

# **Therapeut-Klient-Interaktion: Einstellungen und Interventionen**

**Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung des Doktorgrades  
der Humanwissenschaftlichen Fakultät  
der Universität zu Köln  
nach der Promotionsordnung vom 18.07.2001 vorge-  
legt von**

**Uwe Mallin  
geboren in  
Goslar**

**Juni 2010**

Anmerkung 1:

*Einstellung* bezeichnet in der Psychologie die implizite Gesamtbewertung einer oder mehrerer Personen, z.B. Vorurteile, Sympathie/Antipathie, die unter affektiven, kognitiven und Verhaltensaspekten zustande kommt. Die Einstellung einer Person legt sie auf bestimmte Handlungsweisen fest. Die Einstellungsforschung klärt die Zusammenhänge von Einstellungen, Verhalten und Handeln und forscht u.a. danach, unter welchen Bedingungen Einstellungsmuster zustande kommen.

Anmerkung 2:

Der Übersichtlichkeit halber und um eine unnötige Textverlängerung und erschwerte Lesbarkeit zu vermeiden wird in der vorliegenden Arbeit bei den Personenbenennungen immer das generische Maskulinum verwendet, d. h. das weibliche Geschlecht ist selbstverständlich immer mitgemeint.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Jörg Fengler  
Zweite Gutachterin: Prof. Dr. Susanne Nußbeck  
Tag der Disputatio: 03.12.2010

Danksagung.

Den langgehegten Wunsch, einige Aspekte meiner 40-jährigen Berufspraxis wissenschaftlich –forschend genauer unter die Lupe zu legen, konnte ich mir mit der hier vorgestellten Arbeit endlich erfüllen. Dass ich dies im Rahmen einer Dissertation gewagt habe, verdanke ich zunächst meinem Kollegen Dr. Rudolf Stross, der mich mit meinem Doktorvater bekannt machte.

Und dass ich eine solch umfangreiche Arbeit überhaupt neben meiner Praxistätigkeit als Psychotherapeut in den über vier Jahren von 2006 bis 2010 bewerkstelligen konnte, verdanke ich vor allem der unendlichen Geduld meiner Frau und meines Sohnes, die mich nach einiger Zeit zwar liebevoll „Dissertator“ titulierten, aber dies verständlicherweise, weil sich viel Privates an den Wochenenden meiner Arbeitswut unterordnen musste. Meinem Sohn möchte ich an dieser Stelle ganz besonders danken, da er neben seinen Abiturvorbereitungen und nachfolgendem Studium nicht nur alle 30000 erhobenen Daten in das SPSS- Rechenprogramm eingab, sondern später auch aus dem Ausland nebenher das Literaturverzeichnis fertigstellte und die erste Formatierung vornahm, Hilfestellungen, ohne die ich wohl jetzt noch nicht fertig wäre.

Danken möchte ich auch meinen Mit-DoktorandenInnen, die mir in den Kolloquien Anregungen mitgaben, insbesondere aber Frau Denise Kempen, die mich mit der Methodik der ‚Grounded Theory‘ bekannt machte und auch ermutigenden Zuspruch gewährte. Dank auch Frau Eva Sindern, die meine statistischen Hypothesen in SPSS- Rechenprozeduren umsetzte. Frau Carolin Wall hat mit bewundernswerter Geduld Diagramme gezeichnet und die vorliegende Fassung der Arbeit neu formatiert.

Sehr wohltuend waren die freundschaftlichen und unterstützenden Gespräche mit Dr. Sarah Rembold. Ihr verdanke ich u.a. hilfreiche Hinweise zum richtigen Umgang mit dem ‚formalen Kram‘ in der Universitätshierarchie.

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich bei Prof. Jörg Fengler, der mich kritisch-wohlwollend, mit einer beeindruckenden Gelassenheit und mit Humor und mit hilfreichen Anregungen durch Schwierigkeiten meines Forschungsprozesses begleitete.

Diese wegen ihres Umfangs und Inhalts keinesfalls leicht zu verdauende Dissertation hat er zum Schluss eines präzisen und peniblen Lektorats unterzogen, sodass auch daraus noch sehr sinnvolle Korrekturen möglich wurden. Dies half mir sehr, das Projekt zu einem guten Ende zu bringen.

Ganz besonders zu Dank verpflichtet bin ich vor allem meinen Klienten, die sich bereit gefunden hatten, die vielen und teils schwierigen, vor allem aber zahlreichen Fragen geduldig zu beantworten. Ihnen möchte ich diese Arbeit widmen!

Bonn, den 14.06.2010

# Inhaltsverzeichnis

|  |            |
|--|------------|
| <b>Einführung und Gliederung der Kapitel.....</b>  | <b>1</b>   |
| <b>1. Einleitung .....</b>   | <b>3</b>   |
| 1.1 Psychotherapie-Wirkungsforschung - wozu? .....   | 3          |
| 1.2 Wann kann eine therapeutische Intervention als wirksam betrachtet werden? .....  | 6          |
| 1.3 Ursprung meiner Fragestellungen .....  | 8          |
| 1.4 Fragestellungen .....  | 9          |
| 1.5 Zielsetzung meiner Arbeit .....  | 11         |
| 1.6 Theoretischer Hintergrund, Konstruktion und Besonderheiten der Studie.....   | 14         |
| 1.7 Die Bedeutung der Klientenperspektive in dieser Arbeit .....   | 15         |
| 1.8 Ausblick.....  | 16         |
| <b>2. Stand der Forschung.....</b>   | <b>18</b>  |
| 2.1 Forschungskontext.....   | 18         |
| 2.2 Ergebnisse in der Psychotherapieforschung .....  | 21         |
| 2.3 Das Allgemeine Psychotherapiemodell von Orlinsky und Howard .....  | 48         |
| <b>Empirischer Teil: Darstellung der Methoden.....</b>   | <b>57</b>  |
| <b>3.Grundlagen und Konstruktion des HILF .....</b>  | <b>57</b>  |
| 3.1 Zum Begründungszusammenhang dieser Studie mit der Wirkfaktorenforschung .....  | 57         |
| 3.2 Einführung in den Forschungsgegenstand.....  | 68         |
| 3.3 Fragestellungen und Hypothesen.....  | 70         |
| 3.4 Die Zielsetzung dieses Forschungsansatzes .....  | 72         |
| 3.5 Methodische Überlegungen zur Konzeption des Fragebogens HILF.....  | 75         |
| 3.6 Konstruktion des Fragebogens HILF .....  | 77         |
| <b>4. Fragebögen zur Erfassung von Einstellungen bei Therapeuten und Klienten.....</b>   | <b>95</b>  |
| 4.1 Eigene Fragenkataloge: KLIENTENPROFIL, ERST und ABSCHLUSSFRAGEBOGEN .....  | 95         |
| 4.2 Fragebogeninventare: BFKE, FMP, FPI-R .....  | 104        |
| <b>5. Darstellung der Forschungsmethode der Qualitativen Inhaltsanalyse .....</b>  | <b>112</b> |
| 5.1 Theoretische Einführung .....  | 112        |
| 5.2 Einige Modelle inhaltsanalytischer Datenauswertung.....  | 114        |
| 5.3 Die ‚Grounded Theory‘ von Glaser und Strauss .....   | 118        |
| <b>Ergebnisteil .....</b>  | <b>127</b> |
| <b>6. Deskriptive Statistiken der Fragebogeninventare FPI-R, BFKE, FMP und<br/>Fragenkataloge ERST, ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, Zusatzfragen HILF .....</b> | <b>127</b> |
| 6.1 Untersuchungsablauf .....  | 127        |
| 6.2 Allgemeine statistische Angaben zum Untersuchungskollektiv.....  | 128        |
| 6.3 Fragebogeninventare FPI-R, BFKE, FMP .....   | 130        |
| 6.4 Eigene Kurzfragenkataloge (ERST,ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, Zusatzfragen im HILF) .....   | 134        |
| 6.5 Diskussion der korrelativen Zusammenhänge (ERST, Zusatzfragen HILF,<br>ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, BFKE, FMP).....                                      | 148        |
| <b>7. Qualitative und quantitative Auswertung des HILF .....</b>   | <b>149</b> |
| 7.1 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Auswertung des Fragebogens HILF .....   | 149        |
| 7.2 Auswertung der skalierten Fragebogendaten (HILF) mittels Faktorenanalysen. ....  | 196        |
| 7.3 Diskussion: Nutzen der Forschungsergebnisse .....  | 227        |
| <b>8. KLIENTENPROFIL.....</b>  | <b>256</b> |
| 8.1 Einführung in die Fragestellungen .....  | 256        |
| 8.2 Fragestellungen .....  | 258        |
| 8.3 Deskriptive Auswertungen der Skalierungen .....  | 258        |
| 8.4 Korrelationsstatistische Auswertungen .....  | 258        |
| 8.5 Diskussion der Ergebnisse aus der Auswertung des KLIENTENPROFILs.....  | 286        |
| 8.6 Gesamt-Diskussion der Ergebnisse in Kap. 8.....  | 294        |
| <b>9. Diskussion des Forschungsansatzes und der Ergebnisse .....</b>   | <b>299</b> |
| <b>Literatur .....</b>   | <b>316</b> |
| <b>Anhang: Die Fragebögen .....</b>  | <b>327</b> |

## Einführung und Gliederung der Kapitel

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Therapeuteninterventionen aus der Sicht von Klienten und vom Therapeuten selbst erhobenen Ersteindrücken. Diesem Forschungsinteresse dient eine synoptische Betrachtungsweise ausgewählter Aspekte der Psychotherapie-Prozessforschung im Rahmen des *Allgemeinen Psychotherapiemodells von Orlinsky und Howard*. Konzeptionell werden Einschätzungen des Therapeuten durch seine Klienten per Fragebögen, eine Selbsteinschätzung des Therapeuten per Fragenkatalog und weitere Klientendaten mittels Fragenkatalogen und -bögen erhoben und auf Zusammenhänge hin untersucht.

Die Arbeit gliedert sich in neun Kapitel.

Das **erste Kapitel** leitet in die Thematik dieser Arbeit ein. Es umreißt kurz die Notwendigkeit von Wirkungsforschung, zu der auch im weiteren Sinne die Prozessforschung zählt, erläutert die Entstehung, Ausformulierung und Zielsetzung der Fragestellung, weist auf die Besonderheiten dieser Studie hin.

Das **zweite Kapitel** beschreibt den Forschungskontext, den Stand der Forschung und den Begründungszusammenhang mit dieser Arbeit. Der Begriff ‚Psychotherapie‘ wird definiert. Ausführlich werden die Wirksamkeits- und die Prozessforschung sowie deren bisherige Forschungsergebnisse dargestellt. In einem ‚historischen Exkurs‘ werden die Paradigmenwechsel aufgezeichnet, ausgehend von der Frage, ob Therapie überhaupt hilft. Im weiteren geht es von der Frage, welche Methodik (Therapieschulen) effektiver sei, zur Differenzierung von Wirkungsforschung und Prozessforschung bis hin zur Darstellung der Abkehr von Effizienzstudien und der Hinwendung zur Effektivitätsforschung im Rahmen von naturalistischen Studien. Darüber hinaus werden die Merkmale der Interaktion zwischen Therapeut und Klient und das Psychotherapiemodell von Orlinsky und Howard beschrieben, das dem theoretischen Modell der vorliegenden Untersuchung zu Grunde liegt.

Im **dritten Kapitel** wird der Aufbau des Hauptfragebogens HILF (Erfassung ‚hilfreicher Therapeuteninterventionen‘) dargestellt. Nach der Einführung in den hier entwickelten Forschungsgegenstand wird die Zielsetzung meines Ansatzes dargelegt. Methodische Überlegungen zur Konzeption des HILF schließen sich an, gefolgt von den daraus abgeleiteten Fragestellungen und Hypothesen. Im Weiteren werden die Konzeption und die Entwicklung des Vorfragebogens PILOT beschrieben und wie daraus der eigentliche Fragebogen HILF weiterentwickelt wurde.

Direktive Verhaltensregulation‘

Im **vierten Kapitel** werden weitere speziell für diese Arbeit konstruierten Fragenkataloge vorgestellt:

Das **KLIENTENPROFIL** zur Erfassung des Therapeuten-Ersteindrucks von der Therapeut-Klient-Passung auf der Therapeutenseite und der ERST, der die Befragung der Klienten ‚eröffnet‘. Daneben werden Fragebögen zu Klientenerwartungen (BFKE) und zur Therapiemotivation (FMP) vorgestellt und deren Auswahl unter anderen eventuell möglichen Fragebögen begründet. Schliesslich wird unter den vorgestellten Fragebögen zur Erfassung allgemeiner Persönlichkeitsfaktoren der FPI-R ausgewählt, dessen Zweck in dieser Untersuchung darin besteht, dass das hier untersuchte Klientenkollektiv mit einer dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechenden Normstichprobe auf Abweichungen hin verglichen werden kann.

Das **fünfte Kapitel** stellt eine für meine Arbeit besonders geeignete Forschungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Herangezogen wurde unter den kurz erläuterten Alternativen die Methode der *Grounded Theory* nach Glaser und Strauss. Es wird die Methodik des offenen, axialen und selektiven Kodierens dargestellt, unter deren Anwendung die von den Klienten aufgeschriebenen hilfreichen Therapeuteninterventionen inhaltlich ausgewertet, geordnet, verschiedenen Kernkategorien zugeordnet werden und einen „roten Faden“ bilden.

Im **sechsten Kapitel** werden die Auswertungsergebnisse der Fragenkataloge ERST und ABSCHLUSSFRAGEBOGEN sowie den Fragebögen FPI-R, BFKE und FMP vorgestellt. Insbesondere werden die unter bestimmten Fragestellungen aufgestellten Hypothesen geprüft und deren Ergebnisse dargestellt. Bei diesen Fragestellungen geht es in erster Linie um ausgewählte Zusammenhänge von Vorerfahrungen Motivation, Behandlungserwartungen und Veränderungen in der Wahrnehmung der Problematik beim Klienten.

Das **siebte Kapitel** stellt die Ergebnisse der qualitativen und quantiven Auswertung des HILF vor. Im ersten Teil werden die einzelnen Schrittfolgen in der Auswertung und Bündelung der Kodierungen des inhaltlichen Materials anhand von Beispielen dargestellt und die vier gewonnen Kernkategorien hinsichtlich ihrer Bedeutungen expliziert und in einen theoretischen Zusammenhang gestellt. Im zweiten Teil werden verschiedene faktorenanalytische Lösungen zu der Frage vorgestellt und bewertet, welche Variablen hilfreicher Therapeuteninterventionen aus Klientensicht können gemeinsamen Faktoren zugeordnet werden? Im dritten Teil werden beide methodischen Verfahren, die der qualitativen Inhaltsanalyse und die der quantitativen Faktorenanalyse hinsichtlich ihrer Ergebnisse verglichen und zu der Frage Stellung genommen, ob sich wesentliche Therapeuteninterventionen als Wirkfaktoren in einem Fragebogen abbilden lassen?

Das **achte Kapitel** stellt die Ergebnisse aus der Auswertung des KLIENTENPROFILs vor. Zahlreiche potentielle Zusammenhänge der Variablen dieses Fragenkatalogs untereinander und mit den anderen hier vorgestellten Fragebögen werden untersucht und deren Ergebnisse erläutert.

Im **neunten Kapitel** werden noch einmal der gesamte Aufbau der Untersuchung reflektiert, die Ergebnisse synoptisch zusammengeführt. Der hier verfolgte Forschungsansatz wird vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstandes kritisch hinterfragt.

*„Wenn uns etwas misslingt, mögen wir enttäuscht sein –  
Aber wenn wir es gar nicht erst versuchen, sind wir schon gescheitert!“*

(Spruch von Beverly Siles, gefunden an einer Hauswand in Stein am Rhein)

# 1. Einleitung

Mit dieser Forschungsarbeit geht es mir ähnlich wie Orlinsky (1998 S. 71) der (vermutlich händeringend) schrieb:

*„Wie sehen Psychotherapiepraktiker und Psychotherapieforscher einander im allgemeinen? Die Antwort ist: noch nicht wirklich "face-to-face". Zu oft betrachten Forscher Psychotherapie "über die Schultern" von Psychotherapeuten, "hinter deren Rücken hervor", vorsichtig dem zusehend, was Psychotherapeuten machen, aber die Psychotherapeuten dabei nicht sehr klar sehend.*

*Dies macht es den Forschern leicht, in Diskussionen über die Arbeit von Praktikern einen kritischen Ton anzuschlagen, weil es leicht ist, jemanden zu kritisieren, wenn man ihm nicht "geradewegs in die Augen sehen" muß.*

*Andererseits tendieren Praktiker dazu, Psychotherapieforschung durch die gespreizten Finger ihrer vorgehaltenen Hände zu betrachten, wie Kinder, die im Kino einen ängstigen Film sehen. Sie wissen zwar, daß etwas Wichtiges bei dieser Sache passiert, aber sie möchten nicht direkt hinschauen, weil sie den Verdacht haben, der Projektor werde das zeigen, was sie im Geheimen fürchten. Sie werfen vielleicht ab und zu einen schnellen Blick hin, schauen aber hauptsächlich in andere Richtungen.“*

## 1.1 Psychotherapie-Wirkungsforschung - wozu?

Psychotherapeuten und Wissenschaftler verhalten sich wie alle Menschen: sie legen Wert darauf, zwischenmenschlichen Erfahrungen Bedeutungen zuzuschreiben, selbst wenn diese objektiv gesehen nicht existieren mögen; dies tun sie, indem sie unter Nutzung ihres riesigen Gedächtnisspeichers zeitliche und räumliche Zusammenhänge konstruieren. Damit geben sie der Unübersichtlichkeit des therapeutischen Geschehens eine Sinn stiftende Bedeutung. Auch in dieser Studie werden begriffliche Repräsentanzen für einige Aspekte der komplexen Interaktionen zwischen Therapeut und Klient gesucht und ausformuliert, mit dem Wissen, dass die dabei entstehenden Theorien von deren Wirksamkeit oder auch Nicht-Wirksamkeit unter geänderten Forschungsperspektiven wieder in Frage gestellt werden können.

Meine Studie beschäftigt sich mit dem prozessualen Aspekt der Wirkungsforschung, wenngleich sie keine Zusammenhänge zwischen Prozessmerkmalen in der Psychotherapie und einer nachweisbaren Wirkung im Sinne von Effizienz untersucht.

Die Wirkungsforschung trat ursprünglich lediglich dafür an, dass sie Psychotherapie als wissenschaftlich gerechtfertigte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem zu rechtfertigen vermöge. Die *Verwissenschaftlichung* vom „Dienst am Patienten“ soll in erster Linie belegen, dass wissenschaftlich untermauertes Wissen über Zweifel erhabenes Wissen sei. Mit dieser Konstruktion wären alle aus diesem Wissen abgeleiteten Maßnahmen per se unangreifbar. In diesem Sinne ist die Psychotherapie-Wirkungsforschung vor die Aufgabe gestellt worden, sich mittels der Verwissenschaftlichung der Psychotherapie zu rechtfertigen, was zwangsläufig heißt, sie weiter zu professionalisieren, da in unserer rational-aufgeklärten und positivisti-

schen Kultur die Berufung auf wissenschaftliches Wissen zu den anerkannten Bedingungen einer Professionalisierung gehört.

Ich sehe es als selbstverständlich an, daß ein Wissen nur dann als "wissenschaftlich" gehandelt werden kann, wenn sein Anspruch auf weiterführende, „objektive“ Erkenntnis die Möglichkeiten der Überprüfung wissenschaftlich begründeter *Zweifel* mit einbezieht. Was als vermutlich richtig postuliert wird, müßte ja auch falsifizierbar sein können (denn empirische Theoreme können nie mehr als ‚wahrscheinlich‘ sein). Der Philosoph Karl Popper sagt dazu, dass wissenschaftliche Aussagen prinzipiell nicht verifizierbar sind, sondern als vorläufige Aussagen zu betrachten sind, bis sie falsifiziert werden.

