieses zweiten Teils gewährleistet eine entsprechende Einführung in die verwendete Methodik dem Leser die Nachvollziehbarkeit der durchgeführten Forschung.

In diesem Abschnitt der Arbeit findet die Mikroanalyse von Gesprächssequenzen zur Hypothesenprüfung und Beantwortung der Forschungsfrage statt. Neben der Beschreibung des Datenmaterials werden das Ratingverfahren und die Inhaltsanalyse sowie die Auswertung

und die Ergebnisse vorgestellt und interpretiert.

Grundlage hierfür bieten Demonstrationsinterviews, die im Wintersemester 2011/2012 im Rahmen eines Seminars am Institut für Bildungswissenschaft mit neun Seminarteilnehmern und einem erfahrenen personenzentrierten Therapeuten geführt wurden. Neben den transkribierten Gesprächen liegen Bewertungen der jeweiligen Klienten vor, die die Aussagen des Therapeuten hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Beziehungsebene charakterisieren. Diese stellen die abhängige Variable dar.

Um die unabhängige Variable, die der Therapeuteninterventionen, messbar zu machen, wurde ausgehend von dem im Theorieteil ausgearbeiteten personenzentrierten Kommunikationsmodell ein Categoriesystem entwickelt, das es ermöglicht, personenzentrierte Therapeuteninterventionen zu klassifizieren und dadurch für eine weitere Bearbeitung zugänglich zu machen.

Zur weiteren Datengenerierung wurden in einem ersten Schritt die bewerteten Therapeutenäußerungen von geschulten Ratern in die verschiedenen Arten von Therapeuteninterventionen eingeteilt. Anschließend folgt im zweiten Schritt die quantitative Datenanalyse. Im Zuge dessen werden die von den Urteilern eingeschätzten Therapeutenaussagen, denen ein gemeinsamer Konsens zugrundeliegt, mit den jeweiligen Beziehungsbewertungen statistisch verknüpft, um dadurch Rückschlüsse hinsichtlich der Auswirkungen des jeweiligen Therapeutenverhaltens auf die Beziehung erhalten zu können. Zudem wird ein Qui-Quadrat-Test durchgeführt.

Die Auswertung und Hypothesenprüfung kennzeichnet sich durch eine Variablenzentriertheit und beinhaltet vorwiegend Häufigkeits- und Verteilungsanalysen. Ziel ist es, zu versuchen, sowohl gesprächsinterne Muster ausfindig zu machen, als auch der Frage nachzugehen, ob ein solches Vorgehen Aussagen über gesprächsübergreifende Zusammenhänge erlaubt.

Im letzten Abschnitt der vorliegenden Arbeit erfolgt die Interpretation und Zusammenfassung der gewonnenen Ergebnisse, die auf die Erkenntnisse des theoretischen Teils rekurriert, um eine Einbettung in den (Forschungs-)Kontext nicht zu vernachlässigen und die Beantwortung der Forschungsfrage zu ermöglichen. Offene Gesichtspunkte sowie mögliche Ansätze für die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik werden zum Abschluss in einem Ausblick behandelt.

## THEORETISCHER TEIL

Der folgende Theorieteil dient neben der Darlegung des Forschungsstandes der theoretischen Aufarbeitung und Darstellung jener Konzeptionen, die für die Thematik relevant sind.

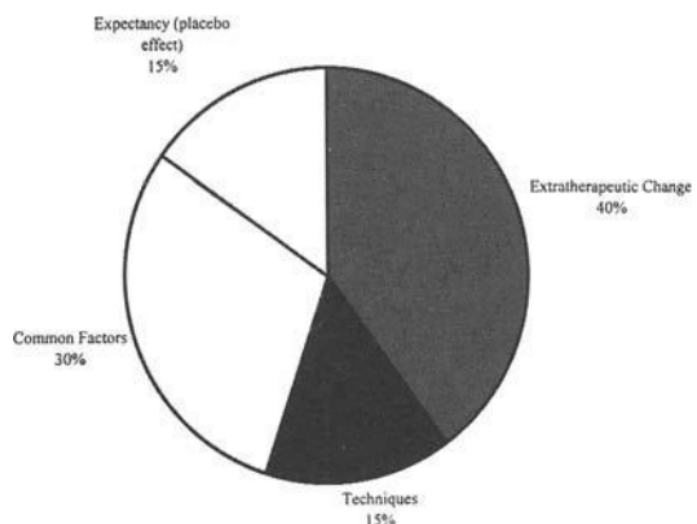
### 2. Forschungsstand

Lambert und Barley zeigen in einem Review auf, dass sich die psychotherapeutische Ergebnisforschung mit dem Zusammenhang zwischen Klientenfortschritt in der Therapie und einer Vielzahl an unterschiedlichen Variablen auseinandersetzt. Sie teilen diese Variablen in vier Gruppen ein: außertherapeutische Faktoren, Erwartungsfaktoren, spezifische Therapietechniken sowie „common factors“ (Lambert/Barley 2001, 357), also Variablen, die sich in den meisten Therapien,

unabhängig von der zugrundeliegenden theoretischen Orientierung, antreffen lassen.

Um Aussagen über die Verteilung dieser Variablen machen zu können, führten die Psychotherapieforscher eine statistische Analyse von 100 Studien durch (vgl. ebd.).

Abbildung 1 liefert eine graphische Veranschaulichung dieser Verteilung. Von jenen Faktoren, die mit dem Therapeuten in Verbindung



**Figure 1. Percent of improvement in psychotherapy patients as a function of therapeutic factors.**

**Abbildung 1: Variablen in der Psychotherapieforschung**  
(Lambert/Barley 2001, 358)

gebracht werden können, stehen die „common factors“ (ebd.), die Lambert und Barley synonym zur Therapiebeziehung sehen, am stärksten mit einem positiven Therapieverlauf in Zusammenhang (vgl. Lambert/Barley 2001, 357f).

Auch Lammers und Schneider fassen verschiedene Studien dahingehend zusammen, dass der Beziehung ein relevanter Stellenwert für den therapeutischen Prozess und dessen Effekte zukommt, wenn auch unterschiedliche Vorstellungen über dessen Ausmaß vorherrschen (vgl. Lammers/Schneider 2010, 471).

Jenkins hebt die Therapiebeziehung sogar als die wichtigste Variable im Behandlungsprozess hervor. Sie beruft sich darauf, dass die Korrelation von Beziehung und Erfolg schulenübergreifend stattfindet. Gleichzeitig verweist auch sie darauf, dass die Therapiebeziehung in den jeweiligen Schulen unterschiedlich betont wird (vgl. Jenkins 2010, 123ff).

Obwohl die Therapiebeziehung in ihrer Wichtigkeit hervorgehoben wird, fassen Stucki und Grawe den Überblick über die empirische Forschungslandschaft zur Thematik wie folgt zusammen:

„Allerdings fällt in der empirischen Psychotherapieforschung auf, dass seit Jahren zwar viel über die therapeutische Beziehung geforscht wird. Was aber letztlich eine gute Beziehung ausmacht, und insbesondere wie sie erreicht werden kann, ist immer noch überraschend wenig klar.“ (Stucki/Grawe 2007, 16)

Wie in der Einleitung bereits erläutert, besteht hier ein Forschungsbedarf, der durch die anschließenden Kapitel weiter spezifiziert werden soll. Zu diesem Zweck wird im Folgenden der Stand der aktuellen Psychotherapieforschung dargelegt, um aufzeigen zu können, wo es notwendig erscheint, anzusetzen, um das Portrait der Therapiebeziehung weiter skizzieren zu können.

## ***2.1. Beziehung und Therapieverlauf***

Hentschel macht auf das Paradoxon aufmerksam, dass zum typischen Verlauf unterschiedliche Aussagen vorherrschen. Während einerseits ein Anstieg an positiven Allianzkomponenten gemessen wurde, konnten andere Forscher einen Abwärtstrend ausfindig machen (vgl. Hentschel 2005, 314). Wesentlich ist, und das scheint unumstritten, dass gerade der Beginn einer Therapie für die Beziehungsentwicklung von Bedeutung ist: "Die erste Therapiephase wird als Allianz bildend und Phase des Geschichtenerzählens aufgefasst." (Hentschel 2005, 314)

Wampold zufolge hängt die Ausbildung einer guten Therapiebeziehung zu Beginn einer Behandlung zudem eng mit dem Therapieerfolg zusammen: „The higher the alliance is at an early session, the better the outcome.“ (Wampold 2010, 97) Er folgert daraus, dass die Verwendung der Methoden eines bestimmten Therapieansatzes weniger Einfluss auf den erfolgreichen Abschluss einer Therapie hat als die Etablierung einer Beziehung zwischen Therapeut und Klient (vgl. Wampold 2010, 111).

Auch Castonguay und seine Kollegen stellen dar, dass die Allianz von Beginn an in der Behandlung gefördert werden soll: „Therapists should start fostering the alliance with the first

minute of therapy and be prepared to address alliance ruptures at their first sign of emergence.” (Castonguay/Constantino/Holtforth 2006, 273).

Diese Postulate sollen verdeutlichen, dass die Entwicklung einer Therapiebeziehung in der Anfangsphase einer Behandlung für den weiteren Verlauf der Therapie in ihrer Wichtigkeit nicht unterschätzt werden darf. Für die Forschung lässt sich aus diesen Erkenntnissen folgern, dass eine Untersuchung der Therapiebeziehung gerade im Anfangsstadium einer Therapie als sinnvoll zu betrachten ist. Diesem Anspruch versucht diese Arbeit gerecht zu werden, indem Demonstrationsgespräche, die den Beginn einer Therapie repräsentieren, hinsichtlich der Beziehungsentwicklung zwischen Therapeut und Klient analysiert werden.

## ***2.2. Beziehungsrelevante Einflussfaktoren***

Summers und Barber nennen folgende Kategorien von Faktoren, die die Entwicklung einer therapeutischen Allianz beeinflussen würden: Patienteneigenschaften, Therapeuteneigenschaften sowie die „technische“ Aktivität des Therapeuten (vgl. Summers/Barber 2003, 161).

Hentschel unterstreicht, dass der Einfluss einer Reihe von Patientenvariablen wie beispielsweise individuelle Eigenschaften oder das Krankheitsbild des Patienten auf die therapeutische Beziehung nicht zu unterschätzen ist (vgl. Hentschel 2005, 308). Crits-Christoph und seine Kollegen bezeichnen diese Patientenvariablen als wesentliche Dritt-Variablen, die einen Einfluss auf den Therapieprozess nehmen. Zudem verweisen sie darauf, dass sich auch Vorbehandlungsvariablen der Patienten bis zu einem gewissen Grad auf die Therapiebeziehung auswirken können (vgl. Crits-Christoph/Connolly/Hearon 2006, 281).

Goldmann und Anderson führten eine Studie durch, in der interpersonale Beziehungsfaktoren wie das frühe Bindungsverhalten hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg getestet wurden. Die Forscher konnten nachweisen, dass diese Faktoren ebenfalls einen nicht zu unterschätzenden Effekt auf die Beziehung haben, besonders in der ersten Phase des Kontaktes (vgl. Goldmann/Anderson 2007, 111ff).

Stucki und Grawe machen darauf aufmerksam, dass Therapeutenvariablen im Gegensatz zu Patientenmerkmalen bis jetzt wenig Beachtung geschenkt wurde (vgl. Stucki/Grawe 2007, 16).

Die Notwendigkeit der Beseitigung dieses Mangels wird deutlich, wenn postuliert wird, dass gerade Therapeuten, die bessere Therapiebeziehungen zu ihren Klienten ausformten, auch bessere Erfolge vorweisen würden (vgl. Wampold 2010, 98).



Wampold erläutert, dass zumindest der Einfluss von demographischen Daten (wie Alter oder Geschlecht), therapeutenspezifischen Aspekten (Hintergrund, Stil oder Wahl der Intervention), persönlichen Merkmalen (Eigenschaften, Haltungen sowie Wertvorstellungen), professionellem Training sowie sozialen Fähigkeiten auf den Therapieerfolg geringfügig von der Forschung bestätigt werden konnte (vgl. Wampold 2010, 102).

Lambert und Barley verlangen, dass beginnenden Therapeuten in der Ausbildung die Möglichkeit geboten wird, ein Training in Beziehungsfähigkeiten zu erhalten (vgl. Lambert/Barley 2001, 359). Aus dieser Forderung lässt sich nicht nur ableiten, dass Fähigkeiten, die die therapeutische Beziehung betreffen, bedeutsam sind, sondern dass diese in ein Training eingebunden werden können, also *erlernbar* sind.

Goldfried und DaVila heben hervor, dass eine wesentliche Variable des Therapeuten dessen Erfahrung darstellt und diese den Therapieerfolg wesentlich mit beeinflussen würde (vgl. Goldfried/DaVila 2005, 424).

Coady und Marziali drängen dazu, bestehende Forschungslücken durch Studien zu schließen, die die Verbindung zwischen allgemeinen und spezifischen Maßnahmen bezüglich der therapeutischen Beziehung erforschen würden. Um diesen Bedarf ein Stück weit zu decken, führten sie 1994 eine Analyse 200 verbaler Verhaltenseinheiten aus Therapiesitzungen von 42 Klienten und psychodynamischen Therapeuten durch. Zur Beurteilung zogen sie einerseits verschiedene Allianzmessungsskalen, andererseits das SASB (Structural Analysis of Social Behavior) Modell, das sich mit interpersonalen Aspekten des Verhaltens befasst, heran. Beim Vergleich konnte größtenteils kein signifikanter Zusammenhang ausfindig gemacht werden. Die Forscher führen dieses Ergebnis darauf zurück, dass das SASB-Rating eine genaue Analyse ist, während Therapiebeziehungsratings eher globale Aspekte beurteilen würden. Nichtsdestotrotz verweisen die Autoren darauf, dass es notwendig ist, die Forschung weiter dahingehend auszurichten, spezifische Therapeuten- oder Klientenverhalten zu forcieren, die die Therapiebeziehung beeinflussen könnten (vgl. Coady/Marziali 1994, 17ff).

Fitzpatrick und seine Kollegen führten eine pantheoretische Forschung durch, in der versucht wurde, verschiedene verbale Interventionen von drei Therapeuten unterschiedlicher Orientierung mit der unmittelbaren Antwort der jeweiligen Klienten in unterschiedlichen Qualitätsstufen der therapeutischen Allianz zu untersuchen. Die verbalen Therapeuteninterventionen, die nach Hill (1979) gemessen wurden, bestanden aus folgenden Kategorien: (1) Ermunterung-Anerkennung-Bestätigung, (2) Reflektierung-Neuformulierung, (3) Enthüllungen über das eigene Selbst, (4) Interpretationen, (5) Konfrontationen, (6) Anbieten von Informationen, (7) Erhalten von Informationen sowie (8) direkter Ratschlag.

Ein Ergebnis der Studie war, dass die therapeutische Allianz in allen Interaktionen präsent war, in denen bei den Klienten ein Fortschritt gemessen werden konnte. Zudem konnte im Rahmen der Forschung aufgedeckt werden, dass Aussagen der Kategorie 2 und 6 mit dem Klientenfortschritt in Verbindung stehen (vgl. Fitzpatrick/Stalikas/Iwakabe 2001, 160ff). Auffallend ist diesbezüglich, dass Therapeuteninterventionen, in denen Informationen gegeben wurden, 22,5% aller Aussagen umfassten. Aus diesem Grund legen die Forscher nahe, bei mittlerem Allianzstatus Ratschläge zu geben, damit die Klienten signifikante Informationen erhalten (vgl. Fitzpatrick/Stalikas/Iwakabe 2001, 166ff). Inwiefern diese Empfehlung mit dem Prinzip der Nicht-Direktivität der personenzentrierten Therapie übereinstimmt (vgl. dazu Kapitel 4) und damit die Gültigkeit des pantheoretischen Status, den die Studie beansprucht, aufrechterhalten werden kann, bleibt fraglich.

Zuletzt soll noch auf einen Review aufmerksam gemacht werden, den Ackerman und Hilsenroth über den Einfluss von Therapeuteneigenschaft und –aktivitäten auf die therapeutische Allianz in unterschiedlichen Psychotherapierichtlinien erstellten. Sie zählten folgende Techniken auf, die positiv auf die Beziehung bezogen werden können: Exploration, Reflektieren, Erwähnen des vorhandenen Therapieerfolges, angemessene Interpretation, Vereinfachung des Ausdrucks von Affekt sowie Hinwendung zur Erfahrung des Klienten (vgl. Ackerman/Hilsenroth 2003, 1). Zu den unerwünschten Techniken des Therapeuten, die zu negativen Einflüssen auf den Therapieerfolg führen würden, zählen sie das Überstrukturieren der Therapie, unnachgiebige Interpretation, inadäquater Gebrauch von Stilen sowie unangemessene Selbsteinbringung (vgl. Ackermann/Hilsenroth 2001, 171).

In der personenzentrierten Therapie rückt die explizite Verwendung von Techniken, die im vorigen Abschnitt aufgezeigt wurde, als Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen zugunsten einer Forcierung der Eigenschaften und Haltungen des Therapeuten in den Hintergrund (vgl. Rogers 1992, 22). Aus diesem Grund beziehen sich die Untersuchungen zur personenzentrierten Therapie vorwiegend auf die Kernbedingungen (vgl. hierzu Kapitel 4.3.), wobei der Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und diesen Bedingungen in allen Studien bestätigt werden konnte (vgl. Rogers 1992, Schild 1989).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass neben Klientenvariablen die Charakteristika und Handlungen des Therapeuten die Therapiebeziehung substantiell konstituieren. Gleichzeitig wird sichtbar, dass ein Erfordernis an die aktuelle Forschung darin besteht, diesen Part auf Seiten des Therapeuten zu konkretisieren.

## **2.3. Metaanalysen**

Im Folgenden sollen zwei Metaanalysen, in denen Forschungen über den Zusammenhang von Therapieerfolg und Therapiebeziehung zusammengefasst wurden, näher betrachtet werden. Die Analysen sind insofern relevant, als dass hier gezielt jene Studien herangezogen wurden, in denen explizit Skalen zur Beziehungs- und Erfolgsmessung verwendet wurden.

### **2.3.1. Horvath und Symonds (1991)**

1991 führten Horvath und Symonds eine Metaanalyse mit 24 Studien durch, um zum Verhältnis von therapeutischem Erfolg und der Qualität der Beziehung forschungs- und schulenübergreifend Aussagen machen zu können. Zu diesem Zweck wurden Untersuchungen aus unterschiedlichen Therapierichtungen herangezogen, die sich mit der Effektstärke der Therapiebeziehung auseinandersetzten und bestimmte Kriterien erfüllten, wie zum Beispiel, dass eine Anzahl von mindestens fünf Klienten an der Studie beteiligt sein mussten<sup>1</sup> (vgl. Horvath/Symonds 1991, 139ff).

Obwohl in den Studien unterschiedliche Allianz- beziehungsweise Therapiebeziehungsdefinitionen vorherrschen, sehen Horvath und Symonds den Konsens darin, dass die therapeutische Allianz als gemeinsames Element zwischen Klienten und Therapeuten gesehen wurde und sowohl vom Therapeuten als auch von den Klienten Kompetenzen für die Therapie als von Bedeutung gekennzeichnet wurden (vgl. Horvath/Symonds 1991, 139).

Obwohl die von Horvath und Symonds gemessene Effektstärke nicht allzu groß ist, kann daraus ein Zusammenhang zwischen Beziehung und Erfolg abgeleitet werden. Zudem ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass die Forscher alle Werte, die in den Studien als nicht signifikant angegeben wurden, mit Null gleichgesetzt haben. Darüber hinaus konnte als weiteres Ergebnis der Metaanalyse festgestellt werden, dass die Ratings von Klienten im Gegensatz zu Therapeuten- und Beobachterurteilen den Therapieerfolg besser vorhersagen konnten (vgl. Horvath/Symonds 1991, 144ff).

### **2.3.2. Martin et al. (2000)**

Eine Fortsetzung der Meta-Analyse von Horvath und Symonds stellt der empirische Review von Martin et al. (2000) dar. Durch diesen wurde versucht, die Vielzahl an neuen Studien über den Zusammenhang von Therapieerfolg und Therapiebeziehung, die aus den

---

<sup>1</sup> vgl. Horvath/Symonds 1991, 140 für eine vollständige Auflistung der Kriterien

Ergebnissen der Studie von Horvath und Symonds resultierten, durch die Verwendung von Metaanalyse-Techniken in das bestehende Forschungsbild zu integrieren. Zu diesem Zweck wurden 79 Studien, basierend auf den Kriterien von Horvath und Symonds, analysiert (vgl. Martin et al. 2000, 438ff).

Unter dem Konstrukt der Allianz verstehen sie in Anlehnung an Horvath und Symonds ein kooperatives Band zwischen Therapeuten und Patienten. Zudem verweisen sie darauf, dass, wie bei der vorangegangenen Metaanalyse alle Allianzkonzepte Bordins drei Komponenten (vgl. dazu Kapitel 3.6.1), die die Allianz konstituieren, gemeinsam haben (vgl. Martin et al. 2000, 438).

Martin et al. erläutern in ihrem Review, dass die unterschiedlichen theoretischen Konzepte, die der Allianz zugrunde liegen, durch verschiedene Skalen zu messen versucht wurden. Sie machen darauf aufmerksam, dass eine Zusammenfassung der erwähnten Skalen durch verschiedene Schwierigkeiten gekennzeichnet ist. Zum Ersten zeigt sich, so die Forscher, dass einige Skalen spezifische Theoriekonzepte bezüglich der Allianz messen, während andere wiederum eine Auswahl an verschiedenen Allianzkonstrukten näher beleuchten. Zum Zweiten decken die Forscher auf, dass die Skalen Ratingsysteme beinhalten, die in ihren jeweiligen Ausprägungen verschieden sind. Als drittes Unterscheidungskriterium führen sie an, dass auch die verwendeten Items enorm variieren - von sieben bis 80 Items. Als vierter Punkt wird genannt, dass die Skalen eine unterschiedliche Anzahl von Allianz-Dimensionen messen würden (vgl. Martin et al. 2000, 438ff).

Horvath und Luborsky machen auf die Problematik aufmerksam, dass die verschiedenen Messformen unabhängig voneinander entwickelt wurden, was zur Folge hatte, dass sie zwar ähnliche, aber nicht identische Allianzkonstrukte messen würden. Sie arbeiten heraus, dass alle Skalen jedoch zwei Aspekte teilen, nämlich die persönliche Bindung sowie die Bereitschaft von Therapeut und Klient, in den Therapieprozess zu investieren. Als weitere Komponenten, die je in mindestens zwei Messinstrumenten auftauchen, identifizieren sie positive oder negative Klienten- oder Therapeutenbeiträge, gemeinsame Therapieziele sowie die Fähigkeit, eine Beziehung entwickeln zu können (vgl. Horvath/Luborsky 1993, 564).

Castonguay und seine Kollegen arbeiteten heraus, dass die meisten Allianzskalen in der psychodynamischen Tradition verankert sind, lediglich der WAI wurde ausgehend von einer pantheoretischen Perspektive entwickelt (vgl. Castonguay/Constantino/Holtforth 2006, 273).

Nichtsdestotrotz griffen Martin et al. folgende Skalen für ihre Forschung auf: Die Pennsylvania Skalen, die Vanderbilt Skalen, die Toronto Skalen, den Working Alliance

Inventory, die California Skalen sowie die Therapeutic Bond Skalen (vgl. Martin et al 2000, 429ff).

Die meisten Rater in den Studien waren Patienten (vgl. Martin et al. 2000, 443).

Die durchschnittliche Reliabilität der Allianzskalen war relativ hoch. Bei der Reliabilitätsprüfung der Rater konnte aufgezeigt werden, dass alle Urteiler eine ausreichende Reliabilität aufweisen (vgl. Martin et al. 2000, 443). Diese Ergebnisse relativieren die Hervorhebung des Klienten als Rater, die Horvath und Symonds postulierten.

Bezüglich des Zusammenhanges zwischen der therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg konnte in der Metaanalyse von Martin et al. eine etwas geringere Korrelation als bei Horvath und Symonds ausgemacht werden. Die Autoren machen jedoch darauf aufmerksam, dass wie bei der vorangegangenen Studie alle Effektgrößen, die in den jeweiligen Studien als nicht signifikant angegeben wurden, mit Null gleichgesetzt wurden (vgl. Martin et al. 2000, 445). Diese Tatsache scheint im Zusammenhang mit der Größe der Stichprobe eine plausible Erklärung für den Unterschied zu liefern.

In ihrer abschließenden Diskussion interpretieren die Autoren die Ergebnisse dahingehend, dass die Allianz mit der Veränderung in der Therapie eindeutig in Zusammenhang steht. Die Reliabilität aller Allianzskalen bedeutet für sie, dass Forscher die Auswahl einer Allianzskala nicht von ihrer Reliabilität abhängig machen können (vgl. Martin et al. 2000, 445f).

Castonguay und seine Kollegen fassen die Ergebnisse der beiden Metaanalysen insofern zusammen, als dass das Ausmaß der Allianz zwar nicht groß ist, diese durch die beiden Forschungen von Horvath und Symonds und Martin et al. nichtsdestotrotz als robust gedeutet werden kann (vgl. Castonguay/Constantino/Holtforth 2006, 272). Die Metaanalysen bestätigen damit den Zusammenhang zwischen therapeutischer Allianz und therapeutischem Erfolg, der mit verschiedenen Skalen in unterschiedlichen Settings gemessen werden konnte.

Durch diese Skalen sind Psychotherapieforscher in der Lage, aus Sicht von Klienten, Therapeuten oder unabhängigen Beobachtern Aussagen darüber zu machen, wie stark die Bindung zwischen Therapeut und Klient ist beziehungsweise inwiefern bestimmte Allianzkonstrukte ihre Wirkung entfalten. Nichtsdestotrotz macht die Theorielastigkeit der Messinstrumente eine umfassende Verwendung sowie eine Vergleichbarkeit kritisierbar. Die Problematik besonders jener Skalen, die einen pantheoretischen Anspruch erheben, liegt in der Frage verankert, ob allgemeine Schlüsse für alle Therapierichtungen zu ziehen sind, wenn die zu untersuchenden Konstrukte nicht in derselben Art und Weise für alle Therapieorientierungen gelten.

## 2.4. Forschungsbedarf

Trotz dieser vielen Forschungsmodelle verweist Horvath darauf, dass das Allianz-Konzept inkonsistent ist: "This ambiguity, it appears, left the alliance concept and indeed the 'relationship theory' somewhat incoherent and disconnected from other aspects of theorizing about the therapy process." (Horvath 2006, 259) Der Psychotherapeut macht klar, dass eine Prozessforschung notwendig ist, die den jeweiligen Therapiepraxen gerecht wird:

"It seems possible, however, that if the research on the alliance (or indeed on the therapeutic relationship) evolves in the direction of identifying relationship *processes* situated in contexts of specific therapy practices (...), the work on the alliance and the relationship might lead to conceptually and clinically practical ways to identify the units of practice that lead to positive client change." (Horvath 2006, 261, Herv. i. Org.)

Aus diesem Grund fordert Horvath eine therapiespezifische Untersuchung auf der Mikroebene, um zwischenmenschliche Vorgänge präzise identifizieren und messen zu können (vgl. Horvath 2006, 261).

Schwartz macht deutlich, dass explizite Kriterien fehlen, die Auskunft darüber geben, „bei welchem Kl. [Klienten] und zu welchem Zeitpunkt der Therapie welche Verhaltensweisen förderlich sind.“ (Schwartz 1989, 115)

Castonguay, Constantino und Holtforth machen darauf aufmerksam, dass das Konzept der Allianz nicht klar operationalisiert wurde, trotzdem wurde es auf reliable Art und Weise öfters als andere Prozessvariablen gemessen. Sie erklären, dass es notwendig ist, mehr theoretische Erklärungen bezüglich der Verbindung zwischen Allianz und Erfolg zu entwickeln und liefern den Vorschlag, für ein besseres Verständnis die Allianzentwicklung bei Therapeuten mit Expertenstatus zu untersuchen. Darüber hinaus unterstreichen sie, dass ein Training notwendig erscheint, bei dem Therapeuten explizit lernen, wie sie die Allianz fördern und auftauchende Allianzprobleme abwenden können (vgl. Castonguay/Constantino/Holtforth 2006, 273ff).

Hill verweist ebenso darauf, dass der beste Weg, therapeutische Beziehungen zu verbessern, darin liegt, sich auf die Therapeutenkomponente zu fokussieren und den Therapeuten zu trainieren (vgl. Hill 2005, 438).

Aus diesem Grund fordern Stucki und Grawe eine vermehrte Einbeziehung der therapeutischen Beziehung auch in die Ausbildung:

„Insbesondere unerfahrene Therapeuten sind dann in komplexen Beziehungssituationen überfordert, wenn sie als Therapeut beispielsweise von einem Patienten heftig kritisiert werden. Es fehlen einerseits konkrete Handlungsanweisungen, wie bestimmte Beziehungserfahrungen vermittelt werden können, andererseits wird der Einübung von Beziehungsverhalten zu wenig Raum und Zeit gegeben.“ (Stucki/Grawe 2007, 16f)

Summers und Barber heben ebenfalls hervor, dass sich Therapeuten in Ausbildung durch ein gezieltes Training besser auf die therapeutische Allianz fokussieren können. Sie verdeutlichen, dass ein Mangel in der Forschung darüber herrscht, wie die Entwicklung einer Therapiebeziehung in das Lernen von Beziehungsfähigkeiten eingegliedert werden kann (vgl. Summers/Barber 2003, 162ff).

Fitzpatrick und seine Kollegen verweisen darauf, dass die Deckung des weiteren Forschungsbedarfs auch dahingehend notwendig ist, die Verbindung zwischen Mikroerfolgen und Therapieerfolgen genauer beschreiben zu können (vgl. Fitzpatrick/Stalikas/Iwakabe 2001, 169).

Diese Arbeit versucht, dem aktuellen Forschungsbedarf gerecht zu werden, indem eine Betrachtung der Therapiebeziehung auf der Mikroebene stattfindet, wobei spezifische Interventionen eines Therapeuten mit Expertenstatus mit dieser Beziehung verknüpft und analysiert werden.

### **3. Die therapeutische Beziehung**

In diesem Kapitel soll der Gegenstand der im vorigen Kapitel dargestellten Forschungslandschaft zuerst allgemein vorgestellt und anschließend spezifiziert werden.

#### ***3.1. Begriffsbestimmung***

Der Sozialwissenschaftler Argyle (1972) charakterisiert eine enge Beziehung im Allgemeinen unter fünf Gesichtspunkten. Das erste Merkmal ist laut Argyle darin zu sehen, dass sich zwischen den zwei Weggefährten ein fließendes Interaktionsmuster entwickelt. Damit ist gemeint, dass sich mit der Zeit das Ineinandergreifen bessert, sodass schließlich das beste erreichbare Gleichgewicht gefunden wird (vgl. Argyle 1972, 204). Als zweite Bedingung für eine enge Beziehung führt er an, dass die Rollenverteilung beider Interaktionspartner klar definiert ist: „Sie sind sich einig über die Definition der Situation und über ihre Regeln, und sie akzeptieren das Selbstbild, das der andere zeigt.“ (Argyle 1972, 205) Das dritte Kennzeichen besteht, so der Autor, in der einzigartigen Art der Beziehung zwischen den zwei Personen, da die Verbindung zwischen dem anderen und einem selbst in besonderer Weise gesehen wird. Einen weiteren Punkt, den Argyle beschreibt, ist ein Zugewinn an Vertrauen, der durch vermehrte Interaktion allmählich gesteigert werden kann. Zuletzt führt er an, dass

durch den gegenseitigen Umgang eine Art soziale Einheit oder Mannschaft zwischen den beiden Partnern entsteht und bestehen bleibt (vgl. Argyle 1972, 205f). Mit Argyles sozialwissenschaftlichem Blick auf eine enge Beziehung kann folgendes zusammenfassend herausgearbeitet werden: Die Kommunikation und der Kontakt der beiden Interaktionspartner kennzeichnet sich durch eine gegenseitig gefühlte Sympathie sowie Harmonie und es entsteht eine Stimmigkeit, die auch damit zusammenhängt, dass sich jeder seiner Rolle bewusst ist. Die Beziehung wird als unvergleichlich gesehen und kennzeichnet sich durch ein Gefühl der Zusammengehörigkeit, durch das die Verbündeten ein gemeinsames System in Form einer sozialen Einheit bilden. Das Vertrauen, das sich die beiden entgegenbringen, führt letztendlich dazu, dass sie sich gegenseitig immer mehr öffnen. Betrachtet man diese Zusammenfassung, so wird sichtbar, dass diese Charakteristika auch für die Beziehung im Therapieprozess notwendig sind. Einschränkungen hinsichtlich der Übertragung dieser Kennzeichen auf die psychotherapeutische Beziehung lassen sich vorweg dahingehend erkennen, dass sich diese Zuschreibungen auf die Therapiephase beschränken und die persönliche Öffnung auf Seiten des Klienten im Normalfall stärker ausfallen wird.

Wie lässt sich die Therapiebeziehung nun ausgehend von der psychotherapeutischen und beratungsspezifischen Literatur explizit definieren?

Horvath und Luborsky stießen bei ihrer forschungsbezogenen Literatursuche zur therapeutischen Beziehung auf Bezeichnungen wie therapeutische Allianz, Arbeitsallianz, helfende Allianz oder therapeutisches Band. Diese Begriffe fassten die Autoren unter dem Überbegriff Allianz zusammen, mit der Begründung, dass ein Mangel an Konsens – sowohl in den jeweiligen theoretischen Richtungen als auch in der Forschung – über eine einheitliche Definition sowie gleichzeitig über die unterschiedlichen Differenzierungen herrscht (vgl. Horvath/Luborsky 1993, 561). Gerade diese Paradoxie, dass sowohl eine adäquate Vereinheitlichung als auch eine Unterscheidung im theoretischen Bereich nicht gelingen mag, macht es schwierig, abzuschätzen, inwiefern die Verwendung des Begriffs der Allianz nicht zu Missverständnissen führt.

Einen Lösungsansatz hierfür bieten Castonguay, Constantino und Holtforth. Sie machen auf die Unterscheidung zwischen den Begrifflichkeiten der Allianz und der Beziehung aufmerksam. Laut ihrer Betrachtungsweise lässt sich die Allianz neben einer Reihe weiterer interpersonaler Konstrukte wie Empathie oder Kongruenz, als Komponente der therapeutischen Beziehung ansehen (vgl. Castonguay/Constantino/Holtforth 2006, 271). Auch Gelso verweist auf die Unterscheidung zwischen der Arbeitsverbindung und der persönlichen Beziehung, die zusammen die reale Beziehung zwischen Therapeut und Klient ergeben. Er



sieht diese reale Beziehung, in Anlehnung an Greenson 1967, durch zwei Elemente charakterisiert, nämlich einerseits durch die Fähigkeit, im Hier und Jetzt authentisch der zu sein, der man wirklich ist, andererseits den anderen so wahrzunehmen, wie er sich tatsächlich gibt (vgl. Gelso 2002, 35ff). Gelso et al. differenzieren diese reale Beziehung von der Arbeitsbeziehung folgendermaßen: “The alliance represents the human bond that is part of the work of therapy, whereas the real relationship reflects the human bond that exists in all relationships and that underlies a working bond.” (Gelso et al. 2005, 641) Diese Definition weist insofern Ähnlichkeiten mit der von Castonguay und seinen Kollegen auf, als dass in beiden eine begriffliche Unterscheidung das Allianzkonstrukt der Therapiebeziehung unterordnet.

Jenkins setzt dem jedoch entgegen, dass selbst die Begriffe der therapeutischen Allianz und der therapeutischen Beziehung oft als untereinander austauschbar verwendet werden (vgl. Jenkins 2010, 126).

Meissner verweist auf die Problematik, dass aufgrund dieser praktizierten Gleichsetzung das Beziehungskonzept vielfach falsch aufgefasst und missverstanden oder bei der Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses sogar häufig ignoriert wird. Er hält eine Trennung in drei Komponenten, der Übertragungs- und Gegenübertragungskomponente, der therapeutischen Allianz sowie der realen Therapiebeziehung für die beste Lösung. Während sich die Übertragung auf frühere Beziehung bezieht, die Allianz die Strukturierung der (psychoanalytischen) therapeutischen Arbeit meint, reflektiert die reale Beziehung, so Meissner, den Status des Therapeuten und des Klienten als reale Personen in der Welt (vgl. Meissner 2007, 231ff). Da diese Definition eine psychoanalytische Orientierung aufweist, wird die Übertragbarkeit auf andere Therapierichtungen jedoch fraglich.

Diese Definitionen verdeutlichen, dass bezüglich der Begriffsbestimmung kein einheitliches, klar abgrenzbares Konzept existiert und zum Teil Missverständnisse daraus entstehen könnten, wenn zum Beispiel verschiedene Begriffe zu Forschungszwecken zusammengefasst werden, ohne die zugrundeliegenden Konstrukte zu beachten. Zudem wird deutlich, dass eine psychoanalytische Orientierung hinsichtlich der Definitionsformen überwiegt, wodurch sich die therapeutische Beziehung selbst als Ganzes meist mit anderen Konstrukten wie dem der Übertragung ihren Platz teilen muss. Fasst man die Definitionen zusammen, so zeigt sich zumindest ein roter Faden dahingehend, dass der Fokus zumeist auf zwei Begriffen, dem der Allianz und dem der therapeutischen Beziehung liegt. Obgleich Unterschiede in den Ansichten darin bestehen, ob sich die beiden Bezeichnungen auf dasselbe beziehen oder unterschiedliche Konstrukte beinhalten, so kann zumindest herausgelesen werden, dass die

Therapiebeziehung, wenn sie nicht synonym zur Allianz gesehen wird, als Überbegriff verwendet wird.

Aufgrund der Tatsache, dass die jeweiligen Forscher, Theoretiker oder Kliniker unterschiedliche Begrifflichkeiten verwenden, wird im Rahmen dieser Arbeit bei Zitationen der von den Autoren verwendete Begriff beibehalten. Ansonsten wird der Begriff der therapeutischen Beziehung aufgrund der personenzentrierten Ausrichtung dieser Arbeit bevorzugt. Diese Betrachtungsweise hängt damit zusammen, dass Rogers selbst nicht zwischen therapeutischer Allianz und Beziehung differenziert, sondern den Begriff der Beziehung bevorzugt. Diese Bevorzugung auch auf diese Arbeit zu übertragen, ermöglicht es, die Therapiebeziehung in einem ganzheitlichen Zusammenhang zu sehen.

Bevor die therapeutische Beziehung im Rahmen der Hauptpsychotherapierichtungen näher betrachtet wird, um anschließend den Bogen hin zur pantheoretische Konzeption der therapeutischen Beziehung spannen zu können, soll zuvor noch kurz auf die Herstellung, Gestaltung und den Nutzen der Therapiebeziehung eingegangen werden, um die Wichtigkeit ihrer Etablierung zu verdeutlichen.

### **3.2. Grundcharakteristika**

In seiner allgemeinen Charakterisierung von Psychotherapie verweist Wampold darauf, dass Psychotherapie eine interpersonale Beziehung zwischen Therapeut und Klient erfordert, innerhalb derer sich die Konversation zwischen den beiden entfalten kann (vgl. Wampold 2010, 9). Die Therapiebeziehung kann dieser Ansicht nach zunächst als Voraussetzung für das Geschehen im Therapieprozess gesehen werden.

Carkhuff macht darauf aufmerksam, dass die Etablierung einer solchen therapeutischen Beziehung zu Beginn einer Therapie an eine Reihe von Bedingungen geknüpft ist:

“When the helper offers minimal levels (level 3) of the facilitative conditions of empathy, respect, concreteness, and genuineness he establishes a facilitative relationship within which the helpee cannot only explore, experience and experiment with himself but also come to understand, respect, and be genuine with himself.” (Carkhuff 1969, 50f)

Auch Jenkins hat aus ihrer langen klinischen Erfahrung herausgearbeitet, dass eine Reihe von spezifischen Bedingungen beziehungsweise Fertigkeiten notwendig sind, um eine starke Therapiebeziehung aufzubauen. Sie zählt zu diesen Basiskompetenzen: Selbstbewusstsein, Empathie, Echtheit und Kongruenz sowie angemessene Interventionen für verschiedene Bindungsverhalten (vgl. Jenkins 2010, 141).

Bei beiden Beschreibungen ist vorerst auffallend, dass sie sich jeweils auf den Therapeuten beziehen und größtenteils den Grundkonzepten der personenzentrierten Therapie (vgl. Kapitel 4) entsprechen.

Fiedler verweist darauf, dass das wichtigste Charakteristikum der idealen Therapiebeziehung die Fähigkeit des Therapeuten ist, vollständig an der Kommunikation des Klienten teilzunehmen (vgl. Fiedler 1950, 243).

Lambert und Barley gehen diesbezüglich sogar soweit, dass sie den Erfolg von Therapeuten auf ihre Beziehungsgestaltung zurückführen. Insofern machen sie die Andeutung, dass manche Therapeuten aufgrund der von ihnen angebotenen Allianz besser als andere sein könnten: „It is clear that some therapists are better than others, at least with some clients. This is probably related to the therapist's contribution to the therapeutic alliance.” (Lambert/Barley 2001, 359)

Um diesen Erfolg zu gewährleisten, ist es laut Grawe und Grawe-Gerber wichtig, dass die Therapiebeziehung als Ressource betrachtet wird: „Es gehört zu den vordringlichsten Aufgaben eines Therapeuten, darauf hinzuwirken, daß die Therapiebeziehung für den Patienten zu einer wichtigen Ressource und nicht zu einem Problemraum wird.” (Grawe/Grawe-Gerber 1999, 69). Auch Holtforth und Castonguay betonen den Stellenwert der Therapiebeziehung als Ressource (vgl. Holtforth/Castonguay 2005, 445).

Stucki und Grawe zeigen auf, dass der Therapeut durch die therapeutische Beziehung die Möglichkeit hat, dem Patienten Erfahrungen zu bieten, die seine Bedürfnisse befriedigen. Diese Erfahrungen, die der Klient in der Therapiebeziehung erlebt, fördern zugleich dessen Bereitschaft und Motivation. Gleichzeitig stellen sie das Fundament zur Problembearbeitung dar (vgl. Stucki/Grawe 2007, 18).

Des Weiteren hilft, so Horvath und Luborsky, eine starke therapeutische Allianz dem Klienten, mit schmerzlichen Themen in der Therapie umzugehen:

"The presence of a strong alliance helps the patient to deal with the immediate discomforts associated with the unearthing of painful issues in therapy and makes it possible to postpone immediate gratification by using both cognitive (i.e., endorsements of the tasks of therapy) and affective (i.e., personal bonds) components of the relationship." (Horvath/Luborsky 1993, 564)

In dieser Definition wird der Unterschied zur Definition von Argyle, die zu Beginn des Kapitels erläutert wurde, deutlich. Es ist vorwiegend der Klient, der sich insofern öffnet, als dass er über seine Probleme spricht und dadurch von der Beziehung in stärkerem Ausmaß profitieren wird.

In diesem Sinne kann auf Jenkins verwiesen werden, die die therapeutische Beziehung als ähnlich mit der Eltern-Kind-Rollenverteilung beschreibt: "The therapy relationship is

structured in a way that resembles child-caregiver roles. The therapist acts as a source of comfort, cognitive and affective bonding, and emotional regulation." (Jenkins 2010, 129) Die Therapeutin macht zudem klar, dass die Allianz, die der Therapeut etabliert, therapeutischen Nutzen aufweist, der darin liegt, dass die Therapiebeziehung den Weg zum gewünschten Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung ebnet: "Conceptually, if psychotherapy is a cognitive, behavioral, and affective journey toward happier and healthier functioning, then the psychotherapy relationship is the vehicle in which the journey takes places." (Jenkins 2010, 125)

Bohart versteht unter dem therapeutischen Nutzen der Therapiebeziehung, dass durch diese produktives Denken beim Klienten aktiviert wird, welches maßgeblich zu Veränderung beiträgt (vgl. Bohart 2002, 62). Er bringt den Klienten als aktiven Gestalter in den Therapieprozess mit ein:

„Seeing clients as the active agents who make therapy work, rather than as dependent variables on whom therapists' interventions operate changes our perspective. Therapists' inputs are not linear causal "interventions" that precipitate results in clients. Rather they are communications which join with an active thinking process of an intelligent other." (Bohart 2002, 62)

Carkhuff fasst diesen Prozess prägnant zusammen: "Finally, in a fully sharing relationship in which each person acts upon his experience and responds to the experience of the other, the helper and the helpee explore and implement a course of action geared to the helpee's welfare." (Carkhuff 1969, 60)

Es lässt sich herausarbeiten, dass die therapeutische Beziehung als wesentliches Merkmal des Therapieprozesses in ihrer Etablierung vorwiegend dem Therapeuten zugeschoben wird. Die Gestaltung der Therapiebeziehung liegt jedoch sowohl beim Therapeuten als auch beim Klienten und zwar bei Letzterwähntem insofern, als dass sich dieser aktiv in die Psychotherapie einbringt. Nichtsdestotrotz wird eine definitorische Einheitlichkeit dadurch erschwert, dass der Begriffsbestimmung schulenabhängig unterschiedliche Konstrukte und Verständnisse zugrunde liegen.