Am Anfang der Suche nach eindeutigen „Erkenntnissen“, aus denen eine Theorie generiert werden soll, stehen zunächst erste subjektive Gültigkeitsvermutungen und Hypothesenbildungen von Praktiker-Entdecker-Forschern, die sich dann einer systematischen Überprüfung durch andere Forscher aussetzen müssen, deren Ergebnisse dann eine erneute Infragestellung erfahren und wiederum weitere Forscher auf den Plan rufen. Diese ziehen aus den bis jetzt bekannt gewordenen Widersprüchen neue Schlussfolgerungen. und wenn es diesen oder einer der nächsten Forschergenerationen schließlich gelingt, weitere Kritik in überprüfbarer Weise zu entkräften, dann könnten wir - ganz im Sinne einer nomothetischen<sup>1</sup> Forschung - von signifikantem, generalisierbarem und letztlich universalem „Wissen“ sprechen! Davon sind wir vermutlich unerreichbar weit entfernt; wir hätten schon den Goldstandard einer wissenschaftlichen Forschung erreicht, wenn wir zu hinreichend objektiven Ergebnissen gelangten. Allerdings wissen wir auch, dass wissenschaftliche Erkenntnis im Sinne einer Generierung von Wissen fortwährend einem nicht abschließbaren Prozess in der Auswertung von subjektiven über inter-subjektiven bis hin zur objektiven (das heißt lediglich, gegenwärtig allgemein anerkannten) Teil-Erkenntnissen unterworfen ist.

In der Regel werden aber zunächst einmal die Gleichgesinnten (und Gralshüter!) einer Gemeinschaft von Aposteln der Forschung und Lehre für sich reklamieren, festzulegen, welches Wissen sie als gesichert gelten lassen wollen, da ihnen ja nur die eigenen Standards der Nachweis-Forschung unverdächtig sind. Aus diesem Grunde werden zur Rechtfertigung der eigenen Forschungsmethoden die interessierenden Fragestellungen meist so bearbeitet, dass man sich zur Rechtfertigung nicht selten auf eine kleinere Anzahl von ähnlich angelegten empirischen Arbeiten (aus der engeren Verwandtschaft der Forschergilde) bezieht, in denen ähnliche oder gleiche Fragestellungen in ähnlicher oder gleicher Weise bearbeitet worden sind. So kommt man damit zu ähnlichen Ergebnissen, die dann auch oft noch aneinander validiert werden. Damit ist eine normative Binnenkultur geschaffen, die, nimmt man z.B. ein Therapieverfahren, dem Forscher-Therapeuten eine Erkenntnistheorie und -Pragmatik zubereitet, die sein Konzept zu bestätigen scheint.

Dem praktizierenden Psychotherapeuten stehen unterschiedliche Wissenssammlungen zur Verfügung. Sie sind aber nur zum Teil wirklich wissenschaftlich fundiert. Es bleibt ihnen trotz ihres Anspruchs auf Professionalität ja auch gar nichts anderes übrig, als die nur begrenzt und oft unvollständig überprüften Erkenntnisse zu nutzen, weil sie praktische Probleme lösen müssen und nicht Grundsatzfragen klären. Damit sind der wissenschaftlichen Verwertung praktischen therapeutischen Handelns im Sinne einer optimalen Professionalisierung Grenzen gesetzt. Praktische Fragen der Psychotherapie werden natürlicherweise im individuellen Therapieprozess vor allem in fallspezifischen Problemen aufgeworfen und sind nur

---

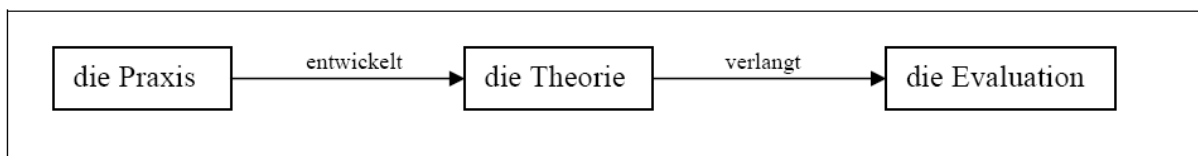
<sup>1</sup> *Nomothetisch* (griechisch *nomos* ‚Gesetz‘ und *thesis* ‚aufbauen‘) bezeichnet eine Forschungsrichtung, bei der das Ziel wissenschaftlicher Arbeit die Abstraktion des untersuchten Phänomenen ist, d.h. allgemeingültige Gesetze abgeleitet werden. Ihre Methoden sind experimentell, oft reduktionistisch, die erhobenen Daten quantitativ.



begrenzt durch Ableitung aus wissenschaftlich Erforschem zu lösen. Deren Lösungen ergeben sich eben nicht aus durch Erforschung generierten regelbestimmten und methodisch fundierten Wissens - selbst wenn sich praktische Probleme mit Erfahrung, viel Übung und mithilfe Empirie-gestützter Manuale bearbeiten ließen.

Im Gegenteil: Das persönliche implizite Wissen des erfahrenen Psychotherapeuten kann seinerseits eine Transformation bis hin zu einer Neubewertung wissenschaftlichen Wissens in Gang setzen. Wenn dieser Anspruch auch für die vorliegende Arbeit nur in Ansätzen gelten kann, so soll doch eine bescheidene Bereicherung des wissenschaftlichen Diskurses versucht werden. Gerade die Erfahrung des Praktikers muß offensiv in die wissenschaftliche Diskussion Eingang finden! So ist z.B. zu vermuten, dass die Überzeugung von Psychotherapeuten von einer hilfreichen Wirkung ihrer Interventionen und der Vermittlung von Selbstverständlichkeit ihrer therapeutischen Methoden diese Interventionen erst wirklich hilfreich werden lassen. Hinter dem Blickwinkel von Evaluationsbemühen findet sich an dieser Stelle das altbekannte Dilemma wieder: Verum oder Plazebo?

Um diese Frage zu beantworten, müssen sich die Überzeugungen der Psychotherapeuten gemäß dem folgenden Paradigma der Wirk(samkeits)forschung überprüfen lassen, die sich im idealen Falle in folgenden Schritten entwickelt: der *Praxeologie* folgt eine *Theorie*, die sich durch *Evaluation* behaupten will und kann oder auch nicht.



(Damit ist diese Entwicklung nicht zu Ende; aus der Evaluation ergeben sich neue Fragestellungen und damit eine neue Praxis und dieses Spiel setzt sich dann spiralmäßig auf einer höheren Ebene fort)

Mithilfe der *Praxeologie* lassen sich bestimmte Problematiken beschreiben, die von den Behandlern mit bestimmten, in einem Rahmen vorgegebenen, Maßnahmen (Interventionen) gemäß ihren Überzeugungen geklärt werden (sollen).

Mithilfe der *Theorie* soll belegt werden, daß die Praxeologie zur Problemklärung beiträgt und in welcher Weise sie es tut, wobei sie mit ihrem Nachweis die Entstehungsbedingungen und das Fortbestehen der zu behandelnden Problematik aufklären sollte.

Mithilfe der *Evaluation* ließe sich zeigen, ob sich aus der Theorie tatsächlich die Klärung des Problems vorhersagen ließe, wie es die Praxeologie beschreibt.

## 1.2 Wann kann eine therapeutische Intervention als wirksam betrachtet werden?

Zu unterscheiden sind die nach wissenschaftlichen Gütekriterien gesicherte Wirksamkeit und die Praxisbewährung einer psychotherapeutischen Intervention.

Wirksam ist (im Sinne des bisher gültigen wissenschaftlichen Standards) eine Maßnahme dann, wenn sie die Probleme, die sie zu klären beansprucht, auch klärt, und zwar nicht nur einmal, sondern wiederholt, mit unterschiedlichen Behandlern, in unterschiedlichen *Settings*, zu verschiedenen Zeiten. Damit hätte sie eine hinreichende (hohe) Vorhersagekraft, wäre reliabel, objektiv und valide.

Wollte man das Optimum eines Wirkungsnachweises erreichen, so müsste man unter Laborbedingungen randomisierte Kontrollgruppenvergleiche herbeiführen. Erweist sich eine therapeutische Maßnahme gegenüber der Beobachtung einer Kontrollgruppe ohne Maßnahme als überlegen, sprechen wir von Wirksamkeit, oder wenn sie eine vergleichbare Wirkung wie eine Kontrollgruppe erzielt, die nach einer Maßnahme behandelt worden ist, deren Wirksamkeit als valide gilt.

Wirksamkeitsnachweise nach dem Standard des randomisierten Kontrollgruppenvergleichs können allerdings zu Ergebnissen führen, die kaum praxisrelevant sind: Zum Beispiel sagen gruppenstatistische Wirkungsvergleiche für sich genommen nichts über die Wirkung im Einzelfall aus. So können sich die statistischen Parameter einer untersuchten psychotherapeutischen Maßnahme von denen einer Kontrollgruppe unbehandelter Klienten als überlegen erweisen, ohne dass es auch nur einen behandelten Klienten gäbe, der gebessert wäre.

Die Chance, die Wirksamkeit einer Intervention oder Behandlungsmaßnahme nachzuweisen, nimmt zu, je mehr es gelingt, die tatsächliche Komplexität der eine Problematik konstituierenden Faktoren auf eine oder einige wenige labormäßig eingegrenzte Verhaltens- oder Bedingungsvariable(n) zu reduzieren.

Maßnahmen, die sich labormäßig als wirksam erweisen, könnten sich möglicherweise in der therapeutischen Praxis aber nicht bewähren, weil die vorausgesetzte Monokausalität oder Eindeutigkeit in der Praxis gar nicht existiert, oder weil es nicht möglich ist, die Hintergrundinflüsse der Intervention in der Praxis labormäßig zu kontrollieren, oder weil die Erklärung dieser Wirkung falsch ist.

Damit soll nicht grundsätzlich gegen Kontrollgruppenvergleiche polemisiert werden, sondern es soll vielmehr für die im Rahmen der Wirksamkeitsforschung bisher noch sehr vernachlässigten „naturalistischen“ Studien mit dem Ziel der Evaluation von Praxeologie plädiert werden. Damit ließe sich dem Postulat der Bewährung von Maßnahmen, z.B. Interventionen, in der Praxis mehr gerecht werden.

Um Wirkfaktoren begründet postulieren zu können, muss genau hingeschaut werden, was in Psychotherapiesitzungen tatsächlich geschieht.

Psychotherapeuten wie auch ihre Klienten sind nur begrenzt fähig, genau zu beschreiben, was in einer Sitzung geschehen ist, das gilt auch für die Beschreibung der Therapeuteninterventionen. Sie liefern deshalb auch keine allzu validen Informationen. Die Therapeuten neigen dazu, ihre Interventionen/Maßnahmen implizit in der „Sprache“ ihrer (theoretischen) Konzepte zu beschreiben. Auch die Validität der Therapieerfolgsprognose von Therapeuten dürfte kein sicheres Erfolgskriterium sein. Empirische Hinweise auf mögliche Ursachen fehlen bislang. Vielleicht führte die Berücksichtigung weniger relevanter Eindrücke aus Therapiesitzungen zur geringen Validität der Erfolgsprognose? Meyer und Schulte (2002) überprüften die Zu-

sammenhänge zwischen Erfolgsprognosen von Therapeuten, ihrer Wahrnehmung unterschiedlicher Aspekte des Therapieprozesses und dem Therapieerfolg anhand von Daten aus 60 unselektierten Therapien von 15 Therapeuten. Die geringe Validität der Erfolgsprognose von Therapeuten wurde bestätigt. Sie steht, wo überhaupt, am deutlichsten mit ihrer Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung in Zusammenhang. Diese korreliert nicht mit dem Therapieerfolg, anders als ihre Wahrnehmungen von Therapiefortschritten. Die Autoren zogen aus diesem Ergebnis die Schlußfolgerung, dass die Validität ihrer Erfolgsprognose sich verbessern ließe, wenn Therapeuten hierzu stärker als beobachtete Fortschritte den Eindruck einer guten therapeutischen Beziehung berücksichtigen würden.

Klienten können nur über die Begrifflichkeit ihrer Alltagssprache verfügen, die allerdings wenig präzise ist und wiederum in die Sprache therapeutischer Begrifflichkeit übersetzt werden muss. Wenn auch als scheinbare Auflösung dieses Dilemmas sich die externe Beobachtung und Kategorisierung der Bewertung von erfahrenen Forscher-Kollegen anbietet, (aber wirklich nur scheinbar, da auf diesem Weg die intrapsychischen Prozesse der Beteiligten in einer *blackbox* verschwinden), so lohnt es sich m.E. doch auf jeden Fall, zur Überprüfung von Wirksamkeit des therapeutischen Geschehens (hier: von Therapeuten-Interventionen), Klienteneinschätzungen genauer unter die Lupe zu nehmen (Meyer, F. & Schulte, 2002).

Als Praktiker mit dem Anspruch auf Professionalität bin ich daran interessiert, dass meine Interventionen hilfreich sind, d.h. wirken, vor allem aber auch möchte ich wissen, wodurch, damit ich sie optimieren kann. An dieser Stelle muß ich auf die Gratwanderung meines Forschungsansatzes aufmerksam machen, die darin besteht, dass ich einerseits mich der w.o. beschriebenen (S.7) nomothetisch begründeten Forschungsmethoden bediene (um zu objektivierbaren, replizierbaren Daten, „Erkenntnissen“, zu gelangen) und andererseits herausarbeite, welches implizite subjektive „Faktenwissen“, welche Einstellungen und Haltungen auf beiden Seiten der Klient-Therapeut-Dyade auf den Therapieprozess einwirken. Letztere sind am Moment des therapeutischen „Zaubers“ in wenig bekannter, weil schwerlich objektivierbarer, Weise beteiligt. Anders ausgedrückt: es könnte durchaus sein, dass der forschende Kollege (wenn er diese Arbeit liest) fragt: was hat dieser Autor wohl an Erkenntnis zur Wirksamkeit von Therapeuten-Interventionen belegen können? Es liegt auf der Hand, daß ich diese Frage – trotz des enormen Aufwands meiner Studie – nur insofern beantworten kann, als dass in dieser Arbeit mit einer neuen Methodik immerhin deutlich gemacht werden konnte, welche Wirksamkeit Klienten den unterschiedlichen Interventionen ihres Therapeuten zumessen. Dies dürfte durchaus ein Erkenntnisfortschritt in der Erforschung relevanter Wirkmechanismen in Therapieprozessen sein!

Dennoch bleibt es vermutlich noch längere (Forschungs-)Zeit eine offene Frage, in wieweit eine Forschung zu optimierbarem Therapeutenverhalten überhaupt auf dem richtigen Wege wäre.

*„Dann seufzte der Gelbe Kaiser tief und sagte : Tief ist mein Irrtum.“ (Lieh-Tsu)*

### 1.3 Ursprung meiner Fragestellungen

Die Idee zu dieser Arbeit erwuchs ursprünglich aus meiner therapeutischen Erfahrung, daß in einem nicht unerheblichen Maße „**den Punkt treffende**“ (eine Art „Aha“-Erlebnis auslösende verbale oder nicht-verbale) **TherapeutenInterventionen** von Klienten als hilfreiche, auf seinen therapeutischen Prozess Einfluß nehmende Hilfestellungen wahrgenommen werden.

Als eine der beiden forschungsrelevanten Annahmen hatte ich formuliert:

Diejenigen Therapeuten-Interventionen, die vom Klienten als „hilfreich“ erkannt werden (können), lassen sich als **hilfreiche TherapeutenInterventionen** im Sinne therapierelevanter Wirkfaktoren im Informations- u. Deutungs austausch zwischen Klient u. Therapeut beschreiben. Vor dem (Hinter-)Grund der eher universalen Faktoren wie Echtheit, Wärme, Einfühlung etc. (welche nur einen Teil der Varianz von Wirkfaktoren abdecken) heben sie sich als **Figur** in der Wahrnehmung des Klienten hervor. Wirksame Interventionen *treffen den Punkt*, haben eine erkennbare Prägnanz.

Inspiziert durch mehrere Gespräche mit Prof. Jörg Fengler, Ende 2005, setzte ich mich mit seinen sehr hilfreichen und das Thema perspektivisch erweiternden Anregungen auseinander. Fengler hatte bereits 2003 Überlegungen veröffentlicht, welche Merkmale von Therapeuten-Interventionen zu deren Effizienz beitragen könnten (Fengler, 2003, 2006). Er stellte die Frage, „wie psychotherapeutische Interventionen konstruiert werden müssen, damit sie wirksam werden können.“ Als Antwort formulierte er vier heuristische<sup>2</sup> „Dimensionen“ psychotherapeutischer Interventionen:

#### I. Dimension *Anschlußfähigkeit*

Der Therapeut erleichtert dem Klienten den *Anschluß* sowohl an ihn selbst als auch zur therapeutischen Arbeit, wobei vor allem „*Chemie und Passung, Verständlichkeit des Therapeuten, Erster Eindruck, Neugier, Kompetenz-Vermutung, Differenz erleben*“ gemeint sind (diese Merkmale finden sich zum großen Teil auch in meinem Fragebogen zur Therapeuteneinschätzung der Therapeut-Klient-Passung wieder). Weiterhin zählt Fengler das „*Reizwort/Zauberwort*“ und den „*Kairos, den günstigen Zeitpunkt*“ der Therapeutenintervention dazu.

#### II. Dimension: *Leichtigkeit und Eleganz*

Hiermit sind neben „*Ökonomie, Ressourcen-Nutzung, Lösungs-Orientierung*“ u.a. *Techniken des erfahrenen Therapeuten zur Auflösung festgefahrener Einstellungs- und Reaktionsmuster auf (sprach-)spielerische und sprachreduktionistische Weise*“ gemeint (in meinem qualitativen Ergebnisteil als „Techniken des erfahrenen Therapeuten“ beschrieben, beinhaltet auch meine ursprüngliche Formulierung von ‚den Punkt treffenden‘ Therapeuten-Interventionen und findet sich auch in den Ergebnissen des qualitativen Teils meiner Untersuchung wieder).

#### III. Dimension: *Evidenz/Metaevidenz*

Hier sieht Fengler insbesondere „*Logik/Plausibilität, Intuition*“, *Nutzung von Überraschungsmomenten, Umdeutung, Perspektivenwechsel und Evidenzerzeugung konstituierende Elemente*“ (in meinem qualitativ gewonnenen Ergebnisteil als etwa vergleichbar mit ‚Direktive Verhaltensregulation‘ u. ‚Anleitung zur Suche nach alternativen Sichtweisen und Lösungen‘ beschrieben)

---

<sup>2</sup> **Heuristik** (griech. *Heuriskein* ‚(auf-)finden‘, ‚entdecken‘) bezeichnet die Kunst, mit begrenztem Wissen und wenig Zeit zu guten Lösungen zu kommen

#### IV. Dimension: *Wirkung/Konsequenz/Effizienz*

Mit dieser Dimension benennt Fengler „*Vertiefung, Intensivierung, Ausdehnung und Festigung von in der Therapie entstandenen Erkenntnissen und Erfahrungen auf weitere Horizonte*“ (in meiner Studie ‚Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt‘, ‚Anleitung zur Selbstexploration‘, ‚Aufbruch im Geiste‘, ‚Aufbruch im Handeln‘ und ‚Selbstwertgewinn‘)

Fengler machte dann den Vorschlag, die von ihm postulierte Dimension II (*Leichtigkeit und Eleganz*) zu untersuchen. Wegen der methodisch-experimentellen Schwierigkeiten in der Operationalisierung dieser Dimension, da hilfreiche Therapeuteninterventionen sich eben nicht nur unter diesem einen Aspekt isolieren lassen, entschied ich mich im Verlaufe der endgültigen Formulierung meiner Fragestellungen dann sinnvollerweise auch, meine o.g. sehr eng gefaßte Annahme zu erweitern und ohne Einschränkungen Klienten nach jeglicher Art von aus ihrer Sicht hilfreichen Therapeuteninterventionen zu befragen.

Daß sich die inhaltsanalytische kategoriale Beschreibung der von meinen Klienten benannten hilfreichen Therapeuten-Interventionen gar nicht so weit von Fenglers vier Dimensionen unterscheiden, sehe ich durchaus als ein erfreuliches Ergebnis an, auch wenn die Zielrichtung meiner Untersuchung ursprünglich eher enger angelegt war.

### 1.4 Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit hat in erster Linie zum Ziel, ein *synoptisches* Modell der Therapeut-Klient-Beziehung im Wirkungsfeld des psychotherapeutischen Prozesses zu entwickeln, mit dem sowohl als wirksam (im Sinne von hilfreich) empfundene therapeutische Interventionen als auch Aspekte der Therapeut-Klient-Passung beschrieben werden können. Daher nimmt sie ausgewählte Aspekte des psychotherapeutischen Wirkprozesses unter die Lupe, mit dem Ziel, diese als relevante Merkmale eines Therapeut-Klient-System abbilden zu können. Zugrunde liegt ein die zahlreichen Einflüsse zusammenführendes Modell von Wechselwirkungsprozessen in der Psychotherapie (siehe das w.u. dargestellte Prozessmodell von Orlinsky (Orlinsky & Howard, 1987, 1988).

Zwei aus dem Modell von Orlinsky & Howard ableitbare Hypothesen werden einer Überprüfung unterzogen. Zum einen wird das postulierte Prozessmerkmal ‚Hilfreiche Therapeutenintervention‘ zum Prozessmerkmal „Selbstbezogenheit des Klienten“ in Beziehung gesetzt. In der Operationalisierung dieser Modellannahme werden die Klienten gefragt, welche Art von Therapeuteninterventionen sie als hilfreich erinnern. Damit kann das untersuchte Prozessmerkmal evaluiert werden. Zum anderen wird in einem eigenen Untersuchungsteil die aus Therapeutensicht wahrgenommene ‚Therapeut-Klient-Passung‘ auf Zusammenhänge mit multimethodal erfassten Klienten-Vor-Einstellungen geprüft. Zur Umsetzung dieses Forschungsansatzes wurden entsprechende Fragenkataloge konstruiert, mit denen **psychotherapeutische Interaktionen aus Klientensicht und Ersteindruck des Therapeuten** skaliert werden können.

In dieser Studie werden als relevant postulierte Merkmale im Prozess der psychotherapeutischen Interaktion zwischen Therapeut und Klient erfasst. Das heißt, dass die Interaktionen hinsichtlich nachvollziehbarer unterschiedlicher, aber zusammenhängender Prozessvariablen genauer betrachtet werden. Diese Variablen werden operationalisiert und mittels adäquater Auswertungsmethodiken so in einem kategorialen System von Wirkzusammenhängen verankert, dass sie replizierbar und gegebenenfalls in nachfolgenden Untersuchungen auch validierbar sein sollten. Wenn ich auch in der Konstruktion meines Untersuchungsdesigns beide Seiten der therapeutischen Interaktion berücksichtige, habe ich doch den Hauptfokus auf **die Perspektiven des Klienten** gelegt, weil es vor allem die eigenen Worte und Begrifflichkeiten

der Klienten selbst sind, mit denen sich die Wirksamkeit von Therapeutenfaktoren hinsichtlich der bei ihnen ablaufenden inneren Veränderungsprozesse am besten einschätzen lassen. Orlinsky (1994) z.B. ist der Ansicht, dass vor allem die Beschreibungen der Klienten den Therapieerfolg zuverlässig vorherzusagen könnten.

Die von mir entwickelten Erhebungsinstrumente sollen Zusammenhänge von einzelnen Wirkkomponenten der psychotherapeutischen Einflußnahme auf das therapeutische System untersuchen. Es lässt sich dann ein vorläufiges Teilmodell psychotherapeutischer Interventionen entwickeln, anhand dessen sich bestimmte Einstellungs- und Handlungsaspekte des Therapeuten strukturell bestimmen lassen. Da das von mir zugrundegelegte Modell lediglich erprobender Natur ist, wird nicht der Anspruch erhoben, gefundene Wirkfaktoren-Konstrukte systematisch zu validieren, da die Anlage meiner Studie lediglich einen explorativen Charakter hat. Die e i n e Theorie psychotherapeutischer Wirksamkeit, die die einzig 'richtige' wäre, kann es ohnehin nicht geben. Dies liegt im Wesen der Psychologie selbst, deren Gegenstand die Variabilität menschlicher Eigenschaften und Verhaltensweisen ist. Jedes beobachtbare menschliche Verhalten ist eine mögliche Erscheinungsform eines einzigartigen Individuums. Die Zielsetzung meines Projektes besteht darin, einen kleinen, ausgewählten Beitrag zur Entwicklung eines Prozess-Modells der Psychotherapie zu leisten, welches sowohl von methodisch-integrativem Wert als auch von Praxisrelevanz für die Optimierung der adaptiven Gestaltung therapeutischer Interaktionsprozesse wäre. Mir kommt es darauf an, einige (erste) Eckpunkte eines synoptischen Modells der Therapeut-Klient-Interaktion im psychotherapeutischen Prozess darzustellen.

Die Absicht, Einschätzungen von Klienten in Bezug auf ihre Therapie oder Beratung auf vergleichsweise unproblematische Art und Weise für die Forschung und eventuell spätere Praxis erheben zu können, führte zu der Idee, einen Fragebogen zu entwickeln, der sich auf Gesichtspunkte des therapeutischen Geschehens bezieht, von denen angenommen werden kann, dass sie in ambulanten Therapien eine Rolle spielen und somit auch von allen Klienten beurteilt werden können, unabhängig von der Schulausrichtung des Therapeuten.

Im Einzelnen lauten meine Fragestellungen:

- **Ermöglicht die induktive Theoriebildung einen weiteren Erkenntniszuwachs im Vergleich zum Standard deduktiv-theoriegeleiteten Vorgehens zum Verständnis ‚hilfreicher‘ Therapeuteninterventionen?**
- **Lässt sich die Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung ‚hilfreicher‘ Therapeuteninterventionen als neues geeignetes Forschungsinstrument zur Erfassung von Wirkfaktoren im Therapieprozess nutzen?**
- **Lässt sich mit der Untersuchung des Erst-Eindrucks des Therapeuten von seinen Klienten (am Ende einer ersten Sitzung) dessen erstes vorläufiges implizites Konstrukt beschreiben, das sich der Therapeut hinsichtlich deren ‚Therapiequalität‘ macht?**
- **Welche Zusammenhänge zwischen Erst-Eindruck des Therapeuten mit von den Klienten ‚mitgebrachten‘ Vor-Erfahrungen, Motivationen, Erwartungen, Akzeptanzproblemen und ihrer Öffnungsbereitschaft bestehen unter dem Blickwinkel der Therapeut-Klient-Passung?**
- **Stellt die in dieser Studie entwickelte Modellbildung einen Erkenntniszuwachs in der Erforschung der Therapeut-Klient-Interaktion unter dem Blickwinkel von Einstellungen bei Klient und Therapeut und von Interventionen des Therapeuten dar?**

## 1.5 Zielsetzung meiner Arbeit

Um diese Forschungsarbeit mit einem kalkulierbaren Aufwand durchführen zu können, kam ich nicht umhin, in dem gesamten komplexen und keinesfalls überschaubaren Feld der Psychotherapieforschung eine auf zwei Foci reduzierte Position zu beziehen, das heißt ich konnte nur zwei der vielen möglichen Fragestellungen zu diesem Thema bearbeiten. Es wird mir auch nur ansatzweise gelingen, meine Befunde in den gegenwärtigen Stand der Forschung einzuordnen. Dies liegt darin, dass die riesige Vielzahl von unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen, Forschungsansätzen und Untersuchungsdesigns der Psychotherapie die Integration von Forschungsergebnissen enorm erschwert. Daher lassen sich die Forschungsbefunde kaum noch differenziert überblicken und in einer Zusammenschau integriert darstellen (Lambert, Garfield & Bergin, 2004b). Ich möchte daher an dieser Stelle deutlich machen, dass diese Studie als Pilotstudie verstanden werden sollte, die zu weiterführenden Forschungen in dieser Richtung anregt.

Diese Arbeit ist daher dem Anspruch verpflichtet, möglichst das Gemeinsame therapeutischer Haltung und therapeutischer Interventionen zu beschreiben. Mein Ansatz entspricht auch dem Bemühen eines wachsenden Stromes gegenwärtiger Psychotherapieprozessforschung, nach **schulenübergreifenden** „Wirkfaktoren“ therapeutischer Prozesse zu suchen, vom Schulendenken wegzukommen und integrative Ansätze von Psychotherapie zu entwickeln.

Die den Schulen verpflichteten differentiellen Effizienz-Forschungsarbeiten haben inzwischen weitgehend ihre Schuldigkeit getan, und die Überprüfungen von schulenspezifischen Theorien in der Praxis sind an ihre Grenzen gestoßen. Wurde in der Vergangenheit überwiegend die Frage nach dem Therapieerfolg gestellt, so blieb die wesentliche Frage, wodurch eigentlich die Erfolge bewirkt wurden, noch weitgehend unbeantwortet, und das, wo doch sowohl für die Forschung als auch für den Praktiker das Verständnis des therapeutischen Prozesses und der in ihm wirkenden Faktoren noch viel bedeutsamer ist.

Es wäre jetzt an der Zeit, verschiedene Forschungsstrategien zu einem sinnvollen Gesamtprozess zusammen zu führen. Hierbei sollten die schon zahlreichen experimentellen und retrospektiven sowie Feld-Studien zu Therapieerfolg durch Feld-Prozessstudien über Interaktionen der an der Therapie beteiligten Partner ergänzt und deren Wirkungen analysiert werden. Dabei vertrete ich die Ansicht, dass jetzt die Zeit da ist, das Paradigma des bisher verfolgten positivistischen Wissenschaftskonzeptes zu verlassen und weiter auf dem Boden eines ganzheitlichen, phänomenologischen Ansatzes zu forschen.

Um diese Forderung in der Tat umsetzen zu können, müssen zukünftig nachvollziehbare Beschreibungskategorien für psychotherapeutische Prozesse im Sinne von Wirkzusammenhängen entwickelt werden. Diese **Wirkfaktoren oder -Kategorien** sollten inhaltlich umschrieben und empirisch objektivierbar sein, so dass sie sich dann in weiteren Untersuchungen überprüfen ließen. Einschränkend will ich an dieser Stelle vorwegnehmen, dass über der gesamten Diskussion zur Wirksamkeit von Therapeuteninterventionen und auch später über der Diskussion der Forschungsergebnisse meiner eigenen Arbeit die Frage schwebt, ob es möglicherweise um das paradoxe Vorhaben ginge, Therapeuteninterventionen im Sinne eines "Über-einen-Kamm-scheren" zu optimieren. Das würde meines Erachtens Nivellierung bedeuten und somit gerade die Wirk-Chance in der Einzigartigkeit der Begegnungsmomente einer spezifischen Therapeut-Klient-Verschrankeung entwerten. Somit bleibt es eine schwierige Frage, ob es anzustreben sei, dass Wirkfaktoren so erforscht werden sollten, dass sie replizierbar und sogar validierbar (z. B. an einem Kriterium ‚Therapieerfolg‘) sein sollten.

Psychotherapeuten unterscheiden sich nachweislich hinsichtlich ihrer Effektivität (wie natürlich jeder einzelne Therapeut für sich selbst im Hinblick auf die vermeintliche Effektivität seines Kollegen schon längst vermutet hat), unabhängig von ihrer schulenspezifischen Ausbildung. Zum Beispiel geht Bernhard Strauß (2008) auf eine Arbeit von Okishi et al. (2003; 2006) ein, in der gezeigt werden konnte, dass erfolgreiche Psychotherapeuten zehnmal effektiver sind als erfolglose Psychotherapeuten. Die Forscher identifizierten die obersten 10 und untersten 10 Prozent hinsichtlich ihres Therapieerfolgs und stellten unübersehbare Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der von ihnen festgelegten Erfolgsprädiktoren fest.

Um das Zu-Stande-Kommen dieser Unterschiede besser zu verstehen, dürfte qualitative Prozess-Wirksamkeitsforschung sehr hilfreich sein.

Die Einsatzmöglichkeiten qualitativer Methodiken der Psychotherapieforschung sind zahlreich. Sie eignen sich idealerweise zur Beschreibung dessen, was im Therapieprozess vor sich geht, und ganz besonders dafür, dass man der Erfassung der innerpsychischen Vorgänge beim Therapeuten und Klienten ein Stückchen näher kommen kann. Sie ermöglichen es z. B., psychotherapeutische Interventionen im Einzelfall nachvollziehbar zu machen. Während quantitative Methoden die Generalisierbarkeit von Daten (Nomothetik) und den ihnen zugeordneten Hypothesen anstreben, hat der qualitativ auswertende Psychotherapieforscher mehr die *ideografische Gestalt* im Fokus. Der Forscher ist mit prozessualen Momentphänomenen konfrontiert, wie z.B. der Frage:

*Wäre diese oder jene Therapeutenintervention hilfreich aus der Sicht des Klienten und wie reagiert dieser darauf?*

Eine solche Frage bezieht sich auf eine Sequenz einer kommunikativen bzw. psychotherapeutischen Situation. Diese ist von ihrer Grundstruktur her immer durch Zusammenhänge festgelegt, wobei die klinischen Phänomene, die sich in einer solchen Situation finden, immer auch unterdeterminiert sind. Nach der *Unterdeterminiertheitsthese* (z.B. Quine, 1980) sind Theorien durch ihre Beobachtungsdaten nicht eindeutig bestimmt. Es gibt grundsätzlich immer konkurrierende (klinische) Theorien in Bezug auf eine Datenmenge empirischer oder klinischer Beobachtungen, die mit diesen kompatibel sein können. Auch die Theorien können dabei untereinander sehr wohl inkompatibel sein. Qualitative Methoden (quantitative Methoden dagegen nur sehr eingeschränkt!) können aber sehr hilfreich sein, um die Schlussfolgerungen aus klinischen Phänomenen zur Formulierung einer klinischen Handlungstheorie nachvollziehbar zu machen.

Qualitativ-inhaltliche Analysen können besonders der Therapieprozessforschung dienlich sein, d. h., für die Abläufe innerhalb der Therapiesituation (s. hierzu Hill & Lambert, 2004). Moustakas (1990) zeigte z. B., wie sich das Erleben der intuitiven Kommunikation zwischen Therapeut und Klient mittels einer heuristischen Forschungsmethode auf einer sehr persönlichen Ebene untersuchen lässt. Moustakas formuliert sechs Phasen heuristischer Forschung:

1. **Initial engagement** (Motiv und Motivation des Forschers, seine Fragestellung)
2. **Imersion** (Eintauchen in die Fragestellung und kreative Suche nach Informationen und Konzepten)
3. **Incubation** (‘Ausbrüten’ und Konzentration)
4. **Illumination** (Ausleuchtung, Bewusstwerdung, Erkenntnis)
5. **Explication** (Fokussierung, zusammentragen bisherige Erkenntnisse, Explikation impliziter Muster und Zusammenhänge, Herausarbeiten des Hauptthemas, Zusammenlegen passender Puzzleteile)
6. **Creative Synthesis** (Schließen der Gestalt)

Ich muss an dieser Stelle zugeben, dass ich anfangs mit einem gewissen Vorurteil bzw. gewissen Bedenken in dieser Untersuchung eine qualitative Untersuchungsmethode - und diese



auch noch als Schwerpunkt - eingeschlossen hatte. Ich stand damit in der Reihe vieler Forscher, die qualitative Methoden für unwissenschaftlicher als quantitative Methoden einschätz(t)en, weil z. B. die *Gütekriterien* oder die Ergebnisse *methodisch* schwerer nachvollziehbar wären.

Jedoch stehen die Gütekriterien in der qualitativen Forschung in ihrer Zuverlässigkeit denen in der quantitativen Forschung keinesfalls nach; lediglich werden vielfach andere Methoden herangezogen (ein Überblick dazu in Hill & Lambert, 2004). In meiner Studie konnten die Ergebnisse der quantitativen Untersuchungsmethode an den Ergebnissen des korrespondierenden qualitativen Untersuchungsteils hinsichtlich ihrer Plausibilität bzw. Wahrscheinlichkeit überprüft werden (und umgekehrt).

Die Nachvollziehbarkeit auf der Ebene der angewandten Methodik lässt sich in meiner Arbeit durch die konkreten Ablaufschritte des offenen und axialen Kodierens nach der Methode der *Grounded Theory* von Strauss & Corbin (1996) darstellen.

Beim gegenwärtigen Stand der Psychotherapieforschung erscheint es mir ganz besonders notwendig, eine auf die `normale´ Praxis fokussierte Forschung zu betreiben.

Die hier vorliegende Untersuchung ist als Feldstudie somit in die **praxisrelevante, naturalistische Psychotherapie-Prozessforschung** einzuordnen. Sie ist so angelegt, daß auf der einen Seite das Bild erfaßt wird, das sich der Therapeut zu Therapiebeginn von den „Therapie-Qualitäten“ (im Sinne einer von ihm intuitiv angestrebten Passung) seines Klienten macht (intuitiver Ersteindruck) und auf der anderen erfasst wird, mit welchen Erwartungen und (Vor-)Einstellungen der Klient in die Therapie geht und welche Interventionen seines Therapeuten er als hilfreich erlebt. Dabei werden auch einige hypothetische Zusammenhänge zwischen beiden Aspekten untersucht. Wie bekannt, gibt es im Sinne der Wirksamkeit von Therapieprozessen sinnvollerweise Zusammenhänge zwischen beiden Sichtweisen, die mehr oder weniger schon in zahlreichen methodischen Arbeiten zu isolierten Fragestellungen untersucht worden sind, welche sich aus Untersuchung eines Therapieprozesses ergeben.

Im Sinne des systemtheoretischen Beobachtungs- und Erkenntnisbegriffes des Soziologen Niklas Luhmann (1992) ist meine Arbeit unter drei Fragestellungen aufgestellt:

- Inhaltliche Unterscheidungen: was wird untersucht? (unterschiedliche Aspekte eines synoptischen Modells der Therapeut-Klient-Beziehung),
- methodische Unterscheidungen: wie wird untersucht? (induktiv, deduktiv) und
- empirisch bestimmte Unterscheidungen: welche Befunde liegen vor? (qualitative und quantitative Daten).

Da die Psychotherapieforschung ein sehr heterogenes Forschungsfeld darstellt, dessen meist in Gruppenvergleichen gewonnenen Erkenntnisse nur schwer zu integrieren und auf die Praxis zu übertragen sind, soll vor diesem Hintergrund als entscheidendes Forschungsparadigma dieser Studie ein Untersuchungsansatz entwickelt werden, bei dem exemplarisch in einer quasi-Einzelfallstudie mit sowohl qualitativen als auch quantitativen Methoden induktiv und deduktiv dem unmittelbaren Geschehen im Therapieprozess möglichst nahe zu kommen versucht wird.

Weiterhin ist diese Arbeit als *ex-post-facto*-Anordnung konzipiert, da weder die Anforderung für experimentelle noch jene für quasi-experimentelle Untersuchungen ganz erfüllt sind. Sowohl unabhängige als auch abhängige Variable werden gemessen, Störvariablen können nicht kontrolliert werden. Aus diesem Grund ermöglichen Ex-post-facto-Designs nur korrelative Aussagen. Der Vorteil besteht darin, dass mit geringem personellem Aufwand sehr viele Daten erhoben werden können, wie hier in der von mir durchgeführten Befragung.

## 1.6 Theoretischer Hintergrund, Konstruktion und Besonderheiten der Studie

Mein Motiv, die beschriebenen Fragestellungen zu untersuchen, ergibt sich sowohl aus der Erfahrung eigener jahrzehntelanger Praxis als auch aus dem Austausch mit erfahrenen Kollegen unterschiedlicher „Schulherkunft“.