Die nächsten drei Unterkapitel machen diese Problematik insofern verständlicher, als dass die Beziehung in den bereits erwähnten drei dominanten Psychotherapierichtungen näher betrachtet wird. Anschließend soll der Versuch einer pantheoretischen Sichtweise sowie mögliche Kritikpunkte aufgezeigt werden.

### ***3.3. Psychoanalyse: Von der Übertragung zur Beziehung***

Trotz der Ungereimtheiten, die die Forschungslandschaft bei der Definition der therapeutischen Beziehung charakterisieren, wird allgemein anerkannt, dass das Konzept der therapeutischen Beziehung unter dem Stichwort der therapeutischen Allianz bis auf Freud zurückverfolgt werden kann (vgl. zum Beispiel Horvath/Luborsky 1993; Goldfried/DaVila 2005; Hentschel 2010).

In seiner Abhandlung „Zur Dynamik der Übertragung“ aus dem Jahre 1912 verweist Freud darauf, dass eine Zuwendung zum Therapeuten durch bewusste als auch unbewusste Erwartungsvorstellungen in Form von Übertragungen entstehen wird, die sich an bestimmte Vorbilder wie Vater oder Mutter halten (vgl. Freud 1912, 1). In diesem Zusammenhang sind, so Freud, zwei Formen von Übertragung zu unterscheiden und auch gesondert zu behandeln: Einerseits die Übertragung freundlicher Gefühle, die als positive Übertragung bezeichnet wird und andererseits die von feindseligen Gefühlen, die sich unter dem Begriff der negativen Übertragung zusammenfassen lässt. Die beiden Arten der Übertragung können insofern als temporär gesehen werden, als dass sie durch Bewusstmachung aufgehoben werden können, wodurch sie gleichzeitig von der Person des Arztes abgelöst werden (vgl. Freud 1912, 3). Dadurch wird der Analytierte zugleich „aus seinen realen Beziehungen zum Arzte ausgeschleudert.“ (Freud 1912, 4) Diese Stelle ist insofern interessant, als dass hier deutlich wird, dass die Beziehung zum Arzt selbst in einer Art Scheinbeziehung besteht und sich ihr Stellenwert nur aus der Übertragung von anderen Beziehungen zusammensetzt.

1938 bestimmt Freud das Verhältnis zwischen Patient und Arzt differenzierter. So beschreibt er in seinem „Abriss der Psychoanalyse“ die analytische Situation als einen Vertrag, innerhalb dem sich die Beziehung zwischen Arzt und Patient vorerst durch eine Art Partei zwischen zwei Verbündeten charakterisiert, durch welche die Herrschaft über das Seelenleben wiedererlangt werden kann. Zwar wird der Analytiker immer noch als Experte gesehen, jedoch fungiert die psychische Arbeit durch eine Vereinigung, in der jeder einer Rollenzuschreibung untersteht. Die Rolle des Patienten lässt sich nach Freud dahingehend charakterisieren, als dass dieser für den Therapeuten einen Bundesgenossen bei der therapeutischen Arbeit darstellt. Nichtsdestotrotz bleibt der Übertragungstatbestand bestehen und die therapeutische Beziehung vollzieht sich vor allem in diesem Kontext. Während die negative Übertragung zum Versagen der therapeutischen Arbeit beitragen kann, sieht Freud die positive Übertragung als Beweggrund zur Mitarbeit des Patienten (vgl. Freud 2010, 41ff). Er „wird anscheinend gesund, nur dem Analytiker zu Liebe.“ (Freud 2010, 44)

Aus diesen Zitaten wird eine Weiterentwicklung des psychoanalytischen Beziehungskonzeptes deutlich: Die Beziehung ist nicht mehr nur mit Übertragung gleichzusetzen, sondern meint ab diesem Zeitpunkt zugleich ein Abkommen zwischen Therapeut und Klient als reales Zugegensein, das mit zum Heilungsprozess führt.

Goldfried und DaVila machen deutlich, dass in späteren psychoanalytischen Entwicklungen die Bedeutung der therapeutischen Beziehung stärker wahrgenommen wurde (vgl. Goldfried/DaVila 2005, 423). Horvath und Luborsky verweisen in diesem Zusammenhang auf zwei Modelle, das von Bibring (1937) sowie das von Greenson (1965), in denen vermehrt auf die therapeutische Beziehung im Rahmen der psychoanalytischen Theorie eingegangen wird (vgl. Horvath/Luborsky 1993, 561). Weitere Entwicklungen in diese Richtung stellen nach Wampold die Objektbeziehungstheorie sowie die interpersonale Psychotherapie von Sullivan dar (vgl. Wampold 2010, 24f).

Es zeigt sich, dass die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse ihre erste wesentliche Zuschreibung erfährt. Erfolgt diese Anfang des 20. Jahrhunderts durch Freud zwar vorwiegend unter dem Blickwinkel der Übertragung, wird sie im Lauf der Zeit von ihm weiter ausgebaut und als vertragsmäßige Verbindung, in der die gemeinsame Arbeit zwischen Patient und Analytiker erfolgt, gesehen. Nichtsdestotrotz bleibt die Übertragung präsent. Spätere Weiterentwicklungen beschäftigten sich gezielter mit der therapeutischen Beziehung als wichtigen Bestandteil im psychoanalytischen Prozess.

### ***3.4. Verhaltenstherapie: Technik und Beziehung – unvereinbare Gegensätze?***

Goldfried und DaVila verweisen darauf, dass im Rahmen von kognitiven Verhaltenstherapien das Augenmerk darauf gelegt wird, dass Klienten effektivere Fähigkeiten entwickeln, um mit den Problemen in ihrem Leben besser fertig werden können. Der Fokus des Therapeuten liegt auf der Umsetzung gewisser Techniken, sodass die Betrachtung der Therapiebeziehung an den Rand gedrängt wird. Diese Sichtweise resultiert laut den beiden daraus, dass die therapeutische Beziehung zum Lernprozess, der durch die Technik des Therapeuten entsteht, gezählt wird. Darüber hinaus wird die Beziehung, so die Psychotherapeuten, als etwas nicht ausreichend Definiertes beziehungsweise als schwierig zu messendes Phänomen gesehen. Trotzdem machen sie darauf aufmerksam, dass die therapeutische Beziehung nicht als völlig unwesentlich angesehen wird (vgl. Goldfried/DaVila 2005, 422ff).

Holtforth und Castonguay erläutern, dass die dominierende Ansicht unter Verhaltenswissenschaftlern mittlerweile darin besteht, dass die Beziehung die nötigen

Bedingungen bietet, um Techniken, die für Veränderung verantwortlich sind, in die Therapie implementieren zu können. Des Weiteren deuten sie an, dass es einige kognitive Verhaltenstherapeuten gibt, die der therapeutischen Beziehung selbst eine heilende Wirkung zuschreiben. In diesem Sinne wird die Beziehung, so Holtforth und Castonguay, nicht nur zur Bedingung von bestimmten Techniken, sondern zugleich auch Objekt dieser Techniken. Aus diesem Grund sehen Holtforth und Castonguay die Qualitätsverbesserung der Beziehung auch als legitimes Ziel für Verhaltenstherapeuten (vgl. Holtforth/Castonguay 2005, 443f).

Nichtsdestotrotz führt Jenkins an, dass Fähigkeiten, die die Beziehung zwischen Therapeut und Klienten verbessern, nicht in Trainings- und Behandlungskonzepte der Verhaltenstherapie mit einfließen, da diese als „Mikrofähigkeiten“ angesehen werden, deren Betrachtung in verhaltenstherapeutischen Einführungskursen als ausreichend gesehen wird. Gleichzeitig ist, so die Psychotherapeutin, ein neuer Trend zu beobachten, sodass sich die Behandlungsmodelle in Richtung einer größeren Einbeziehung der Therapiebeziehung verändern. Als Beispiel nennt sie den von Kohlenberg und Tsai 1991 entwickelten verhaltenstherapeutischen funktional-analytischen Psychotherapieansatz, in dem der Beziehungsaspekt besonders betont wird (vgl. Jenkins 2010, 136).

Webb et al. machen im Rahmen einer ihrer Forschungen auf das Dilemma aufmerksam, dass die Stichprobengrößen bei Forschungen über den Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Verhaltenstherapie verhältnismäßig klein sind, um aussagekräftige statistische Informationen anbieten zu können. Dennoch betonen die Autoren, dass die therapeutische Beziehung sehr wohl ein Faktor ist, der zur Symptomveränderung in der kognitiven Therapie führen kann (vgl. Webb et al. 2012, 374).

Lammers und Schneider charakterisieren das Verhältnis von kognitiver Verhaltenstherapie und therapeutischer Beziehung zusammenfassend dahingehend, dass die Beziehung zwar als wichtig, aber nicht als ausreichend für den Erfolg einer Therapie angesehen wird (vgl. Lammers/Schneider 2010, 470).

Resümiert man die verhaltenstherapeutische Denkweise bezüglich der Therapiebeziehung, so zeigt sich eine durchaus ambivalente Situation: Auf der einen Seite wird die therapeutischen Beziehung als sekundär gesehen, während auf der anderen Seite ihr Einfluss auf den Therapieerfolg hervorgehoben wird. Im Vergleich zu den anderen Therapieformen kann jedoch gesagt werden, dass ihr ein geringerer Stellenwert beigemessen wird.

### **3.5. Personenzentrierte Therapie: Beziehung als Therapie**

Da zur Bearbeitung der Forschungsfrage personenzentrierte Therapeuteninterventionen herangezogen werden, widmet sich das vierte Kapitel der Erläuterung dieser Therapieform. In diesem Abschnitt soll der Zusammenhang zwischen Beziehung und personenzentrierter Therapie deutlich gemacht werden. Es wird aufgezeigt, dass die personenzentrierte Therapie Beziehungstherapie ist.

Bereits 1942 stellt Rogers die Hypothese auf, dass positive Veränderung des Klienten in der Therapie aus der Beziehung zwischen Therapeut und Klient resultiert: *“Effective counseling consists of a definitely structured, permissive relationship which allows the client to gain an understanding of himself to a degree which enables him to take positive steps in the light of his new orientation.”* (Rogers 1942, 18; Herv. i. Org.)

Er macht explizit, dass der Therapieerfolg von der Beziehung abhängig ist, indem er eine misslungene Psychotherapie auf das Fehlen einer guten Therapiebeziehung zurückführt. Aus diesem Grund fordert er, dass der Beziehung zwischen Therapeut und Klient mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht wird (vgl. Rogers 1942, 85).

Die Beziehung selbst zeigt sich bei Rogers als Wachstumserfahrung:

“In the newer practice, the therapeutic contact is itself a growth experience. Here the individual learns to understand himself, to make significant independent choices, to relate himself successfully to another person in a more adult fashion. (...) Certainly this type of therapy is not a preparation for change, it *is* change.” (Rogers 1942, 30)

Auf die Frage, wie die Beziehung auszusehen hat, gibt Rogers zunächst eine Antwort in Form von Abgrenzungsversuchen. Das eigentümliche Beziehungsverhältnis zwischen klientenzentriertem Therapeut und Klient unterscheidet sich, so der Psychotherapeut, einerseits von einer Eltern-Kind Beziehung, die sich durch Abhängigkeiten und Gefühlsbindungen strukturiert und auf Seiten der Eltern mit großer Verantwortung verbunden ist. Des Weiteren grenzt Rogers die Therapiebeziehung von einer Freundschaftsbeziehung ab, die sich durch vollkommene Gegen- und Wechselseitigkeit charakterisieren lässt. Zudem erfolgt eine Abgrenzung zur Lehrer-Schüler Beziehung, in der der Status von Überlegenheit beziehungsweise Unterlegenheit die Beschaffenheit der Beziehung dominiert und eine Betonung auf intellektuelle Prozesse stattfindet. Darüber hinaus distanziert Rogers die klientenzentrierte Therapiebeziehung von einer typischen Arzt-Patienten Beziehung, die sich durch Diagnose und autoritärem Ratschlag auf Seiten des Arztes kennzeichnet. Demgegenüber ist die Therapiebeziehung ein Spezialfall einer sozialen Bindung, die sich von



den gewohnten Beziehungen unterscheidet und die für den Klienten eine neue Erfahrung darstellt (vgl. Rogers 1942, 85f).

Diese spezielle Verbindung sieht Rogers durch eine Reihe von Aspekten charakterisiert. Dazu zählt zum einen, dass der Therapeut dem Klienten Wärme und Empfänglichkeit entgegenbringt, was die Entstehung einer tieferen emotionalen Beziehung fördert. Das zweite Charakteristikum bezieht sich auf das Gewährenlassen des freien Ausdrucks von Gefühlen ohne Bewertung oder der Vermittlung von moralisierenden Einstellungen auf Seiten des Therapeuten. Während dem Klienten beim Ausdruck seiner Gefühle völliger Freiraum gelassen werden soll, sind der therapeutischen Handlung definitive Grenzen gesetzt. Dadurch wird dem therapeutischen Interview eine Struktur gegeben, durch die der Klient Einsicht in sich selbst erlangen kann. Der vierte Aspekt charakterisiert die Therapiebeziehung durch ein Fehlen von Zwang und Druck. Damit ist gemeint, dass der Therapeut seine eigenen Interessen, Wünsche und Widersprüchlichkeiten nicht in die Therapiesituation einfließen lässt, sodass sich der Klient in einer positiven Atmosphäre entfalten kann (vgl. Rogers 1942, 89f).

1957 stellt Rogers die Hypothese auf, dass eine positive Persönlichkeitsveränderung nur in einer solchen Beziehung auftreten wird (vgl. Rogers 1957, 96).

Er macht deutlich, dass durch die Herstellung dieser gewissen Art von Beziehung, „der andere die Fähigkeit in sich selbst entdecken [wird], diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen, und Veränderung und Persönliche Entwicklung finden statt.“ (Rogers 1998, 47)

Diese Beziehung ist, so Rogers, umso hilfreicher, je mehr der Therapeut dem Klienten Respekt, Zuneigung, Empathie, Wärme und Sicherheit entgegenbringt und dem Klienten ein Weggefährte auf seiner Reise ist. Werden diese Einstellungen eingenommen, ereignet sich, so Rogers, in allen Fällen konstruktive Persönlichkeitsentwicklung und Veränderung (vgl. Rogers 1998, 47f).

Die Eigenschaften einer solchen Beziehung, müssen hinsichtlich der oben erwähnten Kriterien so ausgerichtet sein, dass der Klient den Therapeuten als verlässlich und vertrauenswürdig wahrnehmen kann. Des Weiteren soll der Therapeut, so Rogers, offen und ehrlich sein, und an ihm selbst das akzeptieren, was er wirklich ist und dies dem Gegenüber auch zu vermitteln. Zudem ist in diesen Einstellungen das Weltbild verankert, dass man dem anderen gegenüber eine positive Einstellung empfindet. Rogers hält es ebenso für wichtig, mit einem entsprechenden Feingefühl zu reagieren, sodass das Verhalten des Therapeuten nicht als Drohung gesehen wird. Wenn der Klient von äußerer Bedrohung ferngehalten wird, kann er, so Rogers, beginnen, sich in Ruhe mit der eigenen inneren Bedrohung

auseinanderzusetzen. Rogers fügt hier jedoch hinzu, dass auch eine positive Bewertung bedrohlich sein kann, da diese eine Bewertung von außen darstellt (vgl. Rogers 1998, 64ff). Sander zeichnet den Prozess, der durch Anbieten einer solchen Beziehung stattfindet, folgendermaßen nach:

„Durch die Art der Beziehung vergegenwärtigt der Kl. [Klient] sich zunehmend unangenehme Inhalte, Angstsinhalte und Bedrohungen und baut sie – im selbstexplorativen Prozeß – in sein Selbstkonzept ein bzw. modifiziert dieses. Durch fehlende Lenkung, Bedrohung und Angst vor der th. [therapeutischen] Situation entfaltet sich beim Kl. ein zunehmender Prozess von mehr Eigenaktivität, nicht allein im Sprachverhalten, sondern im Durchleben, Erfahren und Suchen neuer Gefühlsinhalte und Zusammenhänge seines Erlebens.“ (Sander 1989, 48)

Gelingt die Etablierung einer solchen Beziehung nicht, entwickelt sich der Prozess einer gestörten Beziehung. Diesen führt Rogers darauf zurück, dass die Kommunikation widersprüchlich oder mehrdeutig verläuft und die Therapeutenaussagen als Bedrohung erlebt werden sowie durch einen Mangel an Wertschätzung und Empathie gekennzeichnet sind (vgl. Rogers 2009, 78).

### ***3.6. Die pantheoretische Konzeption der therapeutischen Allianz***

Horvath und Luborsky machen auf die Beobachtung aufmerksam, dass verschiedenste Therapeuten ein ähnliches Ausmaß an therapeutischem Erfolg vorwiesen. Wie bereits im zweiten Kapitel erläutert, interpretierten viele Forscher diese Ergebnisse dahingehend, dass es Variablen gibt, die in allen Therapieformen auftreten müssen (vgl. z.B. Horvath/Luborsky 1993, 563; Holtforth/Castonguay 2005, 443f).

Dieses Konzept der „common factors“ (Wampold 2010, 95) hat, so Wampold, seine Wurzeln im frühen 20. Jahrhundert (vgl. Wampold 2010, 35).

Horvath und Luborsky bemerken, dass sich durch diese neue Betrachtungsweise hinsichtlich der allgemeinen schulenübergreifenden Elemente von Psychotherapie zugleich das Interesse an der Allianz als pantheoretischer Faktor herausbildete (vgl. Horvath/Luborsky 1993, 563). Goldfried und DaVila fassen die Literaturdiskussion zu dieser Thematik dahingehend zusammen, dass ein Fokus auf zwei Komponenten besteht: der Technik des Therapeuten und der Beziehung zwischen Therapeut und Klient, die auf den Veränderungsprozess wirken. Gleichzeitig kann die Beziehung die Effektivität der Technik beeinflussen (vgl. Goldfried/DaVila 2005, 421ff). Daraus kann gefolgert werden, dass die Beziehung nicht nur Einfluss auf den Veränderungsprozess durch ihre Etablierung selbst hat, sondern auch auf etwas, was zusätzlich auf den Veränderungsprozess wirkt. Die Beziehung fungiert nach dieser Betrachtungsweise also in zweifacher Weise als Einflussgröße auf den Veränderungsprozess.

Die beiden Therapeuten sehen die therapeutische Allianz außerdem als Bezugsrahmen für spezifische Therapeuteninterventionen (vgl. Goldfried/DaVila 2005, 426f). Auch Lambert und Barley machen klar, dass die Beziehung, die der Therapeut etabliert, den Kontext bildet, in dem spezifische Techniken ihren Einfluss ausüben können: "the therapeutic relationship is a primary curative component of therapy and that the relationship provides the context in which specific techniques exert their influence." (Lambert/Barley 2001, 359)

Goldfried und DaVila streichen heraus, dass die Frage in diesem Zusammenhang nicht mehr lauten muss, ob Beziehung und Technik therapeutische Veränderung produzieren, sondern wie (vgl. Goldfried/DaVila 2005, 427).

Lammers und Schneider geben eine vorläufige Antwort darauf, indem sie postulieren, dass in der therapeutischen Praxis bezüglich der Beziehungsgestaltung integrative Aspekte im Mittelpunkt stehen. Sie machen deutlich, dass sich eine gute therapeutische Beziehung durch die Flexibilität des Therapeuten auszeichnet, auch schulenübergreifend zu interagieren und dass diese Praxis in der Realität der verschiedenen Psychotherapieverfahren bereits umgesetzt wird. Sie führen zum Beispiel an, dass Verhaltenstherapeuten sowohl Techniken der Gesprächspsychotherapie als auch der Psychoanalyse verwenden (vgl. Lammers/Schneider 2010, 470ff).

Zudem veranschaulichen sie, dass sich die zunehmende Integration von unterschiedlichen therapeutischen Beziehungsansätzen auf die verschiedenen Anforderungen an die Therapie zurückzuführen lassen. Diese ergeben sich laut den Autoren aus der „Individualität des Patienten, den verschiedenen Krankheitsbildern, - den unterschiedlichen Therapeutencharakteristika, den verschiedenen Phasen einer Therapie." (Lammers/Schneider 2010, 470f) Bezüglich der verschiedenen Therapeutenkennzeichen machen die Autoren darauf aufmerksam, dass die Auswahl des therapeutischen Verfahrens nur eine bedingte Rolle hinsichtlich der Beziehungsgestaltung spielt und vor allem die Persönlichkeit einen bedeutenden Stellenwert einnimmt (vgl. Lammers/Schneider 2010, 471).

Vergleicht man diese Ansicht mit jener von Goldfried und DaVila, die gerade die technische Aktivität des Therapeuten hervorheben, wird klar, dass auch im Versuch einer pantheoretischen Konzeption von Psychotherapie und der Therapiebeziehung keine Einigung darüber herrscht, welche Elemente in die Konzeption mit einfließen sollen. Offen bleibt vorerst, wie die therapeutische Allianz durch die schulenübergreifenden Aspekte konkret etabliert werden soll.

Dies wird auch durch Hain sichtbar, der zwar ebenso – begründet durch Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Therapieforschung - auf die schulenübergreifende Umsetzung

beziehungsspezifischer Ansätze verweist, jedoch gleichzeitig die Frage nach der Gestaltung dieser Beziehung stellt: „Wie aber muss diese Beziehung [allgemein] gestaltet werden, damit sie nicht nur als gut und angenehm empfunden wird, sondern auch wirkt?“ (Hain 2001, 20)

Interessant ist hierbei, dass Hain eine ähnliche Frage wie Goldfried und DaVila hinsichtlich einer expliziten Gestaltung dieser Beziehung stellt. Konsens existiert also darüber, dass die Therapiebeziehung pantheoretisch als wesentlicher Einflussfaktor für den Therapieerfolg anzusehen ist, während die Frage nach der genauen Form beziehungsweise der Gestaltung dieser Beziehung noch nicht zufriedenstellend beantwortet zu sein scheint.

Zwei Beispiele sollen in den folgenden Unterkapiteln verdeutlichen, wie eine solche Umsetzung erfolgen könnte und welche Gefahren dabei bestehen.

### **3.6.1. Bordin's pantheoretisches Konzept der Allianz**

In der Literatur besteht Konsens, dass der Psychoanalytiker Bordin (1979) als einer der ersten Therapeuten die Annahme der therapeutischen Allianz explizit als gemeinsames tragendes Element für alle Therapierichtungen hervorgehoben hat (vgl. dazu zum Beispiel Hentschel 2005, 305; Horvath 2006, 259; Wampold 2010, 96).

Bordin beginnt seine Abhandlung mit folgender Aussage: "I propose that the working alliance between the person who seeks change and the one who offers to be a change agent is one of the keys, if not *the* key, to the change process. (Bordin 1979, 252; Herv.i.Org.) Bereits aus dieser einleitenden Stellungnahme kann herausgelesen werden, dass die therapeutische Beziehung bei Bordin das ausschlaggebende Element für Veränderung, unabhängig von den zugrundeliegenden Therapieschulen, ist.

Im weiteren Verlauf seiner Abhandlung liefert Bordin vier Vorschläge, die einen Rahmen für alle Psychotherapien bilden sollen, wobei sich dieser durch die therapeutische Allianz konstituiert. Einerseits führt er an, dass alle Arten von Psychotherapien ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient beinhalten, auch wenn schulenabhängig Unterschiede in der Art und Weise dieser Verbindung bestehen. Andererseits bemerkt er, dass sich die Effektivität einer jeden Therapie – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – auf die Stärke dieser Allianz zurückführen lässt. In seinem dritten Vorschlag der Charakterisierung des Konstrukts der Psychotherapie unterstreicht er, dass verschiedene Therapieansätze durch ihre unterschiedlichen Anforderungen an Klient und Therapeut voneinander abgrenzbar sind. Diese Anforderungen wiederum - und damit kommt Bordin erneut auf die therapeutische Allianz zu sprechen - schreiben dieser ihre Funktionen zu (vgl. Bordin 1979, 253). Interessant ist, dass sich drei Charakteristika direkt auf die Beziehung stützen, während beim dritten

Punkt die therapeutische Allianz implizit durch die Anforderungen, die sich auf die Therapiebeziehung beziehen, hervortritt.

Als zweiten Schritt hat Bordin herausgearbeitet, dass die Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient durch drei Eigenschaften charakterisierbar ist, nämlich durch die Übereinstimmung an Zielen, Funktionen und der Bindung zwischen Therapeut und Klienten selbst (vgl. Bordin 1979, 253).

Bezüglich des ersten erwähnten Merkmals verweist Bordin darauf, dass sich alle Psychotherapien zum einen durch ihre Ziele charakterisieren und unterscheiden lassen. Die Psychoanalyse zielt beispielsweise, so der Therapeut, auf die Veränderung des inneren Kerns an Gedanken und Gefühlen ab, die das Handeln und die Erfahrung des Individuums beeinflussen. Im Gegensatz dazu haben, so Bordin, Verhaltenstherapeuten das Ziel, spezifische Akte des Individuums im Bezug auf andere und dessen Umgebung zu verändern. Des Weiteren besteht laut Bordin eine Übereinstimmung über das Vorgehen in der Therapie. Dieses Merkmal bezieht sich auf die unterschiedlichen Aufgaben und Prozesse, die die aktuelle Therapiesitzung ausmachen. Die Arten von Aufgaben, die an Patient und Therapeut zugewiesen sind, wurden durch die Differenzen der therapeutischen Methoden begründet. So wird beispielsweise in der Psychoanalyse durch technische Hilfsmittel wie der Couch und der Positionierung des Therapeuten außerhalb der Reichweite des Klienten versucht, einen Fokus zum Strom der inneren Erfahrung zu gewährleisten. Verhaltenstherapeuten hingegen spezifizieren sich beispielsweise auf die Berichterstattung hinsichtlich des Lebens des Klienten (vgl. Bordin 1979, 253f). Es wird erneut sichtbar: Der Kern ist bei den verschiedenen Therapieformen gleich; der Fokus der Aufmerksamkeit variiert.

In diesem Zusammenhang verweist Bordin jedoch auf eine Anomalie innerhalb dieser Annahmen, nämlich dass Therapiemodelle vorherrschen wie die klientenzentrierte Therapie, in denen solche Aufgaben nicht explizit nuanciert werden (vgl. Bordin 1979, 254).

Als drittes Charakteristikum nennt Bordin die soziale Bindung zwischen Therapeut und Klient. Während eine Basis an Vertrauen in allen therapeutischen Beziehungen vorhanden ist, gibt es, so Bordin, Therapierichtungen, die die Aufmerksamkeit intensiver auf die innere Erfahrung lenken. In diesen werden tiefere Verbindungen von Vertrauen gebraucht und entwickelt (vgl. Bordin 1979, 254). Hentschel beschreibt, dass in solchen Therapien die Entwicklung eines gemeinsamen „Wir-Gefühls“ (Hentschel 2005, 308) entsteht (vgl. ebd.).

Eine andere Abstufung bezüglich der Verbindung zwischen Therapeut und Klient sieht Bordin in den Unterschieden hinsichtlich der Rollenzuschreibung des Therapeuten. Während

in einigen Therapieformen der Therapeut eher die Führung übernimmt, wird in anderen die Verantwortung zumindest geteilt (vgl. Bordin 1979, 254f).

Lammers und Schneider greifen die Theorie von Bordin auf und sehen gerade die letzte Komponente, die Entwicklung einer emotionalen (Ver-)Bindung, als zentral für die Beziehung. Sie verweisen darauf, dass der Veränderungsprozess nur dann entsteht, wenn der Patient sich verstanden fühlt, was durch diese Bindung gewährleistet wird (vgl. Lammers/Schneider 2010, 473).

Fasst man Bordins Konzeption zusammen, so lässt sich herausstreichen, dass er durch seine Betrachtungsweise die Möglichkeiten geschaffen hat, über die therapeutische Beziehung unterschiedliche Therapierichtungen zusammen zu führen. Die Komponenten dieser Beziehung bestehen zwar aus Differenzen hinsichtlich der Intensität und Stärke sowie der jeweiligen Muster und Formen in den unterschiedlichen Richtungen, jedoch sind sie in allen Therapierichtungen anzutreffen.

### **3.6.2. Das Modell der Wirkfaktoren**

Ein zweites Modell, das im Rahmen einer pantheoretischen Beziehungskonzeption vorgestellt werden soll, bezieht sich auf unterschiedliche Wirkfaktoren, die im Therapieprozess zum Vorschein kommen.

Zur Entwicklung eines praktischen Konzepts greifen Lammers und Schneider auf Grawes Modell der „Allgemeinen Psychotherapie“ (2000) zurück, wonach es vier Wirkfaktoren von Psychotherapie, die schulenübergreifend verwendet werden können, gibt. Der erste Wirkfaktor bezieht sich auf die Problemaktualisierung. Damit ist gemeint, dass der Patient in der Therapie mit seinem Problem in Kontakt kommt. Ein zweiter Wirkfaktor stellt die Problemklärung dar. Das bedeutet, dass die Ursache und Aufrechterhaltung des Problems für den Klienten verständlich gemacht wird. Ein weiterer Aspekt ist die Problembewältigung. Hier werden dem Hilfesuchendem Möglichkeiten zu einem besseren Umgang mit seinem Problem aufgezeigt. Das Prinzip der Ressourcenaktivierung stellt einen weiteren Wirkfaktor dar. Es besagt, dass der Patient durch die Therapie eine Aktivierung positiver Aspekte seines Selbst erfährt (vgl. Grawe 2000, zit. na. Lammers/Schneider 2010, 474).

Diese Wirkfaktoren werden von Lammers und Schneider weiter spezifiziert, um ein pragmatisches Konzept bezüglich der Beziehung im Therapieprozess anbieten zu können.

Die „ressourcenaktivierende Grundhaltung des Therapeuten“ (Lammers/Schneider 2010, 474) stellt in dieser Konzeption die Quintessenz für eine erfolgreiche Beziehung dar. Durch diese Haltung des Therapeuten kann, so Lammers und Schneider, gewährleistet werden, dass sich

der Klient öffnet und das Erleben von problematischen Emotionen zulässt. Die Haltung des Therapeuten entspricht dabei den Kernbedingungen der personenzentrierten Therapie (vgl. hierzu auch Kapitel 4.3). Dieses Prinzip wird zwar von Therapieansätzen unterschiedlich verwendet, stellt jedoch, so Lammers und Schneider, in allen Therapien die notwendige Grundlage für die therapeutische Weiterarbeit dar (vgl. Lammers/Schneider 2010, 474f).

Unter Problemaktualisierung wird im Bezug auf die therapeutische Beziehung verstanden, dass der „Therapeut versucht, die therapeutische Beziehung so zu gestalten, dass der Patient durch die Art der Beziehung seine problematischen Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen erlebt, damit sie einer Klärung und Bewältigung zugänglich werden können.“ (Lammers/Schneider 2010, 476) Durch dieses Zitat wird deutlich: Es ist die Beziehung, die es ermöglicht, dass der Klient Zugang zu seinem Erleben gewinnt.

Lammers und Schneider führen an, dass es hierfür verschiedene Arten der Beziehungsgestaltung gibt und verweisen als Beispiel auf das psychoanalytische Übertragungskonzept, da bei diesem vom Therapeuten jenes Verhalten und jene Gefühle aktiviert werden, die im Umgang mit frühkindlichen Bezugspersonen erworben wurden (vgl. Lammers/Schneider 2010, 476ff).

Unter dem dritten Wirkfaktor, der Problemklärung, ist zu verstehen, dass der Patient intensive Einsicht in seine Probleme gewinnt. Dazu müssen diese für den Klienten zugänglich gemacht werden, was durch eine flexible Beziehungsgestaltung geschehen kann. In dieser Phase wird von den Therapeuten eine aktivere Haltung des Therapeuten gefordert. Zudem entwickelt sich nicht nur eine gemeinsame Ausdrucksweise, sondern auch eine gleiche Sicht auf die Probleme, wodurch ein konstruktiver Dialog entsteht (vgl. Lammers/Schneider 2010, 478f).

Mit dem Wirkfaktor Problembewältigung soll, so Lammers und Schneider, in der Umsetzung der therapeutischen Beziehung darauf geachtet werden, dass dem Patienten bei der Veränderung problematischer Verhaltensweisen, Gefühle und Gedanken geholfen wird. Hier sind die wesentlichen therapeutische Verhaltensweisen nach Lammers und Schneider eine aktivere Unterstützung oder das Loben für Erfolge, was eher den Grundsätzen der Verhaltenstherapie entspricht (vgl. Lammers/Schneider 2010, 479f).

Betrachtet man nun das Modell, das Lammers und Schneider ausgehend von Grawe entwickelt haben, so lässt sich aufdecken, dass die Therapiebeziehung innerhalb der vier Wirkfaktoren explizit herausgearbeitet und schulenübergreifend in einen Zusammenhang gebracht werden konnte. Dieser ist darin zu sehen, dass in den unterschiedlichen Phasen jeweils verschiedene Grundsätze – meist einer speziellen Therapieform zugeordnet – im Vordergrund stehen. Diese können, folgt man Lammers und Schneider, in andere bestehende

Therapierichtungen integriert werden. Hinterfragt werden kann, ob sich die Ansätze in der Praxis auch tatsächlich so übertragen lassen oder eingesetzt werden.

Neben Bordins Konzeption stellt diese Darlegung ein zweites Konzept dar, welches versucht, die Therapiebeziehung pantheoretisch zu beschreiben. Mögen beide Konzeptionen gelungen sein, so zeigt sich dennoch, dass sie eher einen allgemeinen Rahmen vermitteln und weniger auf Mikroprozesse, die sich im Therapiegeschehen abspielen, eingehen. Diese Arbeit setzt hier an.

### ***3.7. Pantheoretische Konzeptionen und deren Grenzen***

Neben der pantheoretischen Konzeption, der die eben beschriebenen Modelle zugrunde liegen, existiert bei manchen Forschern und Theoretikern die entgegengesetzte Sichtweise, die besagt, dass ausschließlich verfahrensspezifische Faktoren für einen Therapieerfolg ausschlaggebend sind (vgl. Beutler/Harwood 2002, 25f). Es sei angemerkt, dass diese Auffassung gerade durch eine erfolgreiche Umsetzung pantheoretischer Modelle in Frage gestellt werden kann.

Beutler und Harwood bemerken, dass neben dem Konzept der „common factors“ (Wampold 2010, 95) und jenem der verfahrensspezifischen Faktoren eine dritte Perspektive Beachtung verdient, die sich darauf bezieht, dass der Therapieerfolg von einer komplexen Interaktion von gemeinsamen als auch verschiedenen Faktoren abhängig ist. Sie kritisieren am Modell der „common factors“ (ebd.), dass dadurch jeder Therapieform ähnliche Interventionen zugeschrieben werden (müssen). Darüber hinaus machen sie deutlich, dass eine solche Konzeption scheitern muss, da sich die Therapiebeziehung aus dem Grad an therapiespezifischen Interventionen zusammensetzt, die verwendet werden, um den Bedürfnissen eines bestimmten Patienten gerecht zu werden (vgl. Beutler/Harwood 2002, 25ff).

Eine Alternative zu dieser Betrachtungsweise bietet das von Lammers und Schneider weiterentwickelte Modell, das den Versuch darstellt, unterschiedlichen Therapiephasen verschiedene therapiespezifische Maßnahmen zuzuordnen. Schwierig wird es jedoch da, wo Konzeptionen nicht zusammenpassen und wie bereits im letzten Kapitel angedeutet, nicht integrierbar sind.

In Anlehnung an die Sichtweise von Beutler und Harwood ist jedenfalls anzunehmen, dass eine rein schulübergreifende Sichtweise der therapeutischen Beziehung im Endeffekt



sinnlos erscheinen muss, da die spezifischen Charakteristiken der jeweiligen Therapieschulen nicht adäquat berücksichtigt werden können.

Betrachtet man die in den vorigen Kapiteln aufgezeigten Forschungen, so wird dies vor allem an der personenzentrierten Therapie deutlich, die – auch in zusammenfassenden Forschungen – wenig integriert zu sein scheint. Auch Bordin hat in seiner Konzeption deutlich gemacht, dass die von Rogers entwickelte Therapieform eine Ausnahme darstellt und nicht restlos mit seiner Konzeption übereinzustimmen vermag. Im folgenden Kapitel soll durch die Charakterisierung dieser Therapieform diese Ausnahmesituation deutlich gemacht werden.

## **4. Die personenzentrierte Therapie**

In diesem Abschnitt sollen die wichtigsten Charakteristika der personenzentrierten Therapie dargestellt werden, in dessen Rahmen diese Arbeit zu verorten ist.

### **4.1. Entwicklung**

Die klientenzentrierte Therapie wurde um 1940 von Carl Rogers in den USA begründet.

In seinem Werk „Counseling and Psychotherapy“ beschreibt Rogers die Grundprinzipien dieser neuen Therapieform, die sich von früheren Ansätzen und deren Methoden wie zum Beispiel dem Geben von Ratschlägen dadurch unterscheidet, dass sie auf die größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums abzielt (vgl. Rogers 1942, 20ff). Obwohl Rogers diesen Ansatz zu Beginn als nicht direktive Psychotherapie bezeichnet, um eine Abgrenzung zu solchen direktiven Methoden sichtbar zu machen (vgl. Rogers 1942, 126), wird bereits mit dem nächsten Zitat die klientenzentrierte Ausrichtung der Theorie von Rogers deutlich, was sich später auch im Wandel der Begriffsbezeichnung hin zu ‚klientenzentrierte Psychotherapie‘ abzeichnet: „The individual and not the problem is the focus. The aim is not to solve one particular problem, but to assist the individual to grow, so that he can cope with the present problem and with later problems in a better-integrated fashion.” (Rogers 1942, 28)

Pavel verweist darauf, dass das Neuartige des Forschungsansatzes von Rogers zudem in dem Versuch lag, „Hypothesen zur Psychotherapie und den bis dahin weitgehend mystisch behandelten psychotherapeutischen Prozess der empirischen Erforschung zugänglich zu machen und in ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.“ (Pavel 1989, 25) Dazu wurden Tonbandaufnahmen herangezogen und Studien des Verlaufs angestellt (vgl. ebd.).

Er beschreibt die Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie vor allem in der Art und Weise, wie der Therapeut in seiner Rolle und seinen Aufgaben gesehen wird sowie in der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient (vgl. Pavel 1989, 26). Dabei vollzog sich, so Pavel, ein Wandel der Therapeutenpersönlichkeit „von einem nicht lenkenden, aber engagierten, akzeptierenden, neutralen Zuhörer zu einem aktiven, den echten mitmenschlichen Kontakt und die offene Kommunikation suchenden Partner.“ (ebd.)

Pavel erläutert, dass die Praxis der nicht-direktiven Phase der Psychotherapie auf die Einsicht und kognitive Klärung der Problemlage des Klienten ausgerichtet war, während in einer zweiten Entwicklungsphase, die er als gefühlswertbarendende Psychotherapie bezeichnete, eine verstärkte Betonung der Gefühlsaspekte der Situation in den Vordergrund trat. In dieser Phase entstand auch im Jahre 1951 Rogers Werk „Client-centered Therapy“ (vgl. Pavel 1989, 27ff). Der bereits angesprochene Wandel des Begriffs wird hier im Titel eingeführt.

In einer dritten Phase, die laut Pavel 1957 ansetzte, wurde der Akzent auf das Erleben, die Beziehung und die ablaufenden Prozesse zwischen Therapeut und Klient gerichtet (vgl. ebd).

Bohart und Greenberg verweisen darauf, dass es in den letzten zwanzig Jahren eine Evolution den humanistischen und klienten-zentrierten Annäherungen gab, die eine erneute Begriffswandlung nach sich zog: Die klienten-zentrierte Therapie wurde zum personen-zentrierten Ansatz (vgl. Bohart/Greenberg 1997, 7).

## ***4.2. Grundkonzepte, Menschenbild und Persönlichkeitstheorie***

In einem psychiatrischen Lehrbuch nennt Rogers folgende Kennzeichen der klientenzentrierten Psychotherapieform:

1. Die Einstellungen des Therapeuten sind Bedingungen für erfolgreiche Therapien.
2. Die Funktion des Therapeuten ist es, für den Klienten zugänglich zu sein, sodass dieser sich auf sein Erleben konzentrieren kann.
3. Die Konzentration des Beraters liegt auf der phänomenalen Welt des Klienten.
4. Der therapeutische Prozess umfasst die Veränderung der Erlebensweise des Klienten.
5. Die motivierende Kraft bei diesem Prozess stellt die Selbstverwirklichung dar.
6. Der personenzentrierte Therapeut hat Interessen an der Struktur der Persönlichkeit und an dem Prozess der Persönlichkeitsveränderung.
7. Es besteht ein Interesse an Forschung.
8. Die in der klientenzentrierten Therapie postulierten Prinzipien sind für alle Klienten gleichermaßen anwendbar.

9. Psychotherapie ist ein Sonderfall der zwischenmenschlichen Beziehungen.
10. Der personenzentrierte Ansatz baut auf Erfahrungen auf.
11. Es besteht ein Interesse an philosophischen Folgerungen (vgl. Rogers 1992, 21f).

Bezüglich des ersterwähnten Punktes macht Rogers deutlich, dass sich in den Entwicklungsphasen der klientenzentrierten Psychotherapie das Konzept herausgebildet hat,

„daß der therapeutische Erfolg in erster Linie nicht vom technischen Wissen und Können des Therapeuten abhängt, sondern davon, ob dieser bestimmte Einstellungen besitzt. Diese Einstellungen (...) werden als Faktoren betrachtet, die für den Therapieverlauf und für konstruktive Veränderungen innerhalb der Persönlichkeit von ausschlaggebender Bedeutung sind.“ (Rogers 1992, 22)

Die Einstellungen werden im nächsten Kapitel erläutert.

Des Weiteren beschreibt Rogers, dass sich der neue Ansatz mehr den emotionalen Elementen zuwendet als den intellektuellen Aspekten (vgl. Rogers 1942, 29). Dies wird vor allem im fünften Abschnitt näher betrachtet.

Rogers sieht das Einzigartige des klientenzentrierten Ansatzes zudem darin, dass das Hauptaugenmerk nicht auf der Behandlung von Symptomen, sondern auf dem Prozess der Beziehung liegt (Rogers 1992, 17). Diese Beziehung, die bereits im vorigen Kapitel näher betrachtet wurde, sieht Rogers als wirkende, verändernde Kraft: „It is a process, a thing-in-itself, an experience, a relationship, a dynamic.“ (Rogers 1951, 3)

Der Berater stellt innerhalb dieser Beziehung einen Ort bereit, wo der Klient Antworten für sich finden kann (vgl. Rogers 1992, 26).

Dieser Ansicht liegt die Hypothese zu Grunde, dass jeder Mensch über ein Wachstumspotential verfügt, das innerhalb der Therapiebeziehung aktiviert werden kann (vgl. Rogers 1992, 17).

Durch Anwendung dieser Grundhypothese kommt ein therapeutischer Prozess zustande, den Rogers als eine Antwort auf Seiten des Klienten, die die Einstellungen des Therapeuten hervorrufen, beschreibt. Der Klient lernt

„nach und nach dem zuzuhören, was in seinem Inneren vorgeht; er lernt wahrzunehmen, daß er wütend oder ängstlich ist oder liebevolle Empfindungen verspürt. Allmählich wird er fähig, auf Empfindungen in seinem Inneren zu lauschen, die ihm früher so seltsam, so erschreckend oder bedrohlich erschienen waren, daß er sie ganz aus dem Bewußtsein verbannt hatte.“ (Rogers 1992, 32f)

Zudem geht Rogers von der Annahme aus, dass jeder Person eine Aktualisierungs- und eine Selbstverwirklichungstendenz zu Grunde liegen. Damit sind natürliche Tendenzen zu einer vollständigeren und komplexeren Entfaltung des Menschen gemeint (vgl. Rogers 1992, 69). Diese dem Organismus innewohnenden Tendenzen sind zielgerichtet, selektiv und konstruktiv (vgl. ebd.). Mit der Aktualisierungstendenz ist „eine inhärente Tendenz zur

Entfaltung aller Kräfte“ (Rogers 1992, 41) gemeint, die für die Erhaltung oder das Wachstum des Organismus sorgt (vgl. ebd.). Die Tendenz zur Selbstaktualisierung „drückt sich auch in der Aktualisierung des Teils der organismischen Erfahrung aus, in dem sich das symbolisiert, was wir Selbst nennen.“ (Rogers 2009, 19) Das bedeutet, dass jeder Organismus von sich selbst aus nach Entfaltung strebt.