Den theoretischen Hintergrund meines Forschungsansatzes bilden die Überlegungen von Grawe, vor allem aber von Orlinsky und Howard, und anderen Forschern mit ähnlichen Forschungsansätzen. Grawe arbeitete an den Grundlagen einer „Allgemeinen Psychotherapie“ und postulierte fünf Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen: therapeutische Beziehung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, therapeutische oder motivationale Klärung und Ressourcenaktivierung, die er aus eigenen empirischen Befunden und der Metaanalyse zahlreicher Arbeiten anderer Forscher entnahm. Allerdings konnte er diese nicht in systematisch angelegten Forschungsdesigns nachweisen. Wichtig für meine Überlegungen war jedenfalls Grawes Postulat von Therapieschulen-unabhängigen Wirkfaktoren, die weniger oder vielleicht gar nicht durch theoretische Deduktionen hergeleitet, sondern nur durch Therapieprozess-Forschung mittels geeigneter Erfassungsinstrumente extrahiert werden können. Mit solch einem Instrument – wie es auch in dieser Arbeit konzipiert wird – lassen sich Klient-Therapeut-Systeme und Therapeut-Klient-Systeme im Sinne struktureller Zusammenhänge abbilden.

An dieser Stelle gestehe ich, mit einiger Scham, aber in aller Offenheit, daß ich bei redlichem Bemühen um therapeutische Abstinenz hinsichtlich eigener Vorlieben, um Toleranz, Objektivität, Empathie und kritischer Hinterfragung meiner Empfindungen für den Klienten dennoch lieber mit Klienten arbeite, die mir im Sinne der im achten Kapitel beschriebenen Therapeut-Klient-Passung „zusagen“ und die mit einer positiven Einstellung und Erwartungshaltung die Beratung/Therapie beginnen (auch wenn ich mich anständig bemühe, aus guten Gründen gleichfalls den im Ersteindruck weniger "zusagenden" Klienten gerecht zu werden). Ich habe daher einen Fragenkatalog entworfen, um meine vorwissenschaftliche, intuitive Eingenommenheit gegenüber meinen Klienten festzuhalten. Denen wird es ähnlich gehen: Ob sie hilfreiche Interventionen erkennen und wie sie diese bewerten, hängt natürlich auch von ihrer (Vor-)Einstellung (Erwartungshaltung, Sympathie, Passung) sowohl der Beratung/Therapie an sich als auch mir, dem Therapeuten gegenüber, ab. Es hätte mich brennend interessiert, wie meine Klienten einen analogen Fragebogen zur Klient-Therapeut-Passung aus ihrer Sicht beantwortet hätten, jedoch wurde aufgrund der zu erwartenden massiven Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit darauf verzichtet, da die Klienten ihren Ambivalenzkonflikt zwischen Abhängigkeit vom Wohlwollen des Therapeuten und aufrichtigen Antworten kaum anders als zugunsten der ersteren Alternative hätten lösen können. (Lediglich ein Teil der Klienten, die den Abschluß-/Katamnesefragebogen nicht zurückgeschickt hatten, könnten u.U. auf diese Weise ihre Unzufriedenheit mit der Therapie oder dem Therapeuten ausgedrückt haben.)

Als weitere Besonderheiten meiner Arbeit finden sich einerseits der Ansatz, daß in einer Feldstudie exemplarisch der Therapeut seine eigenen Einstellungen und Erwartungen gegenüber seinen Klienten dokumentiert und derselbe Therapeut dokumentieren läßt, welche seiner Interaktionen die Klienten als hilfreich erleben und andererseits die Methodik, daß der Untersucher in einer Doppelrolle zwischen dem methodischen Forscher und dem Praktiker fungiert.

Man muss sich auch grundsätzlich klarmachen, dass Forschung und Praxis eher verschiedene Ziele verfolgen. In der Forschung, die ja dem kritischen Fachpublikum zugänglich gemacht

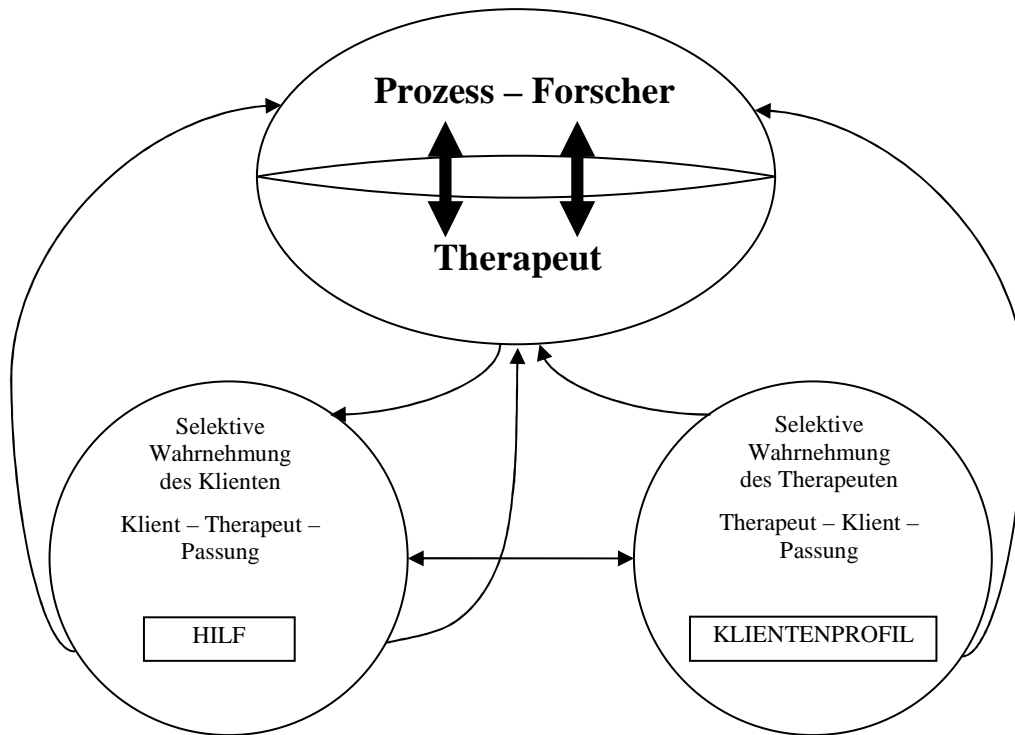
werden soll, müssen die Beobachtungswege, die Analyse und die Erkenntnisschritte sowie die Schlussfolgerungen nachvollziehbar dargestellt werden. Der praktizierende Therapeut dagegen zieht aus der jeweiligen situativen Interaktion mit seinem Klienten intuitiv unmittelbare Erkenntnisse, aus denen er zielgerichtete offene und verdeckte Handlungsanweisungen entwickelt, welche die nächste Interaktionssequenz hervorrufen. Seine Art der Erkenntnisgewinnung hat fast ausschließlich eine funktionale Bedeutung und lässt sich nicht theoriebildend verwenden.

## **1.7 Die Bedeutung der Klientenperspektive in dieser Arbeit**

Mir sind noch keine Untersuchungen bekannt geworden, in denen der Therapeut sich selbst zum Gegenstand der Untersuchung macht, indem er seine Interventionen durch den Klienten inhaltlich, unmittelbar nach Sitzungsende, per Fragebogen evaluieren lässt und die Ergebnisse sowohl nach einem strengen methodischen Konzept inhaltsanalytisch als auch mittels korrelationsstatistischer Verfahren faktorenanalytisch darstellt. Ganz besonders aber sind in der vorliegenden Arbeit Fragen der Bereitschaft und Offenheit berührt, beide Seiten sollen Intimes von sich preis geben, sich „bewerten“, „in die Karten schauen“ lassen.

In der bisherigen Forschung wurde die Klienten-Perspektive noch wenig berücksichtigt, es sei denn, dass Einschätzungen zur jeweiligen Therapiestunde oder katamnestisch zum Therapieerfolg eingeholt oder auch herausragende Momente therapeutischen Geschehens bewertet wurden. Sehr viel mehr wurden Therapeuten nach ihren Interventionsabsichten befragt bzw. diese von externen Beobachtern eingeschätzt, weniger jedoch die Klienten danach, wie sie diese Interventionsabsichten oder die konkreten Interventionen erlebten bzw. bewerteten.

Mich interessierten zwei Aspekte des therapeutischen Geschehens: auf der Seite der Klienten deren Wahrnehmung/Erinnerung *hilfreicher Therapeuteninterventionen* und auf der Seite des Therapeuten sein intuitiver (höchst subjektiver) Ersteindruck vom Klienten hinsichtlich der Therapie-*Passung* im Sinne eines „therapiegeeigneten“ und „sympathischen“ Gegenübers. Dies sei an folgendem sehr vereinfachenden Schaubild demonstriert:



**Abb. 1: Vereinfachtes Modell der Klient-Therapeut-Interaktion aus der Perspektive dieser Studie.**

Schließlich soll auch die Frage untersucht werden, ob die vom Klienten in die Beratung/Therapie mitgebrachten Einstellungen, Motivationen und Erwartungen in einem Zusammenhang mit der Einschätzung seines Therapeuten ihm gegenüber in Zusammenhang stehen. Die Fragenkataloge und Fragebögen dieser Arbeit sollen psychotherapeutisches Geschehen und Erleben demnach sowohl aus der Klienten- als auch der Therapeutensicht erfassen, was die Vorgehensweise von der klassischen Forschung um Grawe und von vielen anderen Autoren insofern unterscheidet, als diese Kodierinstrumente für Wirkmomente in Therapeut-Klient-Interaktionen entwickelt haben, die sich der Einschätzung neutraler Rater (Beobachter) bedienen (so z.B. Grawe et al., 1999).

Üblicherweise werden Untersuchungen der vorliegenden Art nicht in einer Einzelpraxis, sondern im Rahmen universitärer oder institutioneller, eher großangelegter Forschungsprojekte durchgeführt, da Studien im Rahmen der Psychotherapieforschung mit meist großem Forschungsaufwand verbunden sind. Dieser betrifft die Komplexität der Fragestellungen, der Untersuchungsbedingungen, das Problem der Stichprobengewinnung, die Durchführung und Auswertung umfangreicher Fragebogenbatterien. Ein solcher Forschungsaufwand wäre auch in dieser Arbeit schließlich mit einem für nur eine Person allein enormen und in dieser Form nicht vorgesehenen Aufwand verbunden!

## 1.8 Ausblick

Zukünftige Forschung sollte sich vor allem denjenigen Aspekten von Psychotherapie zuwenden, die vom kontextuellen Modell (Wampold, 2001) hervorgehoben werden, so z.B. der Passung von Klienten und Therapeuten und der unterschiedlichen Wirkfaktoren therapeutischen Vorgehens aus Sicht der Klienten.

Im Hintergrund meiner Überlegungen steht die von Jüngst (2002, S.10) gegebene Antwort auf seine Frage: "Warum sollte ein einheitliches Betriebssystem für die Therapieforschung gefunden werden?" Er schreibt, dass eine Therapieforschung nur dann Nutzen bringen und integrativ in Richtung einer Allgemeinen Psychotherapie wirken kann, wenn sie eine einheitliche Begrifflichkeit findet, mit der die unterschiedlichen Aspekte des Therapieprozesses (Rolle des Grundlagenforschers, Rolle des Therapieforschers, Rolle des Praktikers und Rolle des Klienten) für alle Teile verständlich beschrieben werden können und wenn dieses Begriffssystem auch für die unterschiedlichen Therapieschulen "anschlußfähig" ist.

*"Mithilfe dieser einfachen begrifflichen Unterscheidungen muss es möglich sein, das Therapieschehen neutraler - ohne die Brille einer Therapieschule - zu beschreiben. Diese Unterscheidungen müssen für die Forschung operationalisierbar und dadurch konkret erfassbar sein (**Ebene der Beschreibung**).*

*Es muss auch möglich sein, mithilfe dieser einfachen Begriffe Modelle über intrapsychisches und interpersonelles Funktionieren zu generieren. Diese wiederum können die Ergebnisse der Forschung integrieren und organisieren (**Ebene der Theoriebildung**).*

*Weiterhin muss diese gewünschte einfache Begrifflichkeit für die Therapeuten unterschiedlicher Therapieschulen "anschlußfähig" sein [...], das heißt sie muss sich möglichst einfach und widerspruchsfrei mit bisherigen Begrifflichkeiten kombinieren lassen. Außerdem müssen die Begriffe der Ableitung einfacher Handlungsregeln für Therapeuten erlauben (**Ebene des Handels**)."* (S.10)

Sehr zum Nachdenken regte mich der nachfolgende Gedanke von Henry (Henry, 1998, S.126) an:

*„If I had given this talk several years ago, I might have said that my greatest fear was that psychotherapy research would have **no** effect on clinical training. Today, my greatest fear is that it **will** - that psychotherapy research might actually have a profoundly **negative** effect on future training.“*

Ich hoffe sehr, daß dieser Ausspruch von Henry eher eine Verunsicherung eines Forschers vor gut 12 Jahren als Reaktion auf den Paradigmenwechsel nach einer bis dahin überwiegend zelebrierten Effizienzforschung zu verstehen ist. Ich gehe nicht davon aus, daß Psychotherapieforschung vergeblich und überflüssig sei oder gar als schädlich einzustufen, sondern daß sie weitere Erkenntnisse zur Wirkung von Psychotherapie produziert und damit weitere und weiterführende Fragestellungen ermöglicht. Ich hoffe auch, daß meine eigene Forschungsarbeit dieses Zitat Lügen strafen kann, indem sie bisher wenig untersuchte Fragestellungen in ein neues Licht und interessante Antworten bereit stellt.

## 2. Stand der Forschung

### 2.1 Forschungskontext

#### Was meint der Begriff „Psychotherapie“ im Rahmen dieser Arbeit?

„Psychotherapie is

- (1) a *relation among persons*, engaged in by
  - (2) one or more individuals defined as *needing special assistance* to
  - (3) improve their *functioning* as persons, together with
  - (4) one or more individuals defined as *able to render such special help*.“
- (Orlinsky & Howard (1978), S.284)

Eine weitere Definition stammt gleichfalls aus dem Jahre 1978 vom Wiener Psychotherapeuten Hans Strotzka:

*„Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“* (Strotzka, 1978, S.4).

Nach Strotzka gehören zum Therapieablauf neben der Planung der Therapie der eigentliche Interaktionsprozess, die gemeinsame Absprache bezüglich Behandlungsbedarf und Therapiezielen, die erlernbaren Techniken als psychologisches Agens, die verbalen und nonverbalen Kommunikationsmittel, die Qualität der emotionalen Beziehung und die Einflussnahme auf die intrapsychischen Wirk- und Veränderungsprozesse (Strotzka, 1996).

Ganz allgemein lassen sich zur Frage, was Psychotherapie denn sei, die folgenden Voraussetzungen beschreiben:

- Psychotherapie ist keine private sondern eine (professionelle) soziale Interaktion, die aufgrund bestimmter Merkmale von anderen Wegen professioneller sozialer Interaktion unterschieden werden kann.
- Ein zentrales Merkmal von Psychotherapie beinhaltet die Unterscheidung in eine Klienten- und eine Therapeutenrolle, wobei der Klient umschriebene Fehlanpassungen oder/und eine umfassende psychische Störung präsentiert und der Therapeut als Experte für die Behandlung dieser Art von Störung/Psychopathologie bezeichnet wird.
- Die Störungen des /der Klienten können nach verschiedenen Diagnosen unterschieden werden.
- Die Ausbildung bzw. das Angebot des Therapeuten kann nach verschiedenen Therapiemethoden unterschieden werden.

Der Psychotherapeut, aber auch der Arzt, der Seelsorger, der Heiler, der Schamane oder sind wichtige äußere und innere Leitfiguren, auf welche die Klienten/Patienten sich einlassen. Die Entscheidung des Klienten, sich auf die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten einzulassen und der Wille, sich im Rahmen eines vorübergehenden Arbeitsbündnisses mit dem Therapeuten zu ändern, ist eine entscheidende Voraussetzung für den Heilungsprozess. Der hierbei ablaufende psychotherapeutische Prozess wird durch den Therapeuten in seinen vielen Funktionen, z.B. als Lotse, Begleiter, Freund oder Beichtvater gefördert.

Psychotherapie zielt auf Veränderung von inneren Einstellungen, Werthaltungen und Verhaltensweisen auf Klientenseite ab.

Die Auseinandersetzung mit diesen vorgefundenen Gegebenheiten und ihre Modifizierung wird dadurch gefördert, dass dem Therapeuten von Seiten des Klienten ein hohes Maß an fachlichem Wissen, emotionalem Vermögen und an Vertrauenswürdigkeit unterstellt wird. Eine intensive, emotionale, vertrauensvolle Beziehung ist ein wesentliches Agens der Psychotherapie.

Mein eigenes heuristisches Verständnis von Psychotherapie möchte ich hier kurz beschreiben, zumal dieses ja auch dem Konzept meiner Arbeit zu Grunde liegt. Unter Psychotherapie verstehe ich im engeren Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit Interventionsmaßnahmen im Sinne eines geplanten, bewußten interaktionellen Prozesses bei problematischen/beeinträchtigten kognitiven und affektiven Verhaltens- und Reaktionsmustern, sowohl im psychotherapeutischen Problemkontext als auch im Rahmen von zwischenmenschlichen Beziehungen. Diese inadäquaten Funktionsmuster (so genannte Syndrome) treten als behandelnswerte psychische Anpassungs- oder Dysfunktionen in Erscheinung. Beide Seiten, Klient und Therapeut, müssen sich über die Behandlungsnotwendigkeit verständigen können. Das Therapieziel ist die Symptom- oder Konfliktminimierung oder/und die Einstellungs- bzw. gar die partielle Struktur(ver)änderung der Persönlichkeit und soll über verbale und averbale Kommunikation erreicht werden. (Nicht einbeziehe ich hier die isolierte Behandlung einzelner gestörter Funktionen wie z.B. psychologisches Training von Stotterern, dissoziale und psychotische Störungen).

Ich bin mir allerdings darüber im Klaren, daß ich dem Definitionsdilemma nicht entgehen und obiges keine umfassende Definition sein kann, da noch andere, auch verborgene oder (noch) nicht erforschte unspezifische Wirkfaktoren wie Placebos zu einer psychotherapeutischen Wirkung beitragen.

Unterschiedlich betrachtet wird die Zugehörigkeit der Psychotherapie zu ihren kulturell-historischen Wurzeln:

Aus der **Sicht der Medizin** ist die Psychotherapie Diagnostik-gestützte Krankenbehandlung und daher in Deutschland Heilbehandlung, die primär die Medizin für sich reklamiert.

Aus **psychologischer Sicht** stellt die Psychotherapie eine Untergruppe klinisch-psychologischer Verfahren dar, da zwischen klinischer Psychologie und Psychotherapie eine enge Verbindung gesehen wird, die sich vor allem durch die geschichtlich bedingte Entstehung der Psychotherapieforschung aus der klinisch-psychologischen Forschung begründet. Diese Sichtweise sieht die Psychotherapie vor allem unter methodischen Gesichtspunkten, das heißt, psychotherapeutische Verfahren werden als Bestandteile eines Instrumentariums verstanden, die bei psychischen Störungen eingesetzt werden. Die Basis der psychotherapeutischen Methoden ist in mehr oder weniger ausgearbeiteten Theorien menschlichen Verhaltens und Erlebens zu finden, die definitionsgemäß das Forschungsinteresse der psychologischen Wissenschaft darstellen.

Eine dritte Sichtweise wird durch die **Psychoanalyse/Tiefenpsychologie und die Humanistische Psychologie** vertreten. Beide verstehen unter Psychotherapie eine eigenständige Disziplin.

lin und leiten sich ursprünglich aus der Philosophie her, modifiziert allerdings auch aus der Psychologie und der Medizin.

Aus dem hier Gesagten geht hervor, dass weder Medizin noch Philosophie noch Psychologie die Psychotherapie als ihr eigenes Erzeugnis reklamieren können. Geschichtlich und genealogisch gesehen dürften sich meiner Meinung nach Philosophie und Psychologie die Elternschaft für Psychotherapie zuschreiben, wobei die Medizin als Geburtshelfer und Gouvernante fungierte und den heranwachsenden pubertierenden Spross " Psychotherapie " stets argwöhnisch bewachte. Dieser Sprössling lehnte zunächst Erfahrungen und Erkenntnisse der Elternwissenschaften arrogant ab, entwickelte heftig protestierend seinen wissenschaftlichen Gegenentwurf, um später schließlich ein wenig reumütig die Erfahrungen der Älteren in sein Selbstbild zu integrieren.