In seinem Werk „Die Kraft des Guten“ legt Rogers sein Menschenbild konkreter dar, das besagt, dass der „Mensch im Grunde ein vertrauenswürdiger Organismus sei, der fähig ist (...) konstruktive Entscheidungen in Bezug auf die nächsten Schritte im Leben treffen und nach diesen Entscheidungen handeln kann.“ (Rogers 1978, 26f)

Im Mittelpunkt des klientenzentrierten Ansatzes steht dieser Mensch „als individuelle Persönlichkeit -menschlich, wechselhaft, in seinem Verhalten sowohl durch seine augenblicklichen Gefühle als auch durch seine langfristigen Ziele bestimmt.“ (Rogers 1978, 65)

### **4.3. Die Bedingungen**

1957 fragt Rogers danach, ob es messbare psychologische Bedingungen gibt, die sowohl eine notwendige als auch hinreichende konstruktive Persönlichkeitsveränderung gewährleisten können (vgl. Rogers 1957, 95). Durch seine klinische Erfahrung, verknüpft mit Ergebnissen der Forschung hat er eine Theorie dieser therapeutischen Bedingungen entwickelt, die sich durch sechs Merkmale charakterisieren lässt:

- “1. Two persons are in psychological contact.
2. The first, whom we shall term the client, is in a state of incongruence, being vulnerable or anxious.
3. The second person, whom we shall term the therapist, is congruent or integrated in the relationship.
4. The therapist experiences unconditional positive regard for the client.
5. The therapist experiences an empathic understanding of the client's internal frame of reference and endeavors to communicate this experience to the client.
6. The communication to the client of the therapist's empathic understanding and unconditional positive regard is to a minimal degree achieved.” (Rogers 1957, 9)

Nach Rogers folgt durch die Existenz dieser sechs Bedingungen und deren Fortbestand über eine gewisse Zeitspanne der Prozess einer konstruktiven Veränderung der Persönlichkeit. Mit diesem Prozess meint er die Veränderung des Klienten im Verhalten und in tieferen Ebenen der Persönlichkeitsstruktur hin zu einer größeren Integration, weniger inneren Konflikten sowie mehr Energie für ein effektiveres Leben (vgl. Rogers 1957, 96).

Rogers streicht heraus, dass diese sechs Bedingungen nur in einer förderlichen Beziehung auftauchen und diese zugleich konstituieren. Während die erste Bedingung dabei die

Grundbedingung ist, ohne die die anderen nicht existieren könnten, beschreiben die restlichen Bedingungen die Charakteristiken dieser Beziehung (vgl. Rogers 1957, 96).

Die zweite Bedingung nimmt Bezug auf den Klienten. Sie besagt, dass dieser sich in einem Zustand von Inkongruenz befinden muss, das bedeutet, dass eine Diskrepanz zwischen der aktuellen Erfahrung des Organismus und dem Selbstbild des Individuums besteht (vgl. ebd.).

Die dritte Bedingung meint, dass der Therapeut in der Beziehung kongruent, ehrlich und integriert sein soll: „It means that within the relationship he is freely and deeply himself, with his actual experience accurately represented by his awareness of himself. It is the opposite of presenting a façade, either knowingly or unknowingly.” (Rogers 1957, 97) Die vierte Bedingung bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten Wärme und Akzeptanz entgegenbringen soll. Damit ist gemeint, dass der Therapeut jegliche Gefühle des Klienten akzeptieren soll. Die fünfte Bedingung bezieht sich ebenfalls auf den Therapeuten und besagt, dass dieser dem Klienten Empathie, also einführendes Verstehen, zu vermitteln hat. Als letzte Bedingung sieht Rogers an, dass der Klient zu einem minimalen Grad, die Akzeptanz und die Empathie, die der Therapeut für ihn empfindet, wahrnehmen muss (vgl. Rogers 1957, 98f).

Rogers folgert daraus eine Reihe von Hypothesen. Die erste lautet, dass durch die Existenz dieser sechs Bedingungen eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung ermöglicht wird. Während die erste Bedingung dichotom ist, existieren die anderen in unterschiedlichen Graden beziehungsweise über ein Kontinuum. Dabei gilt, so Rogers, umso ausgeprägter die Bedingungen zwei bis sechs sind, umso beachtlicher wird die Persönlichkeitsveränderung ausfallen (vgl. Rogers 1957, 100).

Rogers verweist darauf, dass seine Theorie der Bedingungen in jeder Situation, in der konstruktive Persönlichkeitsveränderung auftritt, Geltung erfahren wird (vgl. ebd.). Er macht darauf aufmerksam, dass innerhalb der klientenzentrierten Forschung bestätigt werden konnte, dass jene Therapeuten am erfolgreichsten sind, die die oben beschriebenen Bedingungen berücksichtigen (vgl. Rogers 1992, 53f).

#### **4.3.1. Empathie**

Rogers versteht unter der Kernbedingung Empathie ein präzises einführendes Verstehen der innerlichen Welt des Klienten (vgl. Rogers 1992, 216).

Dieses präzise einführende Verstehen kennzeichnet sich durch die Funktion des Therapeuten,

„das innere Bezugssystem des Klienten zu übernehmen, die Welt so zu sehen, wie der Klient sie sieht, den Klienten zu sehen, wie er sich selbst sieht, dabei alle Vorstellungen vom äußeren Bezugssystem

abzulegen und dem Klienten etwas von diesem einführenden Verstehen mitzuteilen.“ (Rogers 1973, 42)

Es ist wichtig, diese Einstellung nicht als emotionale Identifikation zu verstehen, das heißt, der Berater soll die Gefühle des Klienten zwar erfahren, aber nicht selbst erleben (vgl. ebd.). Rogers begründet diese Klient-Bezogenheit damit, dass „die Beziehung um so wirkungsvoller ist, je vollständiger sich der Berater darauf konzentriert zu versuchen, den Klienten so zu verstehen, *wie der Klient sich selbst erscheint*.“ (Rogers 1973, 43; Herv. i. Orig.).

Zu diesem Zweck versucht der Therapeut, „in die Haut des Klienten zu schlüpfen“ (Rogers 1992, 24). Durch dieses Verhalten kann der Klient Inhalte seines Erlebens ergründen und sich besser verstehen lernen (vgl. ebd.).

Durch Anwendung der Bedingung wird zudem das wachsende Vertrauen gefördert, dass der Klient adäquateren Zugang zu seinem Selbstbild erhalten kann (vgl. Rogers 1992, 23f).

Laut Rogers und Rosenberg handelt es sich bei Empathie nicht unbedingt um einen Zustand, sondern einen Prozess. Ziel ist es, "die private Wahrnehmungswelt des anderen zu betreten und darin ganz und gar heimisch zu werden. Sie beinhaltet, in jedem Augenblick ein Gespür zu haben für die sich ändernden gefühlten Bedeutungen in dieser anderen Person.“ (Rogers/Rosenberg 2005, 79)

Fühlt sich das Individuum von seinem Gegenüber verstanden, erhält es seine Identität. Dies ermöglicht dem Klienten, neue Aspekte an sich selbst wahrzunehmen, was zugleich den ersten Schritt zu einer Änderung des Selbst und des Verhaltens bedeutet. Das empathische Klima ermöglicht zudem neue Erfahrungen. Eine Person, die das Verständnis des wertschätzenden Therapeuten wahrnimmt, wird letztendlich, so Rogers und seine Kollegin, die entgegengebrachte therapeutische Einstellung übernehmen und sich selbst gegenüber einnehmen können (vgl. Rogers/Rosenberg 2005, 88f).

Die Folgen von Empathie lassen sich eindeutig, so die Therapeuten, als positives Resultat beschreiben. Es gilt der Grundsatz: „je einfühlsamer und verstehender der Therapeut (...), desto eher sind konstruktives Lernen und Veränderung möglich.“ (Rogers/Rosenberg 2005, 85)

Rogers und Rosenberg verweisen auf eine Reihe von Forschungsergebnissen, die die Bedeutung der Variable Empathie bestätigen konnten. Empathie korreliert, so der Psychotherapeut, eindeutig mit Fortschritt und Selbsterkundung im Prozess. Auch kann durch die Verwendung von Empathie in einem frühen Stadium der Beziehung der spätere Erfolg voraussagt werden. Überdies konnte festgestellt werden, dass die Empathie umso stärker ist, je mehr Erfahrung der Therapeut hat. Des Weiteren konnte ausfindig gemacht werden, dass Klienten Empathie besser einschätzen können als Therapeuten. Daneben ist die Empathie des

Therapeuten umso stärker, je mehr dieser mit sich selbst übereinstimmt (vgl. Rogers/Rosenberg 2005, 82ff). Dies wird als Kongruenz bezeichnet und im nächsten Unterkapitel näher erläutert.

#### **4.3.2. Kongruenz**

Rogers verweist darauf, dass Echtheit oder Kongruenz die grundlegendste der drei Kernbedingungen ist (vgl. Rogers 1992, 23).

Kongruenz meint die Übereinstimmung des Therapeuten mit sich selbst (vgl. Rogers 1992, 213). Rogers postuliert diesbezüglich, „daß eine persönliche Weiterentwicklung begünstigt wird, solange der Therapeut lebt, was er wirklich *ist*, wenn er in seiner Beziehung mit dem Klienten echt und ohne Fassade bleibt, also ganz offen Gefühle und Einstellungen lebt, die ihn im Augenblick bewegen.“ (Rogers 1992, 213; Herv. i. Org.)

Um diesem Postulat entsprechen zu können, erfordert es auf Seiten des Therapeuten, dass ihm sein aktuelles Erleben präsent ist und dies auch den anderen kommuniziert wird. Trifft dies zu, ist der Therapeut ganz und integriert (vgl. Rogers 1992, 25).

Lietaer differenziert die von Rogers oben erwähnten Aspekte von Kongruenz auf zwei begrifflichen Ebenen: Kongruenz und Transparenz. Kongruenz meint dabei die innere Seite und „verweist auf das Maß in dem der Therapeut bewußten Zugang hat zu - und ‚offen‘ steht für - jede Facette seines Erlebens.“ (Lietaer 1992, 93) Damit ist, so Lietaer, die ganz „persönliche Anwesenheit des Therapeuten“ (ebd.) angesprochen.

Transparenz hingegen symbolisiert die Außenseite und meint die Kommunikation der bewussten Haltungen, Gefühle und Eindrücke, das heißt, dass der Therapeut seine eigenen Erlebnisinhalte einbringt (vgl. Lietaer 1992, 105).

Greenberg und Geller sehen Echtheit vor allem in Form von Transparenz als interpersonelle Fähigkeit, die sich aus mehreren Facetten zusammensetzt:

„It seems that being facilitatively transparent involves many interpersonal skills. This component involves not only the ability to express what I'm truly feeling but to express it *in a way that is facilitative*. Transparency thus is a global concept for a complex set of interpersonal skills embedded within a set of therapeutic attitudes.“ (Greenberg/Geller 2001, 131; Herv. i. Org.)

Aus diesem Grund sehen sie Kongruenz als die komplexeste Bedingung an, die in ihrer Umsetzung mit einer Reihe von Hindernissen verbunden ist. Sie verweisen darauf, dass Rogers Beschreibung oft dahingehend missverstanden wurde, dass der Therapeut jederzeit alle seine Gefühle - unabhängig davon, ob die jeweilige Situation einen adäquaten Rahmen dafür bietet - mitteilen soll. Greenberg und Geller sehen das Hauptziel von Kongruenz jedoch

gerade im Aufbauen von Vertrauen, was eine feinfühligke Einsetzung von Echtheit erfordert (vgl. Greenberg/Geller 2001, 131f).

Gelingt es nicht, die Kongruenz adäquat umzusetzen, spricht man von Inkongruenz. Damit „ist die unter Umständen vorhandene Diskrepanz zwischen dem Erleben des Organismus und dem bewußten Selbstkonzept“ (Rogers 1992, 43) gemeint.

Bezüglich dieser Diskrepanz unterscheiden Greenberg und Geller unterschiedliche Typen. Zum einen herrscht Inkongruenz vor, wenn der Therapeut sich seiner Erfahrung und seinem Erleben bewusst ist, aber dieses nicht kommuniziert. Eine zweite Form von Inkongruenz besteht, wenn bei dem Therapeuten Unsicherheit über den momentanen gefühlsmäßigen Zustand herrscht. Eine dritte Form von Inkongruenz ist gegeben, wenn der Therapeut keinen Zugang zu seinem Erleben herstellen kann (vgl. Greenberg/Geller 2001, 135).

Greenberg und Geller machen darauf aufmerksam, dass es notwendig ist, Kongruenz nicht wertend zu kommunizieren (vgl. Greenberg/Geller 2001, 136). Mit dieser Forderung ist ein direkter Zusammenhang gegeben mit der Bedingung der Akzeptanz, die im Folgenden erörtert wird.

#### **4.3.3. Akzeptanz**

Diese Kernbedingung bezieht sich auf ein wertschätzendes bedingungsfreies Akzeptieren des Klienten. Rogers stellt diesbezüglich die Hypothese auf, dass eine Beziehung umso erfolgreicher und wirkungsvoller ist, je bedingungsfreier die positive Zuwendung ist, die der Therapeut dem Klienten entgegenbringt (vgl. Rogers 1992, 219). Zu diesem Zweck soll der Therapeut Vorgängen im Klienten „eine warmherzige, positive und akzeptierende Haltung“ (Rogers 1992, 218) entgegenbringen.

Die Bezeichnung bedingungsfreies Akzeptieren ist laut Rogers dann gerechtfertigt, wenn der Therapeut innerhalb dieser Haltung die Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen des Klienten nicht beurteilt oder bewertet. Der Therapeut soll dabei den Klienten wertschätzen und jede seiner Äußerungen bedingungsfrei annehmen (vgl. Rogers 1992, 27). Es gilt der Grundsatz: „Ich akzeptiere das, was in meinem Klienten *ist*, nicht das, was in ihm sein *sollte*.“ (Rogers 1992, 155; Herv. i. Org.)

Den Prozess, der dadurch in Gang gesetzt wird, beschreibt Rogers anhand der Erfahrung einer Klientin in einer seiner Therapiesitzungen:

„Vielleicht trifft die Behauptung zu, daß die Einstellungen, die sie aussprechen, aber nicht als einen Teil ihrer selbst akzeptieren konnte, akzeptabel wurden, als ein alternierendes Selbst, der Berater, sie



akzeptierend und ohne Emotionen betrachtete. Erst als ein anderes Selbst ihr Verhalten ohne Scham oder Emotion betrachtete, konnte sie es auf die gleiche Weise sehen.“ (Rogers 1942, 51)

Dem Klienten wird durch diese Haltung des Beraters die Sicherheit zuteil, dass er sein Selbst akzeptieren und verstehen kann, gerade weil auch ein Anderer dies aus seiner Perspektive zu bewerkstelligen vermag (vgl. Rogers 1942, 52f). Dadurch kann, so Rogers, der Klient sein Wahrnehmungsfeld tiefgehender erforschen und seine Selbstorganisation wird neu gestaltet (vgl. Rogers 1973, 181).

Farber und Lane machen in ihrem Review über die Beziehung zwischen Wertschätzung und Therapieerfolg deutlich, dass die Zuwendung des Therapeuten signifikant mit dem Therapieerfolg in Verbindung gebracht werden kann. Trotz dieser Erkenntnis gibt es Unterschiede in den Untersuchungsergebnissen. Sie führen diese Differenzen vor allem darauf zurück, dass Therapeuten den Klienten ein unterschiedliches Maß an Wertschätzung entgegenbringen, Klienten ein unterschiedliches Ausmaß an Wertschätzung wahrnehmen und benötigen sowie die Wertschätzung jeweils von Therapeuten- und Klienteneigenschaften sowie dem jeweiligen Stand in der Therapie abhängig ist (vgl. Farber/Lane 2001, 394).

#### **4.3.4. Weitere Bedingungen**

Minsel macht transparent, dass die Wirksamkeit der Kernvariablen, die Rogers 1957 konzeptualisierte, angezweifelt wurde und aus diesem Grund versucht wurde, andere Merkmale zu untersuchen, denen ebenso psychotherapeutische Effekte zugeschrieben werden konnten (vgl. Minsel 1979, 70f).

Die Skepsis, ob die von Rogers entwickelten Bedingungen für einen Therapieerfolg ausreichend sind, nährt sich, so Minsel, aus drei verschiedenen Quellen. Zum einen konnte durch faktorenanalytische Studien ausfindig gemacht werden, dass die Kernvariablen übergeordnete Konstrukte darstellen, die sich aus vielen verschiedenen Einzelmerkmalen zusammensetzen. Zum anderen zeigen Vergleichsuntersuchungen von verschiedenen Psychotherapien, dass auch andere Richtungen die Kernbedingungen – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – realisieren. Zum Dritten weisen empirische Forschungen über soziale Kontakte daraufhin, dass die Kernbedingungen allgemeine Gültigkeit haben müssen und nicht nur für die personenzentrierte Therapie relevant sind (vgl. Minsel 1979, 71f). Diesen letzten beiden Kritikpunkten kann jedoch entgegengehalten werden, dass Rogers 1957 explizit darauf verweist, dass seine Bedingungen den Anspruch auf Gültigkeit für alle Therapieformen und Berufsgruppen heben, in denen das Ziel eine konstruktive Persönlichkeitsentfaltung darstellt (vgl. Rogers 1957, 100).

Nichtsdestotrotz folgert Minsel aus diesem Forschungsbedürfnis, dass die von Rogers postulierten Kernvariablen als notwendige, aber nicht als hinreichende Bedingungen für Persönlichkeitsveränderung charakterisiert werden müssen. Er vertritt die Ansicht, dass sie die Grundlage bieten, auf deren Basis Psychotherapie beginnen kann (vgl. Minsel 1979, 104). Die Forderung der Forschung nach der Untersuchung von weiteren psychotherapeutischen Merkmalen sieht er durch die Erweiterung der Merkmalskalen erfüllt. Diese Ratingskalen, die sich nach dem Entstehen der personenzentrierten Therapie nur auf Empathie, Kongruenz und Akzeptanz bezogen, schließen nun weitere Therapeutenmerkmale in ihre Analyse mit ein und geben Hinweise auf ihre therapeutische Wirksamkeit. Zu diesen Merkmalen zählen laut Minsel die Tiefe der Interpretation, die sprachliche Aktivität des Therapeuten, Spezifität, das Ansprechen des augenblicklichen Befindens, das Erwecken von Vertrauen und Hoffnung, Konfrontation sowie aktives Bemühen und innere Anteilnahme (vgl. Minsel, 1979, 74).

Schild fügt dieser Liste folgende weitere Bedingungen hinzu: Emotionale Zuwendung, die psychische Funktionsfähigkeit des Therapeuten, die Aktivität des Therapeuten, sowie Konfrontation und Selbsteinbringung des Therapeuten (vgl. Schild 1989, 134ff).

Minsel verweist zudem darauf, dass auch die persönlichen Merkmale des Therapeuten von Bedeutung sind. Das Konzept von Rogers wird auch dahingehend erweitert, dass das Ausmaß an Überzeugungsstärke, die Kontaktdauer sowie die soziale Herkunft des Klienten als Auswirkungen auf den Therapieerfolg in die Überlegungen miteinbezogen werden (vgl. Minsel 1979, 26ff).

Diese Beispiele zeigen, dass – obwohl Untersuchungen die Relevanz der Kernbedingungen bestätigen – im Bezug auf den personenzentrierten Ansatz noch nicht alle Fragen beantwortet sind und die Untersuchung weiterer möglicher Einflussfaktoren von Bedeutung ist.

#### ***4.4. Der personenzentrierte Therapeut und sein Klient***

In diesem Abschnitt soll das Idealbild eines personenzentrierten Therapeuten nachgezeichnet werden. Im Bezug auf den empirischen Teil soll dem Leser dadurch ein besseres Verständnis der Gesprächsausschnitte ermöglicht werden. Daneben sollen kurz die Entwicklungen im Klienten beschrieben werden.

Rogers macht auf den Umstand aufmerksam, dass die klientenzentrierte Therapie oft fälschlicherweise als Technik oder Methode bezeichnet wird, die der Therapeut verwendet. Er erläutert, dass entgegen dieser Ansicht der klientenzentrierte Berater

„über ein zusammenhängendes und ständig sich weiterentwickelndes, tief in seiner Persönlichkeitsstruktur verwurzeltes Sortiment von Einstellungen verfügt, ein System von Einstellungen, das von Techniken und Methoden, die mit diesem System übereinstimmen, ergänzt wird.“ (Rogers 1973, 34)

Um dieses Einstellungssystem umzusetzen, handelt der personenzentrierte Therapeut, so Rogers, nach der Hypothese, dass der Klient fähig ist, mit vergegenwärtigten Problemen fertig zu werden (vgl. Rogers 1973, 37f). Zu diesem Zweck schafft der Therapeut eine „interpersonellen Situation, in der einmal dem Klienten Material zu Bewußtsein kommen kann und zum anderen der Berater seine Bereitwilligkeit sinnvoll demonstriert, den Klienten als eine Person zu betrachten, die imstande ist, sich selbst zu lenken.“ (Rogers 1973, 37f)

Innerhalb dieser Situation versucht der Therapeut das Wahrnehmungsfeld des Klienten genau zu erfassen und diesem auch mitzuteilen. Rogers verweist diesbezüglich darauf, dass es schwierig ist, sich permanent in das Wahrnehmungsfeld des Klienten zu versetzen. Der Austritt aus dem Wahrnehmungsfeld des Klienten kann gelegentlich im Gespräch selbst eintreten, es geschieht jedoch fast ständig, wenn der Klient schweigt oder eine lange Pause im Gespräch besteht. Rogers macht in diesem Sinne deutlich, dass der Therapeut das Wahrnehmungsfeld des Klienten nur dann wieder aktiv übernehmen kann, wenn eine Aussage einsetzt (vgl. Rogers 1973, 45ff). Daraus lässt sich – auch für die folgende Forschung ableiten – dass es nicht ausreichend sein kann, Therapeuteninterventionen unabhängig von der davorliegenden Klientenäußerung zu betrachten.

Rogers erklärt die Notwendigkeit des Beraters, sich in das Bezugssystem des Klienten zu versetzen, damit, dass dadurch eine mögliche Verzerrung durch Konflikte des Beraters unwahrscheinlicher wird. Lautet die zentrale Frage des Beraters, wie die Sicht des Klienten ist und überprüft der Therapeut diese wahrgenommene Sicht ständig durch deren Mitteilung, so kann eine auftretende Verzerrung vom Klienten korrigiert werden, wenn sie dennoch zustande kommt (vgl. Rogers 1973, 53).

Die politische Ausrichtung eines personenzentrierten Therapeuten sieht Rogers darin, dass er auf jegliches Treffen von Entscheidungen und jegliche Kontrolle bewusst verzichtet. Vielmehr stehen die Förderung des Klienten in seiner Selbstfindung sowie die Einstellung, dass das politische Zentrum der Klient ist, im Vordergrund (vgl. Rogers 1978, 25).

Er beschreibt die Aufgabe des Therapeuten dadurch, dass dieser eine Art „Hebammenfunktion“ (Rogers 1978, 26) erfüllt, die darauf ausgerichtet ist, „den Klienten dabei zu unterstützen, sich seiner eigenen Verwirklichungsprozesse bewußt zu werden und auf sie zu vertrauen.“ (Rogers 1992, 59) Diesbezüglich bleibt es Angelegenheit des Klienten, Perspektiven abzuwägen und Entscheidungen zu treffen (vgl. Rogers 1992, 26).

Durch Verwirklichung dieser Haltung des Therapeuten wird dem Klienten ein optimales Klima bereitgestellt (vgl. Rogers 1992, 59). Das ist notwendig, da gemäß Rogers Konzeption der Gesprächstherapie beim Klienten zu Beginn einer Therapie negative Gefühle und Einstellungen überwiegen. Im weiteren Verlauf der Therapie werden diese, so Rogers, zugunsten positiver Einstellungen auf Seiten des Klienten verworfen. Auf klinischer Ebene bedeutet dieser Richtungswechsel eine Entwicklung weg von den Symptomen hin zum Selbst. Während zu Beginn der Therapie das Individuum problemfokussiert agiert, rückt mit dem Fortbestand der Therapie die Betrachtung des Selbst und der eigenen Gefühle in den Vordergrund (vgl. Rogers 1973, 133f).

Rogers macht deutlich, dass durch die psychotherapeutische Beziehung zudem eine Veränderung der Selbstwahrnehmung stattfindet. Dabei verändert sich, so der Psychotherapeut das Individuum grundlegend auf verschiedene Arten. Zum einen sieht er sich selbst als adäquatere Person, um mit dem Leben umzugehen. Zum anderen erreicht er eine realistischere Betrachtung und Bewertung seiner Person. Des Weiteren kann das Individuum die Grundlage seiner Maßstäbe in sich selbst legen, da es erkennt, dass es nicht wesentlich ist, nach dem zu leben, was andere denken, sondern, dass der Ort der Wertbestimmung in einem selbst liegt. Überdies entwickelt sich durch die veränderten Einstellungen des Klienten zu sich selbst eine neue Persönlichkeitskonfiguration. Neben dieser Entwicklung entsteht auch eine neue Konzeption des Selbst, die eine konkretere Symbolisierung von Erfahrung umfasst. Die neue Selbststruktur wird stabiler und das neue Selbst stimmt letztendlich mit den Erfahrungen besser überein. Darüber hinaus werden neue Erfahrungen nicht mehr als Bedrohung wahrgenommen (vgl. Rogers 1973, 183ff).

Zusammenfassend wird dadurch, so Rogers „eine angenehmere und realistischere Anpassung an das Leben“ (Rogers 1973, 185) gefördert.

## **5. Die Kommunikation des (personenzentrierten) Therapeuten**

1969 formulierte Carkhuff folgendes Grundprinzip für zwischenmenschliche Beziehungen: „All effective human relations begin with an effective person.“ (Carkhuff 1969, 285) Diese Person – im Falle einer Psychotherapie der Therapeut – führt, so Carkhuff, je nach dem Grad des Funktionierens, zu konstruktiven oder destruktiven Veränderungen beim Klienten. Während Kommunikation die Basis dieses Prozesses ist, hat vor allem die Arbeitsweise des Therapeuten sowohl auf den Klienten als auch auf den Therapeuten entscheidende Auswirkungen (vgl. Carkhuff 1969, 22ff).

Mit Rückgriff auf diese Stellungnahme scheint es naheliegend, sich in einer Analyse dem Therapeutenverhalten zuzuwenden, das, folgt man Carkhuff, wesentlich zum Erfolg oder Misserfolg einer Psychotherapie beitragen kann. Zudem konnte bereits zu Beginn der Arbeit aufgezeigt werden, dass dieses Verhalten einen Teil der Therapiebeziehung ausmacht und diese näher bestimmt.

Bevor auf dieses Verhalten näher eingegangen wird, gilt es grundsätzlich zu klären, inwiefern sich diese durch Kommunikation vermittelten Verhaltensweisen im Rahmen einer Konzeption von Psychotherapie einordnen lassen.

In seiner allgemeinen Charakterisierung von Psychotherapie verweist Wampold darauf, dass das Kernstück der Psychotherapie die Konversation darstellt:

„First, psychotherapy is primarily an interpersonal intervention and as such has been characterized often in its history as talk therapy. That is, psychotherapy involves an interpersonal relationship between therapist and client, and the conversation between the therapist and the client is psychotherapy, in many respects.” (Wampold 2010, 9)

Argyle verweist diesbezüglich darauf, dass die erste Schwierigkeit der Konversation bereits darin liegt, für den jeweiligen Gesprächspartner einen angemessenen Interaktionsstil zu wählen (vgl. Argyle 1972, 142).

Um dieser Schwierigkeit adäquat begegnen zu können, ist es für den Therapeuten, folgt man Wampold, notwendig, die Antworten so auszurichten, dass sie auf den jeweiligen Klienten abgestimmt sind:

„A final aspect of the definition of psychotherapy is that it is individualized to the client and his or her concerns. That is, the therapist listens intently to the client and then shapes the therapy to respond to the client, both in terms of client characteristics and the client's concern.” (Wampold 2010, 11)

Die Antwortformate, die dem Therapeuten, besonders im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie zur Verfügung stehen, werden im Folgenden näher betrachtet. Zuvor werden jedoch die nonverbalen und verbalen Komponenten von Verhalten herausgearbeitet, um davon ausgehend zu erläutern, warum die Analyse verbalen Therapeutenverhaltens in dieser Arbeit bevorzugt wird.

### ***5.1. Verbales und nonverbales Therapeutenverhalten***

Laut Argyle setzt sich eine soziale Interaktion aus individuellen Unterschieden folgender Elemente zusammen:

- Körperkontakt

- Räumliche Nähe
- Orientierung
- Körperhaltung
- Äußere Erscheinung
- Mimik und Gestik
- Blickrichtung
- Zeitliche Abstimmung des Sprechens
- Emotionaler Tonfall von Äußerungen
- Sprachfehler
- Verbaler Inhalt des Gesprochenen (vgl. Argyle 1972, 308ff).

Der Kommunikationstheoretiker Gehm fügt dieser Liste folgende weitere Kanäle nonverbaler Kommunikation hinzu: individuelle Merkmale der Stimme, Abstand und Winkel zwischen den Gesprächspartnern sowie situative Einflüsse (vgl. Gehm 1994, 36).

Diese Arbeit widmet sich Argyles letzterwähntem Aspekt, dessen Bedeutung im Folgenden sichtbar werden wird.

Argyle bemerkt, dass menschliche Kommunikation zwar durch nichtverbales Verhalten begleitet wird, dass jedoch menschliches Sozialverhalten größtenteils auf dem Austausch von verbalen Äußerungen basiert. Diese verbalen Aussagen lassen sich von anderen Handlungen dadurch differenzieren, dass den Wörtern bestimmte Bedeutungen zu Grunde liegen, die bestimmte Informationen vermitteln. Gleichzeitig schaffen Wörter, so Argyle, mehr als nur die Vermittlung von Informationen, die in ihrer deskriptiven Bedeutung eingeschlossen sind. So kann ein Sprecher durch verbale Äußerungen das Verhalten des Anderen beeinflussen oder seine Einstellung darlegen (vgl. Argyle 1972, 17ff).

Argyle unterscheidet im Bezug auf das verbale Verhalten unterschiedliche Arten von Äußerungen wie Fragen sowie verschiedene Komponenten wie Gesprächsthemen, verborgene Bedeutungen oder die linguistische Struktur der Äußerungen. Mit dem letzterwähnten Punkt ist gemeint, ob die Sätze lang oder kurz sind, ob Fachausdrücke verwendet werden, die Grade der Förmlichkeit sowie individuelle Sprechstile (Argyle 1972, 113ff). Diese Arbeit spezialisiert sich vorwiegend auf die Arten von Äußerungen, die im weiteren Verlauf dieses Kapitels auf verschiedene Kategorien aufgeteilt werden.

Obwohl der Sozialpsychologe der verbalen Kommunikation größere Bedeutung zuspricht, verweist er darauf, „daß verbale Interaktion die Unterstützung nichtverbaler Kommunikation

benötigt“ (Argyle 1972, 71) und dass nichtverbales Verhalten dazu dient, den verbalen Austausch zu ermöglichen (vgl. Argyle 1972, 71f).

Im Bezug auf die Unterschiede zwischen nichtverbaler und verbaler Kommunikation stellt Argyle fest, dass die Sprache sorgfältig beherrscht wird und man mit Sprache bewusst über Dinge und andere Menschen kommuniziert, während nichtverbale Signale großteils von spontaner Natur sind (vgl. Argyle 1972, 74).

Indem sich diese Arbeit mit verbalem Therapeutenverhalten beschäftigt, rückt die Betrachtung eines vielfach gezielt eingesetzten, bewussten Verhaltens in den Vordergrund. Der Blick auf ein solches gezieltes Verhalten ermöglicht es im Idealfall Ansätze zu entwickeln, innerhalb derer ein solches Verhalten weiterentwickelt, modifiziert oder in einem Training eingesetzt und erlernt werden kann.

Obwohl dieses Kapitel vorwiegend die verbalen Therapeuteninterventionen behandelt, soll – wie bereits erörtert – erneut darauf hingewiesen werden, dass der Klient durch sein Kommunikationsverhalten in der Therapie ebenso einen wesentlichen Beitrag leistet. Argyle verweist in diesem Sinne darauf, dass gerade die Selbstdarstellung durch nicht-verbale und verbale Kommunikation erreicht wird (vgl. Argyle 1972, 374).

## ***5.2. Kommunikationsmodelle<sup>2</sup>***

Ziel dieses Abschnittes ist es, ein personenzentriertes Kommunikationsmodell anbieten zu können, das im zweiten Abschnitt einer empirischen Untersuchung unterzogen wird. Dazu werden in einem ersten Schritt verschiedene Modelle vorgestellt, um Kommunikation beschreiben zu können, um anschließend in einem zweiten Schritt in der Lage zu sein, dieses personenzentrierte Kommunikationsmodell aufzustellen.

### **5.2.1. Allgemeine Kommunikationstheorien**

Bereits seit Aristoteles betrachtet man Aussagen und Sätze als zentrale Untersuchungseinheit. Wörter haben gemäß dem antiken Philosophen die Funktion, "sinnlich wahrnehmbare Kennzeichen der Ideen zu sein, die Ideen, für die sie stehen, machen ihre eigentliche und unmittelbare Bedeutung aus." (Aristoteles 1994, 5) Bei einer Konversation wird vorausgesetzt, dass die Wörter in ihrem jeweiligen Bedeutungsgehalt auch als Kennzeichen der Ideen der anderen gelten (vgl. ebd.). Hier lässt sich bereits ein erster Ansatz einer

---

<sup>2</sup> Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wird nur eine Auswahl an Modellen vorgestellt.

Kommunikationstheorie ausfindig machen: Die Sprecher übermitteln sich durch Wörter und unter der Annahme des gegenseitigen Verstehens die jeweiligen Ideen.

Die Sprachwissenschaftlerin Sokol macht deutlich, dass sich ab Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts die Betrachtungsweise durchsetzte, dass die Bedeutung von Aussagen und Sätzen von dem Effekt, den die Sprecher erzielen wollen, abhängig ist (vgl. Sokol 2007, 48). Zudem steht nicht mehr die Betrachtung von Wörtern und Ideen im Vordergrund, sondern es wird der explizite Zusammenhang zwischen Sprache und Mensch thematisiert: „Die Frage nach dem Wesen der Sprache hat sich unversehens erweitert zur Frage: ‚Was ist der Mensch?‘“ (Heidegger 1934, 29)

In den 1930er Jahren entsteht ein erstes wesentliches Kommunikationsmodell, das Organon Modell, das auf den Psychologen Bühler zurückgeht. Das Wort Organon stammt von Platon, der mit diesem Begriff Sprache als Werkzeug bezeichnet (vgl. Platon 1974, 329). Bühler schreibt in seinem Modell jeder Aussage drei Funktionen zu. Zum einen fungiert sie als Symbol, wodurch die Zuordnung zu Gegenständen und Sachverhalten beziehungsweise die Vermittlung von Inhalten gemeint ist. Zum anderen besitzt laut dem Psychologen jede Äußerung eine Darstellungs- und Ausdrucksfunktion. In dieser Hinsicht ist das sprachliche Zeichen Symptom, da es vom Sprechenden abhängig ist und dessen Innerlichkeit beschreibt. Des Weiteren entsteht ein Appell an den Hörer; die Aussage ist ein Signal (vgl. Bühler 1965, 28ff).

Der Psychologe und Kommunikationswissenschaftler Schulz von Thun erweitert diese Aspekte um eine weitere gleichwertige Komponente, die Beziehungsebene. Damit ist gemeint, dass jede Nachricht dem Empfänger vermittelt, was der Sender von ihm hält und wie er die Beziehung zu dem Empfänger sieht. Die Beziehungsseite einer Nachricht enthält Du- und Wir-Botschaften (vgl. Schulz von Thun 1981, 12ff).

In der von Watzlawick entwickelten Kommunikationstheorie steht nicht das sprachliche Zeichen und die Relation zwischen Sender und Zeichen oder Zeichen und Empfänger im Vordergrund, sondern die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Sender und Empfänger (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 1971, 23ff).

Watzlawick bezeichnet bereits eine einzelne Mitteilung als Kommunikation, während er einen wechselseitigen Ablauf von Mitteilungen als Interaktion versteht. Kommunikation bezieht sich bei Watzlawick nicht nur auf die Sprechhandlung, sondern enthält auch non-verbale Elemente, weshalb er Kommunikation allgemein als Verhalten bestimmt. Dieses Verhalten hat kein Gegenteil, denn es ist unmöglich, sich nicht zu verhalten. Watzlawick und seine



Kollegen machen im Zuge dessen deutlich, dass auch Schweigen eine Mitteilung ist und dadurch als Kommunikation zu verstehen ist (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 1971, 51f).

Sie differenzieren zwischen einem Inhalts- und Beziehungsaspekt. Zum einen vermittelt jede Mitteilung auf inhaltlicher Ebene eine Information, während zum anderen jede Kommunikation eine Stellungnahme des Sprechers zum Empfänger beinhaltet, die Auskunft über die Beziehung zwischen den beiden gibt (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 1971, 53ff).

Die Beschaffenheit dieser Beziehung gestaltet sich unter anderem auch durch symmetrische oder komplementäre Interaktion. Damit benennen die Psychologen die Formen der Beziehung, die entweder gleichartig oder verschiedenartig sind. Kennzeichnet sich eine Beziehung durch Gleichartigkeit, so ist das Verhalten der Gesprächspartner sehr ähnlich und die Interaktion ist symmetrisch. Komplementäre Beziehungen hingegen basieren auf Unterschiede im Verhalten, die sich im Idealfall ergänzen (vgl. Watzlawick/Beavin/Jackson 1971, 69).

Um zu zeigen, dass diese Modelle auch auf die (personenzentrierte) therapeutische Situation übertragen werden kann, bietet Tscheulin einen guten Ansatzpunkt. Er zeigt beispielsweise auf, dass der personenzentrierte Therapeut im Gespräch eine symmetrische Kommunikation anstrebt. Der Therapeut folgert aus der Gegenüberstellung der beiden Theorien, dass die Gesprächspsychotherapie nach Rogers als Kommunikationsprozess verstanden werden soll, wobei die Interaktion zwischen Therapeut und Klient die entscheidende Erklärung für Veränderung die zu liefern hat (vgl. Tscheulin 1989, 109ff).

Die bisher dargestellten Modelle geben wichtige Auskunft über allgemeine Kommunikationsprozesse. Auch konnte aufgezeigt werden, dass sie prinzipiell auf therapeutische Zwecke übertragbar sind beziehungsweise für diese geeignet erscheinen. Interessant ist, dass sich der Beziehungsaspekt in den Modellen als wesentliche Komponente zeigte, die zuerst von Schulz von Thun einem bereits bestehenden Modell hinzugefügt und in der Theorie von Watzlawick explizit als wesentliches Element hervorgehoben wird.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie Kommunikation aus der personenzentrierten Theorie heraus aufgefasst werden kann.

### **5.2.2. Das personenzentrierte Kommunikationsmodell**

Obwohl Rogers selbst kein explizites Kommunikationsmodell ausgearbeitet hat, kann aus seiner Theorie herausgearbeitet werden, wie sich personenzentrierte Kommunikation

darstellen lässt. Der Fokus der Darstellung liegt aufgrund des Forschungsinteresses auf der Komponente des Therapeuten.

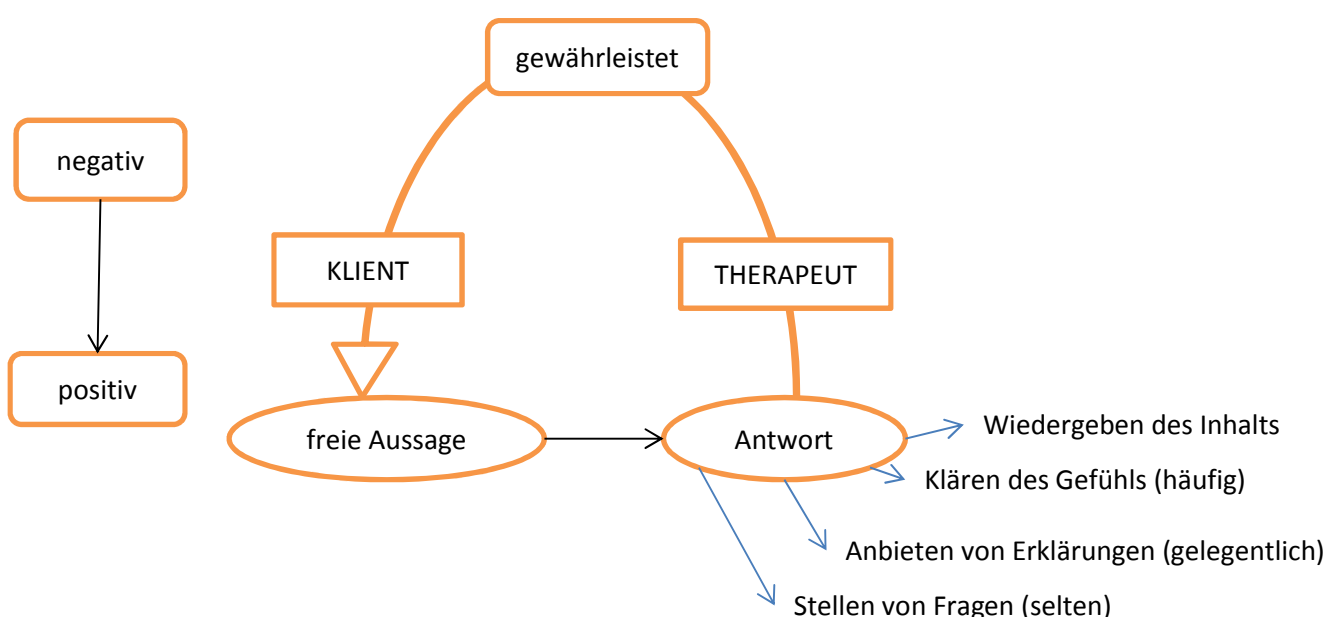
Im Kapitel 4.4. wurde verdeutlicht, dass der Klient zu Beginn einer Therapie eher über negative Gefühle oder Einstellungen spricht, was sich im Verlauf einer Behandlung zu positiven Aussagen über sich selbst umwandeln wird. Innerhalb dieses Kontinuums ist es Aufgabe des Therapeuten, bei allen Aussagen den freien Ausdruck von Gefühlen zu gewährleisten (Rogers 1942, 32ff).

Neben dieser Grundbedingung schreibt Rogers dem Therapeuten folgendes mögliches verbales Verhalten zu:

1. Der Therapeut klärt, erkennt oder gibt das inhaltliche Thema wieder, über das der Klient spricht.
2. Der Therapeut antwortet auf die Gefühle, die sich im Klientenausdruck wiederfinden.
3. Der Therapeut bietet dem Klienten Informationen oder Erklärungen an, die mit seiner Situation Verbindung stehen.
4. Der Therapeut stellt konkrete Fragen, um Informationen zu erhalten (vgl. Rogers 1942, 124).

Während Rogers die gefühlsbezogene Antwort des Therapeuten als primäre Technik bezeichnet, die häufig verwendet werden soll, verweist er darauf, dass kognitive Erklärungen nur gelegentlich abzugeben und konkrete Fragen nur selten zu stellen sind (vgl. ebd.).

Diese Betrachtungsweise lässt sich schematisch folgenderweise darstellen:



**Abbildung 2: Personenzentriertes Kommunikationsmodell nach Rogers**

Rogers macht darauf aufmerksam, dass die schwierigste Fähigkeit für den Therapeuten die Anwendung der primären Technik, also die Aufgabe ist, eher auf das Gefühl zu antworten als die alleinige Aufmerksamkeit auf den intellektuellen Inhalt dessen, was der Klient ausdrückt, zu richten (vgl. Rogers 1942, 133).

Mit folgendem Zitat beschreibt Rogers, was passiert, wenn der Berater dem Klienten nur auf intellektueller Ebene antwortet:

“when the counselor responds on an intellectual basis to the ideas which the client expresses, he diverts expression into intellectual channels of his own choosing, he blocks the expression of emotionalized attitudes, and he tends wastefully to define and solve the problems in his own terms, which are often not the true terms for the client.“ (Rogers 1942, 141)

Obwohl Rogers die Bevorzugung der Gefühle des Klienten in der Therapeutenaussage hervorhebt, bedeutet dies nicht, dass der Berater nur auf die Gefühle, die sich im Klientenausdruck wiederfinden, eingehen soll.

Diese Fehlinterpretation findet in der Literatur und Forschung immer wieder Eingang (vgl. Bommert 1971, 3). Ein Beispiel hierfür stellt auch die häufig untersuchte Variable VEE (Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte) dar, durch die, so Perres - empirische Generalisierungen ohne differentielle Indikationskriterien vorgenommen werden (vgl. Perres 1989, 86f).

Argyle weist darauf hin, dass gerade Rogers auch darum bemüht war, kognitive Veränderungen beim Klienten herbeizuführen (vgl. Argyle 1972, 415).

Tscheulin macht ebenso deutlich, dass die klientenzentrierte Therapieform kognitive Aspekte miteinbezieht: „Der Kl. [Klient] gewinnt durch kognitive u. [und] emotionale Prozesse ‚Einsicht‘ in sein Problem u. ist dadurch fähig (...) [sich] zu ändern.“ (Tscheulin 1989, 99)

Auf diese Einsichtsvermittlung macht Rogers 1992 selbst aufmerksam: "Vermischt mit diesem Prozess der Einsicht (...) ist ein Prozess der Klärung möglicher Entscheidungen, möglicher Richtungen des Handelns. (...) Die Funktion des Beraters ist da, die verschiedenen Entscheidungen, die getroffen werden könnten, klären zu helfen.“ (Rogers 1992, 33)

Intellektuelle Aussagen oder Interpretationen sollen nicht komplett weggelassen werden, sondern nur, wenn sich der Berater unsicher fühlt. Zudem ist es, so der Therapeut, sinnvoll, bei jeder Interpretation die Symbole und Begriffe des Klienten zu verwenden. Des Weiteren merkt er an, dass Interpretationen nur dann verwendet bzw. fortgeführt werden sollen, wenn es eindeutig ist, dass sie vom Klienten akzeptiert werden (vgl. Rogers 1992, 195ff).

Tausch, der die Gesprächspsychotherapie ausgehend von Rogers in Deutschland begründete, charakterisiert, wie im Folgenden dargestellt werden soll, das Beziehungsverhältnis zwischen Therapeut und Klient durch die sprachlichen Äußerungen des Therapeuten.

Tausch sieht - ähnlich wie Rogers - eine Reihe von Erfahrungen als ausschlaggebend für den Klienten. Zu diesen Erfahrungen zählen: „Freundlichkeit, Wärme und tiefe Anteilnahme, echte Respektierung seiner Persönlichkeit und Akzeptierung seiner Äußerungen sowie umfassendes Verständnis.“ (Tausch 1960, 116) In seinem Grundlagenwerk „Das psychotherapeutische Gespräch“ schreibt Tausch, dass diese Erfahrungen dem Klienten vor allem durch die Sprache des Therapeuten gewährleistet werden. Freundlichkeit, tiefe Anteilnahme und Wärme sieht er neben Mimik und Gestik durch Tonfall und durch die Wahl der Worte als vermittelt an. Für die Respektierung der Persönlichkeit ist, so Tausch, der Tonfall der Stimme sowie die sprachliche Form der Aussagen des Therapeuten ausschlaggebend. Die notwendige Ermöglichung der freien Aussprache, die mit der Akzeptanz aller Klientenäußerungen zusammenhängt, gewährleistet der Therapeut, indem er auf Fragen oder Hinweise verzichtet sowie Eingriffe vermeidet. Des Weiteren hält es Tausch, analog zu Rogers, für sinnvoll, dass sich der Therapeut an den Äußerungen des Klienten orientiert und gewisse Ausdrücke des Klienten übernimmt. Durch diese Verhaltensweise des Therapeuten fühlt sich der Klient in den Symbolen seines Denkens angesprochen, wodurch eine freie Aussprache leichter für ihn wird (vgl. Tausch 1960, 118ff).

Tausch stellt des Weiteren folgende Anforderungen an die Äußerungen des Therapeuten:

- "1. Inhalt und Art dürfen nicht dem Zufall, der augenblicklichen Eingebung und der Intuition des Therapeuten anheimgegeben sein. (...)
2. Die Äußerungen müssen für den Klienten eine wirksame Hilfe darstellen und ihn dem therapeutischen Ziel näherbringen. (...)
3. Sie beinhalten keine Ratschläge, Überredungen, Anweisungen und spezielle Lenkung. (...)
4. Sie tragen wesentlich zu einem geeigneten zwischenpersönlichen Beziehungsverhältnis (...) bei." (Tausch 1960, 137)

Diese Charakterisierung stellt den allgemeinen Rahmen dar, in dem sich die Aussagen des Therapeuten zu bewegen haben. Im Bezug auf den dritten Punkt macht Tausch deutlich, dass durch das Geben von Ratschlägen oder einer Beeinflussung des Therapeuten lediglich die Abhängigkeit des Klienten vom Therapeuten steigt. Ferner begründet er das Enthalten der eigenen Meinung des Therapeuten damit, dass eine Lösung, die für den Therapeuten sinnvoll erscheint aufgrund gewisser Einstellungen oder emotionaler Barrieren für den Klienten nicht annehmbar sein kann. Der Therapeut verweist jedoch zugleich darauf, dass auch in der klientenzentrierten Therapie eine Lenkung stattfindet. Im Unterschied zu anderen Therapieformen ist der Therapeut hier jedoch immer an den Grundbedingungen orientiert und beeinflusst nicht absichtlich (vgl. Tausch 1960, 71ff).

Tausch verweist, ähnlich wie Rogers, auf drei Antwortformate des Therapeuten:

### *1. Inhaltliche Gegenstandsbezogenheit*

Damit ist gemeint, dass der Therapeut sich nur zum äußeren Sachverhalt oder Gegenstand, den der Klient schildert, auf rein inhaltlicher Ebene äußert (vgl. Tausch 1960, 138). Diese Art ist für Tausch nicht effektiv, da der Therapeut in der schnellen Dynamik des Gespräches bei der Entscheidung, auf welchen der vom Klienten geäußerten Sachverhalte er antworten soll, von seiner Intuition und seinem subjektiven Urteil abhängig wäre. Auch würde sich bei einer inhaltlichen Gegenstandsbezogenheit das Gespräch zwischen Therapeut und Klient vermehrt auf äußere Umstände beziehen (vgl. Tausch 1960, 139).

### *2. Intellektuelle Diskussion*

Eine zweite Möglichkeit des Therapeuten, sich zu der Klientenaussage zu äußern, sieht Tausch in einer intellektuellen Art und Weise, in der der Therapeut dem Klienten beispielsweise gegensätzliche Argumente aufzeigt, die vom Klienten zuvor ausgesprochen wurden. Ein solches Vorgehen hält Tausch für wenig fruchtbar und erfolgsversprechend, da dadurch eine Lenkung und Führung des Klienten stattfinden würde (vgl. Tausch 1960, 140).

### *3. Zuwendung zu Gefühlen*

Die dritte Möglichkeit sieht Tausch in der Zuwendung zu den Gefühlen des Klienten. Tausch begründet die Gefühlsbezogenheit des Therapeuten damit, dass jede Umwelt auf individuelle spezifische Weise vom jeweiligen Individuum aufgenommen wird und die vom Klienten geschilderten Gefühle anzeigen, welche Wahrnehmungen für diesen von Bedeutung sind (vgl. Tausch 1960, 141). Wendet sich der Therapeut diesen Gefühlen und Wahrnehmungen zu, „so ist das therapeutische Geschehen in den entscheidenden emotionalen Bereichen des Klienten zentriert“ (Tausch 1960, 142) sowie „auf Vorgänge im Klienten gerichtet, und zwar auf die Vorgänge, die in ihrer dynamischen Gestaltung die inadäquaten Wahrnehmungen und daraus folgend die inadäquaten Verhaltensformen bedingen.“ (ebd.)

Nachdem Tausch die möglichen Aussagenkategorien dargelegt hat, fragt er danach, wie der Therapeut am besten antworten soll. Grundlegend ist für ihn, dass sich der Therapeut am gefühlsbezogenen Bezugsrahmen des Klienten orientiert und dem Klienten die Empfindungen, Gefühle oder Haltungen mitteilt, die in der Äußerung des Klienten anzutreffen sind (vgl. Tausch 1960, 149).

Den Prozess, der durch diese verstehenden Mittelungen beim Klienten in Gang gesetzt wird, beschreibt Tausch folgendermaßen: "Der Klient fühlt sich hierdurch in besonderer Weise angesprochen; er bemüht sich, dieses Bild seiner Person, das der Therapeut ihm gleichsam in seinen Äußerungen zeigt, zu verdeutlichen, zu vervollständigen oder zu korrigieren." (Tausch 1960, 150)

In seinem Werk stellt Tausch dar, welche Äußerungen des Therapeuten als ungeeignet zu kennzeichnen sind. Zu diesen zählen, so der Psychotherapeut, häufig Aussagen, die mit einer unpersönlichen Anrede wie „Sie meinen“ oder „Sie sagen“ beginnen, da dadurch eine fehlende Zentrierung des Therapeuten auf das Erleben und die Gefühle des Klienten ausgedrückt wird. Diese mangelnde Zentrierung äußert sich laut Tausch dadurch, dass der Therapeut den rein sprachlichen Text des Klienten reflektiert. Durch dieses Verhalten wird der Klient verunsichert und sich zwangsläufig fragen müssen, ob er tatsächlich nicht in der Lage ist, sich verständlich auszudrücken, wenn der Therapeut jede seiner Äußerungen wiederholt (vgl. Tausch 1960, 152).

Aus diesem Grund ist es, so Tausch, wichtig, „daß die Äußerungen des Therapeuten sehr unmittelbar und echt das Erleben und Fühlen des Klienten ausdrücken." (Tausch 1960, 153)

Der Klient in dessen Gefühls-, Gedanken- und Erlebensraum ist dabei unmittelbarer Hauptbezugspunkt des Therapeuten: „Nicht: ‚Ihr Bruder hat kein Verständnis für Sie.‘ Sondern das persönliche Erleben des Klienten steht im Vordergrund, der Klient bildet - sprachformal gesehen - möglichst das Subjekt des Satzes: ‚Sie fühlen sich da nicht verstanden.‘“ (ebd.) Zudem ist es laut Tausch erforderlich, dass der Therapeut dem Klienten kurze und prägnante Antworten gibt und nicht ausschweifend agiert (vgl. ebd.).

Im weiteren Verlauf verweist Tausch darauf, dass der Therapeut den Klienten auf Widersprüche in seinen Äußerungen aufmerksam machen muss (vgl. Tausch 1960, 154). Aufgrund dieser Stellungnahme könnte unterstellt werden, dass bei Tausch die intellektuelle Antwort des Therapeuten nicht gänzlich zu verwerfen ist.

Der Psychotherapeut unterlegt den oben geschilderten Therapeutenäußerungen folgende Hypothese: Umso mehr sich der Therapeut auf diese Art und Weise dem Klienten gegenüber äußert, umso fruchtbarer schreitet die Therapie voran (vgl. Tausch 1960, 155).

Zusammenfassend beschreibt Tausch den Prozess geeigneter Therapeutenaussagen folgendermaßen:

"Der Klient sucht im Dunkeln Wege zur Klärung seiner eigenen Haltungen und Lösung seiner Schwierigkeiten. Er sucht Wege, die er nur allein gehen kann und die für ihn bei seiner Persönlichkeit und in seiner Situation die geeigneten sind. Der Therapeut ist bemüht, an Hand der Äußerungen des Klienten ihm zu folgen, jedoch ihm niemals voranzugehen. Er fertigt gleichsam an Hand der dauernden Äußerungen des Klienten eine Skizze an, die er dem Klienten in Form von Mitteilungen

zur Einsicht gibt. Auf Grund derart mitgeteilter Skizzen über begangene Wege (...) gewinnt der Klient so eine bessere Orientierung und kommt zu einem breiteren Verständnis seiner selbst und seiner Lage." (Tausch 1960, 156)

Durch diese Reise, auf die ihn der Therapeut begleitet, erreicht der Klient ein besseres „*Eigenverständnis*." (Tausch 1960, 163; Herv. i. Org.)

### **5.3. Personenzentrierte Therapeuteninterventionen**

Ausgehend von dem im vorherigen Unterkapitel dargestellten Kommunikationsmodell, das nach Rogers und Tauschs Bestimmungen hinsichtlich der adäquaten Verhaltensweisen des Therapeuten entwickelt wurde, können in einem ersten Schritt folgende mögliche personenzentrierte Komponenten von Therapeuteninterventionen festgelegt werden:

1. emotionale/gefühlbezogene Komponente
2. kognitive Komponente
3. rein inhaltliche Komponente

Vergleicht man die diesbezüglichen Beschreibungen von Rogers und Tausch, so lassen sich zwar Ähnlichkeiten, aber auch Unterschiede aufzeigen. Da hier keine Einigkeit besteht, werden die Kategorien zum Zeitpunkt der Datenauswertung als qualitativ gleichwertig betrachtet, auch wenn sich eine Reihe von Vermutungen aus den Äußerungen der Psychotherapeuten ableiten lassen.

Bereits bei der Darlegung des aktuellen Forschungsstandes (Kapitel 2) sowie bei der Beschreibung der Therapiebeziehung (Kapitel 3) konnte aufgezeigt werden, dass der Therapeut und seine „Techniken“ die Beziehung wesentlich charakterisieren. Aus diesem Grund wird im Rahmen dieser Arbeit erstens folgende Hypothese überprüft:

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der jeweiligen Art der Therapeutenintervention und dem subjektiven Erleben der Beziehung, wobei vermutet wird, dass die Art der Therapeuteninterventionen einen Einfluss auf das Erleben der Beziehung aus Sicht des jeweiligen Klienten hat.

In jenem Abschnitt, in dem die personenzentrierte Therapie vorgestellt wurde, konnte herausgearbeitet werden, dass im personenzentrierten Ansatz die Individualität des Klienten eine besondere Rolle spielt und sich die Therapie an der spezifischen Erlebensweise des jeweiligen Klienten orientiert (vgl. Kapitel 4). Hieraus lassen sich im Bezug auf die vorliegende Thematik zweitens folgende Hypothesen ableiten:

H2.1: Es existieren *gesprächsinterne* Zusammenhänge zwischen der Beziehungsbewertung der jeweiligen Klienten und den jeweiligen Therapeuteninterventionen.

H2.2: Es existieren keine *gesprächsübergreifenden* Zusammenhänge zwischen der Beziehungsbewertung aller Klienten und den jeweiligen Therapeuteninterventionen.

Der Hypothese H2.2 liegt die Annahme zugrunde, dass die Individualität der Klienten, die sich bereits an der Bezeichnung des personenzentrierten Ansatzes ablesen lässt, unterschiedliche Einschätzungen und Zusammenhänge, die von den Klienten abhängig sind, zu Tage führen wird.

Bezüglich der drei vorhin erwähnten Komponenten lassen sich – ausgehend vom Kapitel 5 - ebenfalls Hypothesen aufstellen. Dabei lässt sich zum einen herausstreichen, dass sowohl von Rogers als auch von Tausch die gefühlsbezogene Komponente bevorzugt wird. Zum anderen zeigt sich, dass Tausch im Gegensatz zu Rogers darauf hinweist, dass sowohl die kognitive als auch die rein inhaltliche Komponente zu vermeiden ist. Rogers betrachtet die kognitive Komponente differenzierter. Er verweist darauf, dass diese verwendet werden kann, wenn der Therapeut sich sicher fühlt. Wie oft dieser inhaltsbezogen agieren soll, darüber äußert er sich jedoch nicht. Aus diesen Äußerungen der Psychotherapeuten lassen sich drittens folgende Hypothesen aufstellen:

H3.1: Dominant gefühlsbezogene Therapeutenaussagen befinden sich im oberen Kontinuum, das bedeutet, sie werden von den Klienten positiv aufgefasst.

H3.2: Dominant kognitive Therapeutenaussagen befinden sich im mittleren bis oberen Kontinuum. Das heißt, diese Äußerungen werden von den Klienten positiv oder neutral im Bezug auf die Beziehung erlebt.

H3.3: Dominant inhaltsbezogene Therapeutenaussagen befinden sich im unteren Kontinuum, sie werden also von den Klienten eher negativ bewertet.

Daraus ergibt sich folgende Abstufung:

H4.1: Dominant gefühlsbezogene Therapeutenaussagen werden von den Klienten positiver als dominant kognitive oder dominant inhaltsbezogene hinsichtlich der Beziehung bewertet.

H4.2: Dominant kognitive Therapeutenaussagen werden positiver als dominant inhaltsbezogene hinsichtlich der Beziehung bewertet.

Da Rogers keine Auskunft über die Verwendung der dominant inhaltsbezogenen Kategorie gibt, orientiert sich die Hypothese H3.3 und darauf aufbauend die H4.1 und H4.2 an der Theorie von Tausch.



Angesichts der Tatsache, dass Rogers und Tausch die verwendeten Begrifflichkeiten selbst nur wenig definieren, wurden diese in einem zweiten Schritt in unterschiedlichen therapeutischen, pädagogischen und psychologischen Wörterbüchern nachgeschlagen. Diese Vorgehensweise scheint notwendig, vor allem da die Begriffe den eingesetzten Urteilern über ein Alltagsverständnis hinaus vermittelt werden müssen. Zudem bieten diese Definitionen die Grundlage für eine adäquate Operationalisierung, die für die Messung benötigt wird. Aus diesem Grund sollen die wesentlichen Definitionsmerkmale der jeweiligen Kategorien, die auch bei der Kategoriebeschreibung für die Rater verwendet wurden, explizit herausgearbeitet und in ihrer Verbundenheit mit der personenzentrierten Therapie aufgezeigt werden.

### **5.3.1. Definitionen**

In dieser Arbeit findet eine getrennte Betrachtung von Emotionen und Kognitionen statt.

Während sich das Verhältnis von Pädagogik und Emotion als problematisch bezeichnen lässt (vgl. dazu z.B. Huber 2012, 49) herrschen in der Psychologie unterschiedliche Ansätze vor, Emotion sowie die Beziehung von Emotion und Kognition beschreiben. Im Bezug auf Letzterwähntes steht die Auseinandersetzung mit der Frage im Vordergrund, ob man Emotionen und Kognitionen getrennt oder nur in Verbindung miteinander betrachten muss (vgl. z. B. Izard 1993). Diese Diskussion über die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Emotion und Kognition wird hier ausgeklammert. Das hängt einerseits damit zusammen, dass in der Emotionstheorie immer noch keine Einigkeit darüber besteht, ob Emotionen zwingend in Zusammenhang mit kognitiver Mitbeteiligung stehen müssen (vgl. z.B. ebd.). Andererseits lässt sich diese getrennte Betrachtungsweise dadurch legitimieren, dass die Kategorien verschiedene Therapeuteninterventionen repräsentieren, die in stärkerem oder geringerem Ausmaß nebeneinander in einer Therapeutenäußerung vertreten sind, wobei das Augenmerk im Rahmen der hier durchgeführten Untersuchung auf jene Komponente gelegt wird, die bei den Ratern im dominierenden Gesamteindruck überwiegt (vgl. dazu Kapitel 8).

#### **5.3.1.1. Emotional**

Böhm definiert im „Wörterbuch der Pädagogik“ emotional als „Die individuelle Eigenart des Gefühlslebens und der Affektregulierung betreffend.“ (Böhm 2005, 176) Diese Definition enthält bereits zwei wesentliche Merkmale, die auch in der personenzentrierten Therapieform eine große Rolle spielen. Einerseits handelt es sich um die „individuelle Eigenart“ (ebd.), wodurch auf die Besonderheiten des jeweiligen Individuums Rücksicht genommen wird,

andererseits betrifft es das „Gefühlsleben“ (ebd.), als etwas nicht Starres, sondern Dynamisches.

Tenorth und Tippelt sehen Emotionen – ausgehend vom lateinischen *emovere*, was übersetzt hinausschaffen bedeutet - als „allgemein psychophysische Zustandsveränderungen.“ (Tenorth/Tippelt 2007, 180) Diese werden durch bestimmte Reize oder Situationsbewertungen ausgelöst und äußern sich in der Mimik und Gestik oder der vorübergehenden Veränderung des Verhaltens (vgl. ebd.). Während die erste Definition die Art des Erlebens von Gefühlen behandelt, wird hier nicht nur von einer Veränderung des allgemeinen Zustands gesprochen - wo im Übrigen wieder das Dynamische ersichtlich wird - sondern auch Ursachen und Folgen thematisiert.

Entsprechend der obigen Begriffsbestimmung sehen sie emotional im Kontext der Psychologie als „Bezeichnung für Verhaltensabweichung oder Fehlhandlung als Reaktion auf bestimmte Reize.“ (ebd.) Im Allgemeingebrauch hingegen wird, so Tenorth und Tippelt, „eine gefühlsbetonte Reaktion oder eine individuelle Grundhaltung“ (ebd.) damit verbunden (vgl. ebd.). Es zeigt sich, dass sich diese Definition sehr am Verhalten orientiert.

Im „Lexikon der Psychologie“ wird die Frage nach Emotionen mit der Frage nach den „subjektiven Erlebniszuständen“ (Ulich 2000, 373) gleichgesetzt. Ulich sieht im Begriff Gefühl in Anlehnung an Ulich und Mayring das umgangssprachliche Äquivalent für einen solchen erlebten Zustand (vgl. Ulich/Mayring 1992; zit. na. ebd.). Laut Ulich treten Gefühle immer dann in den Vordergrund, „wenn wir fragen, ob und wie ein Ereignis, eine Vorstellung oder eine Erinnerung eine Person berührt.“ (Ulich 2000, 373)

Emotionen sind für Ulich gleichsam „Widerfahrnisse“ (Ulich 2000, 374), wodurch er die Spontanität und Unkontrollierbarkeit von Gefühlen anspricht. Zudem verweist er darauf, dass Emotionen an „individuumsspezifische Wertbindungen“ (ebd.) gebunden sind (vgl. ebd.).

Hülshoff macht in seinem Einführungswerk „Emotionen. Eine Einführung für beratende, therapeutische, pädagogische und soziale Berufe“ deutlich, dass Emotion ein „mehrdimensionales Geschehen“ (Hülshoff 1999, 13) ist. Er beschreibt, dass die Emotion „als körperlicher Zustand, als seelische Empfindung oder als ein unser Denken und Handeln bestimmendes Phänomen wahrgenommen werden“ (ebd.) kann.

Ähnlich wie Tenorth und Tippelt macht Hülshoff darauf aufmerksam, dass sich eine Emotion als körperlicher Aspekt im Gesichtsausdruck oder in der Körperhaltung äußert. Des Weiteren stellt sich die Emotion als Reaktion auf ein Ereignis in der Umwelt dar, wobei dieses bewertet wird (vgl. Hülshoff 1999, 14). Hier wird ebenfalls wieder der Bewertungsaspekt sichtbar.

Als Zustand wird die Emotion erlebt und dadurch in der Regel auch benannt und beschrieben. Während in der von Ullich erstellten Definition die Emotion nur als etwas nicht Kontrollierbares dargestellt wurde, fügt Hülshoff hier hinzu, dass man Emotionen zumindest teilweise steuern kann (vgl. ebd.). Er verweist darauf, dass es keine schlechten oder guten, sondern nur unangemessene oder angemessene Emotionen gibt (vgl. Hülshoff 1999, 15).

Sieht man sich diese allgemeinen Begriffsbestimmungen an, so kann aufgedeckt werden, dass erstens enorme Ähnlichkeiten mit den von Rogers und Tausch angegebenen Charakterisierungen bestehen. Zweitens wird ersichtlich, dass viele in den Definitionen enthaltenen Merkmale bei der personenzentrierten Therapie schon in die Grundkonzepte integrierte Bestandteile sind, was erklären könnte, warum im Rahmen des Ansatzes solche Definitionen ausgeblieben sind. Als Beispiel sind die individuumsspezifischen Wertbindungen zu nennen, auf die sowohl Rogers als auch Tausch aufmerksam machen, indem sie darauf verweisen, dass Interpretationen zu vermeiden beziehungsweise mit Vorsicht zu genießen sind, da es auf den Bezugsrahmen des Individuums ankommt.

Bezüglich der im Forschungsteil verwendeten Bezeichnungen ist anzumerken, dass sich diese auf den erlebten Zustand beziehen.

### **5.3.1.2. Kognitiv**

Fängt man bei der Begriffsgenese an, so bedeutet Kognition, aus dem Lateinischen stammend, erkennen oder wissen (vgl. Bremer 2011, 405).

Im Lexikon der Geisteswissenschaften wird zwischen einer engeren und einer weitgefassteren Definition von Kognition unterschieden. In ihrer enggefassten Definition, die mittlerweile laut Bremer ungebräuchlich geworden zu sein scheint, bezieht sich die Bezeichnung auf die theoretischen Leistungen des Geistes, womit der Gegensatz von Emotion angesprochen ist. Zu diesen Leistungen werden das Wahrnehmen, das Bilden von Begriffen sowie das Ziehen von Schlüssen gezählt (vgl. ebd.).

Die gebräuchlichere Bedeutung von Kognition umfasst „alle Leistungen des Geistes/Gehirns, die am Zustandekommen intelligenten Verhaltens beteiligt sind.“ (ebd.) Zu diesen Leistungen gehören laut Bremer nicht nur das Nachdenken, Erinnern oder Sprechen, sondern auch die planmäßige Umsetzung eigener Wünsche und das Handeln in einer Art und Weise, sodass positive Gefühle ermöglicht und negative Gefühle vermieden werden (vgl. ebd.).

Da Sprechen zu diesen Leistungen gehört, scheint es klar, warum sich die Linguistik lange Zeit als kognitive Linguistik mit Kognitionen befasste. Gleichzeitig wird damit ersichtlich, warum Sprache ein wichtiges Thema der Kognitionswissenschaft ist (vgl. Bremer 2011, 407). Im „Lexikon der Psychologie“ wird Kognition allgemein gehalten als Sammelbegriff für geistige menschliche Aktivität definiert (vgl. Kluwe 2001, 352). Kluwe verweist darauf, dass in der Kognitionspsychologie der Begriff Kognition – unabhängig von der Art und Beschaffenheit eines Systems – für „die Gesamtheit der informationsverarbeitenden Prozesse und Strukturen eines intelligenten Systems“ (ebd.) verwendet wird. Im Bezug auf menschliche intelligente Systeme umfasst der Begriff Strukturen und Prozesse für Wahrnehmungen, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denken, Problemlösen, Lernen und Sprache (vgl. ebd.). Hier findet sich eine ähnliche Definition wie bei Bremer vor. Interessant ist, dass im Rahmen dieser Definition Kognition explizit mit Veränderung und Lernen zusammenhängt: „Von einem intelligenten System, das über solche Funktionen verfügt, wird angenommen, dass es zu flexiblem, adaptivem Verhalten in einer vielfältigen, sich verändernden Umgebung in der Lage ist; es verfügt über die Möglichkeit, in der aktiven Auseinandersetzung mit seiner Umgebung zu lernen.“ (ebd.). Um so ein Verhalten zu ermöglichen, wird in der Grundlagenforschung der Kognitionspsychologie davon ausgegangen, „daß die geistige Ausstattung eines Menschen als ein System zur Verarbeitung von Informationen aufgefaßt werden kann.“ (ebd.) Die Aufmerksamkeit richtet sich auf interne und konstruktive Verarbeitungsprozesse. Kognition basiert demzufolge auf internen Strukturen wie dem Gedächtnis, auf Prozesse wie zum Beispiel erinnern, sowie die Verarbeitung der aus der Umgebung aufgefassten Information (vgl. ebd.).

Auch für Tenorth und Tippelt umfasst der Begriff Kognition Informationsverarbeitungsprozesse, wozu die Wahrnehmung, die Speicherung, das Abrufen von Information sowie Lernen und Schlussfolgern gehört (vgl. Tenorth/Tippelt 2007, 408). Sie verstehen unter einer kognitiver Entwicklung „das zunehmende Verständnis der Realität durch Bildung geistiger Repräsentationen der Welt.“ (ebd.)

Es lässt sich herausstreichen: Gibt der personenzentrierte Therapeut dem Klienten auf kognitive Art und Weise Rückmeldung, bietet er diesem Möglichkeiten zum Schlussfolgern, Begriffe bilden und eine neue, veränderte Sichtweise auf Probleme an.

Rogers schreibt, dass dem Klienten dadurch Einsicht zuteil wird (vgl. Rogers 1992, 33).

Knoblich und Öllinger machen in der „Enzyklopädie der Psychologie“ darauf aufmerksam, dass Einsicht innerhalb der Thematik von Kognitionen im Sinne von Denken und Problemlösen gesehen werden muss. Obwohl sich eine einheitliche Definition und

Objektivierung dieses Begriffes als schwierig erweist, lassen sich drei Dimensionen herauslösen, die helfen, Einsicht im Sinne einer solchen Bestimmung von Problemlösung zu definieren. Zu diesen Dimensionen zählen die „phänomenale Dimension, die Aufgabendimension und die Prozessdimension“ (Knoblich/Öllinger 2006, 3).

Die erste Dimension umfasst „Einsicht als das plötzliche, unerwartete und überraschende Erscheinen einer Lösungsidee im bewussten Erleben des Problemlösers“ (ebd.). Knoblich und Öllinger verweisen in diesem Sinne auf den von Bühler 1907 etablierten Begriff des Aha-Erlebnisses (vgl. Bühler 1907; zit. na. ebd.).

Während in der ersten Dimension eine plötzliche Lösung erscheint, müssen andere Probleme schrittweise gelöst werden, womit die zweite Dimension, die der Aufgaben, angesprochen ist (vgl. ebd.).

Die letzte Dimension, die Prozessdimension, sehen Knoblich und Öllinger damit verknüpft, „dass Einsichten durch kognitive Prozesse zu Stande kommen, die zu Veränderungen in der Problemrepräsentationen führen.“ (Knoblich/Öllinger 2006, 4) Durch solche veränderten Repräsentationen des Problems werden neue Lösungswege sichtbar (vgl. ebd.). Gerade diese letzte Dimension scheint für therapeutische Prozesse relevant: Der Therapeut verhilft dem Klienten durch seine kognitiv orientierten Aussagen zu Veränderungen der Problemrepräsentationen, die neue Lösungsmöglichkeiten ermöglichen.

#### **5.3.1.3. Inhaltlicher/äußerer Bezug**

Tausch definiert, wie in Kapitel 5.2.3. verdeutlicht, die inhaltliche Komponente dadurch, dass sich der Therapeut nur zu dem vom Klienten geschilderten äußeren Sachverhalt auf einer rein inhaltlichen Ebene äußert. Diese Komponente beinhaltet weder eine Bezugnahme auf das Erleben, noch die Initialisierung von kognitiven Prozessen, die zu Einsicht führen.

Diese Bestimmungen werden als ausreichend für eine weitere Kategoriedefinition gesehen. Es ist jedoch anzumerken, dass die Bezeichnungen inhaltlicher und äußerer Bezug zwar gemäß dieser Definition von Tausch gleichbedeutend sind, der Inhalt einer Therapeutenaussage aber ebenso ein Gefühl sein kann.

Impliziert die Therapeutenäußerung jedoch eine wortwörtliche Wiederholung der Aussage des Therapeuten, kann sie als inhaltliche Kategorie angesehen werden. Zwar wäre eine Möglichkeit, ausgehend von den Bestimmungen anderer personenzentrierter Therapeuten, zusätzliche Kategorien wie beispielweise eine Kategorie der „selektiven Verstärkung“ einzuführen, jedoch ist eine solche Vorgehensweise als unvorteilhaft anzusehen. Dies liegt

zum einen daran, dass die inhaltliche Kategorie sowohl bei Rogers als auch bei Tausch als eben solche existiert und nicht bei jeder inhaltlicher Wiederholung beispielsweise eine selektive Verstärkung eingesetzt wird. Zum anderen würde dadurch das uneingeschränkte Einführen zusätzlicher Kategorien legitim werden, was jedoch dem hier angestrebten wissenschaftlichen Forschungsdesign widersprechen würde.

## **EMPIRISCHER TEIL**

Ausgehend von der zu Beginn des Theorieteils erläuterten Therapiebeziehung wurden im vorherigen Abschnitt relevante Therapeuteninterventionen bestimmt und als ein für die Therapiebeziehung relevanter Einflussfaktor näher betrachtet. Diese Interventionen wurden definiert und spezifiziert, um sie dadurch für eine weitere Bearbeitung zugänglich zu machen. In diesem Abschnitt erfolgt die Beschreibung und Offenlegung des eingesetzten Ratingverfahrens, das dazu dient, valide Daten in Bezug auf diese Therapeutenvariable zu gewinnen. Anschließend findet die Darstellung und Auswertung der Variablen sowie die Präsentation der gewonnenen Ergebnisse statt.

### **6. Methodische Vorgehensweise**

In diesem Kapitel wird auf das methodische Vorgehen bei der Überprüfung der Hypothesen (vgl. Kapitel 5.3.) eingegangen. Dazu wird zunächst die Datenerhebung genauer erläutert. Anschließend wird die Reliabilitätsprüfung, die die wissenschaftliche Kontrolle der Erhebung gewährleistet, vorgestellt. Im dritten und letzten Unterkapitel dieses Abschnittes werden die Auswertungsverfahren beschrieben.

#### **6.1. Datenerhebung**

Die Hypothesen verknüpfen zwei Variablen, die Therapeuteninterventionen und die Beziehungsbewertung. Die Daten zur Beziehungsbewertung sind Teil eines bereits vorliegenden Datenkorpus (vgl. dazu Kapitel 7.1.), während diejenigen zu den Therapeuteninterventionen im Zuge der vorliegenden Arbeit neu generiert wurden. Das dabei gewählte Vorgehen wird im Folgenden erläutert.

Zur Erfassung der Variable ‚Therapeutenintervention‘ wurde eine nicht-reaktive Verfahrensweise gewählt.

Solche nicht-reaktive Messverfahren kennzeichnen sich dadurch, dass die Versuchspersonen an der Datengenerierung nicht aktiv beteiligt sind. Als Beispiel hierfür nennt Wellenreuther Ratingverfahren, die Inhaltsanalyse sowie bestimmte Beobachtungsverfahren (vgl. Wellenreuther 2000, 266).

Im Folgenden soll in Anlehnung an Langer und Schulz von Thun das Ratingverfahren vorgestellt werden, das neben der Inhaltsanalyse als eingesetztes Datenerhebungsverfahren fungiert (zur Rolle der Inhaltsanalyse bei der Datenerhebung vgl. Kapitel 6.1.2.).

Zu diesem Zweck werden zum einen zentrale Komponenten des Ratingvorgangs vorgestellt und das konzeptorientierte Rating als spezifische Ratingform, die im Rahmen dieser Arbeit zum Einsatz kam, näher erläutert. Anschließend wird die Auswahl und das Training der Rater beschrieben. Zum anderen wird die Inhaltsanalyse in ihren zentralen Gesichtspunkten erörtert, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Ausarbeitung des Categoriesystems gelegt wird.

### **6.1.1. Das Ratingverfahren**

Laut Langer und Schulz von Thun sind unter Ratingverfahren gewisse Beobachtungsverfahren zu verstehen, die sich dadurch kennzeichnen, dass durch Einschätzungen menschlicher Beurteiler Messwerte generiert werden (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 15). Die beiden Psychologen charakterisieren einen Ratingvorgang durch folgende Bestandteile (vgl. ebd.):

- 1) Jedes Ratingverfahren besteht aus einem (*Meß-*)*Objekt*, an welchem etwas gemessen wird.
- 2) Nicht alle Charakteristika des Messobjekts sind von Bedeutung, sondern nur jenes *Merkmal*, was im spezifischen Messvorgang gemessen wird.
- 3) Die Bestimmung und Definition dieses Merkmals formuliert einen Auftrag an den *Rater*: Blende andere Wahrnehmungen aus und konzentriere dich lediglich auf das Merkmal, welches gemessen werden soll!
- 4) Die Beobachtung des Objektes wirkt auf den Rater, was als „Eindruckswirkung“ (Langer/Schulz von Thun 2007, 15) bezeichnet wird. Durch diese Wirkung, die das Objekt beim Rater erzielt, gibt der Rater in Form eines Urteils seine Einschätzung ab (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 14f).

Es ist anzumerken, dass sich Langer und Schulz von Thun bei ihren Ausführungen auf die Messung von Merkmalen durch intensitätsabgestufte Skalen, die ein oder mehrere Merkmale charakterisieren, beziehen (vgl. dazu u.a. Langer/Schulz von Thun 2007, 29). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung hingegen erfolgt die Zuordnung hinsichtlich eines Merkmals zu je einer ausschließenden dichotomen Merkmalsausprägung.

Früh vertritt die These, dass eine solche Klassifikation auf Nominalskalenniveau keinen Messvorgang darstellt, sondern „nur eine kategoriale Zuordnung von äquivalenten Merkmalen zu Kategorien“ (Früh 1981, 34) bedeutet. Er verweist darauf, dass die Zuweisung auf nominaler Ebene zwar über strukturellen Charakter verfügt, dass Messen jedoch mit



quantifizieren gleichzusetzen ist und dies erst erfolgt, wenn bestimmte numerische Relationen hergestellt werden (vgl. Früh 1981, 25ff).

Betrachtet man das hier angelegte und verwendete Verfahren, wird sichtbar, dass die Teilnehmer die Daten durch Einordnung in eine Kategorie mit Zuordnungswerten versehen. Der jeweiligen Kategorie kann und wird ein Zahlenwert zugeordnet; es entstehen in diesem Sinne quantitative Daten. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit der Ansatz vertreten, dass die Zuordnung zu den jeweiligen Kategorien einen Messvorgang dargestellt, womit sich der Grundansatz der beiden Psychologen Langer und Schulz von Thun für die Zwecke dieser Untersuchung als übertragbar erweist.

#### **6.1.1.1. Das konzeptorientierte Rating**

Innerhalb des Ratingverfahrens gibt es verschiedene Umsetzungsarten. Das spezifische Verfahren, das zur Messung der Variable „Therapeutenintervention“ im Rahmen dieser Arbeit zum Einsatz kam, wird als konzeptorientiertes Rating bezeichnet.

Dieses unterscheidet sich von einer zweiten Verfahrensweise, dem intuitiven Rating insofern, als dass hier ein aufgrund theoretischer Vorüberlegungen beziehungsweise empirischer Forschungen bereits im Vorhinein präzise festgelegtes Merkmal gemessen wird. In einem intuitiven Rating hingegen, das, was an späterer Stelle noch sichtbar wird, zur Messung der Beziehung verwendet wurde, wäre es dem jeweiligen Rater überlassen, was unter dem zu untersuchenden Merkmal zu verstehen ist (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 117).

Das entsprechende Anwendungskonzept für die Messung der Variable „Therapeutenintervention“ wurde in Kapitel 5.2.2. erarbeitet.

Da das konzeptorientierte Rating ein gezielter Messvorgang ist, bei dem der Rater durch ein entsprechendes Konzept eine Vorgabe erhält, wie er das Merkmal zu verstehen hat, ist zuvor ein Training notwendige Voraussetzung, damit der weisungsgebundene Rater die konzeptorientierte Wahrnehmung des Merkmals erlernt (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 126).

Aus diesem Grund sind gemäß Langer und Schulz von Thun für eine gezielte konzeptorientierte Messung folgende drei Zusatzanforderungen zu erfüllen:

- a) Eine Beschreibung des Merkmals, in der dieses definiert und erläutert wird, sodass es von anderen Merkmalen abgehoben wird.
- b) Eine Anleitung für die Skalenstufen, die bei jeder Stufe festlegt, wann sie vom Rater anzukreuzen ist. Hier werden die unterschiedlichen Ausprägungen des Merkmals verankert.

c) Eine Illustration durch Beispiele, die die jeweilige Stufe auf praktischer Ebene erkenntlich machen (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 127).

Weist eine Skala diese drei Bestandteile auf, gilt sie als elaboriert (vgl. ebd.).

#### **6.1.1.2. Die Auswahl der Rater**

Im Allgemeinen erfolgt die Auswahl der Rater, so Langer und Schulz von Thun, anhand von vier Gesichtspunkten:

1) Untersuchungsziel und Fragestellung: Die Auswahl der Rater ergibt sich aus der jeweiligen Fragestellung und dem Untersuchungsziel, da diese die Erfüllung gewisser wahrnehmungs- und verstandesmäßiger Voraussetzungen auf Seiten der Rater erfordern (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 54).

2) Verfügbarkeit und Zugänglichkeit: Im Rahmen einer Untersuchung in Form eines Ratingverfahrens kommen zumeist viele Personen als Urteiler in Frage, die jedoch aufgrund von Zeitmangel oder hohen Kosten nicht verfügbar sind. Hier muss, so Langer und Schulz von Thun, ein „*Kompromiß zwischen Geeignetheit und Verfügbarkeit*“ (ebd., Herv. i. Org.) geschlossen werden und Personengruppen wie Studenten können unter Berücksichtigung des jeweiligen Kontextes ausgewählt werden, da diese leichter zugänglich sind (vgl. ebd.).

3) Repräsentativität: Die Rater sollen im Idealfall zufällig aus dem verfügbaren Personenkreis ausgesucht werden und müssen austauschbar sein, da Ergebnisse, die an nicht ersetzbare Urteiler gebunden sind, keinen Aussagewert haben. Die Austauschbarkeit der Rater gewährleistet die Allgemeinheit der Ergebnisse (vgl. ebd.).

4) Neutralität, Unabhängigkeit: Mit diesem letzten Gesichtspunkt ist gemeint, dass solche Rater ausgewählt werden sollen, bei denen die Werte, die vergeben werden, keine persönlichen Konsequenzen nach sich ziehen, womit vermieden werden soll, dass die Wertung verfälscht wird (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 54f).

Da im Rahmen eines konzeptorientierten Ratings ein Training durchgeführt wird, in dem die Urteiler für ihre Aufgabe vorbereitet und überprüft werden, gilt für dieses im Speziellen, dass die Rater laut Langer und Schulz von Thun theoretisch willkürlich ausgewählt werden können. Eine solche Auswahl wäre jedoch unvorteilhaft, angesichts der Tatsache, dass sie eine zu lange Ausbildungszeit der Teilnehmer erfordern würde. Aus diesem Grund empfehlen die Psychologen, jene Personen vorzuziehen, die in ihrer Wahrnehmungs- und Verstandesfähigkeit hinreichende Voraussetzungen besitzen, „*Erfahrungen mit dem*

*Objektbereich*“ (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 159; Herv. i. Org.) aufweisen und als potentielle Anwender der Ergebnisse des Ratings in Frage kommen könnten (vgl. ebd.).

Für den Zweck der vorliegenden Untersuchung wurden ausgehend von diesen Bestimmungen Studenten beziehungsweise Absolventen des Bildungswissenschaftsstudiums eingesetzt, die sich im Rahmen des Masterstudiengangschwerpunktes „Bildung, Beratung und Entwicklung über die Lebensalter“ im Lauf des Studiums mit der personenzentrierten Therapie sowie der therapeutischen Beziehung in mehreren Lehrveranstaltungen auseinandergesetzt haben.

Das Training, dem die Rater unterliegen, wird im Folgenden näher erläutert.

### **6.1.1.3 Training**

Das Rater-Training dient dazu, dass die Wahrnehmung im Sinne des anzuwendenden Konzeptes organisiert wird, was die Rater für eine konzeptgetreue Skalenverwendung qualifiziert (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 137).

Das grundlegende Prinzip eines solchen Trainings besteht darin, dass jeder Rater durch die wiederholte Verknüpfung eines Objekts mit dem jeweiligen Zuordnungswert die Skalenhandhabung erlernt (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 137).

Es ist zu beachten, dass die Rater zwar gemeinsam trainiert werden, jedoch voneinander unabhängig ihre Schätzurteile abgeben müssen. Durch dieses Vorgehen wird gewährleistet, dass sich verschiedene Konzeptfehler durch andere Urteiler ausgleichen lassen (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 161).

Langer und Schulz von Thun machen deutlich, dass nach der Durchführung des konzeptorientierten Trainings die Frage zu beantworten ist, ob die elaborierte Skala so wie die ausgebildeten Rater tatsächlich das messen, was gemessen werden soll, womit das wissenschaftliche Gütekriterium der Validität angesprochen ist (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 141). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung steht jedoch die Frage im Vordergrund, wie einig sich die geschulten Rater in ihren Einschätzungen sind, womit die Urteilerübereinstimmung gemeint ist. Bortz und seine Kollegen machen sichtbar, „daß nach der Güte der Urteilerübereinstimmung immer dann zu fragen ist, wenn N Objekte durch m Beurteiler hinsichtlich eines Merkmals beurteilt werden.“ (Bortz/Lienert/Boehnke 1990, 449)

Um diese ermitteln und die Frage nach der Einigkeit beantworten zu können, werden im Rahmen der Inhaltsanalyse Formeln zur Berechnung dieser Übereinstimmung bereitgestellt. Bevor auf diese Formeln Bezug genommen wird, soll die Methode der Inhaltsanalyse in ihren Grundzügen vorgestellt werden. Dies dient dem Zweck, die Parallelen zur vorliegenden

Untersuchung herauszuarbeiten und ein besseres Verständnis der eingesetzten Formel durch Verdeutlichung des Herstellungskontextes zu ermöglichen.

### **6.1.2. Die Inhaltsanalyse**

Früh charakterisiert die Inhaltsanalyse durch folgenden Grundsatz: „Die Inhaltsanalyse ist eine empirische Methode zur systematischen und intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen.“ (Früh 1981, 23)

Sie soll, so der Erziehungswissenschaftler Saldern, eine systematische Analyse fixierter Kommunikation bereitstellen, mit der Zielsetzung, Rückschlüsse auf ausgewählte Aspekte zu ermöglichen (vgl. Saldern 1989, 15).

Das Verfahren kennzeichnet sich dadurch, dass an ausgewählten Textelementen die Messung theoretischer Konstrukte, die im Forschungsplan und in den Definitionen der Kategorien verankert sind, stattfindet. Das zu messende Konstrukt ist dabei nur selten explizit im Text angegeben, sodass es für die Codierer einen gewissen Interpretationsspielraum gibt (vgl. Früh 1981, 38ff). Zudem werden objektbezogene Klassen gebildet: „Mengen konkreter Äußerungen werden hinsichtlich ihrer Bedeutung als äquivalent betrachtet, so daß sie sich derselben Kategorie zuordnen lassen.“ (Früh 1981, 75)

Im Bezug auf Frühs zuvor erwähnte Anmerkung, dass bei dieser Vorgehensweise nicht von Messen gesprochen werden kann, sei hier angemerkt, dass Früh an dieser Stelle selbst explizit davon spricht, dass „an den ausgewählten Texteinheiten theoretische Konstrukte gemessen“ (Früh 1981, 63) werden, wodurch ihm unterstellt werden könnte, dass er sich selbst widerspricht, wenn er, wie zu Beginn dieses Kapitels erläutert, postuliert, dass es sich hierbei um keine Messung handelt.