Psychotherapien lassen sich auf verschiedenen Ebenen erforschen, die allerdings nicht wirklich abgrenzbar sind und in ihren Beschreibungen oft zu unscharfer Begrifflichkeit führen. Als Beispiel dafür sei das 4-Ebenen-Modell von Blaser et al. (1992) genannt:

1. Strategien (Verfahren, Therapietheorie)
2. Methoden (Interventionen, aus dem Verfahren hergeleitet)
3. Interventionen (Aussagen/Handlungen des Therapeuten)
4. Wirkfaktoren (spezifische und unspezifische, allgemeine)

Ergänzen lässt sich dieses (nicht als hierarchisch geordnetes zu verstehende) Modell z.B. nach Frauchiger (1997) mit einer übergeordneten Ebene von Metatheorien, mit der z.B. das Menschenbild, die Ethik oder die Gesellschaftstheorie einer Therapieschule auf einer umfassenderen theoretischen Ebene erfasst werden können.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der o.g. dritten Ebene des o.g. Modells von Blaser et al., der Ebene der Interventionen. Dabei werde ich einen explorativ-verstehenden Ansatz vertreten. Ich werde mich einer übergreifenden, therapieschulenunabhängigen Sprache bedienen, zur annähernden Beschreibung dessen, wie Therapeuteninterventionen aussehen können und wie ihre Klienten darauf reagieren einerseits und mit welchem Erst-Eindruck der Therapeut zu seinem Klienten in Beziehung tritt andererseits.



## 2.2 Ergebnisse in der Psychotherapieforschung

### 2.2.1 Historische Entwicklung von Psychotherapieforschung

#### Hilft Psychotherapie überhaupt? Und wenn ja: welche Schule hat das beste Konzept?

Nach Rudolf (1998) befindet sich die Psychotherapieforschung - historisch gesehen - gegenwärtig in der vierten Phase. Nach der ersten Phase von Katamnese-Auswertungen (circa ab 1930), der zweiten Phase der Forschung zur Widerlegung von Eysencks Spontanremissionshypothese (ab 1952), der dritten Phase mit Experimentaldesigns und Verlaufsuntersuchungen zur Erforschung der „differentiellen Psychotherapie-Effizienz“ (circa ab 1960) liegt nun in der vierten Phase ein Schwerpunkt auf Prozess-Ergebnis-Zusammenhängen, vor allem im Rahmen von naturalistischen Studien (ab ca. 1980).

#### 1. Phase: die Demonstration der Wirksamkeit von Psychotherapie (Hartig, 1975)

Ende des vorletzten Jahrhunderts begann Freud (1895) mit seinen Studien über die Hysterie (z.B. „Anna O.“). Er führte Einzelfallstudien durch, wobei es ihm mehr auf den Prozess als solchen denn auf den Vorher-Nachher-Vergleich ankam. Seiner Meinung nach ermöglichte es die Psychoanalyse als eine Beobachtungswissenschaft, die beobachteten Verhaltensweisen der Patienten im Sinne eines induktiven Erkenntnismodells zu verallgemeinern. Entscheidend blieb bei ihm, aber auch bei seinen Schülern und Nachfolgern, dass sie sich auf die intrapsychischen Vorgänge in ihrer Erforschung der Therapiewirkung konzentrierten. Man machte sich damals kaum klar, dass Einzelfalldarstellungen und deren Deutungen lediglich subjektives Material zu Stande bringen konnten. Die Erkenntnisse, die die Psychoanalyse zu Tage brachte, wurden als Realitäten verstanden, die Natur-immanent waren und lediglich "aufgedeckt" werden mussten.

#### 2. Phase: Forschung zur Widerlegung von Eysencks Verdikt: hilft Psychotherapie überhaupt?

Zu Beginn der 40iger Jahre fing Rogers (1942) an, systematische Untersuchungen durchzuführen. In den frühen 60iger Jahren begann man im Institut von Reinhard Tausch (Tausch, R., 1968) mit kombinierten Prozess-Wirksamkeitsstudien (Teilnahme daran in meiner eigenen Studienzeit bei Grawe und Ploog). Einen entscheidenden Schub erhielt die empirische Evaluationsforschung durch Eysencks (1952) provokante These<sup>3</sup>, dass Psychotherapie nicht wirksamer sei als die spontane Selbstheilungsrate, zu widerlegen galt.

In der nach Eysenck folgenden Psychotherapieforschung, die sich zum Ziel gesetzt hatte, die Wirksamkeit von Psychotherapie überhaupt zu belegen, gibt es zu diesem Thema der Legitimierung von Psychotherapie inzwischen einen kaum noch zu überblickenden Umfang an Befunden, die mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Methoden gefunden wurden und die in

---

3 Anm.: Ich erinnere mich gut an das große Unbehagen, den Eysencks Forschungsergebnisse (die er auch noch Jahre später untermauern zu können meinte) in den 60iger und Anfang 70iger Jahren im Psychologischen Institut III (Reinhard Tausch) bei mir und meinen Kommilitonen auslöste, nachdem ich in meinem klinischen Studium schon ziemlich weit fortgeschritten war. Was würde es denn noch für einen Sinn machen, ein psychotherapeutisches Verfahren wie die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie zu erlernen, wenn wir als spätere Therapeuten doch nie mehr erreichen könnten, als die Zeit von selbst heilen würde!

einer zunehmend wachsenden Anzahl von Fachzeitschriften und Monographien veröffentlicht wurden. Es ist zumindest im Rahmen dieser Arbeit unmöglich, sich umfassend über ein Gebiet wie die Wirksamkeitsforschung aus Primärstudien zu informieren.

Vergleichsuntersuchungen zwischen unspezifischer Zuwendung – wie zum Beispiel Lientherapie – und professioneller Therapie zeigen zwar bei beiden Gruppen eine Wirksamkeit, jedoch ist sie in der professionellen Therapie durchschnittlich doppelt so stark (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert & Bergin, 1994). Die Forscher stellten in unbehandelten Kontrollgruppe Effektstärken<sup>4</sup> um Null fest, hingegen durchschnittliche Netto-Effektstärken um 0,85 in den Behandlungsgruppen, bereinigt um die Effektstärken der Veränderung in einer unbehandelten Kontrollgruppe, so erfaßt in den Metaanalysen wie der von Smith, Glass und Miller (1980).

Somit stellt sich auch die Frage, ob die spezifischen, schulen- oder verfahrenskonformen Therapiemethoden, die von eher professionell ausgebildeten Therapeuten zu erwarten sind, unspezifische, generell hochwirksame Therapeuten-Interventionen fördern oder erst ermöglichen. Oder man könnte mit Tschuschke et al. (1994) meinen, dass jede eigene Therapiemethode ihre spezifische, besondere Kombinationen „allgemeiner Wirkfaktoren“ hervorbringt.

Auf jeden Fall lässt sich sagen, dass der Nachweis erbracht werden konnte, dass spontane Remissionen sensu Eysenck (1952) deutlich geringer sind als dieser angenommen hatte, und damit geklärt war, dass Psychotherapie mehr hilft als einfach abzuwarten.

### **3. Phase: welche Therapieschule hilft (Phase der Konkurrenz)?**

In so genannten Überblicksarbeiten und Meta-Analysen werden zahlreiche Befunde, die seit den sechziger Jahren erstellt wurden, zusammengefasst und miteinander verglichen, wobei hier allerdings gesagt werden muss, dass zwar einerseits in einzelnen empirischen Untersuchungen oft klare Ergebnisse formuliert werden, dass sich andererseits jedoch die Erkenntnisse aus unterschiedlichen Studien teilweise deutlich widersprechen.

Verfolgt man in den Übersichtsarbeiten z. B. Bergin und Garfield (1994) oder von Grawe (1994, 1998) den Gebrauch des Begriffs „Wirkfaktor“, so fällt die fehlende Systematisierung von Therapieelementen/Faktoren/Prädiktoren auf, die im Zusammenhang mit wirksamen therapeutischen Interventionen bzw. mit Therapieerfolg gebracht werden. Allerdings findet sich schon eine Ordnung nach Therapeutenvariablen, Klientenvariablen und Interaktions-/Prozessvariablen.

Auch ist die Anzahl von Metaanalysen in den letzten Jahren stetig gestiegen. So werteten allein für Angststörungen Lambert & Ogles (2004) beispielsweise 28 Metaanalysen aus den Jahren 1982-1998 aus. Die Autoren gelangten bei der Interpretation der Ergebnisse aufgrund von unterschiedlichen Selektionskriterien (z.B. methodischen Standards) dementsprechend zu teilweise deutlich unterschiedlichen Schlussfolgerungen. Somit liefern die Übersichtsarbeiten und deren Analysen letztlich keine eindeutigen Erkenntnisse, sie sind aber unvermeidbar, um

---

<sup>4</sup> *Effektgrößen* sind nur als Richtwerte zu verstehen. Sie bezeichnen das Ausmaß der Wirkung eines experimentellen Faktors. Die Effektgröße kann einerseits nach einer Untersuchung berechnet werden, um Unterschiede zwischen Gruppen in einem standardisierten Maß vergleichen zu können. Oft werden Effektgrößen bei Metaanalysen berechnet, um die Ergebnisse von verschiedenen Studien in einem einheitlichen Maß - der Effektgröße - miteinander vergleichen zu können. Um die Größe des Unterschiedes zu berücksichtigen, wird vor der Untersuchung eine Mindesteffektgröße festgelegt. Ein signifikantes Testergebnis wird nur dann akzeptiert, wenn die Effektgröße mindestens 0.4 (mittlere Effektgröße) beträgt. Es gibt die unterschiedlichsten Verfahren, um Effektstärken zu berechnen.

*Netto-Effektstärken*: Effektstärken der Veränderung im Rahmen von Psychotherapie.

die vielfältigen Befunde zu integrieren. Hinsichtlich der Auswertung und Einordnung von Forschungsbefunden in den Gesamtzusammenhang hat das ‚*Handbook of psychotherapy and behavior change*‘ (Lambert, 2004, S.5) eine besondere Bedeutung erhalten:

*„The influence of the Handbook on the field of psychotherapy has been enormous. [...] Reference to psychotherapy research is not complete without considering the comprehensive work of past Handbook authors.”*

Unterschiedliche und vielfältige Psychotherapierichtungen entstanden im letzten Jahrhundert, die in der Vergangenheit eher um Abgrenzung untereinander bemüht waren, um mit Hilfe der Erfolgsforschung sich als die jeweilig überlegene zu legitimieren, als sich aufeinander zu bewegen. Die Einsicht setzt sich jedoch in den letzten beiden Jahrzehnten durch, daß es nicht das "eine Verfahren" gibt, das für die verschiedenen psychischen Störungen "das Mittel der Wahl" ist. So weicht dieses Schulendenken immer mehr der pragmatischen Herausforderung, die Optimierung therapeutischen Verhaltens schulenunabhängig und dessen notwendige Vorbedingungen für einen Therapieerfolg zu erforschen. Dagegen müht man sich mit der Frage ab, welche einzig wahre Therapieschule den Gral hüten dürfe. Diese Notwendigkeit des Sich-Aufeinander-Zubewegens wurde und wird durch die bereits bestehenden Ergebnisse der Psychotherapieforschung beschleunigt.

Grawe führte in der Psychotherapieforschung mit der Auswertung seiner Metaanalyse einen Quantensprung herbei. Seine quantitativ erhobene Metaanalyse umfasste 897 Psychotherapiestudien bis 1984 (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Grawe et al., 1994).

Grawe (1992a) teilt einzelne Betrachtungsebenen in der Psychotherapieforschung nach inhaltlichen Gesichtspunkten ein:

1. mit der Frage nach der Wirksamkeit,
2. mit der Frage nach der vergleichenden Wirkung,
3. mit der Frage nach der differenziellen Indikation,
4. mit der Frage nach der Wirkungsweise.

Diese Einteilung macht die positivistische Wissenschaftshaltung von Grawe und anderen deutlich, die lediglich nach der Effizienz<sup>5</sup> fragen und nicht auch und vor allem nach der Effektivität.

Die letzte dieser vier Fragen, die Frage nach der Wirkungsweise, steht gegenwärtig und vermutlich auch noch eine längere Zeit in der Zukunft im Vordergrund des Forschungsinteresses, und auch diese Studie fällt darunter.

Dass Psychotherapien im Allgemeinen, wie auch verschiedene Therapieformen, wirksam sind, kann heute vorausgesetzt werden (Grawe et al., 1994; Dührssen, 1998; Lambert, 2001b). Die meisten Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie, wurden durchgeführt, um die spezielle Wirksamkeit bzw. Überlegenheit einer Therapiemethode zu dokumentieren; und so waren diese Forschungen noch ziemlich eng verbunden mit den jeweiligen Theorien der untersuchten Therapierichtungen. In der Tat zeigen die Befunde auch, dass in kontrollierten Therapie-Vergleichsstudien Therapeuten auch unterschiedliche Techniken oder Strategien

---

<sup>5</sup> *Effizienz* kann nach Bühring & Hahlweg als Quotient aus erreichter Wirkung und Behandlungs- bzw. Kostenaufwand (Bühring & Hahlweg, 1986) definiert werden. *Effektivität* bezeichnet die Brauchbarkeit bzw. Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen. Beide Begriffe werden ausführlicher beschrieben unter Phase 4 (S.30).

einsetzen, die sich in den meisten Fällen mit Therapieerfolg korrelieren lassen. Dabei wurden sowohl die Therapeuten von Beurteilern hinsichtlich des Ausmaßes der Anwendung der von den Therapieschulen geforderten Therapeuten-Techniken oder Therapeutenvariablen eingeschätzt, als auch die Klienten/Patienten nach dem subjektiv erlebten Erfolg der Therapie befragt. Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass die überwiegende Anzahl dieser Befunde mit Beobachtungs-Systemen erzielt wurden, die im Hinblick auf schulenspezifische Therapiemanuale entwickelt worden waren.

In diesem Zusammenhang soll die klassische Psychotherapie-Vergleichsstudie, die „Tempel Studie“ von Sloane, Staples und Cristol (1975) erwähnt werden. Sloane und seine Mitarbeiter fanden heraus, dass 1.) sich viele Psychotherapeuten nicht schulenkonform verhielten, 2.) durch ihre Klienten „geformt“ wurden und 3.) Psychoanalytiker als weniger emphatisch und einfühlsamer eingeschätzt wurden als Verhaltenstherapeuten, was den Vorhersagen aufgrund des Theorieselbstverständnisses der beiden Schulen diametral entgegen steht. Bemerkenswert ist auch, dass die Klienten ihren Therapieerfolg auf generelle Faktoren zurückführten, wie z.B. die Persönlichkeit des Therapeuten, seine Ermutigungen, seine Bereitschaft zuzuhören, und seine Unterstützung auf dem Weg zu besseren Selbsterkenntnis (s. a. Ergebnisteil, Kap. 7).

Legte man das Selbstverständnis einiger großer Therapieschulen von angemessener Behandlung eines Klienten zu Grunde, müsste ein Klient idealerweise zu verschiedenen Therapeuten geschickt werden: beim Unfalltod eines nahen Angehörigen zum Traumatherapeuten, um das Unfalltrauma zu bearbeiten; danach zum Psychoanalytiker, um seine Schuldgefühle zu bearbeiten; hiernach zum systemischen Therapeuten zur Bewältigung der Konflikte, die im Zusammenhang mit den Erbstreitigkeiten aufgetreten sind; später zum Verhaltenstherapeuten, um seine Friedhofspublie zu bewältigen; und, nicht zuletzt, zum Gestalttherapeuten zur Bewältigung der Trauerarbeit, um den Blick zurück abzuschließen und im *Hier und Jetzt* sich seinen Gefühlen und seiner Zukunftsperspektive zu stellen!

Die Wirksamkeitsforschung hatte vor allem in der Bundesrepublik Deutschland in der Psychotherapie zu großen Teilen der Rechtfertigung gegenüber konkurrierenden Machtansprüchen zwischen den großen Therapieschulen zu dienen. Vorläufige Sieger in der Konkurrenz um den politisch gedeckelten Geldtopf der Krankenkassen und -Versicherungen sind immer noch die exklusiven Drei: Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie.

So gab es unter den beiden nicht so gut weg kommenden Therapieschulen einen großen Aufschrei, als die Berner Vergleichsstudie von Grawe et al. (1990) eindeutige Hinweise darauf zu geben schien, dass einzelne Interventionsformen unterschiedliche Wirkungen aufweisen. Es zeigte sich nämlich in der Berner Studie, daß Verhaltenstherapie durchschnittlich hoch signifikant besser wirke als psychoanalytische Therapie oder Gesprächstherapie (Grawe et al., 1994). Dieses immer wieder angezweifelte Ergebnis verschärfte den ohnehin schwelenden Schulenstreit. In der nachfolgenden Diskussion ging es anscheinend weniger um das Wohl der Klienten, sondern oft auch um berufspolitische Interessen. Dazu sei angemerkt, dass viele Fachleute, so z.B. Erwin Kaiser (Kaiser, 1993) die Behauptungen von Grawe verurteilt, dass die kognitiv-behavioralen-Verfahren die wirksamsten Psychotherapien seien, und setzt dem entgegen, dass seine Schlussfolgerungen aus den Meta-Analysen nicht wissenschaftlich seien. Später schlug Grawe aber selbst einen Ausweg aus diesem überflüssigen Streit vor: die Formulierung einer ‚Allgemeinen Psychotherapie‘.

Möglicherweise aber arbeiten diese Therapiemethoden (zumindest jedoch in der Ausübung erfahrener Therapeuten) im Grunde mit den gleichen Zutaten; die Therapien würden sich lediglich nur darin unterscheiden, wie intensiv, wie umfassend und in welcher Kombination sie die Zutaten nutzen.

Keiner psychotherapeutischen Theorie ist jedenfalls bisher der Nachweis eines kausalen Ursache-Wirkungszusammenhangs zwischen den von ihr formulierten theoretischen Annahmen und durch sie postulierten wirksamen spezifischen Faktoren gelungen!

Es ging nun immer mehr um die pragmatische Frage, welche Vorgehensweise im konkreten Fall erfolversprechend sein könnte, und nicht darum, welche Therapieschule die "beste" sei. Diese veränderte Fragestellung wurde und wird weiterhin durch eine wachsende Menge an Befunden der Psychotherapieprozessforschung erzwungen, die zwar seitdem einen eigenen Weg gegangen ist, aber eng mit der Wirksamkeitsforschung zusammenhängt.

Vom Selbstverständnis der unterschiedlichen Therapieschulen aus gesehen, wäre anzunehmen, dass durch spezifische Therapiemethoden generelle, unspezifische Wirkfaktoren gefördert würden. Es ließe sich auch annehmen, dass die besonderen Merkmale einer Therapiemethode in einer besonderen Bündelung solcher "allgemeinen Wirkfaktoren" bestünde (Tschuschke et al., 1994).

Grawe stellte bereits 1992 in seiner Forschung zur differenziellen Indikation von therapeutischen Verfahren die Frage danach, welches therapeutische Vorgehen aus welchen Gründen für welche Patienten besonders geeignet sei (Grawe, 1992b). Diese Frage machte deutlich, dass die zukünftige Forschung sich idealerweise auf ein schulunenabhängiges Terrain begeben sollte.

Auch wenn experimentelle, operationale und empirische Methodik weniger bei der theoretischen Begründung und Entwicklung von therapeutischen Verfahren Pate gestanden haben, so blieb es doch nicht aus, dass man in der Evaluation der Wirksamkeit unterschiedlicher therapeutischer Verfahren gerade auf methodisch-empirische Verfahren zurückgreifen musste. Bereits 1936 versuchte Rosenzweig die Wirksamkeit von Psychotherapie zu evaluieren (Rosenzweig, 1936). Auch Rogers (1951) und weiterführend im deutschen Sprachraum Tausch (1956) bereits in den frühen sechziger Jahren, haben schon früh mit der empirischen Untersuchung derjenigen Merkmale begonnen, die ihrer Meinung nach wesentlich zum Erfolg einer Psychotherapie beitragen.