Rustemeyer sieht das grundlegende Prinzip einer Inhaltsanalyse darin,

„daß durch die systematische Festlegung von Textteilen als Einheiten der Analyse sowie von Kategorien als Bedeutungsaspekten eine intersubjektive Zuordnung von Textteilen zu inhaltsanalytischen Kategorien möglich wird. Diese Zuordnung oder Kategorisierung bzw. Kodierung der einzelnen Textteile zu dem jeweiligen Categoriesystem stellt das Kernstück der praktischen Durchführung einer Inhaltsanalyse dar.“ (Rustemeyer 1992, 113f)

Dieses Categoriesystem wird in Kapitel 8.2.2.1. vorgestellt.

Früh macht auf das Paradoxon aufmerksam, dass der Sinn einer jeden Inhaltsanalyse darin liegt, durch Reduktion von Komplexität einen neuen Informationsgewinn einzuleiten. So werden Textmengen hinsichtlich relevanter Merkmale klassifiziert und zugleich durch Ausblendung anderer Mitteilungsmerkmale auf diese reduziert und innerhalb einer Kategorie

gebündelt. Gleichzeitig bildet diese Vorgehensweise die Grundlage dafür, größere Strukturzusammenhänge zu erreichen und Vergleiche auf systematischer Ebene zu gewährleisten (vgl. Früh 1981, 41f).

Diesbezüglich ist zu beachten, dass es möglich sein muss, alle Texte unter denselben Regeln zu analysieren, sodass alle zu codierenden Einheiten dieselbe Möglichkeit haben, von den Codierern in eine Kategorie eingeordnet zu werden (vgl. Früh 1981, 100). Fügen Codierer diese Einheiten denselben Kategorien hinzu, gilt die Bedeutungsmessung als „manifest.“ (Früh 1981, 113)

Nach der Zuordnung der Untersuchungseinheiten zu den jeweiligen Kategorien erfolgt die statistische Analyse und Auswertung (vgl. Tarnai 1989, 303). Diese wird in Kapitel 9 behandelt.

Bortz und Döring erläutern, dass sich die Inhaltsanalyse sowohl als Datenerhebungsmethode als auch als Auswertungsverfahren legitimiert (vgl. Bortz/Döring 2006, 139). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung dient sie – obwohl die zur Verfügung gestellten Texte bereits aus vorangegangenen Datenerhebungen resultieren, als zweite Datengenerierungsmethode, mittels der eine Auswertung entsprechend der Fragestellung ermöglicht wird.

#### **6.1.2.1. Qualität versus Quantität?**

Stellt man Recherchen zum Verfahren der Inhaltsanalyse an, findet sich in der Literatur oft eine Unterscheidung zwischen quantitativer und qualitativer Verfahrensweisen. Eine Offenlegung dieses Diskurses würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, jedoch sei darauf hingewiesen, dass sich eine solche Differenzierung als unfruchtbar erweist.

So machen Bos und Tarnai darauf aufmerksam, dass bei der praktischen Inhaltsanalyse die quantitative Analyse durch qualitative Interpretationen ergänzt wird (vgl. Bos/Tarnai 1989, 8). Huber macht deutlich, dass die quantitative Häufigkeitsauszählung einer Kategorie deren qualitative Festlegung voraussetzt. Zudem zeigt er auf, dass das Bestimmen qualitativer Merkmale ebenso quantifizierende Ergänzungen erfordert, um Aussagen über das Beziehungsverhältnis zu anderen Merkmalen beziehungsweise deren Ausprägungen machen zu können (vgl. Huber 1989, 33). Hier zeigt sich u.a., warum sich die Inhaltsanalyse auch als Auswertungsverfahren legitimiert.

Huber folgert aus diesem reziproken Verknüpfungsbedarf:

„Quantität für sich ist sinnlos, Qualität für sich genommen bleibt folgenlos. Gerade anwendungsorientierte Forschung wie die der Erziehungswissenschaft ist auf intelligente Ergänzung qualitativer und quantitativer Zugänge zu ihren Gegenstandsbereichen angewiesen.“ (Huber 1989, 41)

## **6.2. Reliabilitätsprüfung**

Hat man bestimmte Codierer ausgewählt und trainiert, muss das Kriterium der Zuordnung empirisch überprüft werden, was durch die Berechnung einer Codiererübereinstimmung erfolgt. Durch diese Berechnung wird überprüft, ob die Codierer bei der Zuordnung zu gleichen Ergebnissen gelangen bzw. inwiefern sie sich dem Ziel einer identischen Kategorisierung annähern (vgl. Rustemeyer 1992, 110). Dadurch liefert die Codiererübereinstimmung die „explizite empirisch-quantitative Überprüfung des Categoriesystems und seiner Anwendung.“ (Rustemeyer 1992, 110)

Mayring verdeutlicht, dass bei der inhaltsanalytischen Reliabilitätsprüfung in einem ersten Schritt die gesamte (Vor-)Analyse von mehreren Ratern ausgeführt wird und in einem zweiten Schritt deren Ergebnisse gegenübergestellt werden, womit die gesuchte InterCoderreliabilität angesprochen ist (vgl. Mayring 1997, 110).

Rustemeyer sieht den Idealfall bei der Zuordnung von Textteilen zu den vorliegenden Kategorien durch drei Codierer gewährleistet. Neben geringeren Zufallsschwankungen ermöglicht diese Anzahl im Normalfall immer den Rekurs auf eine Mehrheit von gleichen Entscheidungen, die es ermöglicht, die Zuordnungen als Rohdaten für die weitere Auswertung nutzen zu können (vgl. Rustemeyer 1992, 113f).

Durch diese Reliabilitätsbestimmung ist zugleich die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse angesprochen, was die zu erfüllende Forderung impliziert, dass auch „andere Forscher bei Anwendung desselben Erhebungsinstruments in Interaktion mit demselben Untersuchungsgegenstand zu demselben Ergebnis gelangen.“ (Kriz/Lisch 1988, 217f)

### **6.2.1. Zufallsstichprobe**

Auf die Frage, welche Beispiele für die Codierschulung herangezogen werden sollen, bietet die Stichprobentheorie eine Antwort. Diese besagt, dass durch die Untersuchung einer Auswahl an Elementen aus einer Gruppe Informationen über die Grundgesamtheit, der diese Gruppe angehört, möglich wird (vgl. Behrens 1999, 43). Ausgehend von dieser Theorie wurde eine Zufallsstichprobe gezogen. Diese ist laut Bortz zu verwenden, wenn über die Verteilung der zu untersuchenden Merkmale nichts bekannt ist (vgl. Bortz 1999, 86), was im Rahmen der vorliegenden Untersuchung der Fall ist. Dabei garantiert, so Behrens, die Zufallsauswahl, dass in der Grundgesamtheit die Merkmalsverteilung annähernd identisch mit der Stichprobe ist (vgl. Behrens 1999, 47).

Zudem kennzeichnet sich eine solche Stichprobe dadurch, dass jedes Element der Grundgesamtheit oder Population die gleiche Chance erhält, ausgewählt zu werden (vgl. Bortz 1999, 87).

Um eine Zufallsstichprobe ziehen zu können, ist es Voraussetzung, dass alle Elemente aus der Grundgesamtheit prinzipiell zugänglich sind (vgl. Behrens 1999, 50).

Behrens verweist darauf, dass keine einheitlichen Regeln bestehen, die Auskünfte über die Größe eines optimalen Stichprobenumfangs geben, da diese nur bedingt von der Anzahl der Elemente der Grundgesamtheit abhängt. Bei der Auswahl spielen insbesondere personelle sowie materielle Ressourcen eine Rolle (vgl. Behrens 1999, 65).

Die Auswahl der Beispiele erfolgt entweder durch eine Urnenauswahl, in der mittels Zufallszahlen, Würfel, Losverfahren oder Münzen aus Karteien oder Listen Elemente zufällig ausgewählt werden (vgl. Bortz 1999, 87) oder durch softwaregenerierte Listen, innerhalb derer eine zufällig programmierte Ziehung initiiert wird (vgl. Rainer 1994, 110). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde eine softwaregenerierte Zufallsauswahl eingesetzt, mit der von den 300 zu analysierenden Gesprächsequenzen 15 Sequenzen für die Codierschulung ausgewählt wurden.

### 6.2.2. Wahl des Übereinstimmungskoeffizienten

Rustemeyer macht deutlich, dass das Einsetzen von Maßzahlen aus der Entwicklungszeit der Inhaltsanalyse vermieden werden sollte, da diese nicht berücksichtigen, daß ein gewisser Prozentsatz an zufälligen Übereinstimmungen in die Bewertungen miteinfließen würden (vgl. Rustemeyer 1992, 114).

Unter jenen Übereinstimmungskoeffizienten, die diese zufällige Übereinstimmung berücksichtigen, hat sich die kappa-Konzeption als eines der geeignetsten Maße zur Messung der Reliabilität herauskristallisiert (vgl. zum Beispiel Bortz/Lienert/Boehnke 1990, 451; Rustemeyer 1992, 114). Der Psychologe Cohen hat diese Konzeption 1960 für die Berechnung der Beurteilerübereinstimmung von zwei Personen entwickelt. 1971 hat Fleiss den Ansatz für die Anwendung auf mehr als zwei Beurteiler erweitert (vgl. ebd.).

Die Übereinstimmung bei kategorialen Urteilen, auch als „*Urteilskonkordanz*“ (Bortz, Lienert 1998, 266, Herv. i. Org.) bezeichnet, wird nach Fleiss wie folgt berechnet:

$$K = \frac{\bar{P} - \bar{P}_e}{1 - \bar{P}_e}$$

$\bar{P}$  ..... tatsächliche Übereinstimmung  
 $\bar{P}_e$  ..... zufällige Übereinstimmung  
(Fleiß 1971, zit. n. Rustemeyer 1992, 114)

Der Wert  $\bar{P}$  besagt, mit welcher Wahrscheinlichkeit zwei zufällig auserwählte, voneinander unabhängige Urteiler die gleiche Kategorie wählen. Mit der Berechnung von  $\bar{P}_e$  (vgl. dazu Kapitel 6.2.2.) wird die Formel der Möglichkeit gerecht, dass eine gewisse Übereinstimmung zufällig zustande kommen kann.  $1 - \bar{P}$  stellt die maximale, über die Zufälligkeit hinausgehende Übereinstimmung und  $\bar{P} - \bar{P}_e$  die tatsächlich erreichte Konkordanz unter Berücksichtigung des Zufalls dar (vgl. Bortz/Lienert/Boenke 1990, 455f).

Der daraus resultierende Koeffizient symbolisiert die quantitative Kenngröße für die Explizitheit und Genauigkeit eines Categoriesystems. Durch Bestimmung dieses Koeffizienten werden die wissenschaftlichen Kriterien der Reliabilität und Objektivität erfüllt, was zugleich Voraussetzung dafür ist, dass durch die Inhaltsanalyse valide Ergebnisse gewonnen werden können (vgl. Rustemeyer 1992, 115), womit das dritte wissenschaftliche Gütekriterium der Validität angesprochen ist.

Gerade aufgrund der Möglichkeit von zufälligen Übereinstimmungen scheint es sinnvoller, weniger Kategorien anzuwenden, an denen sich die Rater orientieren müssen, da ansonsten die Raterzuverlässigkeit mit hoher Wahrscheinlichkeit sinken würde. Dieses Argument kann im Übrigen auch durch Peterson untermauert werden, der deutlich macht, dass weniger Faktoren geeigneter sind, um die Wahrnehmungskapazitäten von Ratern nicht zu überfordern (vgl. Peterson 1965, 48).

Landis und Koch erstellten für den Kappa-Koeffizienten nach Fleiss eine Tabelle, nach der die Güte der Übereinstimmung bestimmt werden kann. Während ein Fleiß-Kappa-Wert unter 0,20 als schlecht bzw. gering bezeichnet wird, liefern Ergebnisse zwischen 0,21 und 0,4 bereits einen zu akzeptierenden Wert. Ab 0,41 bis 0,6 wird der Wert als moderat bezeichnet, während Werte über 0,61 als substantiell und die Übereinstimmung ab 0,81 als fast perfekt bezeichnet wird (vgl. Landis/Koch 1977, 165).

Die Kappa-Formel ermöglicht es darüber hinaus, die Streuung unter Annahme zufälliger Übereinstimmungen durch folgende Formel zu berechnen:

$$\sigma(K_m) = \sqrt{\frac{2}{N * m * (m - 1)} * \frac{\bar{P}_e - (2 * m - 3) * \bar{P}_e^2 + 2 * (m - 2) * \sum_{j=1}^k p_j^2}{(1 - \bar{p}_e)^2}}$$

(Bortz/Lienert 1998, 269)

Durch diese Berechnung kann die Größe der Abweichung überprüft werden.

Die Prüfgröße, die die Wahrscheinlichkeit eines durch den Zufall bedingten Zustandekommens angibt, also Auskunft darüber gibt, ob die Nullhypothese verworfen



werden kann oder beibehalten werden muss (vgl. Nachtigall/Wirtz 1998, 108), wird durch den u-Wert ermittelt:

$$u = \frac{K_m}{\sigma(K_m)}$$

(Bortz/Lienert 1998, 269)

### **6.3. Datenauswertung**

Neben diverser Diagramme, die zur Veranschaulichung dienen, wurden sowohl für jedes Gespräch als auch für die Gesamtbetrachtung die jeweiligen Variabilitäten und Häufigkeitsverteilungen berechnet, verglichen und in einem folgenden Analyseteil ausgewertet und interpretiert. Um etwas über den statistischen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen aussagen zu können, wurde ein Chi-Quadrat Test durchgeführt.

Prinzipiell gesehen stehen zur Messung der statistischen Abhängigkeit zweier Merkmale verschiedene Statistiken zur Verfügung, die abhängig vom jeweiligen Skalenniveau sind. Sind diese bei den Merkmalen unterschiedlich, so ist – unter Umständen unter Verlust von Informationsgehalt – das Berechnungsverfahren für das niedrigere Skalenniveau (im Fall der vorliegenden Untersuchung das Nominalskalenniveau) heranzuziehen (vgl. Kähler 1995, 96).

Die Berechnung des Chi-Quadrat-Koeffizienten, der im Rahmen der vorliegenden Arbeit zum Einsatz kam, ist für Tabellen mit mehreren Zeilen und Spalten einsetzbar und gibt Auskunft über den Grad der statistischen Abhängigkeit solcher nominalskalierten Merkmale (vgl. ebd.). Dabei wird die Chi-Quadrat Berechnung durchgeführt, wenn nicht eindeutig klar ist, ob ein Ursache-Wirkungszusammenhang herrscht, was im Rahmen dieser Untersuchung der Fall ist.

Zur Berechnung werden die beobachteten Häufigkeiten, die sich in der Kontingenztabelle wiederfinden, mit einer Indifferenztabelle, die die erwarteten Häufigkeiten enthält, verglichen. Dieser Tabelle unterliegt die Annahme, dass die Marginalverteilungen der Kontingenztabelle die tatsächlichen Verteilungen symbolisieren. Um Aussagen darüber machen zu können, inwiefern sich die Tabellen unterscheiden, wurde vom Statistiker Pearson die Statistik Chi-Quadrat entwickelt (vgl. Kähler 1995, 99ff). Sie wird durch folgende Formel berechnet:

$$x^2 = \sum_{\text{aller Zellen}} \frac{(f_b - f_e)^2}{f_e}$$

(Kähler 1995, 99)

Während die Konstante  $f_b$  die beobachteten Häufigkeiten repräsentiert, gibt  $f_e$  die erwarteten Häufigkeiten an. Liegt eine statistische Unabhängigkeit vor, ergibt sich für Chi-Quadrat der Wert 0. Je mehr sich die beiden Tabellen unterscheiden, umso größer ist der Wert (vgl. ebd.). Um eine Auskunft darüber zu halten, ob es sich bei dem erhaltenen Wert um eine schwache oder starke statistische Abhängigkeit handelt, eignet sich der Koeffizient Cramér's V, der zur Berechnung von Kontingenztafeln geeignet ist, die mehr als zwei Zeilen und Spalten besitzen (vgl. Kähler 1995, 103). Cramér's V lässt sich durch folgende Formel bestimmen:

$$\text{Cramér's } V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n * \min(r - 1, c - 1)}}$$

(Kähler 1995, 104)

Mit den im Nenner stehenden Faktoren ist der kleinere Wert der jeweils um eins verminderten Spalten- bzw. Zeilenzahl bezeichnet (vgl. ebd.).

Die Berechnung von Chi-Quadrat wird im Kapitel 9.1. durchgeführt.

## 7. Darstellung des Datenmaterials

Im Folgenden soll das für die Zwecke dieser Untersuchung verwendete Datenmaterial beschrieben werden. Dadurch soll der Herstellungskontext der Daten verdeutlicht werden. Zudem wird die Aufbereitung der Daten dargestellt.

### 7.1. Das verwendete Datenmaterial

Das verwendete (Roh-)Datenmaterial umfasst Beratungsgespräche, die im Wintersemester 2011/2012 im Rahmen des Seminars „Beratung und Beratungsforschung – Beziehung und Prozess“ am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien durchgeführt wurden.

Für die Teilnahme am Seminar waren laut Vorlesungsverzeichnis Vorkenntnisse und Erfahrungen in personenzentrierter Theorie und Empathietraining erforderlich. Das Seminar diente dazu, den Seminarteilnehmern im Kontext der Thematik der Therapiebeziehung in einem ersten Schritt die Beratungspraxis näher zu bringen sowie in einem zweiten Schritt, dass sich die Studenten qualitative Fähigkeiten in der Gesprächsanalyse aneignen konnten.<sup>3</sup> Zu diesem Zweck wurden mit den Teilnehmern und einem erfahrenem personenzentrierten

---

<sup>3</sup> Vgl. [http://online.univie.ac.at/vlvz?kapitel=1901&semester=W2011#1901\\_84](http://online.univie.ac.at/vlvz?kapitel=1901&semester=W2011#1901_84)

Psychotherapeuten in freier Praxis Demonstrationsinterviews geführt, die den Beginn einer Beratung oder Psychotherapie repräsentieren sollten.

Der Lehrveranstaltungsleiter kennzeichnete die damit geschaffene Situation als Laborsituation: „Durch Demonstration[s]-Interviews wir[d] ein Labor zum Studium der Reflexion von Interaktion, Interventionen und Dialog in der Beratungspraxis produziert.“ (ebd.) Auf Seiten der Studierenden wurde die Fähigkeit gefordert, sich selbst einbringen und sich offen mit der eigenen Gesprächsführung auseinandersetzen zu können sowie die eigene Gesprächserfahrung zu reflektieren und intellektuell zu analysieren. Im Forschungsteil des Seminars stand die qualitative Analyse von Gesprächsdaten im Vordergrund (vgl. ebd.).

Zu Seminarbeginn wurde vom Lehrveranstaltungsleiter verdeutlicht, dass sich die Studenten für die jeweiligen Gespräche ein Thema überlegen sollten, das sie in irgendeiner Art und Weise belastete oder zumindest tiefgehender beschäftigte. Da die Beratungsgespräche kostenfrei und einmalig waren, fügte er den Hinweis hinzu, dass nicht unbedingt schwerwiegende Probleme angesprochen werden sollten, die eine sofortige weitere psychotherapeutische Behandlung erfordern würden, was im Rahmen der im Seminar geführten Gespräche nicht inkludiert war.

Die Demonstrationsinterviews fanden in einem zeitlichen Abstand von vier Wochen an zwei verschiedenen Tagen im besagten Wintersemester statt.

In der ersten Gruppe befanden sich vier Teilnehmer, in der zweiten Gruppe waren es fünf, die mit demselben Therapeuten halbstündige personenzentrierte Beratungsgespräche durchführten.

Die Geschlechterverteilung war dabei ungleich. Während lediglich das zweite, dritte und vierte Beratungsgespräch mit männlichen Klienten durchgeführt wurden, waren in allen anderen sechs Gesprächen weibliche Klientinnen vertreten. Falls für eine mögliche thematische Weiterarbeit relevant, wird bei den folgenden gesprächsspezifischen Darstellungen der Gespräche das jeweilige Geschlecht berücksichtigt.

Jeder Person wurde im Rahmen der Durchführung der Gespräche zwei Rollen auferlegt. Neben der Rolle als Klient war jeder Teilnehmer zugleich mit der Beobachtung eines Beratungsgesprächs beauftragt. In der Funktion des Beobachters wurde im Anschluss die anschließende Transkription des Beratungsgesprächs durchgeführt.

Die Gespräche fanden in einem speziellen Raum statt, in dem sich zum Zeitpunkt der Gesprächsdurchführung nur der Therapeut sowie der Klient, der an der Reihe war, aufhielten. Die Beobachter sowie die anderen interessierten Zuhörer aus den jeweiligen Gruppen befanden sich in einem Nebenraum, von dem sie durch eine Glasscheibe, die die Durchsicht

nur in eine Richtung gewährte, das Gespräch beobachten konnten. Außerdem wurden die Gespräche durch Kameras mitgeschnitten, sodass das Gespräch sowie die jeweiligen Reaktionen von Therapeut und Klient in umfassender Weise aufgezeichnet werden konnten. Diese Aufzeichnungen dienten dem jeweiligen Beobachter als Basis für die Transkription. Aufgrund der schweren vollständigen Zugänglichkeit zu diesen Videoaufzeichnungen konnten diese für die in dieser Arbeit stattfindende Datenanalyse nicht verwendet werden.

Nach Durchführung und Transkription der Gespräche fand ein separates Treffen zwischen den Studierenden in der ursprünglichen Rolle als Klientenperson und dem jeweils zugewiesenen Beobachter statt, bei dem sich die beiden die Videoaufzeichnung des vom Klienten geführten Gespräches gemeinsam ansahen.

Im Rahmen dieses Treffens war der erteilte Auftrag zu erfüllen, dass der jeweilige Student, der den Klienten repräsentierte, die Therapeutenaussagen von Minute zu Minute hinsichtlich der unmittelbaren Auswirkung auf die Beziehungsebene beurteilen sollte.

Da es sich bei diesen Bewertungen um subjektive Einschätzungen auf Seiten der Klienten hinsichtlich des Einflusses der jeweiligen Therapeutenaussage auf die Beziehung zwischen Therapeut und Klient handelte, wurde hier gemäß Langer und Schulz von Thun ein intuitives Rating durchgeführt (vgl. Langer/Schulz von Thun 2007, 32). Dieses Rating kennzeichnet sich durch die „*Quantifizierung von Eindruckswirkungen, die bestimmte Objekte bei einem Rater ausgelöst haben.*“ (ebd.; Herv. i. Org.)

Dazu diente folgende Skala als Anhaltspunkt:

++	+	0	-	--
sehr positiv	positiv	neutral	negativ	sehr negativ
..... für die Beziehung				

**Abbildung 3: Skala zur Einschätzung der Therapiebeziehung**

Während der Lehrveranstaltungsleiter die ersten beiden Skalenausprägungen unter dem Stichwort ‚fördernd‘ für die Beziehung kennzeichnete, wurden die negativen als ‚beziehungshemmend‘ qualifiziert. Die Zwischenstufe wurde als ‚weder hemmend noch fördernd‘ für die Beziehung spezifiziert.

Es sei angemerkt, dass der Lehrveranstaltungsleiter durch Vorgabe dieser Skala geschickt kompensiert, dass – wie in Kapitel 2 aufgezeigt wurde – keine einheitliche Definition der Therapiebeziehung vorherrscht, indem er den Klienten überlässt, was darunter zu verstehen ist. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass dieses Beziehungsverständnis der jeweiligen Personen

im Rahmen der personenzentrierten Theorie einzuordnen ist, da zur Teilnahme am Seminar vertiefende Kenntnisse dieser Therapieform notwendig waren.

Neben diesen subjektiven Bewertungen bestand auf Seiten der Klienten die Möglichkeit, Kommentare abzugeben. Da es sich um sehr unterschiedliche Kommentare handelte, bei denen nicht immer klar ist, worauf sie sich beziehen und diese sehr unregelmäßig in die Gespräche einfließen, wurden sie aus der vorliegenden Analyse ausgeschlossen.

Vom Beobachter wurden die Beziehungsbewertungen durchgängig in die Gespräche eingefügt sowie die gelegentlichen Kommentare hinzugefügt. Die unterschiedlichen Formate wurden auf einer Lernplattform abgespeichert, um sie so den anderen Seminarteilnehmern für das Verfassen von Seminararbeiten zur Thematik sowie dem Lehrveranstaltungsleiter als Benotungsgrundlage zugänglich zu machen.

Unter Einholung des Einverständnisses und der Zusicherung der Anonymität wurden die Teilnehmer gefragt, ob die Gespräche sowie ihre Bewertungen für den Zweck dieser Arbeit verwendet werden können.

## ***7.2. Datenaufbereitung***

Da die Gespräche von verschiedenen Beobachtern verschriftlicht wurden, herrschten in den Dokumenten unterschiedliche, stark voneinander abweichende, Formatierungen vor.

Um die Daten für diese Untersuchung weitergehend verwenden zu können, wurden die Gespräche in einem ersten Schritt einheitlich formatiert.

Zudem wichen die Bezeichnungen von Berater und Klient enorm voneinander ab – von den Initialen der jeweiligen Vornamen auf Seiten der Klienten bis zu unterschiedlichen Bezeichnungen des Psychotherapeuten, die vom Anfangsbuchstaben seines Nachnamens bis zu Bezeichnungen wie ‚Berater‘, ‚Therapeut‘, ‚Th‘, ‚T‘, und ‚B‘ reichten und teilweise in den Gesprächen selbst variierten. Diese verschiedenen Bezeichnungen wurden ebenfalls zur Wahrung der Anonymität und zur besseren Lesbarkeit vereinheitlicht.

Schwerwiegende Rechtschreibfehler wurden – um das Leseverständnis nicht zu beeinträchtigen – ebenfalls ausgebessert, jedoch wurden keine Veränderungen vorgenommen, die den Sinn der jeweiligen Gesprächsinhalte verändert hätten.

Die Beziehungsbewertungen waren ebenfalls auf verschiedene Art und Weise in die Gespräche integriert. Während sie bei einigen Gesprächen direkt nach der Therapeutenaussage angesetzt waren, wurden in anderen Gesprächen Rahmen oder Linien gesetzt, um die Bewertungen zu kennzeichnen. Auch hier wurde eine Vereinheitlichung

vorgenommen, um die Bewertungen besser erkenntlich zu machen und leichter in das verwendete Datenerfassungsprogramm (vgl. dazu Kapitel 8.2.) einfügen zu können.

In seltenen Fällen wurde die Beziehung entgegen der vereinbarten Skala bewertet. So wurde beispielsweise in einem Gespräch eine einzelne Therapeutenaussage sowohl als positiv als auch als negativ gekennzeichnet und in der Form ‚+/-‘ bewertet. Da die Zuordenbarkeit hier fragwürdig ist, wurden diese vereinzelt Fälle aus der Analyse grundsätzlich ausgeschlossen. Alle anderen bewerteten Aussagen wurden zum Zweck dieser Untersuchung verwendet.

An jenen Stellen in den Gesprächen, in denen explizit Namen oder Orte genannt wurden, die die Anonymisierung der Gesprächsteilnehmer gefährdet hätten, wurden diese entsprechend der üblichen Transkriptionsregeln von Beratungsgesprächen entfernt.

## **8. Darstellung der Befunde für abhängige und unabhängige Variable**

In diesem Kapitel werden die abhängige und die unabhängige Variable vorgestellt.

Um relevante Aussagen über die Therapiebeziehung sowie die Therapeutenkomponente machen zu können, sind zur Messung der beiden Variablen weitere forschungstechnische Einschränkungen notwendig, was in diesem Kapitel deutlich werden wird.

Prinzipiell ist zu beachten, dass im Rahmen dieser Forschung Mikroprozesse näher betrachtet werden, da in dieser Arbeit die Ansicht vertreten wird, dass gerade für das Verständnis eines Gesamtprozesses von Beratung oder Psychotherapie das Verständnis von Mikroprozessen oder bestimmten Elementen daraus, Voraussetzung ist. Dies wird gerade durch die regelgeleitete Isolierung, gesonderte Betrachtung und anschließende Verknüpfung von Einzelmerkmalen mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen ermöglicht und gewährleistet außerdem im Idealfall, dass Aussagen über den Gesamtkontext möglich werden. Des Weiteren wird eine solche Betrachtung und Vorgehensweise dem aktuellen Forschungsbedarf gerecht, in dem die Erforschung von Mikroprozessen explizit gefordert wird.

### ***8.1. Die Variable „Beziehung“***

Die Variable Beziehung setzt sich, wie bereits dargestellt, aus dem subjektiven Erleben des Klienten hinsichtlich der Auswirkungen von Therapeutenaussagen auf die Beziehung zwischen Klient und Therapeut zusammen und wird durch die Bewertungen der jeweiligen Therapeuteninterventionen repräsentiert.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Einschätzungen präsentiert.

### 8.1.1. Gesamtbetrachtung

Bewertung	Häufigkeiten aller Gespräche		
	absolute	%	kumulierte
2	70	23%	23%
1	108	36%	59%
0	96	32%	91%
-1	23	8%	99%
-2	3	1%	100%
Total	300	100%	100%

**Tabelle 1: Beziehungsbewertung: Häufigkeiten aller Gespräche**

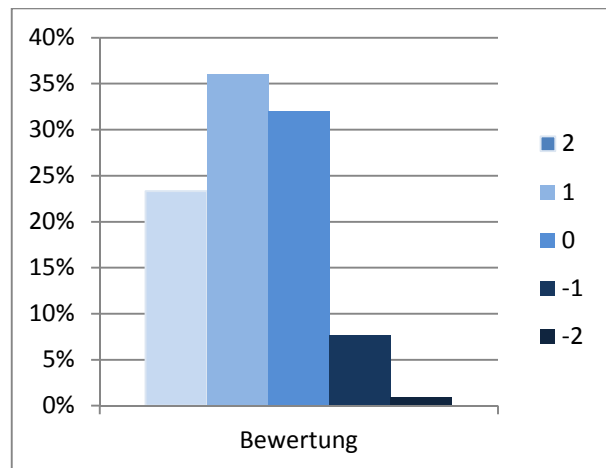
die Anzahl der bewerteten Therapeutenaussagen von 19 bis 62 Bewertungen. Im Durchschnitt wurden pro Gespräch etwa vier Fünftel aller Therapeutenaussagen hinsichtlich der Beziehung von den Klienten bewertet.

Die meisten Aussagen wurden von den Klienten als positiv für die Beziehung klassifiziert. Betrachtet man die kumulierten Häufigkeiten, so zeigt sich, dass beinahe 60% aller Äußerungen des Therapeuten als beziehungsfördernd erlebt wurden. Von diesen 178 konstruktiven Aussagen wurden 36% als positiv und 23% als sehr positiv für die Beziehung beurteilt.

32% aller Aussagen wurden als weder

fördernd, noch hemmend für die Beziehung qualifiziert. 26 von den 300 Aussagen wurden als hemmend für die Beziehung eingestuft. Von diesen 9% wurden lediglich drei als sehr negativ, der Rest als negativ hinsichtlich der Auswirkungen auf die Beziehung bewertet. Abbildung 4 veranschaulicht diese Verteilung graphisch. Da sich der überwiegende Teil der Verteilungsfläche linksseitig befindet, lässt sich die Verteilung als „**linkssteil**“ (Kähler 1995, 25; Herv. i. Org.) bezeichnen.

Insgesamt wurden über alle Gespräche hinweg 300 Therapeuteninterventionen von den Klienten hinsichtlich der unmittelbaren Auswirkungen auf die Beziehungsebene bewertet. Die Länge der Gespräche war annähernd gleich, jedoch variierte



**Abbildung 4: Verteilung der Beziehungsbewertungen**

### 8.1.2. Gesprächsspezifische Betrachtung

Da sich die meisten Gespräche von der Gesamtverteilung unterscheiden, erfolgt in diesem Kapitelabschnitt eine gesprächsspezifische Betrachtung. Aus Kapazitätsgründen können hier nicht alle Verteilungen tabellarisch und graphisch dargestellt werden. Die entsprechenden

Verteilungen, die hier nicht explizit veranschaulicht werden, können im Anhang eingesehen werden.

#### **8.1.2.1. Gespräch 3 und 5**

Vergleicht man die Verteilungen der Demonstrationsinterviews mit der Gesamtverteilung, so zeigt sich, dass lediglich das dritte und das fünfte Gespräch eine ähnliche Verteilung aufweisen. In diesen Gesprächen sind die von den Klienten sehr positiv aufgefassten Therapeutenaussagen jeweils mit 32% vertreten, während die positiv bewerteten Therapeuteninterventionen 37% aller Einschätzungen im dritten beziehungsweise 38% im fünften Gespräch ausmachen. Damit sind bei beiden Gesprächen rund 70% aller Aussagen als beziehungsfördernd gekennzeichnet. Die dritte Skalenstufe, die die Therapeutenaussagen als weder fördernd, noch hemmend qualifiziert, wurde von den Klienten im Gespräch 3 zu 26% und im Gespräch 5 zu 23% angegeben. Diese Skalenstufe weist bei beiden Gesprächen einen etwas geringeren Wert als bei der Gesamtverteilung auf. Jene Therapeuteninterventionen, die als negativ für die Beziehung empfunden wurden, weisen im Gespräch 3 eine relative Häufigkeit von 5% und im Gespräch 5 eine Häufigkeit von 6% auf, womit die beziehungshemmenden Äußerungen etwas geringer als bei der Gesamtverteilung vertreten sind. Der Median liegt bei beiden bei den positiv aufgefassten Aussagen.

#### **8.1.2.2. Gespräch 6, 8, 9**

Die Gespräch 6, 8 und 9 weisen, ähnlich wie die Gespräche 3 und 5, eine hohe Anzahl an beziehungsfördernden Therapeutenaussagen auf, mit dem Unterschied, dass bei allen drei Gesprächen die positiven Bewertungen mit über 50% überwiegen. Aussagen, die von den Klienten als sehr positiv wahrgenommen wurden, variierten zwischen 14% im Gespräch 6, 20% im Gespräch 9 und 24% in Gespräch 8. Die für die Beziehung als positiv eingestuften Äußerungen liegen im Gespräch 6 bei 59%, im Gespräch 8 bei 52% sowie im Gespräch 9 bei 60%. Fasst man die als positiv und als sehr positiv empfundenen Aussagen zusammen, so ergeben diese in den jeweiligen Gesprächen 6 und 8 73% und 76% sowie in dem neunten Gespräch sogar 80%. Beziehungshemmende Therapeutenaussagen kamen bei Gespräch 6 nur zu 3% vor, bei Gespräch 8 zu 4% und bei Gespräch 9 zu 8%, wobei keine Therapeutenaussage einen sehr negativen Einfluss auf die Beziehung hatte. Der mittlere Wert der Verteilung ist bei den drei Gesprächen ebenfalls durch positive Aussagen repräsentiert.



### 8.1.2.3. Gespräch 2 und 4

Sowohl das zweite Beratungsgespräch als auch das vierte Demonstrationsinterview weisen eine ähnliche hohe prozentuale Verteilung hinsichtlich der positiven Verteilungen auf. Jene Aussagen, die laut den Klienten sehr positive Auswirkungen auf die Beziehung aufweisen, fallen bei beiden Gesprächen mindestens doppelt so hoch wie bei der Gesamtverteilung aus. Diese Skalenstufe ist im zweiten Gespräch mit 62% vertreten, während im vierten Gespräch 56% aller Therapeutenaussagen als sehr positiv eingeschätzt wurden. Die zweite Skalenstufe, also die für die Beziehung positiven Therapeuteninterventionen, ist mit 27% im zweiten Gespräch und mit 22% im vierten Gespräch vertreten. Betrachtet man die kumulierten Häufigkeiten der ersten beiden Skalenstufen, zeigt sich, dass im zweiten Gespräch 88% und im vierten Gespräch 80% aller Aussagen als beziehungsfördernd erlebt wurden. Jene Aussagen, die weder als beziehungshemmend, noch als beziehungsfördernd aufgefasst wurden, machen eine prozentuale Häufigkeit von 6% im Gespräch 4 und 12% im Gespräch 2 auf. Hinsichtlich der beziehungshemmenden Therapeutenäußerungen unterscheiden sich die beiden Gespräche. Während im zweiten Gespräch keine Aussagen negative oder sehr negative Auswirkungen auf die Beziehungsebene aufweisen, sind die negativen Beziehungsbewertungen im vierten Gespräch mit 17% vertreten. Nichtsdestotrotz liegt bei beiden Gesprächen das obere Quartil bei der zweiten Skalenstufe.

### 8.1.2.4. Gespräch 1

Gespräch 1 weist – im Vergleich zu den anderen Gesprächen – eine enorm abweichende Verteilung der eingeschätzten Skalenstufen auf. Im Rahmen dieses Gespräches wurden von den 41 Therapeutenaussagen, die von der Klientin subjektiv hinsichtlich

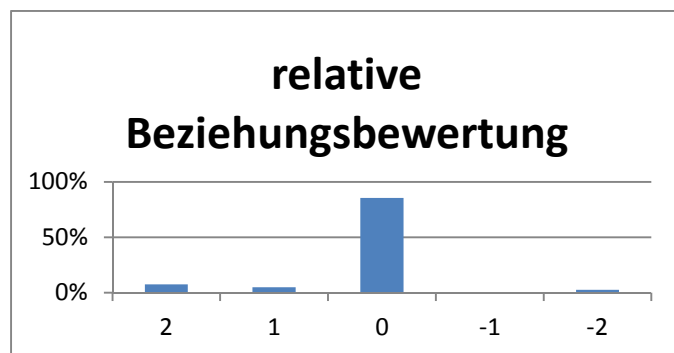


Abbildung 5: Beziehungsbewertung G1

ihrer unmittelbaren Auswirkungen auf die Beziehung eingeschätzt wurden, lediglich sechs als beziehungsfördernd oder beziehungshemmend qualifiziert. Von diesen sechs bewerteten Aussagen, wurde ein Statement des Therapeuten als sehr negativ empfunden, während drei Aussagen als sehr positiv und zwei als positiv wahrgenommen wurden. Alle anderen Aussagen, das heißt 85% aller von der Klientin eingeschätzten Äußerungen, hatten laut Wahrnehmung der Klientin keinen Einfluss auf die Beziehungsebene zwischen den beiden

Gesprächspartnern. Sieht man sich die Verteilung graphisch an, so zeigt sich, dass sie hinsichtlich ihrer Modalität als eingipfelig gekennzeichnet werden kann. Sowohl der Median, als auch das 75%-Quantil liegen hier bei der dritten Skalenstufe.

#### 8.1.2.5. Gespräch 7

Das Gespräch 7 weist im Vergleich den zu anderen Gesprächen ebenfalls wenige beziehungsfördernde Beziehungsbewertungen auf. Während diese in den anderen Gesprächen mit mindestens 60% vertreten sind, ergeben hier die kumulierten Häufigkeiten von positiven und sehr positiven Bewertungen nur 45%, wobei die positiven Auswirkungen mit 32% über fünf Mal so hoch wie die sehr positiven vertreten sind. 39% der 62 eingeschätzten Aussagen weisen keinen Einfluss auf die Beziehung auf, während die negativen 19% und die sehr negativen 3% der prozentualen Gesamtverteilung ausmachen.

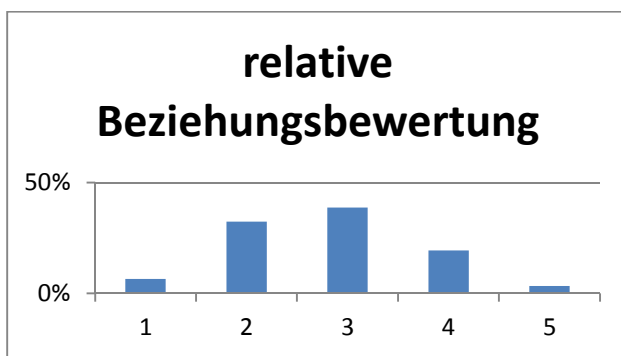


Abbildung 6: Beziehungsbewertung G7

Sieht man sich die Verteilung im Balkendiagramm an, so lässt sich feststellen, dass eine annähernd symmetrische Verteilung gegeben ist. Während sowohl auf der linken als auch auf der rechten Seite die sehr hemmenden beziehungsweise die sehr fördernden Therapeuteninterventionen

nur in geringem Ausmaß vertreten sind, weisen die hemmenden und fördernden Therapeutenäußerungen eine höhere Verteilung auf, wobei die positiven gegenüber den hemmenden überwiegen. Übertrumpft werden diese Äußerungen von den neutralen Bewertungen, die beinahe 40% aller Einschätzungen ausmachen. Das 75%-Quantil liegt hier ebenfalls bei der beziehungsneutralen Skalenstufe.

### 8.2. Die Variable „Therapeuteninterventionen“

Bevor wie im vorherigen Kapitel Ergebnisse der gesprächsübergreifenden und gesprächsspezifischen Betrachtung der unabhängigen Variable hinsichtlich ihrer Verteilungen beschrieben werden, wird das eingesetzte Ratingverfahren spezifiziert.

### **8.2.2. Der Ratingvorgang**

Um die Variable „Therapeuteninterventionen“ messen zu können, wurde für die weitere Bearbeitung der Gespräche mit Microsoft Access eine kleine Anwendung entwickelt, in welcher über ein graphisches Interface die Gespräche in separierter Form angezeigt werden konnten. Die jeweiligen einzuschätzenden Gesprächssequenzen, das heißt eine Klientenaussage und die darauffolgende Therapeutenaussage wurden in Tabellen gespeichert und in diesem Interface angezeigt. Durch die Anwendung bestand die Möglichkeit, die Gespräche durch eine zufällig generierte Ausgabe für die Rater zur Verfügung zu stellen.

Das Ratingverfahren war so angeordnet, dass neun Rater eingesetzt wurden, von denen jeweils drei eine Gesprächssequenz einschätzten, um zu ermöglichen, dass Einschätzungsabweichungen durch zumindest zwei übereinstimmende Urteile relativiert und die Daten dadurch weiterverwendet werden konnten.

Die einzuschätzenden Gesprächsausschnitte, die die Klientenaussagen und die folgende Therapeutenaussagen (nicht aber die Beziehungsbewertungen, da diese für die Rater nicht von Belang waren) beinhalteten, wurden randomisiert und unter den Urteilern jeweils zufällig aufgeteilt, wobei jeder Rater sowohl Sequenzen aus jedem Gespräch sowie in unterschiedlicher Kombination mit den anderen Ratern erhielt.

Um zu vermeiden, dass aus etwaigen entwickelten Voreinstellungen zu bestimmten Gesprächen, aus denen Ausschnitte bereits ähnlich eingeschätzt wurden, diese Kategorien unreflektiert übernommen werden, wurden die Gesprächssequenzen nicht der Reihe nach vorgelegt. Die Ausschnitte wurden des Weiteren anonymisiert, sodass für die Rater nicht ersichtlich war, welcher Ausschnitt welchem Gespräch zugehörig war.

Pro Seite, die dem Rater zum Einschätzen vorgelegt wurde, wurden lediglich zwei hintereinander folgende Gesprächsausschnitte verwendet, damit ein gewisser Kontext erhalten blieb und sich die Rater nicht bei jeder zu beurteilenden Sequenz pro Seite neu orientieren mussten. Durch dieses Vorgehen sollten die Rater in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit nicht überfordert werden. Zudem enthielt jeder Zettel eine Kurzbeschreibung der wichtigsten Elemente der Kategorien, an der sich die Rater orientieren konnten. Diese Kategorien bzw. das Kategoriesystem sollen im Folgenden kurz dargestellt werden, bevor auf die Durchführung sowie die Reabilitätsprüfung der Rater vorgestellt werden, um anschließend auf die Gesamt- und Gesprächsspezifische Betrachtung des eigentlichen Ratings übergehen zu können.

### 8.2.2.1. Das Categoriesystem

Im Allgemeinen werden folgende Anforderungen an ein Categorieschema gestellt:

1. Jede Kategorie muss eindeutig definiert sein und darf sich nur auf eine Bedeutungskomponente beziehen. Hier spricht man von der „**Trennschärfe** inhaltsanalytischer Categoriesysteme.“ (Früh 1981, 88; Herv. i. Org.)
2. Die Kategorien müssen einen Ausschlusscharakter besitzen und eine klare Abgrenzung aufweisen, was bedeutet, dass sich jede zu analysierende Einheit nur einer festgelegten Kategorie zuweisen lassen darf.
3. Jede zu analysierende Einheit muss einer der vorgegebenen Kategorien zugeteilt werden können. Die Kategoriereihe hat damit erschöpfenden Charakter (vgl. zum Beispiel Mayntz/Holm/Hebner 1969, 157; Bortz/Döring 2006, 142; Früh 1981, 88ff). Mit diesem Punkt ist die Notwendigkeit der Vollständigkeit eines Categoriesystems angesprochen.

Früh empfiehlt bei Categoriesystemen auf Einfachheit zu setzen:

„Unnötige komplexe Categoriesysteme sind immer schlechte Meßinstrumente, weil sie störanfälliger sind und so unnötigerweise die Verlässlichkeit des Codiervorgangs beeinträchtigen. Das Categoriesystem soll gerade so anspruchsvoll und komplex sein, daß es die in der Problemstellung formulierten theoretischen Konstrukte angemessen auf der Objektebene erfaßt und in eine adäquate Datenstruktur übersetzt.“ (Früh 1981, 88)

Nach Bortz und Döring lässt sich die Auswahl des Categoriesystems durch zwei Vorgehensarten, die häufig in Mischformen auftreten, charakterisieren. Während in einer deduktiven Verfahrensweise ein ausgearbeitetes Categoriesystem der Zuordnung dient, entwickelt man im induktiven Fall die Kategorien, die den Text kennzeichnen, nach der Sichtung des vorliegenden Textmaterials (vgl. Bortz/Döring 2006, 141). In der vorliegenden Arbeit kam ein vorwiegend deduktives Verfahren zum Einsatz, indem die Kategorien aus der Theorie heraus entwickelt wurden. Da im Rahmen des vorliegenden Forschungsinteresses kein ausgearbeitetes Categoriesystem zur Verfügung stand, war die Ausarbeitung eines eigenen Modelles erforderlich. Die Festlegung der zu untersuchenden Aspekte erfolgte abgeleitet aus dem Ansatz von Rogers sowie Tausch und unter Berücksichtigung psychologisch und pädagogisch adäquater Definitionen. Nach wiederholter Präzisierung diente das in Kapitel 5 eingeführte Modell als endgültige Bearbeitungsgrundlage. Die Präzisierung erfolgte mit Rekurs auf das vorliegende Textmaterial, weshalb das Verfahren zu einem kleinen Teil auch als induktiv gekennzeichnet werden kann.

Ausgehend von dem aus der personenzentrierten Theorie ausgearbeiteten Kommunikationsmodell, ergaben sich für die Rater folgende Kategorien, in die die jeweiligen

Therapeuteninterventionen einzustufen waren:

**K1: Dominant emotionaler Bezugsrahmen**

**K2: Dominant kognitiver Bezugsrahmen**

**K3: Dominant äußerer Bezugsrahmen**

**K4: Nicht zuordenbar**

Während die ersten drei Kategorien als Hauptkategorien<sup>4</sup> aufzufassen sind, gilt die vierte Kategorie für all jene Therapeutenaussagen, die nicht in eine der oberen Kategorien zugeordnet werden können. Dies ist vor allem der Fall, wenn die Art der Klientenaussage im Ausdruck des Therapeuten nicht oder nur unzureichend erfasst wird oder der Therapeut eine andere „Technik“, beispielsweise direktives Verhalten, anwendet.

Um die Verständlichkeit des Categoriesystems zu gewährleisten, ist den Urteilern durch Erläuterungen und Textbeispielen transparent zu machen, welche Kriterien bei der Zuordnung zu beachten sind (vgl. Bortz/Döring 2006, 142f). Aus diesem Grund wurde für die Rater ein Kodierleitfaden erstellt (siehe Anhang).

Früh schlägt die Systematisierung der kommunikationsbezogenen Inhaltsanalyse auf zwei Aspekte vor, den kommunikativen Focus und die kommunikative Funktion. Der kommunikative Focus soll dem Umstand gerecht werden, dass jede Äußerung mehrere Informationen transportiert, wobei in der Regel auf eine der Schwerpunkt gesetzt wird. Die dominierende Information bezeichnet Früh als Haupt-, die zweitrangige als Nebenaussage, womit das Hauptthema und die jeweiligen Unterthemen angesprochen sind, die von dem Ersterwähnten zu differenzieren sind. Unter kommunikativer Funktion versteht Früh die Unterscheidung zwischen der Vermittlung von Information und verbaler Handlung, womit der Sprechakt angesprochen ist (vgl. Früh 1981, 67ff).

Früh macht deutlich, dass es sinnvoll ist, beide Bedeutungsdimensionen zu berücksichtigen und zu erfassen, da es sich bei beiden Komponenten um kommunikationsrelevante Merkmale von Mitteilungen handelt (vgl. Früh 1981, 73). Bei dem im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Ratings- beziehungsweise Codierungsvorgang wird dies insofern berücksichtigt, als dass die Rater aufgefordert wurden, den je dominierenden Gesamteindruck des therapeutischen Sprechaktes zu beurteilen.

---

<sup>4</sup> Auf eine erneute Darstellung der Beschreibungen der Kategorien wird hier verzichtet, da diese bereits umfassend im fünften Kapitel dargestellt wurden. Zudem kann eine Beschreibung der Kategorien im Anhang eingesehen werden.

### 8.2.2.2. Durchführung

Hat man bestimmte Codierer festgesetzt, erfolgt die Codierung, also die Zuordnung von den zu untersuchenden Textteilen zu den jeweiligen Kategorien (vgl. Bortz/Döring 2006, 142f). Die Durchführung des vorliegenden Ratings erfolgte aus terminlichen Gründen an zwei verschiedenen Tagen. Die erste Gruppe setzte sich aus fünf, die zweite aus vier Ratern zusammen. Zu Beginn der beiden Treffen erfolgte jeweils eine Erklärung des Ablaufes des Ratingverfahrens sowie eine Einführung in die Thematik. Anschließend fand die Darstellung und gemeinsame Besprechung der Kategorien mit Hilfe von Ankerbeispielen statt. Es wurden die jeweiligen Merkmalsausprägungen vorgestellt und hinsichtlich ihrer Bedeutungskomponenten erörtert. Danach wurde ein Vorrating durchgeführt, in dem alle Rater unabhängig voneinander 15 Gesprächssequenzen den entsprechenden Kategorien zuordnen mussten. Während die Rater nach Fertigstellung dieses Ratings eine kurze Pause einlegen konnten, erfolgte die Reliabilitätsprüfung, die mit der in Kapitel 6.2.2. vorgestellten Fleiss Kappa Berechnung durchgeführt wurde. Diese Berechnung soll im Folgenden dargestellt werden.

### 8.2.2.3. Reliabilitätsprüfung

Zur Berechnung der Beurteilerübereinstimmung wurden für die jeweiligen Gruppen ausgehend von der Wertetabelle (siehe Anhang), in der die jeweiligen Raterwerte pro Gesprächssequenz eingetragen wurden, eine Häufigkeitstabelle erstellt, um die für die Formel benötigten Komponenten erstellen zu können.

Ausgehend von dieser Tabelle wurde zuerst die Anzahl der übereinstimmenden Urteilerpaare relativiert an den maximalen möglichen Übereinstimmungen durch die unten stehende Formel berechnet, wobei  $m$  die Rater selbst bezeichnet und  $n$  die Häufigkeiten angibt, mit der die Rater bei dem Objekt  $i$  die Urteilkategorie  $j$  wählen:

$$p_i = \frac{\sum_{j=1}^2 n_{ij} * (n_{ij} - 1)}{m * (m - 1)}$$

Häufigkeitstabelle					
GS	Kategorien				pi
	1	2	3	4	
S1	0	5	0	0	1
S2	0	0	5	0	1
S3	0	5	0	0	1
S4	4	1	0	0	0,6
S5	0	0	0	5	1
S6	4	1	0	0	0,6
S7	0	0	0	5	1
S8	0	0	5	0	1
S9	3	2	0	0	0,4
S10	0	5	0	0	1
S11	1	4	0	0	0,6
S12	1	3	1	0	0,3
S13	1	4	0	0	0,6
S14	2	3	0	0	0,4
S15	4	1	0	0	0,6
pj	0,27	0,45	0,15	0,13	
pj²	0,07	0,21	0,02	0,02	

Tabelle 2: Kategoriezuordnung Gruppe 1

Die errechneten Werte der Formel finden sich in der Häufigkeitstabelle in der letzten Spalte. Schließlich wird der durchschnittliche  $\bar{P}$ -Wert errechnet:

$$\bar{P} = \sum_{i=1}^N P_i / N = 0,74$$

Dieser Wert besagt, dass zwei zufällig herausgegriffene Beurteiler zu 74% in ihren Urteilen übereinstimmen werden.

Um die per Zufall erwartete Übereinstimmung zu berechnen, wird folgende Formel verwendet:

$$\overline{P_e} = \sum P_j^2$$

Dazu wurden, wie aus den letzten beiden Zeilen der Tabelle ersichtlich wird, die jeweiligen per Zufall erwarteten Übereinstimmungen pro Kategorie gemäß folgender Formel berechnet:

$$p_j = \frac{\sum_{i=1}^2 n_{ij}}{N * m}$$

$\overline{P_e}$  ergibt ausgehend von diesen Bestimmungen einen Wert von 0,32.

Der Kappa-Wert, also die Differenz zwischen beobachteter und erwarteter Übereinstimmung, relativiert an der maximal möglichen überzufälligen Übereinstimmung, ergibt folgenden Wert:

$$\kappa = \frac{\bar{P} - \overline{P_e}}{1 - \overline{P_e}} = 0,62$$

Gemäß der bereits dargestellten Auswertungstabelle kann hier von einer guten Beurteilerübereinstimmung gesprochen werden.

Die Streuung beträgt 0,15:

$$\sigma(K_m) = \sqrt{\frac{2}{N * m * (m-1)} * \frac{\bar{P_e} - (2 * m - 3) * \bar{P_e}^2 + 2 * (m-2) * \sum_{j=1}^k p_j^2}{(1 - \bar{P_e})^2}} = 0,15$$

Für den Signifikanztest resultiert aus

$$u = \frac{K_m}{\sigma(K_m)} = 4,22$$

Gemäß der u-Wertetabelle ist  $u_{0,05} = 1,65 < 4,22$ , das heißt, die  $H_0$  kann verworfen werden.

Häufigkeitstabelle					
	Kategorien				
GS	1	2	3	4	pi
S1	0	4	0	0	1
S2	0	0	4	0	1
S3	0	4	0	0	1
S4	3	1	0	0	0,5
S5	0	0	0	4	1
S6	3	1	0	0	0,5
S7	0	0	0	4	1
S8	0	1	3	0	0,5
S9	2	2	0	0	0,333
S10	0	4	0	0	1
S11	1	3	0	0	0,5
S12	4	0	0	0	1
S13	1	3	0	0	0,5
S14	1	3	0	0	0,5
S15	4	0	0	0	1
pj	0,32	0,43	0,12	0,13	
pj²	0,10	0,19	0,01	0,02	

Fleiss-Kappa	0,64
--------------	------

Streuung	0,16
----------	------

Prüfgröße z	3,97
-------------	------

**Tabelle 3: Kategoriezuordnung Gruppe 2**

Die Rater-Übereinstimmung der zweiten Gruppe ergibt eine durchschnittliche Beurteiler-übereinstimmung von 76%. Die Möglichkeit der zufälligen Übereinstimmung beträgt 32%. Dadurch ergibt sich ein Kappa-Wert von 0,64 und damit eine etwas höhere Übereinstimmung als bei der ersten Gruppe. Die Streuung beträgt 0,16, woraus ein u-Wert von 3,97 resultiert. Durch diesen Wert kann die  $H_0$  ebenfalls verworfen werden.

Im Folgenden erfolgt die Gesamtbetrachtung sowie die gesprächsspezifische Darstellung der Variable „Therapeuteninterventionen“, die durch die Ergebnisse des Ratingsverfahrens repräsentiert wird.

### 8.2.3. Gesamtbetrachtung

Kategorie	Häufigkeiten aller Gespräche		
	absolute	%	gültige %
1 - gefühlsbezogen	91	30,33%	31,16%
2 - kognitiv	153	51,00%	52,40%
3 - äußerer Bezug	23	7,67%	7,88%
4 - nicht zuordenbar	25	8,33%	8,56%
fehlend	8	2,67%	
Total	300	100,00%	100,00%
gültig	292		

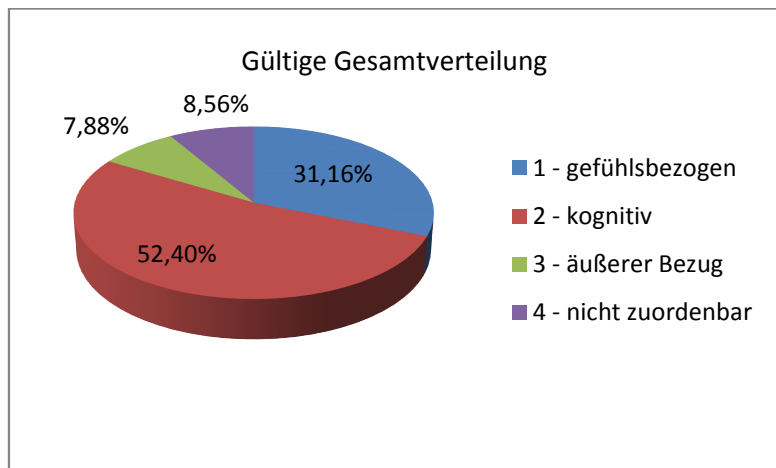
**Tabelle 4: Therapeuteninterventionen: Häufigkeiten aller Gespräche**

Gesprächssequenzen konnten 292 für die vorliegende Veranschaulichung verwendet werden. Bei acht Gesprächssequenzen konnte keine Einigkeit hinsichtlich der Art der Therapeutenintervention erzielt werden, weshalb diese für die weitere Datenanalyse nicht verwendet werden können.

Um einen allgemeinen Überblick über die Verteilung der Variable „Therapeuteninterventionen“ über alle Gespräche hinweg zu erhalten, wurden die jeweiligen Häufigkeiten der vier Merkmalsausprägungen in nebenstehender Tabelle zusammengefasst. Von den 300 einzuschätzenden



Wie aus der Tabelle 4 ersichtlich wird, wurden knapp über die Hälfte aller Aussagen der Kategorie „kognitiver Bezugsrahmen“ zugewiesen. An zweite Stelle rückt die Ausprägung „gefühlsbezogener Bezugsrahmen“, die mit etwas über 30% vertreten ist. In 23 der 300 Aussagen behandelte der Therapeut



**Abbildung 7: Gesamtverteilung aller Gespräche**

überwiegend äußere Sachverhalte, die der Klient schilderte und die mit dem Erleben des Klienten nur sehr wenig oder gar nicht in Beziehung standen. 25 Äußerungen konnten keiner der Hauptkategorien zugeordnet werden. Abbildung 7 veranschaulicht die Gesamtverteilung aller übereinstimmend codierter Fälle graphisch. Der Modus bezieht sich bei den meisten Gesprächen auf die zweite Kategorie.

#### **8.2.4. Gesprächsspezifische Betrachtung**

Vergleicht man die Verteilungen der einzelnen Gespräche mit der Gesamtverteilung, so zeigt sich, dass die Gespräche 1, 2, 3, 7 und 8 eine annähernd ähnliche Verteilung aufweisen. Aus diesem Grund wird hier auf die einzelne tabellarische und graphische Darstellung dieser Gespräche verzichtet. Die entsprechenden Verteilungen können im Anhang nachgelesen werden. Das vierte Gespräch kennzeichnet sich ebenfalls dadurch, dass die kognitive Kategorie mit 61 Prozent am häufigsten vertreten ist und die emotionale Kategorie mit 39% auftritt. Das Besondere dieses Gespräches ist jedoch, dass es gemäß den Ratern weder Aussagen, die der Kategorie „äußerer Bezugsrahmen“, noch Aussagen, die als „nicht zuordenbar“ einzustufen wären, beinhaltet. Die entsprechende Häufigkeitsverteilung sowie eine graphische Veranschaulichung dieses Gespräches kann ebenfalls am Ende dieser Arbeit eingesehen werden.

In den oben erwähnten Gesprächen überwiegen wie bei der Gesamtverteilung die dominant kognitiven Therapeutenaussagen, wobei die prozentualen Häufigkeiten zwischen einer Verteilung von 63% (Gespräch 8) und 44% (Gespräch 3) überwiegen. Die Zwischenwerte beziehen sich bei dieser Kategorie gemäß des Ratingvorganges auf 55% im Gespräch 1, 56% im Gespräch 2 sowie 55% im Gespräch 7. Die gefühlsbezogenen Therapeuteninterventionen

stehen in den Gesprächen 1, 2, 3, 7 und 8 an zweiter Stelle und variieren von 25 Prozent in Gespräch 7 bis 33 Prozent in Gespräch 8. Gespräch 1 beinhaltet 30% an gefühlsbezogenen Aussagen, Gespräch 2 32% und Gespräch 3 28%. Die prozentuale Verteilung der Kategorie des „äußeren Bezugsrahmens“ liegt zwischen 0% (Gespräch 8) und 12% (Gespräch 2), wobei Gespräch 1 und 7 mit je 10% und Gespräch 3 mit 11% vertreten ist. Die Kategorie der nicht zuordenbaren Aussagen reicht von 0% (Gespräch 2) bis hin zu 17% (Gespräch 3). Im ersten Gespräch konnten 5% der Aussagen keiner der vorherigen Kategorien zugeordnet werden, während in den Gesprächen 7 und 8 die nicht zuordenbaren Therapeuteninterventionen je 8% und 4% aller Aussagen ausmachen.

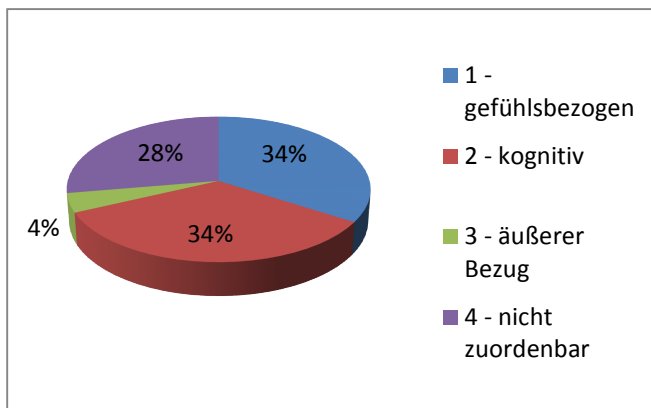
Die Gespräche 5, 6 und 9 weisen eine Verteilung auf, die enorm von der Gesamtverteilung abweicht, weshalb diese im Folgenden näher betrachtet werden sollen. Die Tabellen, die die Häufigkeiten auflisten, können im Anhang nachgelesen werden.

#### 8.2.4.1. Gespräch 5

Im ersten Gespräch der zweiten Gruppe überwiegen nicht, wie in den oben dargestellten Gesprächen, die kognitiven Therapeutenäußerungen, da diese mit 16 Aussagen genauso oft vertreten sind wie die gefühlsbezogenen Interventionen des Therapeuten.

Im Rahmen dieses Gespräches waren 42 Aussagen von den Ratern zu codieren, wobei alle Aussagen zumindest durch eine zwei Drittel Mehrheit der Rater übereinstimmend beurteilt werden konnten. Aus diesem Grund konnten alle Fälle dieses Gespräches für das Anliegen der vorliegenden Arbeit verwendet werden.

Es ist ersichtlich, dass der Therapeut in diesem Gespräch sehr wenig auf die äußeren Umstände oder Sachverhalte, die die Klientin äußert, eingeht, sondern sich zu 68% entweder



**Abbildung 8: Graphische Verteilung der Kategorien G5**

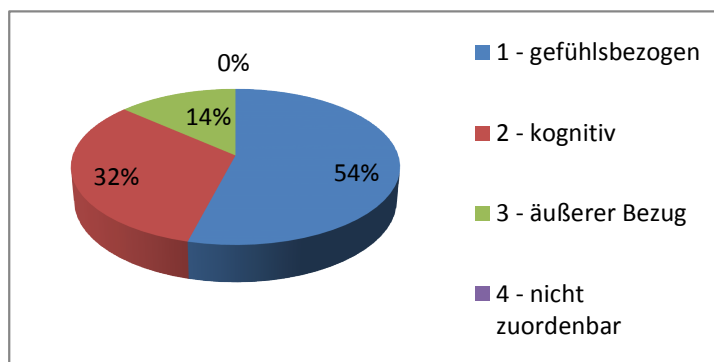
vertreten. Auf den ersten Blick lässt diese Verteilung die Annahme zu, dass es sich bei diesem

dem Erleben der Klientin oder der Klärung des Themas beziehungsweise von Bedeutungen widmete. Abbildung 8 veranschaulicht diese Verteilung graphisch. Die nicht zuordenbaren Aussagen sind jedoch, vergleicht man sie mit den anderen Gesprächen, mit 28% in relativ hohem Ausmaß

Gespräch um ein sehr dynamisches Gespräch handelt, in dem der Therapeut durch unterschiedliche Interventionen Einfluss auf die Beziehung nimmt. Betrachtet man jedoch die nicht-zuordenbaren Aussagen dieses Gespräches, so wird sichtbar, dass sich der überwiegende Teil dieser Aussagen durch kurze Statements des Therapeuten wie „Ja“ oder „Mhm“ charakterisieren lässt. Auch in den anderen Gesprächen sind solche kurzen Therapeutenäußerungen vorhanden, sie wurden jedoch von den Beobachtern größtenteils in den Textfluss integriert und von den jeweiligen Klienten im Normalfall nicht bewertet.

Da diese von der Klientin bewerteten Therapeutenäußerungen weder auf das Gefühl, noch auf das Thema oder äußere Sachverhalte, die der Klient schildert, Bezug nehmen, ist die von den Ratern vorgenommene Klassifizierung in die Kategorie „nicht zuordenbar“ passend.

#### 8.2.4.2. Gespräch 6



**Abbildung 9: Graphische Verteilung der Kategorien G6**

angenommen werden kann, dass der Therapeut mit seinen Aussagen sehr nahe auf das Erleben der Klientin zentriert war. Obwohl die dominant kognitiven Aussagen mit nur 32% geringer als in den anderen Gesprächen vertreten sind, machen sie zusammen mit der ersten Kategorie 86% aller bewerteten Therapeutenäußerungen aus. Von allen Gesprächssequenzen wurde keine einzige als nicht zuordenbar eingestuft, während fünf der Therapeuteninterventionen, also 14%, eine dominant äußere Bezugnahme aufweisen. Um die Unterschiede deutlich zu machen, bietet die Abbildung 9 eine graphische Veranschaulichung der Verteilung.

Im zweiten Gespräch der Gruppe 2 konnten alle 37 bewerteten Aussagen von den Ratern übereinstimmend codiert werden. In diesem Gespräch überwiegen mit 54% die dominant gefühlsbezogenen Therapeuteninterventionen, weshalb

### 8.2.4.3. Gespräch 9

Im letzten Gespräch, das im Rahmen des Seminars geführt wurde, wurden nur 25 Therapeutenaussagen von der Klientin hinsichtlich der Beziehung bewertet. 24 von diesen Aussagen konnten von den Urteilern übereinstimmend codiert

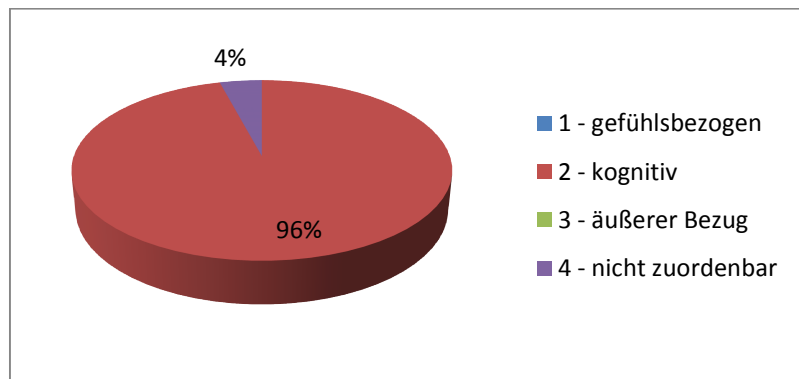


Abbildung 10: Graphische Verteilung der Kategorien G9

werden, weshalb eine Gesprächssequenz für die weitere Datenverarbeitung nicht verwendet werden konnte. Während eine Aussage nicht zuordenbar war, wurden alle anderen Therapeutenaussagen von den Ratern der Kategorie „kognitiver Bezugsrahmen“ zugeordnet. Keine einzige Aussage wurde als gefühlsbezogen oder inhaltsbezogen klassifiziert. Dieses Gespräch weicht damit enorm von den anderen Gesprächen ab. Auf den ersten Blick lässt sich aus dieser Verteilung herauslesen, dass sich das Gespräch lediglich um die Klärung des aktuellen Themas bzw. von Bedeutungen drehte und vom Therapeuten kein Bezug zum Erleben hergestellt werden konnte. Diese Ansicht ist jedoch mit Vorsicht zu genießen, da, wie bei der Kategoriebeschreibung dargelegt wurde, eine Therapeutenaussage mehrere Bestandteile aufweist. Der Therapeut mag in diesem Gespräch also sehr wohl auf das Erleben oder äußere Umstände eingegangen sein, jedoch überwogen in allen Aussagen die kognitiven Elemente der Therapeutenintervention. Abbildung 10 hebt dies graphisch hervor.

## 9. Hypothesenprüfung

In diesem Abschnitt findet die Hypothesenprüfung statt, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beiträgt.

Zuerst wurde, um die Hypothese H1 entsprechend bearbeiten zu können, ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Anschließend wurde zur Prüfung der weiteren Hypothesen eine Kontingenz-Tabelle erstellt, die die entsprechenden Verteilungen hinsichtlich der jeweiligen Arten der Therapeuteninterventionen und deren Beziehungsbewertungen gesprächsübergreifend darstellt. Die Verknüpfung der Variable „Beziehung“ mit der Variable „Therapeuteninterventionen“ wird dabei durch das Verhältnis der Bewertung der jeweiligen

Interventionen (= Beziehung) zur Charakteristik dieser Interventionen (= Kategorie der Therapeutenintervention) repräsentiert. Auch wenn in dieser Arbeit ein gerichteter Zusammenhang vermutet und entsprechend bearbeitet wird, werden die Kreuztabellen so präsentiert, dass vor allem die prinzipielle Beziehung der beiden Variablen hervorgehoben wird.

Nach der gesprächsübergreifenden Betrachtung wurde die erstellte Kontingenz-Tabelle mit den Werten der einzelnen Gespräche, für die ebenfalls entsprechende Kreuztabellen erstellt wurden, verglichen. Da sich diese Tabellen erheblich von der Gesamtbetrachtung unterscheiden, werden in diesem Kapitel sowohl die gesprächsübergreifenden als auch die gesprächsspezifischen Auswertungen analysiert.

### **9.1. Chi-Quadrat**

Um zu untersuchen, ob ein allgemeiner Zusammenhang zwischen den jeweiligen Therapeuteninterventionen und den Beziehungsbewertungen gegeben ist, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Zu diesem Zweck wurde eine Indifferenz-Tabelle (siehe Anhang) erstellt, die mit der Kontingenztabelle (vgl. Tabelle 5) verglichen wurde. Anschließend wurden die für die Formel relevanten Konstanten berechnet. Aus der Chi-Quadrat Wert-Tabelle (vgl. Anhang) lässt sich ablesen, dass Chi-Quadrat einen besonders hohen Wert aufweist. Die Berechnung von Cramér's V ergibt einen gerundeten Wert von 0,84, was bedeutet, dass zu 84% ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen bestehen soll. Dieser Zusammenhang kann nicht durch das vorliegende Datenmaterial erklärt werden.

Gemäß der Definition von Chi-Quadrat (vgl. Kapitel 6.3.) geht die Indifferenztabelle von einer gleichmäßigen Verteilung über alle Kategorien hinweg aus. Betrachtet man die Kategorien, so zeigt sich, dass die ersten drei Kategorien ausgehend von der personenzentrierten Therapie entwickelt wurden, während die vierte Kategorie nur als Alternative für jene Aussagen gedacht war, die sich nicht zu diesen Hauptkategorien zuordnen lassen. Aus diesem Grund wurde eine erneute Berechnung von Chi-Quadrat durchgeführt. Bei dieser wurde die vierte Kategorie weggelassen und die Daten entsprechend angepasst. Auch wurden die negativen mit den sehr negativ bewerteten Aussagen zusammengefasst, da diese in relativ geringem Umfang vertreten sind. Aus diesen Änderungen ergibt sich folgende Indifferenz- Tabelle:

Bewertung	emotional	kognitiv	äußerer	Total
2	22,49	37,82	5,69	66
1	33,40	56,16	8,44	98
0	27,27	45,84	6,89	80
(-1/-2)	7,84	13,18	1,98	23
Gesamt	91	153	23	267

**Tabelle 5: Indifferenz-Tabelle**

Wie bei der ersten Berechnung wurden die benötigten Werte tabellarisch zusammengefasst und im Anhang abgelegt. Es wird ersichtlich, dass der Chi-Quadrat Wert mit 13,23 durch die vorliegende Berechnung wesentlich geringer ausfällt, als bei der zuvor errechneten Tabelle. Nichtsdestotrotz lässt der Wert einen Zusammenhang vermuten. Berechnet man nun ausgehend von dieser Tabelle den Koeffizienten Cramér's V, so ergibt sich ein Wert von 0,57, der eine statistische Abhängigkeit von 57% angibt.

Der Vergleich unterstreicht bereits den visuell gewonnenen Eindruck, dass ein zumindest gering ausfallender Zusammenhang besteht. Wie sich dieser gestaltet, soll in den folgenden Kapiteln durch Analyse des Gesamtzusammenhanges und der gesprächsspezifischen Betrachtung erörtert werden.

## **9.2. Analyse der Gespräche**

Bevor die quantitativen Auswertung und Analyse zur weiteren Hypothesenprüfung stattfindet, sollen Beispiele einen konkreten Einblick in die Gespräche ermöglichen und verdeutlichen, wie sich die Therapeuteninterventionen in den jeweiligen Kategorien gestalten und wie diese bewertet wurden. Anschließend erfolgt – ähnlich wie im vorangegangenen Kapitel – sowohl eine Gesamtbetrachtung, innerhalb derer die Verteilung über alle Gespräche hinweg überprüft wird, als auch eine gesprächsspezifische Betrachtung, wobei aufgrund der teilweise enormen Unterschiede alle neun Gespräche einzeln analysiert werden.

### **9.2.1. Konkrete Textbeispiele**

Um sich ein konkretes Bild von den eingeschätzten Therapeutenaussagen machen zu können, werden im Folgenden einige Gesprächssequenzen vorgestellt, die eindeutig von drei Ratern derselben Kategorie zugewiesen werden konnten. Die Bewertungen der Klienten wurden neben der Therapeutenaussage in Klammern hinzugefügt.

## *1. dominant emotionaler Bezugsrahmen*

„Kl: Ich glaub halt, wenn ich wegziehen würd (Th: Mhm) wärs für mich zwar leichter, aber für meine Mutter noch schwieriger. (Kl. kratzt sich am Kopf)

Th: Aha. Das heißt Sie sind für Ihre Mutter eine, oder Ihre Mutter empfindet Sie als Stütze? (Kl: Mhm.) Ja, mhm. Und Sie spüren auch diesen Konflikt, äh, oder eine Art Konflikt zwischen diesen beiden Sachen, dass Sie sagen: "Für mich wärs ja leichter, ich hätt's ja leichter sozusagen, aber dann hätt's meine Mutter schwerer, dann müsst ich meine Mutter zurücklassen" Und das ist auch nicht leicht. (Kl: Hm) (Pause 17 Sek.)“ (+) (G1/S26)

„Kl: Ja, es ging mir jetzt noch nie so. Also, ich hatte jetzt auch nicht so viele Beziehungen, dass es da viele Möglichkeiten gegeben hätte, dass sowas mal eintritt, aber, ähm, ja... ich hab jetzt noch nicht die Situation gehabt, dass sich da jemand in meinen Exfreund verliebt, und ich hätte jetzt auch nicht gedacht, dass es mir jetzt so, dass ich das jetzt so...

Th: Sie sind schwer berührt.“ (+) (G5/S14)

„Kl: Ja, ja. Ich mein, man muss ja eh, also insofern, wenn man muss, dann muss man (lacht). Und man kann sich halt die Rahmenbedingungen soweit schaffen wie es geht, aber man muss halt, dass es etwas ist, dass man gerne macht und das andere, da gibt es halt Termine und Fristen und die gibt es halt überall. Und ich bin sicher nicht alleine damit, dass, dass, dass man das halt dann grad nicht will und dass einen dann halt bedrückt oder bedrückt, halt ein Stück Spannung. Ja man ist dann angespannt. (Überlegt 25 Sek.) Ja, ich weiß gar nicht was ich da noch dazu sagen soll.

Th: (Nickt) Es ist alles gesagt. Keine Frage, ich bin nicht allein damit. (Kl: Finde ich das? (lacht)) Vielleicht mache ich es eh nicht so schlecht.“ (++) (G2/S24)

Bei der Betrachtung der ersten beiden Beispiele wird sichtbar, dass der Therapeut in dieser Kategorie nicht nur sehr nahe am Erleben orientiert ist, sondern auch das Gefühl unmittelbar in seinen Äußerungen anspricht („Sie spüren“, „Sie sind schwer berührt“). Das dritte Beispiel weist eine Besonderheit auf; hier ist der Therapeut so nahe am Erleben des Klienten zentriert, dass ein Perspektivenwechsel stattfindet und der Therapeut aus der Ich-Perspektive das Erleben des Klienten spezifiziert. Während die ersten beiden Aussagen als positiv für die Beziehung erlebt wurden, wurde die Therapeutenintervention im dritten Beispiel als sehr positiv für die Beziehung wahrgenommen.

## *2. dominant kognitiver Bezugsrahmen*

„Kl: Ja, aber jetzt wo dieser Gedanke mit diesem, das muss ja gar nicht fertig sein, der fühlt sich sehr beruhigend an zu dem Thema. (Th: Ja.) Weil ich muss ja nicht, jetzt entscheiden eigentlich.

Th: Also Sie sind da eigentlich selber, also bei dieser Frage sind Sie selber eigentlich der, der die Deadline setzen kann.“ (++) (G2/S13)

„Kl: Ja. Weil ich denk ma halt für Kinder, die jetzt noch bei den Eltern so richtig wohnen und nicht eigentlich auskönnen, weil sie noch nicht volljährig sind, die müssen sich dann entscheiden wo sie wohnen und die kriegen das dann noch mehr mit und ich kann aber wirklich sagen ja, ich zieh aus und muss mich nicht wirklich für einen Elternteil entscheiden.

Th: Das ist ein großer Vorteil dann so eigenständige Entscheidungen treffen zu können... in dieser Situation... (Pause 12 Sek.)“ (0) (G1/S35)

„Kl: Genau. Und wo soll ich hin, und wie weit muss ich weg (Th: ja) oder ... ohne, dass ich jetzt unser gutes Verhältnis (Th: ja) irgendwie (Th: ja) beeinflusse oder ohne, dass ich jetzt so einen so einen direkten (Th nickt: ja) wie einen Schlusstrich oder so was ziehe (abgrenzende Geste) (Th nickt und leise: ja) also das möchte ich auch nicht. Weil wir verstehen uns einfach gut und das passt voll. Und eben unter Geschwistern glaube ich, kann man sich auch öfter Sachen sagen, die man halt zu

Freunden nicht sagt (Th: ja) oder wo man einfach ein wenig aufpassen muss. Ja.. und das passt eh, das ist eh ganz offen.

(2) Th: Das ist jetzt, Sie würden da also auch etwas ab- aufgeben, wenn Sie da wegziehen würden, etwas...“ (-) (G9/S2)

Anhand der Beispiele, die den dominant kognitiven Bezugsrahmen des Therapeuten repräsentieren, wird zum einen sichtbar, dass hier die Klärung und konkrete Ausarbeitung von Themen auf Seiten des Therapeuten im Vordergrund steht. Zum anderen zeigt sich, dass dies von den jeweiligen Klienten unterschiedlich aufgefasst wird.

### *3. dominant äußerer Bezugsrahmen*

„Kl: Genau. (Pause 10 Sek.) Und, hm, sie sind schon fies zueinander.

Th: Sie sind fies zueinander.“ (0) (G1/S14)

„Kl: Mhm. Also ich kann mich noch erinnern, wie sie immer, wie sie in den Kindergarten gegangen ist, da hat sie immer kurze Hosen angezogen und Kniestrümpfe, (Th: Mhm) das hat total bescheuert ausgeschaut. (Th: Aha) Und eigentlich haben wir immer gelacht darüber. Und sie hat immer gesagt, sie zieht das an, was sie will. Und das hat hinten und vorne nicht zusammengepasst. Wenn es kalt war, hat sie eine kurze Hose angehabt, und wenn es warm war, hat sie eine lange angehabt. (Th: Aha) Und jetzt, wirklich, sie schaut nur aufs Äußerliche, nur, nur, sie will alles neu haben und lauter solche Sachen und wenn ich sage, ja, im Kindergarten, da bist du noch mit den Kniestrümpfen gegangen, da hat es dich noch nicht interessiert, und in der Volksschule auch, ja und dann sagt sie: „Ihr habt mir das angezogen!“ und wir: „Nein, das hast du dir wirklich selbst ausgesucht.“

Th: Also sie war als Kind schon sehr eigenwillig.“ (+) (G7/S25)

Die Kategorie des dominant äußeren beziehungsweise inhaltlichen Bezugs gestaltet sich auf zwei Ebenen. Zum einen sind hier Gesprächssequenzen anzutreffen, die eine rein inhaltliche Wiederholung des vom Klienten Geäußerten darstellen. Zum anderen nimmt der Therapeut in dieser Kategorie auf das rein äußere Thema, das der Klient schildert, Bezug. Entgegen der von Tausch aufgestellten These, dass solche Aussagen unvorteilhaft sind, wurde diese Therapeutenintervention im zweiten Beispiel von der Klientin als positiv aufgefasst.

### *4. nicht zuordenbar*

„Kl: Und das ist für mich so ein Gefühl das ich eher so, hatt ich dann das Gefühl, dass es so was Kindliches ist in mir was da jetzt grad trotzig ist und was, äh, da einfach jetzt ja, sauer ist, dass jemand anderes jetzt auch sowas Schönes hat was ich hatte.

Th: Ja.“ (+) (G5/S19)

„Kl: Also ich hätte mich anders eingeschätzt, also ich hätt’ gedacht, dass es mir jetzt nicht so viel ausmacht...

Th: Ja, ja...“ (-) (G5/S12)

„Kl: Das ist die Frage die am Anfang stehen muss. Oder muss? Das ist die zentrale Frage.

Th: Ja...unsere Zeit ist schon um.“ (0) (G3/S19)

„Kl: Jaja, wirklich fies (lacht). Also...

Th: Kann man schon was lernen, ned.“ (++) (G1/S15)



Die Kategorie der nicht zuordenbaren Äußerungen setzt sich aus unterschiedlichen Arten von Therapeuteninterventionen zusammen. Hier finden sich einerseits kurze Statements des Therapeuten, die, wie die ersten beiden Beispiele erläutern, selbst von derselben Klientin verschieden aufgefasst wurden. Andererseits kennzeichnen sich diese Aussagen durch eine fehlende Bezugnahme des Therapeuten auf den Klienten, wie das dritte Beispiel veranschaulicht. Zudem finden sich in dieser Kategorie, wie das vierte Beispiel zeigt, andere Arten von Aussagen, die mit dem Klienten zwar in Zusammenhang stehen, aber nicht einer der Hauptkategorien zugeordnet werden konnten.

### 9.2.2. Gesamtbetrachtung

Bewertung	Kategorie				Total
	1	2	3	4	
2	26,37%	23,53%	26,09%	8,00%	23,29%
	24	36	6	2	68
1	47,25%	30,72%	34,78%	36,00%	36,64%
	43	47	8	9	107
0	20,88%	33,99%	39,13%	44,00%	31,16%
	19	52	9	11	91
-1	3,30%	11,76%	0,00%	8,00%	7,88%
	3	18	0	2	23
-2	2,20%	0,00%	0,00%	4,00%	1,03%
	2	0	0	1	3
Gesamt	100%	100%	100%	100%	100%
	91	153	23	25	292

**Tabelle 6: Gesamtverteilung (G1-G9)**

jeweiligen Klienten als sehr positiv für die Beziehung eingeschätzt wurden. Während die überwiegend kognitiven Therapeuteninterventionen mit 23,53% etwas geringer vertreten sind, liegen die auf vorwiegend äußere Sachverhalte bezogenen Therapeutenaussagen mit 26% fast gleich hoch wie die dominant gefühls- bezogenen auf. Von den nicht-zuordenbaren Äußerungen wurden nur zwei Aussagen, also 8% als sehr positiv bewertet. Sieht man sich die positiven Bewertungen in den jeweiligen Kategorien an, ergibt sich ein differenzierteres Bild. 47% aller emotionalen Äußerungen des Therapeuten, also beinahe die Hälfte aller gefühlsbezogenen Aussagen dieser Kategorie, wurden als positiv für die Beziehung bewertet. Bei allen anderen Kategorien fällt der Wert wesentlich geringer aus. So werden bei der zweiten Kategorie, den kognitiven Aussagen, nur rund 30% aller Aussagen von den Klienten als positiv wahrgenommen. Die dritte Kategorie, die inhaltliche Ebene, wird mit 34,78% und die vierte Kategorie, die der nicht zuordenbaren Äußerungen, mit 36% in dieser Skalenstufe angegeben. Errechnet man die kumulierten Häufigkeiten, wird die Differenz noch ersichtlicher. Während bei der Kategorie des dominant emotionalen Bezugsrahmen des Therapeuten die beziehungsfördernden Aussagen beinahe 74% ausmachen und sich die dominant inhaltliche Kategorie mit 60% an zweiter Stelle reiht, ergibt sich bei der kognitiven Kategorie nur mehr ein Wert von rund 54%. Immerhin weisen damit bei drei Kategorien über der Hälfte aller Aussagen beziehungsfördernde Eigenschaften auf, während bei den nicht zuordenbaren Aussagen ein kumulierter Prozentsatz von 44% vorherrscht. Zwar sind alle Werte immer noch relativ hoch, jedoch sticht im Vergleich besonders die emotionalen Komponente hervor. Bei jenen Aussagen, die weder als fördernd, noch als hemmend für die Beziehung qualifiziert wurden, machen die prozentualen Werte eine Kehrtwendung. Hier sind

Vergleicht man die Therapeuteninterventionsarten mit den Beziehungsbewertungen, so stechen auf den ersten Blick sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede in den jeweiligen Skalenstufen heraus. Betrachtet man die erste Kategorie, so wird durch die prozentualen Werte ersichtlich, dass rund 26% aller dominant emotionalen Aussagen von den

die nicht zuordenbaren Äußerungen mit 44% am häufigsten vertreten, dicht gefolgt von den inhaltsbezogenen Äußerungen mit etwas über 39%. Fast 34% aller dominant kognitiven Therapeuteninterventionen nahmen keinen Einfluss auf die Beziehung, während bei den emotionalen Äußerungen nur rund 21% ohne Auswirkungen auf das Beziehungsverhältnis zwischen Therapeut und Klient waren. Jene Aussagen, die von den Klienten als negativ beurteilt wurden, kommen innerhalb der kognitiven Äußerungen am häufigsten vor. Hier überwiegen 11,76% gegenüber 8% der nicht zuordenbaren bzw. 3,3% der emotionalen Aussagen. Innerhalb jener Therapeuteninterventionen, die sich vorwiegend mit einer inhaltlichen Klärung von äußeren Sachverhalten beschäftigten, wurden weder Aussagen als negativ, noch als sehr negativ von den Klienten bewertet. Die sehr negativ auffallenden Aussagen werden am stärksten von der nicht-zuordenbaren Kategorie mit 4% vertreten. Während in dieser Bewertungssparte keine kognitiven Äußerungen auftreten, wurden 2,2% der emotionalen Äußerungen als sehr negativ empfunden. Betrachtet man auch bei den beziehungshemmenden Therapeuteninterventionen die kumulierten Häufigkeiten, so zeigt sich, dass die emotionale Kategorie nur mit 5,5% vertreten ist, während die kognitive Dimension mit beinahe 12% fast so hoch wie die nicht zuordenbaren Äußerungen, die genau 12% ausmachen, eingeordnet sind. Abbildung 11 bietet eine graphische Veranschaulichung der Verteilungen.