**Zusammenfassend** zur Forschung in der 3. Phase zeigen die hier erwähnten Studien, aber auch zahlreiche andere Befunde, dass in kontrollierten Therapievergleichsstudien mit unterschiedlichen Therapieformen in der Effizienzforschung nachgewiesenermaßen auch Unterschiedliches erfasst wird, wobei dies vor allem für die Therapeutenvariable untersucht wurde. Die entsprechende Vielzahl von Befunden bedienten die Rechtfertigungsbedürfnisse der unterschiedlichen Therapieschulen.

Und es ist noch gar nicht hinreichend untersucht worden, ob sich die gefundenen Unterschiede auch in der ‚normalen‘ klinischen Praxis bestätigt würden. Hier lassen die Befunde vorläufig eher ein Überwiegen der Gemeinsamkeiten erwarten, was dem von einem Teil der praktisch tätigen Therapeuten vertretenen eklektizistischen Standpunkt entspräche (s. w. u. und auch Lambert et al., 2004b).

Wenn auch meine eigene Arbeit auf der Ebene der Therapeut-Klient-Interaktionen (speziell: Therapeuteninterventionen) fokussiert und die zahlreichen anderen angesprochen Ebenen in der thematischen Auseinandersetzung ausläßt, so hängen doch die anderen (Behandlungsrahmen, Patienten- und Therapeutenmerkmale, therapeutische Beziehung, Selbstbezogenheit des Klienten) mit der Ebene der Wirkfaktoren eng zusammen. Also können die Ergebnisse der speziellen Forschung zu den Therapeuteninterventionen letztlich nur vor dem Hintergrund der übrigen Erkenntnissen der Wirksamkeitsforschung gewürdigt werden.

#### **4. Phase: Methodische Stringenz oder Praxisnähe? Naturalistische Studien Effizienz und Effektivität in der Wirksamkeitsforschung**

Der messbare Therapieerfolg, die in kontrollierten Studien ermittelte statistische Wirksamkeit (**Effizienz, efficacy**), ist das eine Kriterium für sinnvoll angewandte Psychotherapie. Daneben wird den so genannten naturalistischen Studien, auch Effektivitätsstudien genannt, eine große Bedeutung beigemessen, Diese ermöglichen es, auf der Basis der realen Durchführungsbedingungen einer Psychotherapie die psychotherapeutisch wirksamen Faktoren zu erfassen. Hier geht es um eine **klinische Brauchbarkeit (Effektivität, effectiveness)** einer Behandlung (Hahlweg et al., 2004; Lambert & Ogles, 2004).

Diese Betrachtungsweise führt natürlich zum Streit zwischen den Schulen, da diese sich im Gesundheitswesen unter Kostengesichtspunkten hinsichtlich der Dauer ihrer Therapie rechtfertigen müssen und somit unter erheblichen Konkurrenzdruck stehen. Daher hat sich ein Trend zu möglichst kurzen und damit weniger kostenintensiven Behandlungen entwickelt (z.B. Grawe, 2005).

Grawe u.a. (aber auch andere Autoren) haben durch ihre Arbeit und Schlussfolgerungen eine Effizienzforschung gefördert, die mittels statistischen Signifikanzen Therapieerfolge belegen will, wobei kritisiert wird, dass die somit gefundenen Veränderungen bei statistisch abgesicherten Variablen für den therapeutischen Praktiker kaum oder keine praktische Bedeutung haben. (Man könnte den Praktikern natürlich vorwerfen, dass sie sich eben um diese Forschungsergebnisse bisher zu wenig gekümmert haben und mehr statistisch abgesicherte Variablen in ihr Behandlungskonzept einbinden sollten!).

In der Praxis tätige Psychotherapeuten beobachten, verwerten und bewerten die Veränderungen der von ihnen therapierten Klienten zwangsläufig wesentlich komplexer als dies in wissenschaftlichen Arbeiten überhaupt möglich ist (siehe auch den Unterschied zwischen externer und interner Validität<sup>6</sup>).

Inzwischen wird von einer wachsenden Anzahl von Autoren gefordert, Studien aus der Praxeologie heraus unter Feldbedingungen ( naturalistischen Praxisbedingungen) durchzuführen, da es einen großen Unterschied macht, ob die Wirksamkeit unter Experimentalbedingung nachgewiesen oder unter Praxisbedingungen gewonnen wurde; jedenfalls müssen die unter Laborbedingungen gefundenen Wirksamkeitsbelege unter Praxisbedingungen nachgeprüft werden.

Seligman (1995) und auch Lambert und Ogles (2004) unterscheiden zwischen zwei unterschiedlichen empirischen Herangehensweisen bei der Wirksamkeitsüberprüfung; Seligman stellt diese Unterschiede in der Diskussion zu einer groß angelegten retrospektiven Verbraucherbefragung zum Thema Psychotherapie in der amerikanischen Zeitschrift "Consumer Reports" vor. Die nach Seligman weit verbreiteten Effizienz-Studien liefern statistische Belege für die Wirksamkeit genau definierter Interventionen bei spezifischen Symptomen: methodisch wird Wert gelegt auf die randomisierte Zuweisung zu den Untersuchungsbedingungen, Kontrollgruppen, Placebogruppen zur Abgrenzung von unspezifischen Wirkfaktoren, Videoaufzeichnungen zur Überprüfung der Operationalisierung der jeweiligen Behandlungs-

---

6: *externe Validität*: Übereinstimmung von tatsächlichem und intendiertem Untersuchungsgegenstand. Grundidee ist die Frage nach der Generalisierbarkeit. *Interne Validität*: Veränderungen im Verhalten der Versuchspersonen (abhängige Variable) sind eindeutig auf die gezielte Veränderung der unabhängigen Variablen zurückzuführen. Dies gelingt nur durch Kontrolle der Störvariablen bzw. durch verschiedene Methoden wie Elimination, Randomisierung, Konstanthaltung und Parallelisierung.

methoden, Therapiemanualen, eine fest definierte Anzahl von Therapieeinheiten und Ausschluss von Versuchspersonen mit Komorbidität. Diese Effizienzstudien sind zwar sehr ausgefeilt konstruiert, aber wegen ihrer Vielschichtigkeit und gleichzeitigen Linearität mit den realen Praxisbedingungen angewandter Psychotherapie praktizierender Psychotherapeuten nicht vereinbar. Ein großes Manko ist, dass in einer Effizienzstudie z. B. die folgenden realen situationsspezifischen Bedingungen nicht berücksichtigt werden können:

Klienten kommen mit *multiplen Problemen* in die Behandlung,

Klienten *bemühen sich aktiv um die Behandlung* und werden nicht passiv-randomisiert einer Behandlungsmethode und einem Psychotherapeuten zugeteilt,

die *Dauer der Behandlung richtet sich nach der Therapienotwendigkeit* und nicht nach einem vorher festgelegten Beobachtungszeitraum,

der Therapeut adaptiert sein Vorgehen per *Korrektur seines Verhaltens* automatisch an die Möglichkeiten und Erfordernisse der Situation.

Der Alltagspraxis entsprechen vielmehr die Methodiken der Effektivitäts-Studien, die es ermöglichen, die tatsächlichen Ausführungsbedingungen einer Psychotherapie angemessen wiederzugeben und deren inhärente Wirksamkeitsfaktoren zu überprüfen. Sie sind im Allgemeinen Feldstudien, die Klienten sind für gewöhnlich nicht vorausgewählt und die Behandlungsmaßnahmen nicht manualisiert, und auch andere Therapiecharakteristika werden nicht kontrolliert.

Die großen Unterschiede in den Ergebnissen von Effektivitätsstudien lassen sich allerdings nur sehr schwer hinsichtlich der Frage klären, was wohl auf die therapeutischen Wirkfaktoren an sich oder auf die sich verändernden Begleitumstände zurückzuführen wäre.

## 2.2.2 Wirksamkeitsforschung, Prozessforschung und Prozess-Ergebnis-forschung

Die Wirksamkeitsforschung

stellt die Frage:

welche Resultate erreicht die Psychotherapie?

Die Prozessforschung

stellt die Frage:

was geschieht (welche Prozesse laufen ab) in der Psychotherapie, auch in einzelnen Stunden?

Die Prozess-Ergebnisforschung

stellt die Frage:

wie und womit und bei wem wirkt Psychotherapie und welche Bestandteile der Therapie sind für die Besserung des Befindens verantwortlich?

Wirksamkeits- und Prozessforschung sind nicht voneinander zu trennen: Die Wirksamkeitsstudien korrelieren die operationalisierten Parameter einer Methode mit Kriterien von Therapieerfolg oder -wirksamkeit, die Prozessforschung untersucht den Therapieprozess sowohl im gesamten Verlauf als auch in segmentierten Teilen auf Veränderungen im Verhalten der Beteiligten. Die Kombination aus beiden, die Prozess-Ergebnisforschung widmet sich den Faktoren, die zwischen Eingangsbedingungen (*input*), Prozess und Ergebnis (*output*) zur Wirkung kommen. Sie versucht übergreifende Wirkfaktoren aus dem beobachteten Daten zu extrahieren. Diese wiederum werden mit den Therapieergebnissen korreliert, um so das tatsächlich wirksame Agens von Therapievariablen, von Wirksamkeits- oder Erfolgs-Prädiktoren gegenüber den zu vernachlässigenden Therapiefaktoren herauszufiltern. Methodisch müssen dabei unterschieden werden:

Klinische Vergleichsstudien (zur differentiellen Indikation), Parameterstudien (einzelne Parameter werden experimentell variiert) und Einzelfallstudien, die sowohl kontrolliert als auch praxisnah durchgeführt werden können (sog. qualitative Forschung).

Die Fragen lassen sich nach den Wirkgrößen im Therapieprozess mit folgenden Methoden beantworten:

### **Verhaltensbeobachtung:**

in diesen Verfahren werden Einschätzbögen (*Rating*-Skalen) oder Kategoriensysteme angewandt, um entweder eine *in vivo*-Situation oder Video-, Tonbandaufzeichnungen oder Transskripte einzuschätzen, die forschungsrelevante Abläufe einer Therapiesitzung zum Gegenstand haben.

### **Mikroanalysen:**

eine Untergruppe der Verhaltensbeobachtung: z. B. können mittels Video-Rating-Systemen im „Slow-Motion-Verfahren“ einzelne Wirkelemente erfasst werden.



### **Fragebogen für Klienten und/oder Therapeuten:**

statt direktes Verhalten zu beobachten, kann dieses auch im Nachhinein erfragt werden. Der Vorteil besteht darin, dass auch nicht beobachtbare, kognitive und emotionale Vorgänge erfasst werden können.

### **Die Wirksamkeitsforschung**

*"In den Nebelkammern der Wissenschaft nämlich ist zu sehen, was sonst nicht zu sehen wäre, aber nicht mehr zu sehen, was sonst zu sehen wäre "* (Metsch, 2005)

Dieses Zitat zielt auf die Verdeutlichung des verständlichen menschlichen Strebens ab, die zwischenmenschliche Welt erklärbarer und verstehbarer werden zu lassen. Andererseits möchte ich an dieser Stelle unmissverständlich klarmachen, dass die Psychotherapieforschung in erster Linie der Erfüllung eines ethischen Auftrages dient. Durch vertiefende Erkenntnisse der Psychotherapieforschung wird auch der praktizierende Psychotherapeut darin gestärkt, die Auswirkungen seines Handelns besser abschätzen zu können und eine genauere Vorstellung davon zu bekommen, warum er bei seinem Gegenüber diese und keine anderen Wirkungen auslöst.

Bozok und Bühler (1988, S.126) meinen:

*"Für die positiven Auswirkungen von Psychotherapie zeichnen sich Faktoren verantwortlich, die recht vage als unspezifisch bezeichnet werden und die allgemein in der therapeutischen Situation und der zwischenmenschlichen Beziehung des Patienten zum Therapeuten zu suchen sind. Gibt es also keine spezifischen Wirkfaktoren der einzelnen Therapierichtungen, sondern nur unspezifische, die in allen erfolgreichen Therapien zum Tragen kommen?"*

Viele Untersuchungen im Sinne einer vermehrten Suche nach isolierten Wirkfaktoren sprechen dafür. Bozok und Bühler (1990) resümierten in einem Sammelreferat, das Zweifel an der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie nicht mehr berechtigt sind, dass jedoch das Verhältnis von spezifischen zu unspezifischen Wirkfaktoren ungeklärt sei. Sie halten zusammenfassend fest, dass *"bislang nicht überzeugend dargestellt werden konnte, dass Faktoren, die sich auf spezielle psychotherapeutische Theorien oder Techniken allein begründen, spezifische Wirkungen entfalten."* (S.130)

Keiner psychotherapeutischen Theorie ist es gelungen, ein therapeutisches Konzept zu erstellen, in dem spezifische Faktoren überzeugend Wirkungen erzielen, die dem kausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang entsprechen, wie es in der ihr jeweils zu Grunde liegenden Theorie formuliert ist.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, den umfassenden Forschungsstand zu den Strategien und Methoden der Wirksamkeitsforschung darzulegen. Deshalb soll hier ein kurzer Abriss einiger ausgewählter Erkenntnisse bisheriger allgemeiner Wirksamkeitsforschung vorgestellt werden, da, wie weiter oben beschrieben, die Ebene der therapeutischen Interventionen und die Ebenen der übrigen therapiewirksamen Faktoren eng miteinander zusammenhängen.

Das entscheidende Kriterium von Psychotherapie ist das Ziel, den Klienten auf seinem Wege zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung zu unterstützen. An diesem Ziel lassen sich die eingetretenen oder nicht eingetretenen Veränderungen messen. Selbstverständlich können Veränderungen eintreten, die gar nicht vorhersehbar oder ersehnt waren - dies kann durchaus im Sinne eines Therapieerfolgs gewürdigt werden.

Selbst, wenn die feststellbaren Veränderungen einer Psychotherapie als nicht positiv oder gar unerwünscht empfunden würden, handelte es sich gleichwohl um eine Psychotherapie, wenn sie auch als Misserfolg bezeichnet werden müsste.

Welche Veränderungen im Erleben, den Einstellungen und dem Verhalten vom therapierten Klienten nun als hilfreich und erfolgreich angesehen werden, hängt u.a. von seiner subjektiven Bewertung und Norm- und Werteorientierung ab, die wiederum zum Teil ein Ausdruck der gegenwärtigen gesellschaftlichen und kulturellen und Norm- und Werteorientierung ist. Damit kann die empirische Wissenschaft keinesfalls absolute, kaum auch objektive Kriterien für Therapieerfolg anbieten, also auch nicht sagen, welche Art von Einstellungs- und Verhaltensänderungen auf jeden Fall anzustreben seien. Lediglich kann die empirische Wirksamkeitsforschung und ein daraus entwickeltes Theoriengebäude die Frage beantworten, welche Veränderungen durch eine Psychotherapie bewirkt werden. Hieraus erklärt sich, dass unterschiedliche Therapieschulen in positivistisch angesetzten Forschungen unterschiedliche Faktoren für die Erwartung von Therapiewirksamkeit gefunden haben.

### **Was ist in meiner Arbeit mit dem Begriff „Wirkfaktor“ gemeint?**

Ich übernehme der Übersichtlichkeit halber hier den in der Literatur überwiegend gebräuchlichen Begriff „Wirkfaktor“. Allerdings wird er sehr undifferenziert gebraucht: mal als Ordnungsbegriff für „*kleinste beobachtbare Elemente einer Psychotherapie*“ (Frauchiger, 1997), mal als Ordnungsbegriff für komplexe „Faktorenbündel“.

Wirkfaktoren sind in meinem Verständnis (und in meinem Modell von therapeutischen Interaktionen) Bündel von kleinsten beobachtbaren Wirkelementen im psychotherapeutischen Geschehen. Ich betrachte die Wirkfaktoren als Cluster wirksamer Verhaltenselemente, aus denen sich z.B. die Therapeuten-Interventionen zusammensetzen. Interaktionssequenzen im therapeutischen Geschehen konstituieren sich aus unterschiedlich ausgeprägten Anteilen verschiedener Wirkfaktoren; Wirkfaktoren sind als Elemente therapeutischer Wirksamkeit so etwas wie Grundelemente therapeutischer Intervention. Diese setzen sich zusammen – so könnte man sagen - aus Wirk-Molekülen, wie z.B. einer kurzen Ansage, und diese wiederum aus Interventions-Atomen (wie z.B. Gestik, Mimik, Tonfall).

Ich versuche jetzt unter dem in der mir vorliegenden Literatur allgemeinen und nicht begrifflich differenzierten Gebrauch von „Wirkfaktor“ eine heuristische Einteilung, wobei klar sein sollte, dass eine sehr scharfe Abgrenzung gar nicht möglich ist.

Therapeutische Interventionen konstituieren sich aus unterschiedlichen Wirkfaktoren; diese formen die Mikroebene der Betrachtung eines Psychotherapieprozesses. Analog den verschiedenen Definitionen von Psychotherapieprozess extrahieren die unterschiedlichen Therapieschulen aus ihren Untersuchungen auch zum Teil unterschiedliche Wirkfaktoren. Hier findet sich ein Teil der *spezifischen* Wirkfaktoren, wenn sie von den schulenspezifischen Therapietheorien hergeleitet werden. Dagegen werden die allen Schulen gemeinsamen Wirkkomponenten mal als *unspezifische* oder schulübergreifende, mal als *universale* Wirkfaktoren bezeichnet: z.B. Motivation von Klient und Therapeut, therapeutische Beziehung, Persönlichkeit des Therapeuten, Veränderung von Kognitionen, Art der Informationsvermittlung, Umgang mit Emotionen, Veränderung von Selbstwahrnehmung und Selbstbild u. a. Diese Faktoren wirken auf einer eher vorbewussten, intuitiven Ebene.

Verschiedene Autoren haben versucht, unterschiedliche Wirkfaktoren aus der Durchsicht der Literatur heraus zu filtern. Beispielhaft werde ich jetzt einige Konzepte von Wirkfaktoren unter dem Ordnungsprinzip spezifisch-unspezifisch-universal als drei nebeneinander liegende Ebenen darstellen:

### **Ebene der Spezifischen Wirkfaktoren**

Hiermit sind die Wirkfaktoren gemeint, die in methodenspezifischen Interventionen beobachtet werden können. Therapeuten gewinnen ihr fachliches Selbstvertrauen, dem Klienten helfen zu können, unter den von ihren Schulen anerkannten und von ihnen selbst eingesetzten Techniken und können dies auch dem Klienten so vermitteln. Unter spezifischen Wirkfaktoren versteht man in der Regel den Einfluss dieser gezielt eingesetzten Behandlungstechniken; sie können deshalb auch als schulspezifische Faktoren bezeichnet werden und haben daher für das berufliche Selbstbild und Identitätsgefühl vieler Therapeuten eine zentrale Bedeutung und dienen damit auch der Abgrenzung zwischen den Therapieschulen (Czogalik, 1990a). Die so definierten spezifischen Wirkfaktoren müssen jedoch immer unter dem Vorbehalt betrachtet werden, dass jede noch so klar formulierte Behandlungstechnik von einem Therapeuten in einer persönlichen Art und Weise umgesetzt wird (Elkin, 1999). Der Einfluss dieser individuellen Einstellung und Haltung des Therapeuten auf das Therapieergebnis wird allerdings den unspezifischen Wirkfaktoren zugerechnet. Diese Einschränkung macht nochmals deutlich, wie ungenau die willkürliche Abgrenzung in der Klassifizierung zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren ist.

### **Ebene der unspezifischen, schulenübergreifenden Faktoren**

Dieser Begriff meint Wirkfaktoren, die solchen Wirkfaktoren des therapeutischen Geschehens entsprechen, wie sie sich prinzipiell bei allen Therapeuten (schulenunabhängig) finden lassen. Sie unterscheiden sich insofern von den universalen Wirkfaktoren, als sie im Zusammenhang mit der Professionalisierung des therapeutischen Berufes erworben werden können. Es handelt sich dabei um Wirkfaktoren, die in der Therapiesituation nachweislich etwas bewirken, aber von den einzelnen Therapieschulen nicht explizit als eine gezielt zu gestaltende Intervention beschrieben werden.