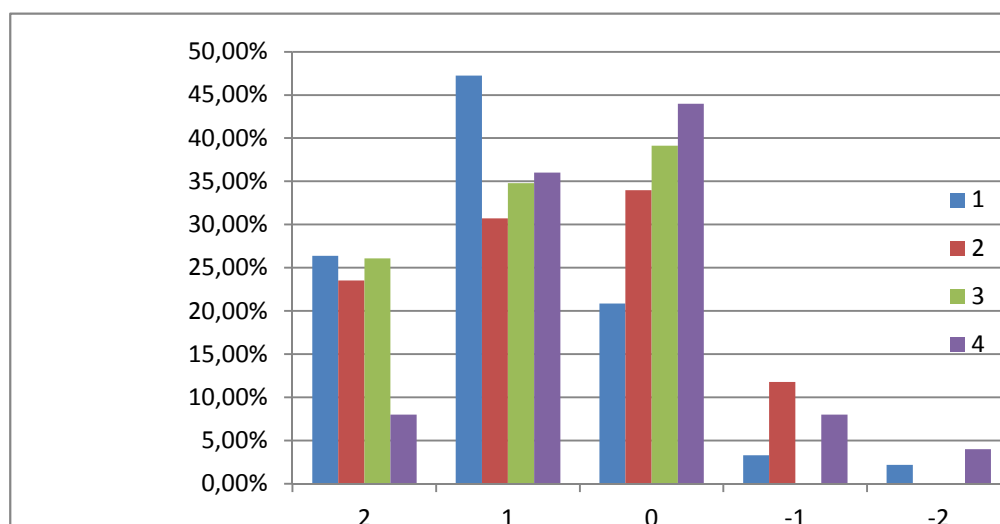
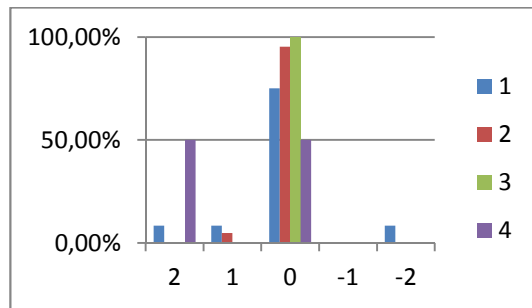
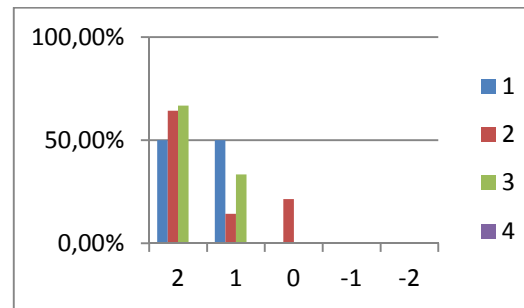


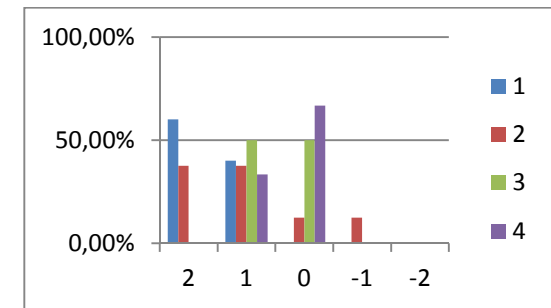
Abbildung 11: Gesamtverteilung im Balkendiagramm



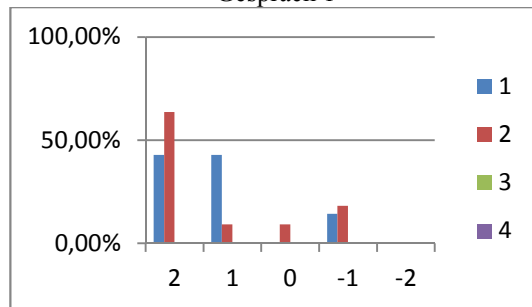
Gespräch 1



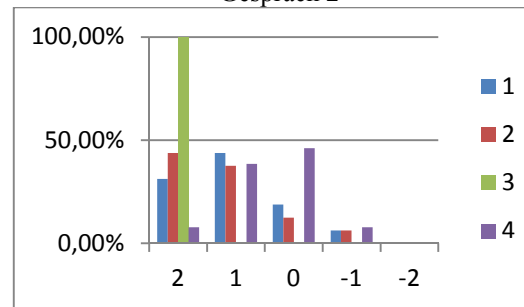
Gespräch 2



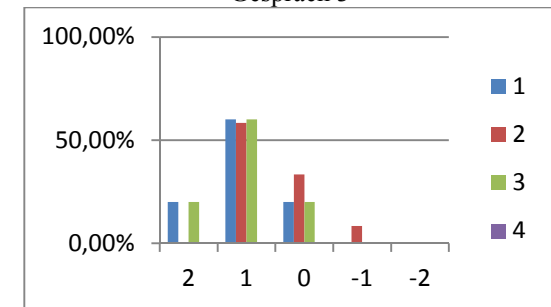
Gespräch 3



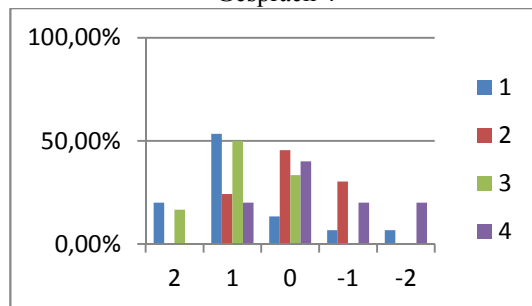
Gespräch 4



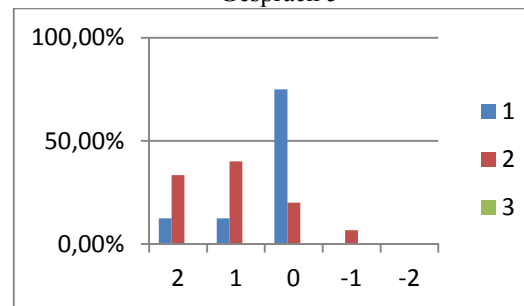
Gespräch 5



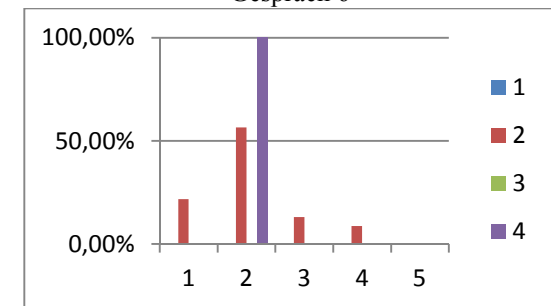
Gespräch 6



Gespräch 7



Gespräch 8



Gespräch 9

Abbildung 12: Gesamtverteilung pro Gespräch

### 9.2.3. Gesprächsspezifische Betrachtung

Im folgenden Abschnitt erfolgt die gesprächsspezifische Betrachtung, die die jeweiligen Unterschiede in den Gesprächen deutlich machen soll.

#### 9.2.3.1. Gespräch 1

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	8,33%	0,00%	0,00%	50,00%	5,00%
	1	0	0	1	2
1	8,33%	4,76%	0,00%	0,00%	5,00%
	1	1	0	0	2
0	75,00%	95,24%	100,00%	50,00%	87,50%
	9	20	5	1	35
-1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
-2	8,33%	0,00%	0,00%	0,00%	2,50%
	1	0	0	0	1
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Anzahl	12	21	5	2	40

**Tabelle 7: Gesamtverteilung G1**

Das erste Gespräch zeigte schon bei der Variablenbeschreibung seine Besonderheiten. In diesem Gespräch wurden nur sechs Aussagen als fördernd oder hemmend für die Beziehung bewertet. In nebenstehender Tabelle sind es fünf Fälle, da eine Äußerung hinsichtlich der Art der Therapeutenintervention nicht übereinstimmend von den Ratern codiert werden konnte. Betrachtet man die jeweiligen Kategorien, so zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Aussagen – ausgenommen der Kategorien der nicht zuordenbaren Äußerungen - der Skalenstufe 0 zugeordnet wurde. 87,5% aller Aussagen wurden von der Klientin als neutral für die Beziehung bewertet. Fasst man die sehr positiven und die positiven sowie die sehr negativen und die negativen Bewertungen zusammen, so lässt sich aufdecken, dass sowohl bei der kognitiven als auch bei der emotionalen Kategorie die beziehungsfördernden Aussagen überwiegen. Eine getrennte Betrachtung zeigt auf, dass zumindest zwei der dominant emotional ausgerichteten Therapeuteninterventionen als fördernd eingestuft wurden, während bei den dominant kognitiven Aussagen, die fast doppelt so häufig wie die emotionalen vorkommen, nur eine Aussage als positiv aufgefasst wurde. Im Gegensatz dazu wurde eine emotionale Äußerung als sehr negativ empfunden, während diese Skalenstufe bei der kognitiven Kategorie nicht vertreten ist. Da die meisten Aussagen in diesem Gespräch keinen Einfluss auf die Beziehung haben, wurde eine zweite Gesamtanalyse ohne die Werte dieses Gespräches durchgeführt, um herauszufinden, ob bei der Gesamtbewertung aussagekräftige Veränderungen auftreten. Da die Verteilungsunterschiede im Vergleich zur Gesamtverteilung nicht relevant sind, wird die Verteilung hier nicht näher betrachtet.

Das erste Gespräch zeigte schon bei der Variablenbeschreibung seine Besonderheiten. In diesem Gespräch wurden nur sechs Aussagen als fördernd oder hemmend für die Beziehung bewertet. In nebenstehender Tabelle sind es fünf Fälle, da eine Äußerung hinsichtlich der Art der Therapeutenintervention nicht

### 9.2.3.2. Gespräch 2

Im zweiten Gespräch wurde keine einzige Therapeutenaussage als negativ bzw. sehr negativ bewertet. Von den dominant emotionalen Aussagen des Therapeuten wurden alle vom Klienten als beziehungsfördernd erlebt, wobei 50% der Aussagen als positiv und 50% als sehr positiv beurteilt wurden. Innerhalb der dominant kognitiven Aussagen wurden in diesem Gespräch beinahe 65% als sehr positiv

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	50,00%	64,29%	66,67%	0,00%	60,00%
	4	9	2	0	15
1	50,00%	14,29%	33,33%	0,00%	28,00%
	4	2	1	0	7
0	0,00%	21,43%	0,00%	0,00%	12,00%
	0	3	0	0	3
-1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Anzahl	8	14	3	0	25

**Tabelle 8: Gesamtverteilung G2**

empfunden. Rund 14% der Therapeuteninterventionen dieser Kategorie wurden als positiv bewertet, während ungefähr 21% als weder fördernd noch hemmend qualifiziert wurden. Obwohl bei beiden Kategorien die positiven Bewertungen in hohem Ausmaß vorkommen, zeigt sich ein Unterschied, wenn man die kumulierten Häufigkeiten vergleicht. So wurden bei der dominant gefühlsbezogenen Kategorie alle Aussagen als beziehungsfördernd angegeben, während die dominant kognitive Kategorie einen beziehungsfördernden Aussagenanteil von 78,58% aufweist. Die restlichen Äußerungen wurden als weder fördernd noch hemmend eingestuft. Bei der dritten Kategorie, den dominant äußeren oder inhaltlichen Therapeuteninterventionen, wurden ebenfalls, wie bei der emotionalen Kategorie, alle Aussagen als beziehungsfördernd bewertet. Sieht man sich diese Kategorie im Vergleich zu den anderen an, so zeigt sich, dass sogar ein besseres Verhältnis gegenüber den emotionalen als auch den kognitiven Äußerungen existiert, da hier ein Prozentsatz von 66,67% bei den als sehr positiv für die Beziehung wahrgenommenen Äußerungen vorherrscht.

### 9.2.3.3. Gespräch 3

Im dritten Gespräch wurden ebenso alle als dominant emotional codierte Aussagen als beziehungsfördernd bewertet. 60% der Äußerungen des Therapeuten wurden als sehr positiv für die Beziehung aufgefasst, während die restlichen 40% als positiv angesehen wurden. Bei der zweiten Kategorie wurden insgesamt drei Viertel aller Äußerungen als beziehungsfördernd von dem Klienten erlebt. Eine dominant kognitive Aussage wurde als

weder förderlich, noch hemmend für die Beziehung beurteilt, während eine weitere dieser Kategorie zugehörige Äußerung als negativ für die Beziehung qualifiziert wurde.

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	60,00%	37,50%	0,00%	0,00%	33,33%
	3	3	0	0	6
1	40,00%	37,50%	50,00%	33,33%	38,89%
	2	3	1	1	7
0	0,00%	12,50%	50,00%	66,67%	22,22%
	0	1	1	2	4
-1	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	5,56%
	0	1	0	0	1
-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Anzahl	5	8	2	3	18

**Tabelle 9: Gesamtverteilung G3**

zuordenbaren Äußerungen zwei Aussagen des Therapeuten, wurden als neutral für die Beziehung erlebt.

Sowohl bei der dritten als auch bei der vierten Kategorie wurde keine einzige Aussage als sehr positiv für die Beziehung bewertet, während je eine Aussage bei beiden Kategorien als positiv empfunden wurde. Die restlichen Aussagen, das sind im Fall der dominant inhaltlichen Kategorie eine Therapeuteninterventionen und im Fall der nicht

#### 9.2.3.4. Gespräch 4

Im vierten Gespräch weist die dominant emotionale Kategorie der Therapeuteninterventionen ebenfalls eine hohe prozentuale Verteilung hinsichtlich der beziehungsfördernden Aussagen auf. Die kumulierten Häufigkeiten dieser förderlichen Aussagen machen 85,72% der gesamten Bewertungen in dieser Kategorie aus, wobei jeweils die Hälfte

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	42,86%	63,64%	0,00%	0,00%	55,56%
	3	7	0	0	10
1	42,86%	9,09%	0,00%	0,00%	22,22%
	3	1	0	0	4
0	0,00%	9,09%	0,00%	0,00%	5,56%
	0	1	0	0	1
-1	14,29%	18,18%	0,00%	0,00%	16,67%
	1	2	0	0	3
-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
Summe	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Anzahl	7	11	0	0	18

**Tabelle 10: Gesamtverteilung G4**

als sehr positiv und die andere Hälfte als positiv hinsichtlich der Auswirkungen auf die Beziehung von dem Klienten eingeschätzt wurde. Eine einzige Aussage wurde hier als negativ aufgefasst, was prozentual gesehen in der Kategorie rund 14% ausmacht. Betrachtet man die Kategorie des dominant kognitiven Bezugsrahmen auf Seiten des Therapeuten, so zeigt sich, dass zwar mehr Aussagen als sehr positiv aufgefasst wurden, die kumulierten Häufigkeiten der beziehungsbefördernden Aussagen mit rund 72% aber fast 14% geringer als bei der emotionalen Kategorie ausfallen. Innerhalb dieser Kategorie wurden zwei

Therapeutenaussagen als nachteilig für die Beziehung empfunden sowie 9% als weder beziehungsfördernd noch hemmend charakterisiert. In diesem Gespräch lassen sich keine bewerteten Äußerungen in der dritten und vierten Kategorie auffinden.

### 9.2.3.5. Gespräch 5

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	31,25%	43,75%	100,00%	7,69%	31,91%
	5	7	2	1	15
1	43,75%	37,50%	0,00%	38,46%	38,30%
	7	6	0	5	18
0	18,75%	12,50%	0,00%	46,15%	23,40%
	3	2	0	6	11
-1	6,25%	6,25%	0,00%	7,69%	6,38%
	1	1	0	1	3
-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Anzahl	16	16	2	13	47

**Tabelle 11: Gesamtverteilung G5**

Bei den positiv bewerteten Aussagen ist wiederum die dominant emotionale Kategorie prozentual stärker auszumachen. Vergleicht man die kumulierten Häufigkeiten der beziehungsfördernden Aussagen, so liegen die emotionalen bei 75%, während die kognitiven mit fast 82% etwas höher vertreten sind. Bei den emotionalen Aussagen wurden drei, bei den kognitiven zwei Therapeuteninterventionen als weder fördernd noch hemmend für die Beziehung beurteilt. Bei beiden Kategorien wurde jeweils eine Aussage als kontraproduktiv für die Beziehung erlebt. Der Kategorie der dominant äußeren Bezugnahme des Therapeuten wurden von den Ratern zwei Gesprächssequenzen zugewiesen, wobei beide Therapeutenaussagen beinhalten, die als sehr förderlich für die Beziehung angesehen wurden. Innerhalb der nicht zuordenbaren Äußerungen wurde eine Therapeutenintervention als sehr positiv, fünf als positiv, eine als hemmend sowie sechs, was beinahe die Hälfte der Aussagen ausmacht, als neutral erlebt.

### 9.2.3.6. Gespräch 6

Im sechsten Gespräch wurde von den Ratern keine einzige Gesprächssequenz hinsichtlich der Äußerungen des Therapeuten als nicht zuordenbar eingestuft. Betrachtet man die von der Klientin positiv eingestuften Aussagen, so ergibt sich bei den übrig gebliebenen Kategorien



eine sehr ähnliche prozentuale Verteilung, die jeweils rund 60% ausmacht. Bei den sehr positiv eingestuften Therapeutenäußerungen hingegen ergibt sich ein differenzierteres Bild. Während 20% der dominant emotionalen als auch der dominant inhaltlichen Äußerungen als sehr positiv eingeschätzt wurden, ist die dominant kognitive Kategorie bei

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	20,00%	0,00%	20,00%	0,00%	13,51%
	4	0	1	0	5
1	60,00%	58,33%	60,00%	0,00%	59,46%
	12	7	3	0	22
0	20,00%	33,33%	20,00%	0,00%	24,32%
	4	4	1	0	9
-1	0,00%	8,33%	0,00%	0,00%	2,70%
	0	1	0	0	1
-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Anzahl	20	12	5	0	37

**Tabelle 12: Gesamtverteilung G6**

dieser Bewertungsstufe nicht vertreten. Deutlich wird der Unterschied auch, wenn man die kumulierten Häufigkeiten betrachtet, die bei der kognitiven Kategorie 60%, bei den anderen je 80% betragen. Bei den als weder fördernd, noch hemmend von der Klientin bewerteten Aussagen nehmen die dominant inhaltsbezogenen als auch die dominant emotionalen 20% ein, während die kognitiven mit 33,33% etwas höher repräsentiert sind. In dieser Kategorie wurde eine Aussage von der Klientin als negativ eingestuft, während bei den anderen Kategorien diese Skalenstufe nicht vorhanden ist. Zwar sind bei der Kategorie des äußeren sowie des emotionalen Bezugsrahmens die gleichen Verhältnisse zu betrachten, jedoch ist zu beachten, dass die äußeren nur mit fünf Aussagen vertreten sind, während die emotionalen über die Hälfte aller Äußerungen des Gespräches ausmachen.

### 9.2.3.7. Gespräch 7

Das Gespräch 7 weist in jeder Kategorie unterschiedliche Skalenstufen auf. Bei den dominant emotionalen Therapeuteninterventionen, die mit 15 Aussagen vertreten sind, wurden 73,33% als beziehungsfördernd – davon 20% als sehr positiv und 53,33% als positiv für die Beziehung – bewertet. Zwei Aussagen nahmen laut der Klientin keinen Einfluss auf die Beziehung, während 13,34% der Therapeutenäußerungen als beziehungshemmend eingestuft wurden, wobei je eine Aussage als sehr negativ und eine Aussage als negativ empfunden wurde. Bei der zweiten Kategorie, der dominant kognitiven Bezugnahme des Therapeuten, wurden lediglich 24,24% als beziehungsfördernd angesehen, wobei keine Aussage von der Klientin durch sehr positive Auswirkungen auf die Beziehung gekennzeichnet wurde. Fast die Hälfte aller Aussagen dieser Kategorie wurde als weder fördernd, noch hemmend erlebt, während fast ein Drittel dieser Aussagen als negativ für die Beziehung eingestuft wurden.

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	20,00%	0,00%	16,67%	0,00%	6,78%
	3	0	1	0	4
1	53,33%	24,24%	50,00%	20,00%	33,90%
	8	8	3	1	20
0	13,33%	45,45%	33,33%	40,00%	35,59%
	2	15	2	2	21
-1	6,67%	30,30%	0,00%	20,00%	20,34%
	1	10	0	1	12
-2	6,67%	0,00%	0,00%	20,00%	3,39%
	1	0	0	1	2
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Anzahl	15	33	6	5	59

**Tabelle 13: Gesamtverteilung G7**

aller Aussagen aus, während 16,67% einen sehr positiven Eindruck auf das Beziehungserleben hinterlassen haben. Keine Äußerung des Therapeuten wurde in dieser Kategorie als beziehungsbremsend qualifiziert. Bei jenen fünf Aussagen, die einer der drei Hauptkategorien nicht zugeordnet werden konnten, wurde lediglich eine als positiv für die Beziehung bestimmt. Zwei Aussagen wurden als beziehungshehmend eingestuft, während die restlichen beiden Aussagen von der Klientin ohne Auswirkungen auf die Beziehung erlebt wurden.

### 9.2.3.8. Gespräch 8

Das achte Gespräch kennzeichnet sich - wie bei der Variablenbeschreibung bereits dargestellt wurde - dadurch, dass keine Äußerung der Kategorie der dominant äußeren Bezugnahme des Therapeuten zugeordnet werden konnte. Eine Aussage wurde von den Ratern der Kategorie „nicht zuordenbar“ zugewiesen und von der Klientin als positiv aufgefasst. Von

den acht Aussagen, die von den Codierern der ersten Kategorie zugeordnet wurden, kennzeichnen sich sieben als beziehungsfördernd, während eine Äußerung als weder fördernd

Die dominant äußeren Therapeuteninterventionen weisen ähnlich wie bei der dominant emotionalen Kategorie einen überwiegenden Anteil an beziehungsfördernden Aussagen auf, auch wenn hier im Vergleich zu den emotionalen Äußerungen eine geringere Anzahl an Zuweisungen vertreten ist. Bei dieser dritten Kategorie machen die positiven Bewertungen die Hälfte

Bewertung	Kategorie				Summe
	1	2	3	4	
2	12,50%	33,33%	0,00%	0,00%	25,00%
	1	5	0	0	6
1	75,00%	40,00%	0,00%	100,00%	54,17%
	6	6	0	1	13
0	12,50%	20,00%	0,00%	0,00%	16,67%
	1	3	0	0	4
-1	0,00%	6,67%	0,00%	0,00%	4,17%
	0	1	0	0	1
-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
Summe	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Anzahl	8	15	0	1	24

**Tabelle 14: Gesamtverteilung G8**

noch hemmend erlebt wurde. Die zweite Kategorie ist prozentual gesehen hinsichtlich der beziehungsfördernden Aussagen mit 73,33% etwas geringer als die erste Kategorie, die einen prozentualen Wert von 87,50% aufweist, vertreten, jedoch ist der Wert immer noch relativ hoch. 20% der dieser Kategorie zugewiesenen Äußerungen nahmen keinen Einfluss auf die Beziehung, während eine dominant kognitive Therapeutenaussage vom Klienten als kontraproduktiv für die Beziehung empfunden wurde.

### 9.2.3.9. Gespräch 9

Das neunte Gespräch zeigte schon bei der Variablendarstellung seine Besonderheiten auf. Hier wurden alle außer eine Aussage, die, wie in nebenstehender Tabelle ersichtlich ist, als nicht zuordenbar und positiv für die Beziehung klassifiziert wurde, der dominant kognitiven Kategorie zugeordnet. Von diesen 23 Aussagen wurden 18 vom Klienten als

Bewertung	Kategorien				Summe
	1	2	3	4	
2	0,00%	21,74%	0,00%	0,00%	20,83%
	0	5	0	0	5
1	0,00%	56,52%	0,00%	100,00%	58,33%
	0	13	0	1	14
0	0,00%	13,04%	0,00%	0,00%	12,50%
	0	3	0	0	3
-1	0,00%	8,70%	0,00%	0,00%	8,33%
	0	2	0	0	2
-2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	0	0	0	0	0
Summe	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Anzahl	0	23	0	1	24

**Tabelle 15: Gesamtverteilung G9**

beziehungsfördernd erlebt, wobei fast 22% als sehr positiv und 56% als positiv für die Beziehung bewertet wurden. 13% der Aussagen wurden als beziehungsunabhängig erlebt, während sich zwei Aussagen negativ auf die Beziehung auswirkten.

## 10. Interpretation

Bereits bei der Variablenbeschreibung konnte festgestellt werden, dass sich die Gespräche hinsichtlich der jeweiligen Ausprägungen mehr oder weniger voneinander unterscheiden. Bei der im Auswertungsteil erstellten Verknüpfung der beiden Variablen zeigte sich ebenso, dass einige Gespräche von der Gesamtverteilung abweichen, weshalb neben einer gesprächsübergreifenden Betrachtung auch eine gesprächsspezifische Auswertung durchgeführt wurde.

Betrachtet man die Tabelle 16, die die dominant kognitiven Aussagen über alle Gespräche hinweg verteilt in den zusammengefassten Skalenstufen beziehungsfördernd (+), weder fördernd, noch hemmend (0) und beziehunghemmend (-) veranschaulicht, so wird sichtbar,

dass die Gespräche untereinander beziehungsweise im Vergleich zur Gesamtverteilung mitunter enorm variieren:

Bew.	Gesamt	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9
+	54%	5%	79%	75%	73%	81%	58%	24%	73%	78%
0	34%	95%	21%	12,5%	9%	13%	33%	45%	20%	13%
-	12%	0%	0%	12,5%	18%	6%	8%	30%	7%	9%

**Tabelle 16: Dominant kognitive Kategorie: prozentuale Häufigkeit/Gespräch**

Zwar ist zu beachten, dass die Anzahl der dominant kognitiven Therapeuteninterventionen innerhalb der Gespräche unterschiedlich ist, jedoch bietet die Tabelle einen guten Überblick darüber, wie sich die Verteilung in den verschiedenen Gesprächen gestaltet. Es wird sichtbar, dass die Betrachtung der Gesamtverteilung nur bedingt Aussagen über die Verteilung der einzelnen Gespräche zulässt.

Bereits bei der Variablenbeschreibung war auffallend, dass bei allen Gesprächen - bis auf zwei Ausnahmen – die Kategorie des dominant kognitiven Bezugsrahmens am häufigsten vertreten ist.

Diese Beobachtung ist insofern interessant, als dass diese Anzahl nicht dem von Rogers diesbezüglich geforderten Verhalten entspricht, der nur eine gelegentliche kognitive Bezugnahme des Therapeuten fordert. Andererseits scheint es durchaus plausibel, dass gerade zu Beginn einer Psychotherapie die Klärung des Themas oder von Bedeutungen für den Klienten im Vordergrund steht, was den hohen Anteil an kognitiven Aussagen erklären könnte. Dies macht auch Rogers implizit deutlich, wenn er davon spricht, dass das Individuum zu Beginn einer Therapie problemzentriert agiert (vgl. Kapitel 4.4.).

Sieht man sich in oben stehender Tabelle die unterschiedlichen Bewertungen an, die in der dominant kognitiven Kategorie anzutreffen sind, so zeigt sich, dass jede Bewertungsstufe vertreten ist. Das erste Gespräch liefert eine kategorieübergreifende Ausnahme, da hier die meisten Äußerungen keinen unmittelbaren Einfluss auf die Beziehung aufweisen. Bei dem Gespräch 7 macht diese Bewertungsstufe fast die Hälfte aller dominant kognitiven Aussagen aus, während in allen anderen Gesprächen die neutralen Beziehungsbewertungen in dieser Kategorie relativ gering sind. Die beziehungsfördernden Aussagen in dieser Kategorie reichen von 5% bei Gespräch 1 bis hin zu 81% bei Gespräch 5, während die beziehungshemmenden in einigen Gesprächen nicht und in anderen bis zu 30% vertreten sind.

Sowohl Tausch als auch Rogers machen darauf aufmerksam, dass bei kognitiven Äußerungen die Gefahr besteht, den Blickwinkel des Klienten zu verlieren und als Experte ins

Interpretative abzurutschen (vgl. Kapitel 5.2.2.), was auch die negativen Bewertungen der Klienten in dieser Merkmalsausprägung erklären könnte.

Bezüglich der Kategorie des dominant inhaltlichen oder äußeren Bezuges ergibt sich ebenfalls ein differenziertes Bild. Diese Kategorie ist in einigen Gesprächen nicht vorhanden. In jenen Gesprächen, in denen sie auftritt, herrschen unterschiedliche Beziehungsbewertungen auf Seiten der Klienten vor. So wurden beispielsweise im zweiten und im fünften Gespräch alle inhaltsbezogenen Therapeutenäußerungen als beziehungsfördernd aufgefasst, während in den anderen Gesprächen zumindest beziehungsneutrale Bewertungen stattfanden. Keine einzige dominant inhaltsbezogene Therapeutenintervention hatte laut den subjektiven Einschätzungen der Klienten negative oder sehr negative Auswirkungen auf die Beziehung, während die restlichen Äußerungen als beziehungsfördernd erlebt wurden und mindestens 50% ausmachen.

Während Rogers keine Auskunft darüber abgibt, inwiefern inhaltsbezogene Aussagen anzuwenden sind, macht Tausch explizit, dass solche Äußerungen vermieden werden sollen, da sie negative Auswirkungen haben würden (vgl. Kapitel 5.2.2.). Diese These von Tausch konnte durch die vorliegende Untersuchung nicht bestätigt werden, da keine einzige Äußerung, die sich vorwiegend am äußeren Sachverhalt, den der Klient schilderte, orientierte, negativ aufgefasst wurde.

Rogers begründet nicht, inwiefern die inhaltlichen Äußerungen notwendig sind, jedoch scheint es einleuchtend, das Verständnis und die explizite Kommunikation des Inhaltes als eine notwendige Basis anzusehen, durch die der Klient das Gefühl bekommt, dass der Therapeut ihn bei seinen Schilderungen folgt. Diese Annahme kann dadurch gestützt werden, dass die äußeren Aussagen häufig durch die Einschätzung ‚weder fördernd noch hemmend‘ gekennzeichnet sind und diese in der Gesamtbetrachtung 40% ausmacht.

Zudem kann vermutet werden, dass der Therapeut durch solche Aussagen eine ressourcenorientierte Haltung einnimmt, die es gewährleistet, dass sich der Klient nach und nach öffnet (vgl. hierzu das Modell der Wirkfaktoren in Kapitel 3.6.2.).

Die emotionalen Aussagen, die Rogers als primäre Technik bezeichnet, haben, gesprächsübergreifend betrachtet, die beziehungsfördernden Auswirkungen, womit Rogers Aufforderung, häufig gefühlsbezogen zu agieren, nichts entgegengestellt werden kann. Pro Gespräch wurden – lässt man das erste Gespräche weg - im Durchschnitt um die 80% aller Aussagen dieser Kategorie als förderlich bewertet. In fünf Gesprächen fand eine negative Bewertung statt, wobei sich diese mit maximal 15% im unteren Rahmen bewegt. Jene

gefühlsbezogenen Therapeuteninterventionen, die als weder fördernd, noch hemmend empfunden wurden, weisen einen Durchschnittswert von 21% auf.

Die Kategorieausprägung der nicht zuordenbaren Aussagen, die 25 der 292, also rund 9% aller Aussagen ausmachte, weist ein besonders interessantes Bild auf, da die Aussagen in allen Skalenstufen der Beziehungsbewertung vertreten sind. Während es sich bei einem Großteil dieser Aussagen um kurze Statements des Therapeuten handelte, wurden bei anderen Aussagen dieser Kategorie auch andere (direktive) Techniken eingesetzt. Wie im Theorieteil erörtert, gibt Rogers 1957 an, dass auch solche Techniken einen Kanal für die personenzentrierte Einstellung bieten können, weshalb solche Techniken also prinzipiell nicht zu verwerfen sind (vgl. dazu Kapitel 4.3.).

Auffallend ist diesbezüglich das fünfte Gespräch, in dem die Klientin viele kurze Statements des Therapeuten wie „Ja“ oder „Mhm“ als relevant für die Beziehung klassifizierte. Warum die Klienten diese kurzen Aussagen bewertete, darüber können aus dem verwendeten Datenmaterial heraus nur Vermutungen angestellt werden. So wäre eine mögliche Erklärung beispielsweise, dass die Klientin die Aussagen bei positiver Bewertung als positive Bestätigung aufgefasst hat, die sie motivierten, weiter zu erzählen, weil der Therapeut ihr mit diesen Aussagen zeigte, dass er ihr bei ihren Schilderungen folgt. Wurden die Aussagen negativ bewertet, könnte dies beispielsweise daran liegen, dass sich die Klientin umfassendere Kommentare des Therapeuten erhofft hätte.

Interessant ist ebenso, dass mitunter sehr große Unterschiede zwischen der Anzahl der Einschätzungen der verschiedenen Klienten bestehen. So wurde beispielsweise von der Klientin aus dem ersten Gespräch nur 6 der 41 Therapeutenaussagen als relevant für die Beziehung bewertet, während in anderen Gesprächen eine viel höhere Anzahl solcher Aussagen vorkommt.

Der Versuch, gesprächsübergreifende Aussagen zu machen, wird auch dadurch erschwert, dass vor allem bei den negativen Bewertungen zumindest nur eine einzelne Aussage vertreten ist, deren Kategorie auch bei den positiven oder sehr positiven Bewertungen präsent ist. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, einer Kategorie durch eine negativ bewertete Aussage in einem Gespräch prinzipiell zuzuschreiben, dass deren Verwendung unvorteilhaft ist. Auch hier ist die Situation differenzierter zu betrachten. War vielleicht der Kontext unpassend oder fand die Negativbewertung nicht wegen der Art der Therapeutenaussage, sondern aus einem anderen Grund statt?

Zudem ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass die vorliegenden Daten in einer Laborsituation im Rahmen einer Lehrveranstaltung entstanden sind. Zwar wurden mit

den Studenten, die die Klienten repräsentierten, reale Therapiegespräche mit einem ausgebildeten erfahrenen Therapeuten über konkrete Probleme geführt, jedoch fand die Gesprächsführung innerhalb einer experimentellen Lehr- und Lernsituation statt, was den Studierenden bewusst war. Aus diesem Grund ist es nicht auszuschließen, dass bei einer Realsituation andere Ergebnisse aus den Gesprächen resultieren; beispielsweise könnten schlechtere Bewertungen häufiger auftreten.

Nichtsdestotrotz lässt sich gesprächsübergreifend aufzeigen, dass dominant emotionale Therapeutenäußerungen tendenziell besser als dominant kognitive bewertet wurden und die dominant inhaltliche Kategorie, auch wenn sie weniger häufig vertreten ist wie die emotionale, eine ähnliche prozentuale Verteilung wie letzterwähnte aufweist.

Auch wenn es Tendenzen gibt, wie die jeweiligen Arten von Therapeuteninterventionen sich auf die Beziehung auswirken, ist der jeweilige Einfluss vor allem vom jeweiligen Klienten abhängig. Dies zeigt sich in den Gesprächen auf zweifacher Weise. Einerseits konnte aufgezeigt werden, dass die Klienten dieselbe Art an Therapeutenintervention unterschiedlich einschätzten, was teilweise in den Gesprächen selbst variierte. Hier wird die Individualität der Klienten sichtbar, die im personenzentrierten Ansatz hervorgehoben wird. Gleichsam gestaltet sich diese Individualität als eine doppelte, da auch der Therapeut individualisierend reagiert, indem er nicht immer dieselbe (Anzahl einer) Art an Therapeutenintervention in den Gesprächen verwendet, sondern, klientenspezifisch reagiert. Dies deckt sich nicht nur mit den Postulaten der personenzentrierten Therapie, sondern auch mit anderen Psychotherapieforschern, die darauf verweisen, wie wichtig es ist, für jeden Gesprächspartner einen angemessenen Interaktionsstil auszuwählen (vgl. dazu Kapitel 5.).

In Bezug auf die erstellten Annahmen beziehungsweise Hypothesen ergibt sich aus der Analyse heraus folgendes:

Die H1, die einen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen vermutet, lässt sich durch Qui-Quadrat bestätigen.

Die H2.1, die gesprächsinterne Zusammenhänge zwischen der Beziehungsbewertung des jeweiligen Klienten und der Art an Therapeutenintervention zwischen den Gesprächen annimmt, lässt sich zumindest geringfügig bestätigen, da zumindest Tendenzen bestehen, dass eine Kategorie, die beziehungsfördernde Elemente enthält, keine oder zumindest weniger beziehungshemmende enthält. Jedoch lassen sich auch hier, wie die oben stehende Tabelle 16 zum Beispiel bei dem Gespräch 7 zeigt, Ausnahmen aufdecken.

Die H2.2, die aufgrund der Individualität der Klienten keinen übergreifenden Zusammenhang vermutet, kann zwar geringfügig als bestätigt angesehen werden, jedoch lassen sich durchaus in vielen Gesprächen ähnliche Tendenzen aufzeigen.

Die Hypothesen H3.1 und H3.2, die gefühlsbezogene Therapeuteninterventionen mit einer beziehungsfördernden Bewertung versehen und kognitive mit beziehungsfördernden und beziehungsneutralen lassen sich zum Teil bestätigen, während die H3.3, die ausgehend von Tausch die Vermutung enthält, dass inhaltsbezogene Therapeuteninterventionen eher beziehungshemmend aufgefasst werden würden, nicht bestätigt werden konnte. Aus diesem Grund müssen auch die Hypothesen 4.1 und 4.2, die eine Reihung der Therapeuteninterventionen vornehmen, verworfen werden.

## **11. Schlussbetrachtung**

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen verbale Therapeuteninterventionen auf die unmittelbaren Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Klient aufweisen.

Um dies überprüfen zu können, wurden in einem ersten Abschnitt die Therapiebeziehung sowie die Kommunikation des Therapeuten behandelt. Da diese Arbeit im Rahmen der personenzentrierten Therapie entsteht, wurde diese ebenfalls erläutert.

Bezüglich der Therapiebeziehung hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Definitionen vorherrschen, die in der vorliegenden Untersuchung dadurch kompensiert werden konnten, dass zur Einschätzung der Beziehung die subjektiven Urteile von den Klienten herangezogen wurden. Diese Klienten wurden von Studierenden repräsentiert, die mit der personenzentrierten Therapie und dem diesem Therapieansatz zugrundeliegenden Beziehungsverständnis vertraut sind.

Zur Bestimmung der verbalen Kommunikationsformen des Therapeuten wurde ein Kategoriesystem entwickelt und ein Ratingverfahren eingesetzt, in dem die von den Klienten beurteilten Therapeutenaussagen von neun Ratern in unterschiedliche Arten an Therapeuteninterventionen eingeteilt wurden.

Im Bezug auf diese Therapeuteninterventionen lässt sich herausstreichen, dass die meisten Aussagen einer dominant kognitiven Bezugnahme des Therapeuten unterlagen, was sich dadurch erklären lässt, dass die Gespräche die Anfangsphase einer Psychotherapie symbolisieren und hier die Klärung des Themas von besonderer Bedeutung ist.



Bezüglich der Auswirkungen konnte festgestellt werden, dass ein Zusammenhang zwischen den beiden Variablen besteht. Dieser lässt sich beispielsweise durch die Tendenz beschreiben, dass gefühls- und inhaltsbezogene Therapeutenaussagen eher positiver eingeschätzt werden. Nichtsdestotrotz liegen in den jeweiligen Gesprächen sowohl eine unterschiedliche Anzahl an den jeweiligen Arten der Therapeutenintervention als auch unterschiedliche Bewertungen vor. Es konnte herausgearbeitet werden, dass zwar ein Zusammenhang zwischen den Therapeuteninterventionen und den Beziehungsbewertungen besteht, dieser jedoch kundenabhängig ist. Somit zeigen sich Eigenschaften des Klienten – wie zum Beispiel seine Beziehungsbereitschaft oder –fähigkeit (versus z.B. Beziehungsabwehr) als wesentliche Einflussvariable. Auch innerhalb der Forschung (vgl. dazu Kapitel 2) konnte festgestellt werden, dass der Klient als eine wesentliche Drittvariable im Therapieprozess auftritt. Es ist zu beachten, dass sich die Individualität des Klienten sowohl in der Bewertung des Klienten hinsichtlich der unterschiedlichen Therapeutenaussagen äußert, als auch beim Therapeuten selbst, der beim Einsetzen der jeweiligen Therapeuteninterventionen klientspezifisch agiert.

## **12. Ausblick**

Obwohl durch die vorliegende Arbeit einige Erkenntnisse gewonnen werden konnten, kann die Bearbeitung dieser Thematik längst nicht als abgeschlossen gesehen werden. Dabei wären Forscher, die eine weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema anstreben, zum einen mit der Optimierung des Categoriesystems beauftragt.

Sieht man sich das Rating des ersten Gespräches als Beispiel im Anhang an, so zeigt sich, dass circa die Hälfte aller Therapeuteninterventionen von den drei zugewiesenen Ratern übereinstimmend beurteilt wurden, während die anderen übereinstimmenden Urteile nur durch eine Mehrheit an Ratern erreicht werden konnten. Eine weiterführende Auseinandersetzung läge also vorerst in der Verbesserung des Categoriesystems. Dies könnte durch einen qualitativen Zugang - beispielsweise in Form einer Gruppendiskussion, in der die Rater über Beispiele diskutieren, die nicht identisch beurteilt wurden, geschehen.

Des Weiteren konnte in dieser Arbeit zwar festgestellt werden, dass sich die Therapeuteninterventionen unterschiedlich auswirken, um genauere Informationen über die Ursachen zu erhalten, wäre es jedoch sinnvoll, die Klienten zu den spezifischen Interventionen gezielt zu befragen. Dadurch könnte zum Beispiel eine Antwort auf die Frage gefunden werden, warum die Bewertungen mitunter in den Kategorien selbst stark variieren.

Zudem könnten weitere Variablen wie Geschlecht, demographische Daten, situative Variablen und so weiter miteinbezogen werden, da die Forschung bei diesen Variablen ebenfalls einen Zusammenhang mit der Beziehung vermutet (vgl. dazu Kapitel 2).

Diese Beispiele sollen verdeutlichen, dass es legitimes Ziel einer Fortsetzungsstudie wäre, den Forschungsprozess – unter anderem durch eine sinnvolle Ergänzung qualitativer und quantitativer Zugänge – fortzuführen und zu verbessern. Der Bedarf einer weiteren Beschäftigung wird einerseits durch die Forderung an die Forschung deutlich, dass auszubildende Therapeuten in Beziehungsfähigkeiten verbessert werden sollen, was durch eine Optimierung der vorliegenden Betrachtungsweise geschehen könnte. Zum anderen lässt sich eine Fortsetzung vor allem dadurch legitimieren, dass die Beziehung als wesentliches Element der Auseinandersetzung mit unserer Umwelt Einfluss auf unser Leben hat. Erkenntnisse zu erhalten, die dieses Leben auf zwischenmenschlicher Ebene betreffen, das hat gerade die Pädagogik mit ihrer Zuwendung zum Menschen als Gegenstand der Betrachtung zu interessieren.

## **Literaturverzeichnis**

Ackerman, St. J./Hilsenroth, M. J. (2001): A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. In: *Psychotherapy*. Vol. 38, No. 2, 171-185

Ackerman, St. J./Hilsenroth, M. J. (2003): A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. In: *Clinical Psychology Review* 23, 1-33

Aristoteles (1994): *Peri Hermeneias*. Übers. und erl. von Weidemann H.. Berlin: Akademie. 16a-17a, 1-21

Argyle, M. (1972): *Soziale Interaktion*. Köln: Kiepenheuer und Wensch, Studien-bibliothek.

Behr, M. (1987): Carl. R. Rogers und die Pädagogik. Theorieanspruch und Anwendungsprobleme des personenzentrierten Ansatzes in der Erziehung. In: Behr, M: Rogers und die Pädagogik. Theorieanspruch und Anwendungsprobleme des personenzentrierten Ansatzes in der Pädagogik. Weinheim und München: Juventa Verlag

Behrens, U. (1999): Die Stichprobe. In: Wosnitza, M./Jäger R. S. (Hrsg.): *Daten erfassen, auswerten und präsentieren – aber wie?* 2. vollst. überarb. Auflage. *Forschung, Statistik und Methoden Band 1*, Landau: Verlag Empirische Pädagogik, 43-72

Beutler L. E./Harwood M. T. (2002): What Is and Can Be Attributed to the Therapeutic Relationship? In: *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol. 32, No. 1, 25-33

Bohart, A. C. (2002): How Does the Relationship Facilitate Productive Client Thinking? In: *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol. 32, No. 1, 61-69

Bohart, A. C./Greenberg L. S. (1997): Empathy and Psychotherapy: An introductory Overview. In: Bohart, A. C./Greenberg L. S. (Hrsg.): *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 3-32

Böhm, W. (2005): *Wörterbuch der Pädagogik*. 16. völlig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kröner

Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Vol. 16, No. 3, 252-260

Bortz, J. (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer Verlag

Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation. 4. Auflage für Human- und Sozialwissenschaften. Berlin: Springer Verlag

Bortz, J./Lienert, G. A. (1998): Kurgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben. Heidelberg: Springer Verlag

Bortz, J./Lienert, G. A./Boehnke, K. (1990): Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag

Bos, W./Tarnai, C. (1989): Entwicklung und Verfahren der Inhaltsanalyse in der empirischen Sozialforschung. In: Bos, W./Tarnai C.: Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie. Münster: Waxman Wissenschaft, 1-14

Bremer, M. (2011): Kognition/Kognitionstheorien. In: Reinalter H./Brenner P. J. (Hrsg.): Lexikon der Geisteswissenschaften. Sachbegriffe - Disziplinen – Personen. Wien: Böhlau Verlag, 405-412

Bühler, K. (1965): Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache. (1. Auflage 1934). Stuttgart: Lucius und Lucius

Carkuff, R. R. (1969): Helping and Human Relations. A Primer for lay and professional helpers. Volume I Selection and Training. New York: Holt, Rinehart and Winston

Carkuff, R. R. (1969): Helping and Human Relations. A Primer for lay and professional helpers. Volume II Practice and Research. New York: Holt, Rinehart and Winston

Castonguay, L. G./Constantino, M. J./Holtforth, M. (2006): The Working Alliance: Where are we and where should we go? In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 271-279

Coady, N. F./Marziali E. (1994): The Association between global and specific measures of the therapeutic relationship. In: *Psychotherapy*. Vol. 31, No. 1, 17-27

Crits-Christoph, P./Connolly G., M.B./Hearon, B. (2006): Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 280-285

Farber, B. A./Lane J. S. (2001): Positive Regard. In: *Psychotherapy*. Vol. 38, No. 4, 390-395

Fiedler, F. E. (1950): The Concept of an ideal therapeutic relationship. In: *Journal of Consulting Psychology*. Vol. 14(4), No. 4, 239-245

Fitzpatrick, M. R./Stalikas A./Iwakabe S. (2001): Examining counselor interventions and client progress in the context of the therapeutic alliance. In: *Psychotherapy*. Vol. 38, No. 2, 160-170

Freud, S. (2010): *Abriss der Psychoanalyse*. (Original 1938) Herausgegeben von Lohmann, H.-M.. Stuttgart: Philipp Reclam jun.