Zum Beispiel findet jede Psychotherapie in einem bestimmten mehr oder weniger klar definierten gesellschaftlich-kulturellen Rahmen statt, mit allgemein anerkannten Werten und Regeln, die die therapeutische Beziehung von üblichen Alltagsbeziehungen abgrenzen und sie in spezieller Weise schützen. Das heißt, dass sowohl Klient als auch Therapeut sich an einen Verhaltenskodex halten müssen. Gleichzeitig werden aber auch bestimmte Verhaltensfreiheiten als förderlich erachtet. Beides trägt unabhängig vom jeweiligen Kontext zur Sicherheit beider Beteiligten bei. Der am häufigsten thematisierte unspezifische Wirkfaktor ist die *Therapeut-Klient-Beziehung* selbst.

Textor (1990) stellte folgende unspezifische Wirkfaktoren zusammen:

- **Motivation des Klienten:** Die motivierte Mitarbeit hängt im allgemeinen mit dem subjektiv erlebten Leidensdruck des Klienten zusammen. Dieser ist Voraussetzung für das Risiko und das Durchstehen des Kampfes um die oft schmerzhafteste Selbstexploration. Ebenso wichtige Motivationsfaktoren dürften Ermutigung, Suggestion, Erfolgserlebnisse und bereits vorhandene Vorerfahrungen mit, oder die Vermittlung von Kenntnissen in Psychotherapie sein.
- **Hoffnung:** Hierzu gehört "Erwartung auf Hilfe wecken, Zuversicht steigern, Demoralisierung bekämpfen, Selbstaktualisierungskräfte stärken", wobei diese Faktoren mit der Motivation/Motivierung eng zusammenhängen dürften.
- **Therapeutische Beziehung:** Dialog, Begegnung und Kontakt bilden das Fundament der Therapie. Feedback, Ratschläge, Empathie/Echtheit/Kongruenz (Rogers), neue

und "korrigierende emotionale (Beziehungs-)Erfahrungen" u.a. gehören ebenfalls hierher.

- **Persönlichkeit des Therapeuten:** innere Stärke, Bewusstsein der eigenen Grenzen, ein großes Wissen, Sensibilität und Vertrauenswürdigkeit sind wichtig. Vorbild- und Modellwirkung sowie die Selbstöffnung (self-disclosure) sind weitere Therapeuten-Variablen.
- **Erklärung für Probleme:** das Angebot eines schlüssigen Erklärungsmodells, welches das Problem des Klienten in neue Bedeutungszusammenhänge stellt; ein "den Problemen einen Namen geben" bewirkt beim Klienten eine Angstreduktion. Das Suchen nach biographischen, repetitiven Mustern (Schemata) sind auch (er-) klärende Momente.
- **Freisetzen und Verändern von Emotionen:** dies erleichtert den inneren Druck des Patienten, das Sprechen (Verbalisieren) wirkt angstlösend. Kathartisches Abführen, aber auch das Erleben von emotionaler Kontrolle ("es bricht nicht alles zusammen, wenn ich meine Wut zeige") sind ebenfalls sehr wichtig.
- **Verändern von Kognitionen:** die Konfrontation mit der untauglichen impliziten Problemlösungserwartung des Klienten; hierher gehören u.a. die "Denkfehler" (Beck), die "irrational beliefs" (Ellis), das Ermitteln der subjektiven Wirklichkeit, das Vermitteln neuer Perspektiven und das Verändern und Neu-Lernen von Schemata (Grawe).
- **Informationsvermittlung:** Wissenslücken, Einstellungsänderungen.
- **Verhaltensänderung:** diese sehr wichtige Gruppe umfasst Faktoren wie Selbstkontrolle, das Erleben der Selbstwirksamkeit, das Üben neuer Fertigkeiten (*social skills*), Hausaufgaben, Üben von Kommunikationstechniken etc.
- **Veränderung von Selbstwahrnehmung und Selbstbild:** hierunter fasst Textor die Introspektion, das Monologisieren, die Körperwahrnehmung, das Bewusstmachen, die korrigierenden Erfahrungen und die Selbstverwirklichung.

Hain (2001) z.B. stellt die folgenden schulenübergreifenden Wirkfaktoren zusammen, die er aufgrund von Gesprächen mit kompetenten und erfahrenen, national und international bekannten Therapeutenpersönlichkeiten gewonnen hat:

- Empathie und Einfühlungsvermögen
- therapeutische Intensität
- transparente Veränderungsabsicht und -erwartung
- Humor
- Glaubwürdigkeit und persönlicher Stil
- aktive Führungsarbeit und strukturelle Manipulation (im Sinne von ‚kunstvoll handhaben‘ von Weichenstellungen)
- besondere Strategien und die Gestaltung therapeutisch induzierter Veränderung

Nebenbei sei erwähnt, dass Hain als zusätzliche persönlichkeitsbedingte Faktoren und Grundhaltungen Neugierde, Pioniergeist und ‚Rebellion‘, Leidenschaft, Beziehungsbereitschaft, Ehrgeiz und Routine postuliert.

Über weitere unspezifische Wirkfaktoren besteht weitgehend Konsens (obwohl auch hier die Abgrenzung zu den universalen Wirkfaktoren sehr unscharf ist – wohl auch kaum scharf gezogen werden kann), zum Beispiel:

- Die **Passung** (siehe dazu meinen eigenen Untersuchungsteil ‘KLIENTENPROFIL‘ im Kapitel 4) **zwischen Therapeut und Klient** setzt grundlegend voraus, daß die Interventionen des Therapeuten überhaupt vom Klienten angenommen werden. Dies ist der

empirisch bestgesichertste „Wirkfaktor“ für das Therapieergebnis, obwohl die therapeutische Beziehung für sich genommen eher als hochkomplexer Prozess zu verstehen und kaum in den Ansätzen erforscht ist. Die Wirkung therapeutischer Interventionen, die Mikroveränderungen und vor allem auch die Aufnahmebereitschaft des Klienten hängen wesentlich von der Qualität der Therapiebeziehung ab;

- die **Offenheit des Klienten** als ebenfalls grundlegender Wirkfaktor steht in engem Zusammenhang mit dem erstgenannten. Zwar muss der Klient diesen seinen „Eigenanteil“ in die Therapie einbringen, der Therapeut beeinflusst diesen Faktor im Sinne einer Wechselwirkung (auch als Reaktion auf Motivation und Offenheit des Klienten!) jedoch wesentlich mit durch die Gestaltung der Therapiebeziehung;
- die **Mobilisierung von Veränderungszuversicht** beim Klienten durch den Therapeuten, wodurch eine "Veränderungsinvolviertheit" (Nischk, Grothe & Schiepek, 2000) des Klienten bewirkt werden kann (Eigendynamik und Prozessorientierung, "Kairos" von Therapien - kann als wesentliche Voraussetzung für die persönliche Entwicklung von Klienten gelten). Dies geschieht zum Beispiel dadurch, dass der Klient erlebt, dass der Therapeut seinem Anliegen Interesse entgegenbringt;
- die **Überzeugung des Therapeuten**, helfen zu können;
- die **Fokussierung auf den Konflikt/das Problem**,
- die gemeinsame Suche nach **konstruktiven Problemlösungen**.

### **Ebene der Universalen Wirkfaktoren**

In diesen Faktoren finden wir die Grundhaltungen der am Therapieschehen Beteiligten wieder; diese leiten sich aus den Persönlichkeiten der beteiligten Akteure ab. Auf der Seite der Therapeuten können wir zweifelsohne von einer persönlichkeitsbedingten, das heißt früh entwickelten menschlichen und therapeutischen Haltung sprechen; sie können aber durch Training intensiviert werden. Ihnen entsprechen am ehesten die so genannten "Basisvariablen" wie die von Rogers postulierten Basisbedingungen therapeutischen Verhaltens für eine erfolgreiche Therapie, die gleichfalls von den Therapeuten nicht aktiv eingebracht werden, sondern ihren Grundhaltungen entsprechen:

***positive Wertschätzung, emotionale Wärme, Echtheit und einführendes Verstehen.***

Frank & Frank (1993) sehen eine effektive Psychotherapie unter den folgenden vier universalen Aspekten:

- a) eine emotionsgeladene, vertrauensvolle Beziehung mit einer helfenden Person
- b) ein heilendes *Setting*
- c) ein rationales, konzeptionelles Programm oder einen Mythos, welches/r eine plausible Erklärung für die Symptome des Klienten bereithält und ein Ritual/Verfahren, sie zu lösen, vorschreibt
- d) ein Ritual/Verfahren, das die aktive Beteiligung von Klienten wie Therapeuten erfordert und von dem beide glauben, dass es das Mittel ist, die Gesundheit des Klienten wiederherzustellen

Lambert (2001a) sieht "**die Großen Vier**" als entscheidende Wirkfaktoren:

- a) extratherapeutische Faktoren, also Patientenmerkmale, die seinem Erkenntnisstand zufolge etwa 50% der Ergebnisvarianz erklären,
- b) Beziehungsfaktoren, die etwa 30% der Varianz ausmachen,
- c) sogenannte Placebo-/Hoffnungsfaktoren (schon die Perspektive der Hilfe bewirkt große Veränderungen); sie erklären etwa 15% Varianz,
- d) die eigentliche Technik des Therapeuten, mit ebenfalls 15% Varianz.

## Die Forschung nach Wirkfaktoren in der Arbeitsgruppe um Grawe

Ganz besonders verdient gemacht um die Erforschung von Wirkfaktoren hat sich Grawe mit seinen Mitarbeitern (Grawe, 1994, 1999, 2005). Grawe ist der Ansicht, dass sich der überwiegende Teil bisher gewonnener empirischer Fakten mit einer einzigen Theorie erklären lässt, statt die ursprünglichen Theorien der unterschiedlichen Therapieschulen miteinander konkurrieren zu lassen. Seiner Darstellung nach lassen sich aus der Theorie die vier zentralen therapeutischen Wirkprinzipien ableiten:

### a) **Therapeutische Beziehung:**

Nach Grawe ist die therapeutische Beziehung der "*empirisch am besten abgesicherte Wirkfaktor der Psychotherapie*" (Grawe et al., 1994, S. 706). Die Merkmale, die eine gute und hilfreiche Therapiebeziehung ausmachen, stimmen seiner Meinung nach weitgehend mit denjenigen überein, die eine gute Bindungsbeziehung ausmachen. Eine hilfreiche Therapiebeziehung auf Seiten des Therapeuten nach Grawe ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet (Grawe et al., 1999):

Kompetenz, Vermittlung von Sicherheit, Glaubwürdigkeit, Wärme, Engagement. Der Therapeut wendet seine Aufmerksamkeit mit Respekt, Feinfühligkeit und Wertschätzung dem Klienten voll zu, zeigt Sensibilität für dessen Regungen. Er begleitet ihn auch auf nonverbaler Ebene, kommuniziert dabei auf derselben Wellenlänge. Der Therapeut zeigt führende und strukturierende Präsenz bei Bedarf nach Unterstützung, jedoch ohne Dominanz, dafür aber gewährendes Verständnis. Diese Merkmale finden sich auch in den Ergebnissen meiner eigenen Fragebogenauswertung wieder.

### b) **Ressourcenaktivierung**

Grawe zog aus einer Fülle von Forschungsergebnissen, die sich aus den verschiedensten Therapieformen und-*settings* herleiten lassen, die Erkenntnis, dass es für die therapeutische Entwicklung von Klienten besonders förderlich sei,

*"[...] in dem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten, und Motivationen anknüpft, indem man die Hilfe so gestaltet, dass der Patient sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann"* (Grawe, 1995, S. 135).

Das hieße, die therapeutische Hilfe so zu gestalten, dass der Klient sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erleben kann. Wenn auch der Therapeut diese Ressourcen gezielt aktiviert und unterstützt, so beinhaltet dieses Wirkprinzip auch eine Reihe von unspezifischen Wirkfaktoren. Dabei seien eine der wichtigsten Ressourcen für den therapeutischen Veränderungsprozess die zwischenmenschlichen Beziehungen des Klienten, sowohl die "mitgebrachten" Beziehungen (z.B. zu Familienangehörigen) als auch die mit der Therapiesituation neue entstehenden Möglichkeiten, eine vorher so nicht gewagte Beziehung aufzubauen. Hierbei kommt es nicht nur darauf an, dass der Klient seinen Therapeuten als ihn unterstützend, in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt, sondern vor allem auch in welchem Ausmaß der Klient sich selbst als fähig zu einer guten Beziehung erleben kann bzw. dazu ermutigt wird. Die sehr private, intime therapeutische Beziehung erlaubt es, ein auf die individuellen Möglichkeiten und Voraussetzungen des Klienten zugeschnittenes therapeutisches Angebot zu etablieren. Dadurch lassen sich die *unspezifischen Wirkfaktoren* - wie z.B. die Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells für die Probleme des Klienten, die Motivation des Klienten oder eine gute Therapiebeziehung - aktivieren und nutzen. Grawe war der Ansicht, dass allein schon durch Unterstützung und Bestätigung hinsichtlich seiner positiven Zielvorgaben und seiner Fähigkeiten, die ein Klient/Mensch erhält, ein gesteigertes Wohlbefinden erlebt wird. Auch wird der Klient in einer Therapie mit erhöhter Aufnahmebereitschaft gegenüber veränderungsorientierten therapeutischen Interventionen reagieren.

### **c) Problemaktualisierung**

Auch dieser Wirkfaktor ist als „*Prinzip der realen Erfahrung*“ nach Grawe durch viele Forschungsbefunde abgestützt und stellt ein zentrales Element fast aller therapeutischen Vorgehensweisen dar: „*was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden*“ (Grawe, 1995, S. 136). Gemeint ist mit diesem Faktor, dass das, was verändert werden soll, in der Therapie als reales Erleben von Bedeutungsveränderung im Therapieprozess wahrgenommen werden muss, so dass eine Veränderung einst einmal sinnvoller, jedoch inzwischen fraglich gewordener Bedeutungen ermöglicht wird. Jedoch gibt es unter den Schulen erhebliche Unterschiede in den Vorstellungen, wie solche Prozessverfahren in Gang gesetzt werden sollten. Beispiele: in den kognitiv-behavioralen Therapien werden durch gezielte praktische Interventionen und Konfrontationen die zu behandelnden Konfliktsituationen ausgelöst, d. h., aktualisiert, durchlebt und kognitiv verarbeitet. In der Psychoanalyse werden Übertragungsneurosen durchgearbeitet: die als vorbewußt angenommenen Problemstrukturen werden dem Erleben zugänglich gemacht und sollen durch das reale Erleben veränderter Bedeutungsgebung, z. B. durch die Deutungen des Therapeuten, dauerhaft verändert werden. In den systemischen Therapien werden durch gezielte Akzentsetzungen und Provokationen, oft im realen Beisein der relevanten Bezugspersonen, die problematischen Beziehungsinteraktionen dem realen Erleben bewusst gemacht, dann aufgebrochen, umgedeutet und schließlich in neues Verhalten umgelenkt.

### **d) Aktive Hilfe zur Problembewältigung**

Hier unterstützt der Therapeut aktiv die Klienten durch geeignete Interventionen in dem Ziel, mit einem bestimmten Problem oder Konflikt besser fertigwerden zu können. Grawe machte deutlich, dass dieses Wirkprinzip ein entscheidender Bestandteil sehr vieler und unterschiedlicher therapeutischer Ansätze sei und war der Meinung, dass es „*wohl das durch die größte Anzahl an Forschungsbefunden abgestützte*“ therapeutische Agens sei. Ursprünglich sei es nicht nur innerhalb der Verhaltenstherapien entwickelt worden, sondern auch u.a. in der Hypnotherapie von Erickson. Gemeinsam ist diesen Verfahren, dass der Klient die reale Erfahrung macht, wie er besser im Sinne seiner Ziele mit seinen Konflikten zurechtkommen kann. Entscheidend ist dabei auch die therapeutische Haltung des Respekts vor dem eigenen Wesen des Klienten und dessen Grenzen. Damit nimmt er das für den Klienten zunächst unüberwindlich erscheinende Problem auch ernst. Um dem Klienten zu helfen, stehen eine Fülle von unterschiedlichen Interventionen zur Verfügung, die sich in der Erfahrung der verschiedenen Therapieschulen für die Bewältigung spezifischer Probleme und Situationen bewährt haben.

### **e) Die therapeutische Klärung oder motivationale Klärung**

Der Therapeut unterstützt den Klienten, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens in Richtung auf seine sowohl unbewussten als auch bewussten Ziele und Werte klarer zu werden: welches sind meine Motivationen, warum empfinde ich so, verhalte mich so und nicht anders? Dieses Wirkprinzip führte er ein, weil er der Ansicht war, dass es therapeutische Strategien gibt, die sich als sehr wirksam erwiesen haben, obwohl sie keine aktive Hilfe zur Problembewältigung anbieten. Er dachte dabei an die nondirektive Gesprächspsychotherapie nach Rogers und Tausch, die ja nachweislich bedeutsame Symptomveränderungen, Befindlichkeitsverbesserungen, Persönlichkeitsveränderungen und positive Veränderungen zwischenmenschlicher Art bei Klienten mit ganz unterschiedlichen Symptomatik bewirken kann. Grawe forderte, Therapien stets sowohl bewältigungs- als auch klärungsorientiert zu gestalten, da er das Sich-Über-Sich-Selbst-Klarer-Werden und das Sich-Besser-Annehmen-Können als ein therapeutisches Ziel von eigenem Wert sah. Er beschrieb Können und Wollen, also Kompetenz- und Motivationsaspekte als zwei zueinander gehörende Perspektiven, „*die erst zusammen ein einigermaßen vollständiges Verständnis dessen ermöglichen, was ein Mensch*

tut und erlebt.“ Klärungs-, Motivierungs- und bewältigungsorientierte Phasen können sich nach Grawe gegenseitig abwechseln, einander vorbereiten und ineinander übergehen.

Vier der Wirkfaktoren, „*Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Bewältigung, Klärung*“ scheinen mir aus zwei übergeordneten Meta-Komponenten zu bestehen: einmal der Prozess der Auseinandersetzung mit dem Problem/Konflikt (*Ressourcenaktivierung und motivationale Klärung*) im Sinne einer Motivierung des Klienten, sich dem für ihn sehr schwierigen Therapieprozess zu unterziehen. Zum anderen wirken zusammen die *Problemaktivierungs- und die Problembewältigungsperspektive* im Sinne von Entwicklung von Lösungsstrategien, der Konfliktbewältigung und der Perspektive der möglichen Bewältigung (Aspekt des Könnens/Nicht-Anders-Könnens). Die erstgenannte Perspektive betrachtet einen Klienten von seinen Fähigkeiten und Potenzen, die zweitgenannte fokussiert auf problematische Aspekte.

Diese beiden Perspektiven zusammengenommen machen verständlich, was einen Klienten in seiner Therapie erwartet.

### **Uneinheitliche Interpretation von Forschungsergebnissen**

Ob nun bestimmte untersuchte Faktoren als spezifische oder unspezifische verstanden werden sollen, dürfte von dem jeweilig zu Grunde liegenden Therapieverständnis beziehungsweise der Theorie dahinter abhängig sein (Tracy et al., 2003). Eine saubere Trennung in spezifische oder unspezifische Wirkfaktoren ist, wie schon gesagt, aufgrund der unterschiedlichen Handlungsanweisungen generell - ohne Berücksichtigung des unterschiedlichen Theorieverständnisses der einzelnen Schulen - nicht möglich. So lässt sich z. B. die Beziehungsgestaltung aus der Sicht der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nicht generell als ein unspezifischer Wirkfaktor bezeichnen, da ja ein Großteil der Handlungsanweisungen auf eben diesen Beziehungsaspekt abzielen. Um diesem Definitionsdilemma zu entgehen, stellen einige Autoren bereits die Frage, ob die Unterscheidung zwischen spezifisch und unspezifisch vielleicht doch aufgegeben werden sollte (Czagalik, 1990b; Lambert & Ogles, 2004).