Früh, W. (1981): *Inhaltsanalyse*. München: Verlag Ölschläger

Gehm, Theo (1994): *Kommunikation im Beruf. Hintergründe, Hilfen, Strategien*. Weinheim: Beltz Verlag

Gelso, C. J. (2002): Real Relationship: The “Something More” of Psychotherapy. In: *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Vol. 32, No. 2, 35-40

Gelso, C. J./Kelley, F. A./Fuertes J. N./Marmarosh, C./Holmes S. E./Costa C./Hancock, G. R. (2005): Measuring the Real Relationship in Psychotherapy: Initial Validation of the Therapist Form. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 52, No. 4, 640-649

Goldfried, M. R./DaVila J. (2005): The role of relationship and technique in therapeutic change. In: Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Vol. 42, No. 4, 421-430

Goldman, G. A./Anderson T. (2007): Quality of Object Relations and Security of Attachment as Predictors of early Therapeutic Alliance. In: Journal of Counseling Psychology. Vol. 54, No. 2, 111-117

Grawe, K./Grawe-Gerber M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. In: Psychotherapeut. Vol. 44, No. 6, Springer-Verlag, 63-73

Greenberg, L. S./Geller S. M. (2001): Congruence and Therapeutic Presence. In: Rogers Therapeutic Condition: Evolution, Theory and Practice. Volume 1: Congruence. 141-149

Hain, P. (2001): Das Geheimnis therapeutischer Wirkung. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Heidegger, M. (1998): Logik als die Frage nach dem Wesen der Sprache (Sommersemester 1934) Hg. von Seubold G.. Frankfurt am Main: Klostermann

Hentschel, U. (2005): Die Therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. In: Psychotherapeut. Vol. 50, No. 5. Springer Medizin Verlag, 305-317

Hill, C. (2005): Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Vol. 42, No. 4, 431-442

Holtforth, M. G./Castonguay, L. G. (2005): Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy – a motivational approach. In: Theory, Research, Practice, Training. Vol. 42, No. 4, 443-455

Horvath, A. O. (2006): The Alliance in Context: Accomplishments, challenges and future directions. In: Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Vol. 43, No. 3, 258-263

Horvath, A. O./Greenberg, L. S. (1989): Development and Validation of the Working Alliance Inventory. In: Journal of Counseling Psychology. Vol. 36, No. 2, 223-233

Horvath, A. O./Luborsky L. (1993): The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 61, No 4, 561-573

Horvath A. O./Symonds D. B. (1991): Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. In: Journal of Counseling Psychology. Vol. 38, No. 2, 139-149

Huber, G. L. (1989): Qualität versus Quantität in der Inhaltsanalyse. In: Bos, W./Tarnai C.: Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie, Münster: Waxmann Wissenschaft, 32-48

Huber, M. (2012): Die Bedeutung von Emotion für Entscheidung und Bewusstsein. Die neurowissenschaftliche Herausforderung der Pädagogik am Beispiel von Damasio's Theorie der Emotion. Wien. Diplomarbeit

Hülshoff, T. (1999): Emotionen. Eine Einführung für beratende, therapeutische, pädagogische und soziale Berufe. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 13-32

Izard, C. E. (1993): Four Systems for Emotion Activation: Cognitive and Noncognitive Processes. In: Psychological Review. Vol. 100, No. 1, 68-90

Jenkins, S. (2010): Relationships. In: Jay C. T./Hersen M. (Hrsg.): Handbook of Clinical Psychology Competencies. Vol. 1, General Competencies. Springer

Kluwe, R. H. (2001): Kognition. In: Lexikon der Psychologie F bis L. 2. Band. Heidelberg/Berlin: Spektrum Verlag

Knoblich, G./Öllinger M. (2006): Definition von Einsicht. Aus: Einsicht und Umstrukturierung beim Problemlösen. In: Funke J. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Kognition Band 8 (Denken und Problemlösen). Heidelberg: Hogrefe Verlag für Psychologie, 3-5

Kraft, V. (2009): Beratung. In: Andresen, S./Casale R./Gabriel T./Hortacher R/Larcher S./Oelkers J. (Hrsg.): Handwörterbuch Erziehungswissenschaft. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 44-60

Kriz J./Lisch R. (1988): Methoden-Lexikon für Mediziner, Psychologen, Soziologen. München, Weinheim: Psychologie-Verl.Union

Lambert, M. J./Barley D. E. (2001): Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Psychotherapy. Vol. 38, No. 4, 357-359

Lammers, C-H./Schneider, W. (2009): Die therapeutische Beziehung. Verfahrensübergreifende Aspekte. In: Psychotherapeut.Vol. 54, No. 6, Springer Medizin Verlag, 469-485

Landis, J. R./Koch, G. G. (1977): The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. Vol. 33, 159-174

Langer, I./Schulz von Thun, F. (2007): Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik. Ratingverfahren. Münster/New York/München/Berlin: Waxmann Verlag

Leonhard, R. (2004): Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung. Bern: Verlag Hans Huber

Lietaer, G. (1992): Die Authentizität des Therapeuten. In: Stipsits, R./ Hutterer R. (Hrsg.): Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen. Mit einem historischen Beitrag von Carl R. Rogers. Wien: WUV Universitätsverlag, 92-119

Mayntz, R./Holm K./Hebner, D. (1969): Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie. Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag

Mayring, P. (1997): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6. durchgesehene Auflage, Weinheim: Beltz



Meissner, W. W. (2007): Therapeutic Alliance. Theme and Variations. In: Psychoanalytic Psychology. Vol. 24, No. 2, 231-254

Minsel, W. (1979): Praxis der Gesprächspsychotherapie. Grundlagen, Forschung, Auswertung. 4. unveränderte Auflage. Graz: Hermann Böhlaus

Nachitgall, C./Wirtz, M. (1998): Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2. Weinheim und München: Juventa Verlag

Pavel, F. G. (1989): Die Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie in den USA von 1942-1973. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg.): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 25-42

Perres, M. (1989): Gesprächspsychotherapie als Therapie internal motivierter Konflikte. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg.): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 86-98

Peterson D. R. (1965): Scope and generality of verbally defined personality factors. In: Psychological Review. Vol. 72, No.1, 48-59

Platon (1974): Kratylos. In: ders.: Spätdialoge I. Theaitetos. Der Sophist. Der Staatsman. Kratylos. Sämtliche Werke Band V. Eingeleitet von Gigon O.. Übertragen von Rufener R. Zürich/München: Artemis, 329

Rainer, L. (2004): Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Rice, L. (1973): Client Behavior as a function of therapist style and client resources. Journal of Counseling Psychology. Vol. 20, No 4, 306-311

Rogers, C. R. (1942): Counseling and Psychotherapy: Newer concepts in practice. Cambridge/ Massachusetts: Riverside Press

Rogers, C. R. (1951): Die klient-bezogene Gesprächstherapie (Client-Centered Therapy). München: Kindler Verlag

Rogers, C. R. (1957): The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. In: Journal of Consulting Psychology. Vol. 21, No. 2, 95-103

Rogers, C. R. (1961): Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 12. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

Rogers, C. R. (1961): On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. London: Constable

Rogers, C. R. (1972): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (Herausgegeben von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, Rogers, C. R.) 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Rogers, C. R. (1973): Die klient-bezogene Gesprächstherapie. Unter Mitarbeit von Rogers C., Gordon T., Hoops, N.. 2. Auflage. München: Kindler

Rogers, C. R. (1978): Die Kraft des Guten: ein Appell zur Selbstverwirklichung. München: Kindler

Rogers, C. R. (1981): Der neue Mensch. Stuttgart: Klett-Cotta

Rogers, C. R. (1992): Die zwischenmenschliche Beziehung: das tragende Element in der Therapie. Aus: Harvard Educational Review, Bd. 32, Nr. 3, 1962. In: Rogers, C. R./Pfeiffer W. M (Hrsg.): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 213-219

Rogers, C. R. (1992): Einige neuere Konzepte der Psychotherapie. Vorlesung an der Universität von Minnesota (11.12.1940). Übersetzung von Gerhard Pawlowsky. In: Stipsits, R.; Hutterer R. (Hg.) (1992): Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. Kritik und Würdigung zu ihrem 50jährigen Bestehen. Mit einem historischen Beitrag von C. R. Rogers. Wien: WUV Universitätsverlag, 15-39

Rogers C. R. (1992): Klientenzentrierte Psychotherapie: Aus: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Bd. 2, K. 30, Baltimore 1975, In: Rogers, C. R./Pfeiffer, W. M. (Hrsg.): Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main, 17-42

Rogers, C. R. (1998): Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Aus dem Amerik. übers. von Giere J. 12. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Rogers, C. R./Rosenberg, R. L. (2005): Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit. 2. erw. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta (Original: 1980)

Rogers, C. R. (2009): Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. München: Ernst Reinhardt Verlag. (Original: 1959)

Rustemeyer, R. (1992): Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse. Münster: Verlag Aschendorf

Saldern, M. (1989): Kommunikationstheoretische Grundlagen der Inhaltsanalyse. In: Bos, W./Tarnai C.: Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie. Münster: Waxmann Wissenschaft, 14-32

Sander K. (1989): Einige Gesichtspunkte zur Abgrenzung des klientenzentrierten Konzepts zu anderen psychotherapeutischen Konzepten und zur Beratungssituation. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg.): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 42-55

Sokol Monika (2007): Französische Sprachwissenschaft. Ein Arbeitsbuch mit thematischem Reader. 2. völlig neu bearbeitete Auflage. Tübingen: Gunter Narr Verlag

Schild, H. (1989): Empirische Befunde zum Einfluß von Psychotherapeutenmerkmalen auf den gesprächstherapeutischen Prozeß. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg.): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 124-137

Schulz von Thun, F. (1981): Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Schwartz, H. J. (1989): Empirisch überprüfte Prozeßmerkmale in der Gesprächspsychotherapie. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg.): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 114-123

Stucki, C./Grawe K. (2007): Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. Psychotherapeut, Nr. 52, 16-23

Summers, R. E./Barber J. P. (2003): Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. In: Academic Psychiatry, 27:3, 160-165

Tarnai, C. (1989): Abbildung der Struktur von Inhaltskategorien mittels Latent Class Analyse für ordinale Daten, In: Bos, W./Tarnai C.: Angewandte Inhaltsanalyse in Empirischer Pädagogik und Psychologie. Münster: Waxmann Wissenschaft, 303- 315

Tausch, R. (1960): Das Psychotherapeutische Gespräch: Erwachsenen-Psychotherapie in nicht-direktiver Orientierung. Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe

Tenorth, H-E./Tippelt, R. (2007): Emotion. In: Beltz Lexikon Pädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 180

Tenorth, H-E./Tippelt, R. (2007): Emotional. In: Beltz Lexikon Pädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 180

Tscheulin, D. (1972): Gesprächspsychotherapie als zwischenmenschlicher Kommunikationsprozeß. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hg.): Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 98-114

Ulich, D. (2000): Emotion. In: Wenninger, G. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie A-E. In fünf Bänden. 1. Band. Heidelberg: Spektrum Akad. Verlag, 373-376

Wampold, E. B. (2010): The basics of Psychotherapy. An Introduction. Washington, D.C.: Amerc. Psychol. Ass.

Watzlawick, P./Beavin, J. H./Jackson, D. D. (1971): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Verlag Hans Huber

Webb, C. A./DeRubeis, R. J./Dimidjian S./Hollon S. D./Amsterdam J. D./Shelton R. C. (2012): Predictors of Patient Cognitive Therapy Skills and Symptom Change in Two Randomized Clinical Trials: The Role of Therapist Adherence and the Therapeutic Alliance. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 80, No. 3. 373-381

Wellenreuther, M. (2000): Quantitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Eine Einführung. Grundlagentexte Pädagogik. Juventa: Weinheim und München

#### Online-Quellen

Alloy B. L. et. al. (1999): Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and development origins. In: *Behaviour Research and Therapy* 37, 503–531. Online verfügbar unter <http://www.temple.edu/moodandcognitionlab/publications/Alloy%20et%20al.,%201999a.pdf>, [28.11.2012]

Freud, S. (1912): Zur Dynamik der Übertragung. In: Gesammelte Werke, 1910-1919, Schriften, Vorträge und Aufsätze zur Psychoanalyse. Online unter: <http://www.textlog.de/freud-psychoanalyse-dynamik-uebertragung.html> [29.11.2012]

Vorlesungsverzeichnis der Universität Wien. Online unter: [http://online.univie.ac.at/vlvz?kapitel=1901&semester=W2011#1901\\_84](http://online.univie.ac.at/vlvz?kapitel=1901&semester=W2011#1901_84) [29.11.2012]

## ANHANG

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Variablen in der Psychotherapieforschung (Lambert/Barley 2001, 358).....	13
Abbildung 2: Personenzentriertes Kommunikationsmodell nach Rogers .....	57
Abbildung 3: Skala zur Einschätzung der Therapiebeziehung .....	83
Abbildung 4: Verteilung der Beziehungsbewertungen .....	86
Abbildung 5: Beziehungsbewertung G1 .....	88
Abbildung 6: Beziehungsbewertung G7 .....	89
Abbildung 7: Gesamtverteilung aller Gespräche .....	96
Abbildung 8: Graphische Verteilung der Kategorien G5.....	97
Abbildung 9: Graphische Verteilung der Kategorien G6.....	98
Abbildung 10: Graphische Verteilung der Kategorien G9.....	99
Abbildung 11: Gesamtverteilung im Balkendiagramm.....	106
Abbildung 12: Gesamtverteilung pro Gespräch.....	107

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beziehungsbewertung: Häufigkeiten aller Gespräche.....	86
Tabelle 2: Kategoriezuordnung Gruppe 1 .....	93
Tabelle 3: Kategoriezuordnung Gruppe 2 .....	95
Tabelle 4: Therapeuteninterventionen: Häufigkeiten aller Gespräche .....	95
Tabelle 5: Indifferenz-Tabelle.....	101
Tabelle 6: Gesamtverteilung (G1-G9).....	105
Tabelle 7: Gesamtverteilung G1 .....	108
Tabelle 8: Gesamtverteilung G2 .....	109
Tabelle 9: Gesamtverteilung G3 .....	110
Tabelle 10: Gesamtverteilung G4 .....	110
Tabelle 11: Gesamtverteilung G5 .....	111
Tabelle 12: Gesamtverteilung G6 .....	112
Tabelle 13: Gesamtverteilung G7 .....	113
Tabelle 14: Gesamtverteilung G8 .....	113
Tabelle 15: Gesamtverteilung G9 .....	114
Tabelle 16: Dominant kognitive Kategorie: prozentuale Häufigkeit/Gespräch .....	115



## Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
G	Gespräch
GS	Gesprächssequenz
K	Kategorie
R	Rater
S	Sequenz
WAI	Working Alliance Inventory

## Chi-Quadrat

### 1. Berechnung (Indifferenz-Tabelle + Wertetabelle):

Chi-Quadrat-Test:

Bewertung	1	2	3	4	Total
1 ++	21,19	35,63	5,36	5,82	68
2 +	33,35	56,07	8,43	9,16	107
3 0	28,36	47,68	7,17	7,79	91
4 -	7,17	12,05	1,81	1,97	23
5 --	0,93	1,57	0,24	0,26	3
Gesamt	91	153	23	25	292

	f	e	(f-e) <sup>2</sup> / e
1E	24	21,19	0,37212988
2E	43	33,35	2,79500205
3E	19	28,36	3,08896955
4E	3	7,17	2,42342217
5E	2	0,93	1,21331979
1K	36	35,63	0,00383941
2K	47	56,07	1,46571598
3K	52	47,68	0,39112403
4K	18	12,05	2,93628035
5K	0	1,57	1,57191781
1Ä	6	5,36	0,07739201
2Ä	8	8,43	0,02174331
3Ä	9	7,17	0,46833378
4Ä	0	1,81	1,81164384
5Ä	0	0,24	0,23630137
1NZ	2	5,82	2,50897663
2NZ	9	9,16	0,00282806
3NZ	11	7,79	1,32164534
4NZ	2	1,97	0,00048243
5NZ	1	0,26	2,15018265
	292	292,00	24,8612504

### 2. Berechnung (Wertetabelle):

	f	e	(f-e) <sup>2</sup> / e
1E	24	22,49	0,10
2E	43	33,40	2,76
3E	19	27,27	2,51
4+5E	5	7,84	1,03
1K	36	37,82	0,09
2K	47	56,16	1,49
3K	52	45,84	0,83
4+5K	18	13,18	1,76
1Ä	6	5,69	0,02
2Ä	8	8,44	0,02
3Ä	9	6,89	0,65
4+5Ä	0	1,98	1,98
	267	267	13,2313653

## Das Ratingverfahren

### *1. Beschreibung der Kategorien (sprachliche Interventionsformen des Therapeuten)*

#### K1: Dominant emotionaler Bezugsrahmen:

Der Therapeut bezieht sich auf den Klienten in einer Form, sodass der Klient seinen eigenen emotionalen Ausdruck in der verbalen Aussage des Therapeuten wiederfindet. Der Therapeut ist sehr nahe am Klienten und geht in seiner Aussage empathisch auf dessen Gefühle ein. Er benennt und spezifiziert diese in angemessener Art und Weise wörtlich und direkt.

Der Klient erkennt sich selbst in der Therapeutenaussage wieder und fühlt sich in seiner emotionalen Ausdrucksform verstanden.

Der Therapeut befasst sich in seiner Aussage mit den subjektiven Erlebniszuständen des Klienten. Der Therapeut rekurriert in seiner Aussage entweder

(1) auf den körperlichen Zustand des Klienten (beispielsweise durch Einbezug von Gesichtsausdruck und Körperhaltung des Kl.) oder

(2) auf seelische Empfindungen, die sich im erlebten Zustand oder der Stimmung, die der Klient beschreibt, äußern.

(3) Ebenfalls kann er die Emotion des Klienten als ein sein Denken und Handeln bestimmendes Phänomen aufgreifen („Sie wünschen, wollen etc.“)

Die sprachliche Intervention des Therapeuten zielt in jedem Fall auf die Wiedergabe bzw. Bezugnahme von Gefühlen, die der Klient zum Ausdruck bringt. Es findet ein warmes, wertneutrales und unmittelbares Eingehen auf den Klienten statt. Dieses Eingehen äußert sich oft durch einen Perspektivenwechsel in Form von Ich-Aussagen in der Therapeutenintervention. Die Therapeutenaussage ist mit der Klientenäußerung in sich stimmig.

#### K2: Dominant kognitiver Bezugsrahmen

Der Therapeut befasst sich in seiner Aussage mit der erkenntnismäßigen Klärung des vom Klienten Ausgedrückten. Er bezieht sich auf die kognitiven Inhalte bzw. Aspekte der Klientenäußerung. Der Therapeut ist noch relativ nahe am Klienten.

In seiner Aussage steht die Klärung von Bedeutungen bzw. des Themas im Vordergrund. Das bedeutet, er bringt das vom Klienten Ausgedrückte direkt oder indirekt durch die Bedeutungsklä rung zum Ausdruck. Unter anderem bietet der Therapeut dem Klienten dazu Schlussfolgerungen an und gewährleistet die Verknüpfung interner Strukturen. Es werden kognitive Aspekte benannt, was beim Klienten zur Veränderung der Problemrepräsentation führt. Der Therapeut hilft bei der Wahrnehmung des Gegenstandes und der Verarbeitung von Information. Gegebenenfalls greift er Widersprüche auf in den Äußerungen und Verhalten der Klientenperson. Es ist anzunehmen, dass der Therapeut durch seine Aussage dem Klienten zu Einsicht verhilft. Auch hier kann ein Perspektivenwechsel in Form von Ich-Aussagen vorkommen.

#### K3: Dominant äußerer Bezugsrahmen

Durch die verbale Therapeutenintervention werden weder Bedeutungen geklärt, noch kognitive Aspekte oder Gefühle benannt, die der Klient in seiner Aussage zum Ausdruck bringt. Der Therapeut spricht rein äußere Sachverhalte an und/oder erfragt Informationen, die das Erleben des Klienten nicht unmittelbar betreffen.

Die Klientenäußerungen werden womöglich zwar reflektiert, aber in einer allgemeinen und unpersönlichen Form, sodass der Klient sie nicht unmittelbar auf sich beziehen kann.

Durch die Therapeutenintervention kommt nichts Neues hinzu – dies kennzeichnet sich beispielsweise oft durch reines Paraphrasieren der Klienten-Aussage im selben Wortlaut des Klienten. Damit ist gemeint, dass der Therapeut das vom Klienten Gesagte so zusammenfasst, dass es sich ausschließlich um eine inhaltliche Wiederholung des zuvor Gehörten handelt. Der Therapeut positioniert sich dadurch ferner vom Klienten, da er dessen innere Botschaft ignoriert. Es ist anzunehmen, dass aufgrund von fehlender Empathie der Klient sich nicht oder nur am Rande in der Therapeutenaussage wiederfindet.

#### K4: Nicht eindeutig zuordenbar

Die Therapeutenaussage passt nicht in eine der oben erwähnten Kategorien. Dies ist vor allem der Fall, wenn die Art der Klientenaussage im Ausdruck des Therapeuten nicht oder nur unzureichend erfasst wird oder der Therapeut eine andere „Technik“ (beispielsweise direktives Verhalten) anwendet. Es findet kein unmittelbares Eingehen auf den Klienten selbst statt.

## 2. Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
<b>K1:</b> <u>dominant</u> <u>gefühls-</u> <u>bezogener</u> <u>Bezugs-</u> <u>rahmen</u>	Der Therapeut bezieht sich in seiner Aussage auf die Gefühle des Klienten - <u>sehr nahe</u> am Klienten - Bezug auf körperlichen Zustand, seelische Empfindungen, Emotion als ein das Denken und Handeln bestimmenden Phänomen („Sie wünschen...“) => <u>Bezug auf inneres Erleben, Gefühle</u> - unmittelbares, empathisches Eingehen auf warme, angemessene Art und Weise - Klienten findet sich in der Aussage des Therapeuten wieder - Th.-Aussage ist mit der Klientenaussage in sich stimmig	1) KI: Also ich verstehe das nicht, wie das sein kann, dass man sich so lange nicht trifft und dass es sich nichts zu erzählen gibt und dass man wirklich krampfhaft danach suchen muss, etwas zu finden. Das irritiert mich so, weil ich das sonst von niemanden kenne. Nur bei der einen ist das nicht so. Also früher nicht, aber jetzt ist es anders. Und das ist irgendwie so ... (beginnt zu schluchzen). Th: Es ist so traurig und Sie finden es schade, dass Sie sich mit ihr nichts mehr zu reden wissen, obwohl Sie früher mit ihr durch dick und dünn gegangen sind. 2) KI: Ich kenne von mir dieses Gefühl nicht, ich brauche einmal Ruhe von meinem Freund. Und es ist jetzt wirklich so, dass wir das wirklich gar nicht haben, so dieses Gefühl ... äh... Das ist wirklich so ... wir hocken da echt, mal abgesehen von der Uni, machen alles zusammen, und ... das ist total schön. Th: Sie verbringen viel Zeit zusammen und Sie fühlen sich wohl dabei. Sie haben nie das Gefühl, Sie möchten jetzt einmal eine Zeit lang getrennt von ihm sein.	Im <u>vorwiegenden</u> Teil der Therapeutenaussage müssen die Aspekte der Definition in hohem Ausmaß vorkommen. <i>Abgrenzungshilfe:</i> Form: oft „Ich-Aussagen“ Gefühlsbezeichnungen in der Th.-aussage Bestimmte Verbarten (wünschen, wollen usw.)
<b>K2:</b> <u>dominant</u> <u>kognitiver</u> <u>Bezugs-</u> <u>rahmen</u>	Der Therapeut bemüht sich um die <u>Klärung von Bedeutungen</u> bzw. <u>des Themas</u> . - noch <u>relativ nahe</u> am Klienten -Schlussfolgerungen, Verknüpfung interner Strukturen werden angeboten	1) KI: Würde meine Tochter das akzeptieren? Das weiß ich nicht. Ich will nicht, daß sie sich von mir abwendet. Aber nicht einmal hier kenne ich meine Gefühle genau, denn es gibt Zeiten, da fühl ich mich so schuldig, bsw. wenn ich meinen Mann bei mir habe. Ich versuche es so einzurichten, dass mich die Kinder nie erwischen würden. Denn da bin ich richtig misstrauisch. Und doch	Im <u>vorwiegenden</u> Teil der Therapeutenaussage müssen die Aspekte der Definition in hohem Ausmaß vorkommen.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Th. hilft bei der Wahrnehmung des Gegenstandes und der Verarbeitung von Information</li> <li>- Th. greift ev. Widersprüche auf</li> </ul>	<p>weiß ich auch, dass ich dieses Verlangen habe. Th: Es ist also klar, dass das Problem nicht nur bei Ihrer Tochter oder in der Beziehung zu Ihrer Tochter liegt, sondern dass das Problem auch in Ihnen selbst ist. (Auszug aus dem Rogers-Gloria Gespräch)</p> <p>2) Kl: Naja. Wir reden halt nicht wirklich darüber weil ich sag immer ja er soll das klar darlegen dass er ihr kein Geld mehr gibt und er hat gesagt ja macht er eh, und dann hab ich wieder mitgekriegt dass er ihr Geld borgt und jetzt ja, keine Ahnung, schwierig. Ich weiß nicht ob er das nur einfach so zu mir sagt damit ich Ruhe geb oder ob er ihr jetzt wirklich keines mehr gibt. Th: Da wird die Situation jetzt mit Spannung gefüllt. Also das macht es schwierig, dass Sie da nicht wissen, ob Sie ihm noch trauen können. (Kl: Ja!).</p>	<p><i>Abgrenzungshilfe:</i></p> <p>Oft Signalwörter wie das bedeutet, deshalb, das heißt usw.</p>
<p><u>K3:</u> <u>dominant</u> <u>äußerer</u> <u>Bezugs-</u> <u>rahmen</u></p>	<p>Der Therapeut klärt weder Bedeutungen, noch werden Gefühle benannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapeut positioniert sich <u>ferner vom Klienten</u></li> <li>- Der Therapeut spricht rein <u>äußere Sachverhalte an</u></li> <li>- Der Therapeut erfragt Informationen, die das Erleben des Klienten nicht oder nur wenig betreffen.</li> <li>- Der Therapeut spiegelt die Äußerungen des Klienten womöglich zwar angemessen wieder, er tut dies aber in einer allgemeinen</li> </ul>	<p>1) Kl: Meine Großeltern, die streiten so oft. Und immer wenn ich dort bin, fühle ich mich, also krieg ich dann so ein mieses Gefühl. Th: Ihre Großeltern streiten sehr viel.</p> <p>2) Kl: Und ... wieder das Gefühl, nein irgendwas passt da nicht. Es ist oft auch so gewesen, dass ich ähm ... mich in irgendjemand anderes verschaut habe, dass ich plötzlich so das Gefühl habe, da gibt es jemand, der ist interessant, das reizt mich ... dadurch bin eben darauf gekommen, etwas passt da nicht in der neuen Beziehung, etwas ist komisch. Das ist nicht so richtig. Th: In der neuen Beziehung hat das dann auch nicht gepasst./?</p>	<p>Im <u>vorwiegenden</u> Teil der Therapeuten-Aussage muss mind. einer der Aspekte in hohem Ausmaß realisiert sein.</p>

	unpersönlichen Form.  - reines Paraphrasieren der Klientenaussage  - Klient findet sich nicht oder nur am Rande wieder		
<u>K4: nicht zuordenbar</u>	Die Therapeutenaussage passt nicht in eine der oben erwähnten Kategorien.  - <u>weit entfernt</u> vom Klienten  - Die Klientenaussage wird vom Therapeuten nicht bzw. unzureichend erfasst  - Der Therapeut verwendet keine oder eine andere nicht-klientenzentrierte „Technik“ (z.B. direkte Lenkung)  - Kein Eingehen auf den Klienten, Ablenken	1) KI: Einerseits ein komisches Gefühl, andererseits zeigt es einem auch, wie wichtig einem der andere ist. Th: Mhm.  2) KI: Ich weiß auch nicht, irgendwie ist die Situation so schwer zu ertragen für mich. Th: Die Zeit ist um, wir machen nächstes Mal weiter.  3) KI: Ich weiß auch nicht was ich jetzt mit ihm machen soll wegen dieser Sache. Th: Wieso sprechen Sie ihn nicht einfach darauf an? (Ratschlag, direkte Frage)	Im <u>vorwiegenden</u> Teil der Therapeutenaussage muss mind. einer der Aspekte der Definition in hohem Ausmaß vorkommen.

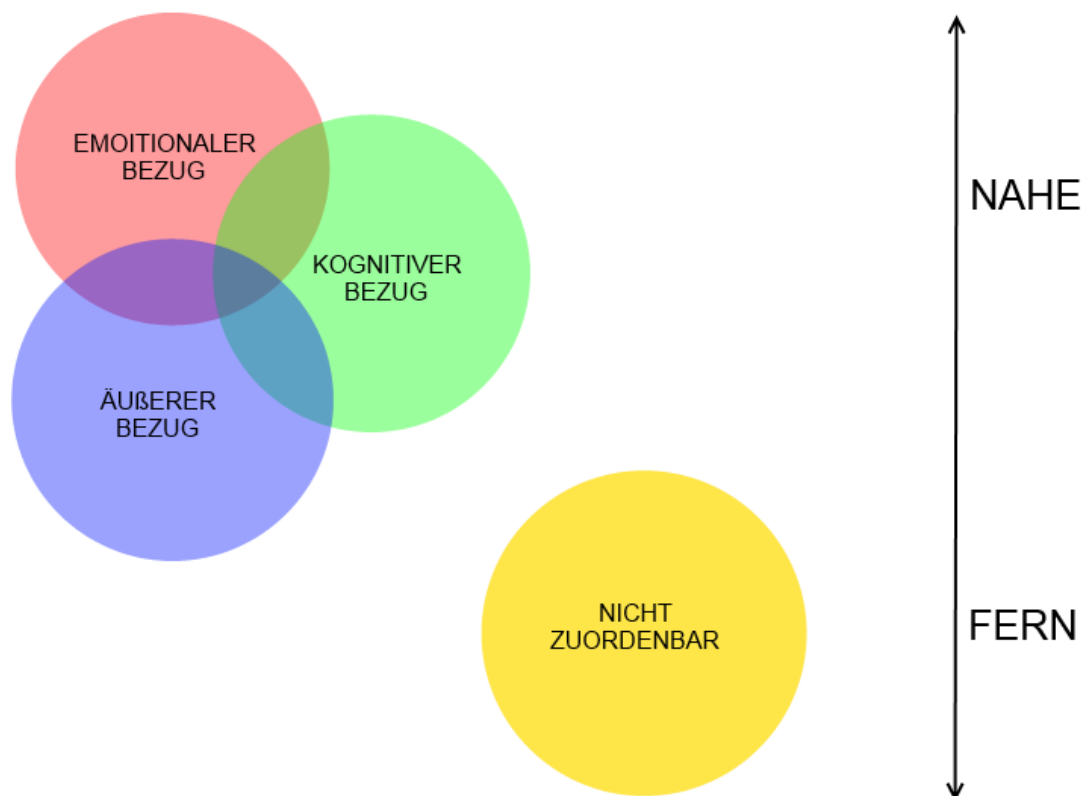
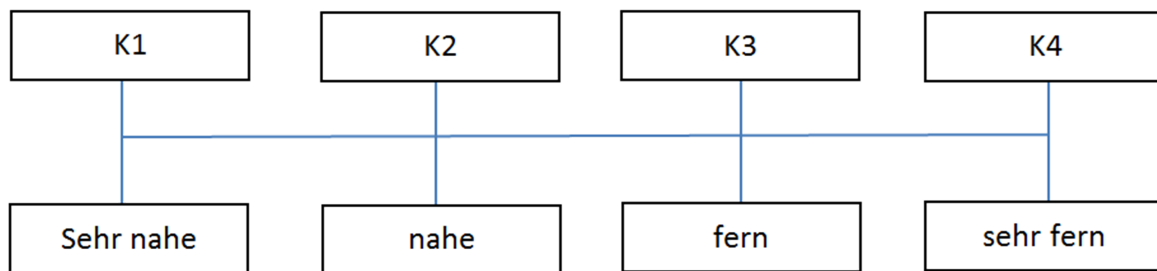
Im Fall von längeren Therapeutenaussagen hilft es, Haupt- und Gliedsätze zu unterscheiden, bzw. Satzverknüpfen oder spezifische Signalwörter (z.B. für Gefühle) zu beachten.

BEISPIEL:

K: Ich weiß auch nicht. Ich komm gar nicht auf Touren. Obwohl ich ja bei den Veranstaltungen mithelfe, in der Schule arbeite, beim Basar aushelfe, Dienstag und Donnerstag regelmäßig Sportkurse mache, Freitag im Gesangsverein Probe habe, Samstag immer meine Oma besuche, also eigentlich immer unterwegs bin aber trotzdem ich weiß nicht, ich fühle mich, ich fühle mich so ....

T: „Sie fühlen sich schlapp und ausgepowert weil Ihnen das alles zu viel wird.“ => Gefühlsbestimmung dominiert, (kognitive) Erklärung im Nebensatz.

### 3. Kategorisierung – schematische Darstellung (Orientierungshilfe – Nähe zum Klienten)





## Reliabilitätsprüfung der Rater

### Wertetabelle Gruppe 1

	Rater				
GS	1	2	3	4	5
S1	2	2	2	2	2
S2	3	3	3	3	3
S3	2	2	2	2	2
S4	1	2	1	1	1
S5	4	4	4	4	4
S6	1	1	2	1	1
S7	4	4	4	4	4
S8	3	3	3	3	3
S9	1	1	2	1	2
S10	2	2	2	2	2
S11	2	2	1	2	2
S12	3	1	2	2	2
S13	2	2	1	2	2
S14	2	2	2	1	1
S15	1	1	1	1	2

### Wertetabelle Gruppe 2

	Rater			
GS	1	2	3	4
S1	2	2	2	2
S2	3	3	3	3
S3	2	2	2	2
S4	1	2	1	1
S5	4	4	4	4
S6	1	2	1	1
S7	4	4	4	4
S8	3	3	3	2
S9	2	2	1	1
S10	2	2	2	2
S11	2	2	2	1
S12	1	1	1	1
S13	2	2	2	1
S14	2	2	2	1
S15	1	1	1	1

## Beispiel – Codierung der Rater

### Gespräch 1

G-ID	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R <sub>(komb)</sub>	R <sub>(Gesamt)</sub>
1.1	1	1	x	1	x	x	x	x	x	111	1
1.2	2	2	x	2	x	x	x	x	x	222	2
1.3	x	x	2	x	x	1	x	1	x	211	1
1.4	x	x	3	x	x	2	x	1	x	321	x
1.5	1	x	x	1	1	x	x	x	x	111	1
1.6	2	x	x	2	2	x	x	x	x	222	2
1.7	x	3	2	x	x	2	x	x	x	322	2
1.8	x	1	2	x	x	1	x	x	x	121	1
1.9	x	x	x	x	2	x	2	x	2	222	2
1.10	x	2	x	x	2	x	x	x	2	222	2
1.11	1	x	2	x	x	x	x	1	x	121	1
1.12	2	x	3	x	x	x	x	2	x	232	2
1.13	x	x	x	2	x	3	3	x	x	233	3
1.14	x	x	x	3	x	3	3	x	x	333	3
1.15	4	x	x	x	4	x	x	x	3	443	4
1.16	1	x	x	x	1	x	x	x	1	111	1
1.17	x	1	x	2	x	x	x	2	x	122	2
1.18	x	2	x	2	x	x	x	2	x	222	2
1.19	x	x	2	x	3	x	2	x	x	232	2
1.20	x	x	2	x	2	x	2	x	x	222	2
1.21	3	x	x	x	3	x	x	x	3	333	3
1.22	2	x	x	x	2	x	x	x	2	222	2
1.23	x	2	2	x	x	x	2	x	x	222	2
1.24	x	2	2	x	x	x	1	x	x	221	2
1.25	1	x	x	1	x	1	x	x	x	111	1
1.26	1	x	x	1	x	1	x	x	x	111	1
1.27	x	x	x	x	1	x	x	1	1	111	1
1.28	x	x	x	x	2	x	x	1	1	211	1
1.29	x	3	x	2	x	x	2	x	x	322	2
1.30	x	2	x	2	x	x	2	x	x	222	2
1.31	2	x	2	x	x	2	x	x	x	222	2
1.32	2	x	2	x	x	2	x	x	x	222	2
1.33	x	2	x	x	2	x	x	2	x	222	2
1.34	x	1	x	x	1	x	x	1	x	111	1
1.35	x	x	3	x	2	x	x	x	2	322	2
1.36	x	x	3	x	3	x	x	x	3	333	3
1.37	1	x	x	x	x	2	x	1	x	121	1
1.38	2	x	x	x	x	2	x	1	x	221	2
1.39	x	x	x	4	2	x	2	x	x	422	2
1.40	x	x	x	2	2	x	2	x	x	222	2
1.41	x	4	x	x	x	x	x	4	4	444	4

Anm.: Die restlichen Codierbögen befinden sich auf dem Datenträger.

## Verteilung Beziehungsbewertung

Gespräch 1		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
2	3	7%	7%
1	2	5%	12%
0	35	85%	98%
-1	0	0%	98%
-2	1	2%	100%
Total	41	100%	

Gespräch 3		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
1 ++	6	32%	32%
2 +	7	37%	68%
3 0	5	26%	95%
4 -	1	5%	100%
5 --	0	0%	100%
Total	19	100%	

Gespräch 5		Häufigkeiten	
Bewertung	absolut e	relative	kumulierte
1 ++	15	32%	32%
2 +	18	38%	70%
3 0	11	23%	94%
4 -	3	6%	100%
5 --	0	0%	100%
Total	47	100%	

Gespräch 7		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
2	4	6%	6%
1	20	32%	39%
0	24	39%	77%
-1	12	19%	97%
--2	2	3%	100%
Total	62	100%	

Gespräch 9		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
2	5	20%	20%
1	15	60%	80%
0	3	12%	92%
-1	2	8%	100%
-2	0	0%	100%
Total	25	100%	100%

Gespräch 2		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
1 ++	16	62%	62%
2 +	7	27%	88%
3 0	3	12%	100%
4 -	0	0%	100%
5 --	0	0%	100%
Total	26	100%	

Gespräch 4		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
1 ++	10	56%	56%
2 +	4	22%	78%
3 0	1	6%	83%
4 -	3	17%	100%
5 --	0	0%	100%
Total	18	100%	

Gespräch 6		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
2	5	14%	14%
1	22	59%	73%
0	9	24%	97%
-1	1	3%	100%
-2	0	0%	100%
Total	37	100%	

Gespräch 8		Häufigkeiten	
Bewertung	absolute	relative	kumulierte
1 ++	6	24%	24%
2 +	13	52%	76%
3 0	5	20%	96%
4 -	1	4%	100%
5 --	0	0%	100%
Total	25	100%	

## Verteilung Therapeuteninterventionen

G1	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	12	29%	30%
2	22	54%	55%
3	4	10%	10%
4	2	5%	5%
fehlend	1	2%	
Total	41	100%	100%
gültig	40		

G3	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	5	26%	28%
2	8	42%	44%
3	2	11%	11%
4	3	16%	17%
fehlend	1	5%	
Total	19	100%	100%
gültig	18		

G5	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	16	34%	34%
2	16	34%	34%
3	2	4%	4%
4	13	28%	28%
fehlend	0	0%	
Total	47	100%	100%
gültig	47		

G7	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	15	24%	25%
2	33	53%	55%
3	7	11%	12%
4	5	8%	8%
fehlend	2	3%	
Total	62	100%	100%
gültig	60		

G9	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	0	0%	0%
2	23	92%	96%
3	0	0%	0%
4	1	4%	4%
fehlend	1	4%	
Total	25	100%	100%
gültig	24		

G2	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	8	31%	32%
2	14	54%	56%
3	3	12%	12%
4	0	0%	0%
fehlend	1	4%	
Total	26	100%	100%
gültig	25		

G4	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	7	39%	39%
2	11	61%	61%
3	0	0%	0%
4	0	0%	0%
fehlend	0	0%	
Total	18	100%	100%
gültig	18		

G6	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	20	54%	54%
2	12	32%	32%
3	5	14%	14%
4	0	0%	0%
fehlend	0	0%	
Total	37	100%	100%
gültig	37		

G8	Häufigkeiten		
Kategorie	absolute	%	gültige %
1	8	32%	33%
2	15	60%	63%
3	0	0%	0%
4	1	4%	4%
fehlend	1	4%	
Total	25	100%	100%
gültig	24		

## **Zusammenfassung**

Im Rahmen dieser Masterarbeit, die den Titel „Verbale Therapeuteninterventionen und deren Folgen. Mikroanalyse von Gesprächen“ trägt, wird die Forschungsfrage behandelt, welche Auswirkungen verbale Therapeuteninterventionen auf die unmittelbaren Beziehungsmuster zwischen Therapeut und Klient haben. Die Relevanz der Auseinandersetzung mit der Thematik ergibt sich aus dem hohen Stellenwert der Beziehung, die nicht nur in Beratung und Psychotherapie, sondern auch für pädagogische Zwecke von Bedeutung ist. Um dem Bedarf der aktuellen Beratungs- und Psychotherapieforschung gerecht zu werden, wurden Mikroprozesse in Beratungsgesprächen, die in einer Laborsituation entstanden sind, erforscht. Der Fokus liegt auf verbalen Therapeuteninterventionen und ihrem Einfluss auf die Beziehung. Neben einer theoretischen Aufarbeitung der für die Tematik relevanten Themen wurden - ausgehend von der Theorie Rogers - Kategorien für die Einteilung der Therapeuteninterventionen entwickelt. Durch die Datenerhebungsmethode des Ratingverfahrens – verknüpft mit Elementen der Inhaltsanalyse - wurden Therapeutenäußerungen von neun Beratungsgesprächen in die jeweiligen Kategorien eingeteilt und mit subjektiven Beziehungsbewertungen der Klienten verglichen. Anschließend erfolgte eine quantitative Auswertung der Daten. Es konnte festgestellt werden, dass die jeweilige Art des Therapeutenverhaltens einen Einfluss auf die Beziehung nimmt, wobei der Klient selbst einem wichtigen Einflussfaktor in diesem Prozess darstellt.

## **Abstract**

The presented Master's thesis deals with the influence of specific person-centered therapeutic interventions on the relationship between therapist and client.

This is an important issue, not only for counseling and psychotherapy but also for education.

To meet the needs of psychotherapeutic research the study explores microprocesses in counseling sessions, which symbolise the beginning of psychotherapy.

The basic data set includes counseling sessions, which have been developed following a laboratory situation as well as the perception of the therapeutic relationship from the client's perspective. The focus is set on immediate answers of the therapist to the clients narrations.

After theoretical explanations of relevant themes, like the therapeutic relationship, therapeutic communication - based on the theory of Rogers - is examined using rating process and content analysis.

Quantitative analysis of transcripts indicates that specific categories of the verbal communication between therapist and client do influence the perception of the therapeutic relationship. However, this can differ from client to client.

## **Lebenslauf – Nicole Brunner**

### *Persönliche Daten*

Geburtsort: Wt. Neustadt  
Staatsangehörigkeit: Österreich  
Familienstand: ledig

### *Schul- und Ausbildung*

2013 – : Psychotherapeutisches Propädeutikum (VRP, Wien)  
2010 – : Masterstudium Bildungswissenschaft (Universität Wien)  
2007 – : Bachelorstudium Romanistik (Französisch) (Universität Wien)  
2007 – 2010: Bachelorstudium Bildungswissenschaft (Universität Wien)  
1999 – 2007: Bundesrealgymnasium Mattersburg  
1995 – 1999: Volksschule Rohrbach

### *Berufserfahrung und Praktika*

Seit April 2013 Sozialpädagogin in einer psycho-sozialen  
Wohngemeinschaft  
Oktober 2011 – Juni 2013 Tutorin am Institut für Bildungswissenschaft  
Juni 2011 Mitarbeiterin am 25. Internationalen Kongress für  
Individualpsychologie; Österreichischer Verein für  
Individualpsychologie, Wien  
April 2010 – September 2011 Mitarbeiterin in Wohngemeinschaften für Menschen mit  
Behinderung, Habit (Haus der Barmherzigkeit  
Integrationsteam GmbH), Wien  
Juli 2010 Urlaubsbetreuung von einkommensschwächeren  
Familien (WiJUg – Wiener Jugenderholung),  
Oktober 2006 – Juli 2007 Seniorenpraktikum in einer Wohngemeinschaft für  
Senioren

### *Sprachkenntnisse*

Deutsch (Muttersprache)  
Englisch (fließend)  
Französisch (fließend)  
Spanisch (Grundkenntnisse)  
Latein

### *Schwerpunkte und Vertiefungen im Studium:*

Bildung im Wandel, Lehren und Lernen, Psychoanalytische Pädagogik, Inklusive Pädagogik  
bei speziellem Bedarf, Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie, Bildung Beratung  
und Entwicklung über die Lebensalter