Wampold (2001) hat die bis dahin vorliegenden Studien zu den Wirkfaktoren in der Psychotherapie einer Metaanalyse unterzogen und kam zu dem die Fachwelt aufwühlenden Ergebnis, dass nahezu 70% der Varianz erfolgreicher Therapien durch unspezifische Effekte bestimmt wurden, das hieße also, dass alle Psychotherapieverfahren aufgrund genereller Wirkfaktoren im wesentlichen gleich wirksam wären! Wampold errechnete Effektstärken von 0,80, das heißt, ungefähr 75% aller Klienten profitieren nachweislich von einer Psychotherapie.

Allerdings schreiben Lambert & Ogles (2004) vorsichtiger, das je nach Art der psychischen Erkrankung in kontrollierten Studien 40% bis 70% der Patienten von einer Psychotherapie profitieren. Es handele sich dabei nicht nur statistische Effekte, sondern auch um klinisch bedeutsame Verbesserungen. Und sie schreiben, das im Hinblick auf die Wirkung einer Psychotherapie die Dauer eine Rolle spiele, dass mindestens 50 Sitzungen nötig seien, um bei einer hinreichend großen Zahl von Patienten (75%) klinisch relevante Veränderungen zu erreichen. Dahinter verberge sich überwiegend die Herstellung einer hilfreichen Beziehung. Die Passung zwischen dem therapeutischen Angebot und der Ansprechbarkeit des Klienten, d.h. ein intensives, emotional geladenes, vertrauensvolles Arbeitsbündnis sei ein wesentlicher Wirkfaktor der Psychotherapie. Die spezifischen Wirkfaktoren der verschiedenen Psychotherapieformen machen nach Lambert & Ogles höchstens 4 bis 8% der gesamten Varianz (Wirksamkeit) von Psychotherapie aus.

Bisher lässt sich über den bisher noch nicht aufgeklärten Rest von zirka 20% an Wirksamkeitsvarianz nur spekulieren: er ist vermutlich durch bisher noch nicht erfasste Therapeuten-



variablen und spezifische Klientenvariablen bedingt. Selbst die ausgefeilten spezifischen Interventionen der Verhaltenstherapeuten können nicht entscheidend für den Erfolg ihrer Maßnahmen herangezogen werden. Damit lässt sich die Behauptung aufstellen, dass es nicht darauf ankommt, welche spezifischen Interventionen ein Psychotherapeut beherrscht und in seiner Therapie einsetzt, sondern dass vor allem die Therapeutenpersönlichkeit und vermutlich seine Erfahrung zählt, wenn es darum geht, förderliche Heilungsprozesse beim Klienten einzuleiten. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass Michael Buchholz (2006b) schreibt in einer Rezension zur Neuauflage des Buches von Wampold, die ich auschnittsweise wegen ihrer Prägnanz hier übernehme,

*„Das Buch [...] kontrastiert die empirischen Befunde zu zwei Hintergrundmodellen, die die Forschung jahrelang angeleitet haben, selten aber explizit formuliert wurden. Wampold bezeichnet sie als ‚medical model‘ und ‚contextual model‘.*

*Das medical model ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:*

*a) der Patient (oder Klient) hat eine Krankheit (ein Problem, Beschwerde), deren Symptome als Zeichen einer zu Grunde liegenden Störung gelesen und in eine diagnostische Taxonomie gruppiert werden; b) die Krankheit wird durch eine psychologische Hypothese erklärt; c) der "Mechanismus" der Veränderung oder Heilung wird dem speziellen psychotherapeutischen Ansatz zugerechnet und leitet sich aus der Hypothese ab; d) jedem therapeutischen Ansatz sind spezifische therapeutische Ingredienzen zu eigen; e) es gibt einen spezifischer Faktor des therapeutischen Ansatzes, der für eine spezielle Störung als wirksam identifiziert und letztlich in einer manualisierten Form beschrieben werden kann. Die Wurzeln des medizinischen Modells sieht Wampold beim frühen Freud, aber auch beim Behaviorismus und bei der von ihm beeinflussten Verhaltenstherapie (VT).*

*Das contextual model besteht aus anderen Momenten:*

*a) Psychotherapie wird als emotional hoch besetzte Beziehung angesehen, die eine Hilfe suchende Person vertrauensvoll mit einem offiziellen Therapeuten eingeht; b) der Patient glaubt - und diese Überzeugung bzw. Hoffnung wird nicht zerstört - dass der Therapeut tatsächlich hilfreich handelt; c) es gibt eine Art Plan oder Schema, vielleicht sogar einen Mythos, der eine plausible Erklärung für die Probleme liefert und d) schließlich eine Art Ritual oder Prozedur, sie zu bewältigen. Mit den beiden letzten Punkten ist gemeint, dass Psychotherapie durchaus nicht ‚wissenschaftlich validiert‘ sein muss; es können auch andere Mythen an die Stelle dieses einen treten. ‘Simply stated, the client must believe in the treatment or be lead to believe in it’ (Wampold, 2001).*

*[...] diese Hintergrundmodelle sieht Wampold auf einem spezifischen Abstraktionsniveau angesiedelt; über den therapeutischen Techniken siedelt er "Strategien", darüber "theoretische Ansätze" und erst auf oberstem Level die genannten meta-theoretischen Modelle an.*

*[...] Wampold prüft die Befunde zur allgemeinen und spezifischen Effekten, zu therapeutischen Allianz, zur sog. Adhärenz (inwieweit Erfolge davon abhängen, daß Therapeuten an ihre Methode glauben) und schließlich zu den Therapeuten-Effekten. Hier wird die Sache auch für diejenigen extrem spannend, die Befunde zu langen Therapien suchen. Es zeigt sich überall, daß die Vergleiche zwischen verschiedenen Therapietechniken bzw. -methoden weit weniger groß sind als die Unterschiede innerhalb derselben Schulen, aber zwischen den verschiedenen Therapeuten.[...] Und es zeigt sich, daß jene The-*

*rapeuten die besseren Erfolge haben, die nicht auf Technik setzen, sondern auf den Kontakt; die nicht eine quasi-biologische, sondern eine psychologische Hypothese verfolgen; die nicht glauben, das Problem sei durch Psycho-Technik rasch zu lösen, sondern die von Anfang an wissen, das psychische Entwicklung Zeit braucht und verbraucht.*

*Wampold zieht Folgerungen, die auch für die bundesdeutsche Diskussion Bedeutung haben.*

*Forschungsmäßig scheint klar, daß das Studium des Prozesses, nicht mehr des outcome, größtes Interesse beanspruchen kann, daß hier qualitative Studien Gewicht gewinnen werden; prägnanter scheint hervorzutreten, daß Patienten v.a. bestimmte ‚worldviews‘ haben und innerhalb derer bekommen ihre Gefühle jenes konflikthafte Gewicht, das ihnen zu schaffen macht. Gefühle an sich sind in Therapien nur phasenweise Thema, sie werden von Weltbildern geordnet und strukturiert. Die Suche nach den spezifischen Ingredienzien des Therapiecocktails erhält einen besonderen Dreh: ‚...the therapist needs to realize that the client’s belief in the explanation for their disorder, or complaint is paramount<sup>7</sup>...‘ (Wampold, S. 218). Die Behandlung muß im Sinne einer adaptiven Indikation dazu passen.“*

Die bisherige Datenlage spricht nach Wampold dafür, dass die Wirkung von Psychotherapie sich am ehesten durch ein holistisches Modell beschreiben ließe. Es sieht Psychotherapie als einen sozialen Prozess gegenseitiger Einwirkungen im Rahmen einer Klient-Therapeut-Beziehung, die hoch emotional besetzt und durch Vertrauen geprägt ist.

Die w.o. genannten Ergebnisse der Analysen z.B. von Lambert et al. und Wampold lassen erheblichen Zweifel an dem von Grawe in die Welt gesetzten Terminus der „evidenzbasierten störungsspezifischen Therapie“ aufkommen, den er durch seine Forschungsergebnisse zu belegen glaubte. Es scheint eher so, dass sehr wohl deutliche Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Therapieverfahren bestehen. Dabei wiesen die verhaltenstherapeutischen Methoden eindeutig die besten Werte auf.

In der vorliegenden Arbeit soll aus methodischen Gründen, aber auch aus der Überlegung heraus, dass es für die Interpretation der gewonnenen Daten keinen entscheidenden Unterschied macht, auf die explizite Unterscheidung der untersuchten Prozessfaktoren hinsichtlich ihrer Spezifität oder Unspezifität verzichtet werden.

### **Kritische Stellungnahme zu den Evaluationstudien**

Ob mit unterschiedlichen Begriffen in der Wirksamkeitsforschung dasselbe beschrieben wird oder mit ähnlichen Begriffen doch Verschiedenes, ist – wie w.o. schon angesprochen - noch ungeklärt. Jedenfalls dürfte klar sein, dass in einem "Wirkfaktor" eine Vielzahl von Variablen enthalten sein können wie das oben dargestellte Beispiel der schulübergreifenden Wirkfaktoren nach Grawe zeigt.

Auch Lambert & Hill (1994) stellen hinsichtlich ihrer Einschätzung von Prozessfaktoren klar: "[...] no classification system encompasses all the permutations of the dimensions listed.“ Sie empfehlen daher dringend, bei der Untersuchung fokussierter Therapieprozesse darauf zu achten, dass mit der gewählten Methodik tatsächlich die avisierten Wirkkomponenten erfasst werden können.

---

<sup>7</sup> Übersetzt: *ausgesprochen wichtig*

Im Zusammenhang mit der Darstellung meiner eigenen Überlegungen und Forschungsergebnisse werde ich mich an die im Kap. 7.1 erläuterte Begrifflichkeit halten.

Auf den mittleren und höheren Ordnungsebenen der Wirkvariablen oder Wirkkategorien sind auch statistische Operationen möglich, die zu letztlich höchsten Ordnungsebenen führen können, z.B. in meiner Untersuchung den von mir sog. Kernkategorien, wie z.B. *Direktive Verhaltensregulation*.

## Die Prozessforschung

Das Äquivalenzparadoxon („Dodo-Verdikt“)<sup>8</sup> in der Wirksamkeitsforschung machte deutlich, daß eine fundierte Untersuchung des Therapieerfolgs nicht ohne eine korrespondierende Erforschung der zum entsprechenden Ergebnis führenden Therapieprozesse erfolgen kann. Dementsprechend begab man sich vermehrt seit den frühen 80er Jahren an die Erforschung therapeutischer Prozesse, um sie in Verbindung mit dem Therapieergebnis bringen zu können.

Was ist unter " Prozess " zu verstehen?

Der Begriff „Prozess“, von lateinisch *processus* (Fortschritt, Fortgang), wird in der Psychotherapieforschung zur Bezeichnung von sequentiellen und nachfolgenden Abläufen im Therapieablauf, wie z.B. Wahrnehmungs-, Lern- oder emotionalen Prozessen eingesetzt (wobei jeder einzelne Schritt einer Sequenz bereits den nachfolgenden vorbestimmt). In dieser Arbeit wird der Begriff ‚Prozess‘ als Konstrukt für Informationsverarbeitung und Handlungsregulation in der Interaktion zwischen Klient und Therapeut in einzelnen Therapiesitzungen verstanden. Dabei muss klar sein, dass der Begriff ‚Prozess‘ nichts anderes ist als eine forschungsgeleitete (mehr oder weniger willkürliche) Konstruktion aus der Perspektive des Forschers/Beobachters, mit der in der phänomenologischen Beschreibung sequenzielle Abläufe oder Ereignisse als zusammengehörig verstanden werden. Betrachtet man Psychotherapie unter dem Aspekt des Prozessgeschehens, so ließe sie sich als ein umfassendes Veränderungsgeschehen in kognitiven, emotionalen, behavioralen und sozialen/ interpersonalen Zusammenhängen darstellen.

Die Prozessforschung geht der Frage nach unterschiedlichen, spezifischen und unspezifischen, allgemeinen Interventionstechniken und Interventionsmerkmalen nach. Sie fragt auch nach den entscheidenden interpersonellen Prozess- und Veränderungsfaktoren. Die Prozessforschung soll Antwort geben auf die spannende, noch wenig geklärte Frage: was geschieht auf einer konkreten Verhaltensebene in einer Therapiesitzung tatsächlich?

Somit macht die Prozessforschung den therapeutischen Prozess (und nicht die differentielle Wirkung/Effizienz) zum Gegenstand ihrer Untersuchung. Lambert und Hill schreiben zu dieser Frage:

*„Process research typically addresses what happens in psychotherapy sessions, examining variables such as therapist behaviors, client behaviors, and interactions between therapist and clients during treatment“* (Lambert & Hill, 1994, S. 72).

---

<sup>8</sup> Im therapeutischen Bereich Bezeichnung für das Ergebnis von früheren Psychotherapiestudien, die nur wenige Unterschiede in der Effektivität verschiedener psychotherapeutischer Orientierungen finden konnten ("Everyone has won and all must have prizes" : Ausspruch des Dodo-Vogels in Lewis Carrolls Kinderbuch "Alice im Wunderland").

Bastine, Fiedler und Kommer (1989) unterscheiden zwei prototypische Formen der Prozessforschung. In der **Typ A- Prozessforschung** wird der Therapieprozess als ein einheitlicher Prozess verstanden. Er wird definiert durch verschiedene Indikatoren, die sich im Verlauf des Prozesses zwar quantitativ, nicht aber qualitativ ändern. Zwar ist davon auszugehen, daß sich z.B. die therapeutische Beziehung verändern kann, doch wird angenommen, dass diese sich entlang grundlegend gegebener Prozessvariablen mehr oder weniger deutlich ausgestaltet. Die Analysen, die zum allgemeinen Psychotherapiemodell von Orlinsky und Howard (1986) führten, sind durch diese Forschungsperspektive bestimmt.

In der **Typ B-Prozessforschung** wird von einem sich verändernden Prozess ausgegangen. Im sequenziellen Verlauf der Behandlung bildet der erreichte Status die Basis für den danach folgenden Schritt der Therapie, der sich in seiner Qualität verändern kann. In der Psychotherapieforschung stellt sich immer die grundlegende Frage, inwieweit die Forschungsfrage mit den benutzten Methoden abgedeckt werden kann und wie gut mit diesen Methoden die bestehende Realität abgebildet wird (Lambert & Hill, 2003).

### **Wozu Prozessforschung?**

Die Prozessforschung ergänzt die Wirkungsforschung, indem sie gezielt mit qualitativen und/oder quantitativen Methoden sozusagen die Lupe auf die Prozesse legt, die sich innerhalb von Therapieabschnitten, aber auch von ganzen Therapieverläufen abspielen. Sie versucht die Wirkprädiktoren von Psychotherapie unter dem Aspekt herauszukristallisieren, daß sie nach den qualitativen Elementen von Abläufen und Wirksamkeit für die Prozesse sucht, die innerhalb einer oder mehrerer Therapiesitzungen beobachtbar sind. Dabei sucht sie gezielt nach Prozess- bzw. Interaktionsmerkmalen, die - ausgehend von den bisherigen Forschungsergebnissen - beim Klienten Veränderungsprozesse erwarten lassen.

Die Prozessforschung dient also zur Erschließung der Wirkfaktoren, sie konzentriert sich auf die Veränderungsabläufe.

Nebenbei sei erwähnt, dass die Prozessforschung bisher primär die offen zugänglichen Interaktionsprozesse untersucht hat. Empirische Studien, die sich mit den intrapsychischen, innerhalb der Beteiligten ablaufenden kognitiven und emotionalen Prozessen beschäftigen, sind noch rar.

Um wirksame Prozesse in der Therapie valide und reliabel zu orten und um weitere Möglichkeiten der Legitimierung und der Weiterentwicklung von Therapieansätzen nutzen zu können, sollten sich auch praktizierende Psychotherapeuten der Prozessforschung widmen. Wer denn könnte besser einschätzen, ob Prozessbeobachtungsmethoden praxistauglich sind und/oder schulenübergreifend angewendet werden können, als die „vor Ort“ arbeitenden Therapeuten? Natürlich ist hier ein Zusammenarbeiten von Forschern und Praktikern gefordert, entsprechend der Aufforderung von Föh und Fischer (1998, S. 12) die Psychotherapie als "*wissenschaftliche(r) Gemeinschaft von Forschenden und Praktikern*" weiterzuentwickeln.

Wem und wozu sollen die Ergebnisse solcher Studien nützen? Direkt sollen natürlich den Klienten als Nutznießern von psychotherapeutischen Leistungen und der Gesellschaft als Ganzes die Forschungsergebnisse zugutekommen, indirekt aber sollen sie den Therapierenden (und dem Ruhm der Forscher) dienen.

## **Die Prozessforschung hat also zum Gegenstand die Frage: was spielt sich innerhalb von Therapiesitzungen ab?**

Die Suche nach nachweislich allgemeingültigen Prädiktoren zur Wirksamkeit von Psychotherapie erwies sich als noch zu komplex und schwierig, um überzeugende Antworten präsentieren zu können. Deswegen fokussieren neuerer Forschungsansätze mehr darauf, was sich in (einzelnen) psychotherapeutischen Sitzungen genau abspielt. Dieser Teil der Therapieforschung analysiert mit quantitativen und/oder qualitativen Methoden nicht die Frage nach dem Unterschied zwischen „vorher-nachher“ zur Klärung von Hypothesen zum Therapieerfolg unterschiedlicher *Settings*. Vielmehr analysiert er vor allem die ***Abläufe während der therapeutischen Interventionen*** zur Klärung von Hypothesen zu ***Veränderungen innerhalb des interpersonalen Therapiesystems*** im Rahmen von therapeutischen Interaktionen. Unter verschiedenen Perspektiven (Klienten-Sicht, Therapeuten-Sicht, Einschätzung unabhängiger Beobachter) fokussieren Prozessstudien vor allem auf die Veränderungsmechanismen in Einstellungen, Erleben und Verhalten der Beteiligten. Die sich hieraus ergebenden Fragestellungen konzentrieren sich auf die Interaktionen zwischen Therapeut und Klient, sowohl auf verbales als auch auf nonverbales Geschehen.

Die Psychotherapieprozessforschung hat sich zur Aufgabe gemacht, die veränderungsrelevanten Prozesse herauszukristallisieren und zu erforschen, welche Wirkungen sie im therapeutischen System hinterlassen.

Dies geschieht zum Beispiel mittels qualitativer oder quantitativer Auswertung von Prozessvariablen (wie z. B. Verteilung von Redebeiträgen, Sprechdauer, Verbalisierungen emotionaler Erlebnisinhalte, Interventionsfrequenzen, Erklärungen, verbalen Techniken usw.).

Da die Forschung hier noch einigermaßen am Anfang steht, müssen viele infrage kommende Merkmale therapeutischer Interaktionen operationalisiert, erforscht und beschrieben werden, auch wenn sie nur eine mittelbare (Moderatorvariable) oder periphere Rolle spielen sollten, da ja erst im Nachhinein überprüft werden kann, welche Merkmale überhaupt auf den Therapieprozess einwirken, ob sie eher isoliert wirksam sind oder eher in einem Bündel von Wirkkomponenten.

### **„Therapieprozess“ aus der Sicht unterschiedlicher Therapieschulen**

Es sollen hier kurz die für die „großen“ Therapieschulen postulierten Prozesskonzepte beschrieben werden. Es sich hier um eine Makroebene der Betrachtung.

Aus der Arbeit von Thommen-Bilger (2004) entnehme ich exemplarisch (mit einigen Auslassungen und Umstellungen ) folgende Einteilung:

#### **1. Tiefenpsychologie**

Beispielhaft soll das Prozess-Modell von Müller-Pozzi (1995) herausgegriffen werden. Es umfasst:

- freie Assoziation (Klient)/gleichschwebende Aufmerksamkeit (Therapeut)
- Erfassen von Übertragungen bzw. Widerständen und Gegenübertragungen
- Arbeitsbündnis
- Interventionen des Therapeuten in Form von Konfrontation, Klärung

- Deutung (bezüglich Inhalten bzw. Übertragungen)
- Einsicht
- Durcharbeiten

Neben diesem Modell finden sich noch weitere, die sich prinzipiell auf die Psychoanalyse anwenden lassen (z.B. Thomä & Kächele, 1996).

## 2. Humanistisch- existentialistische Psychologie

In der Einleitung zum Übersichtswerk "*Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*" setzt Rogers (2003, S. 15) die Begriffe Therapie und Prozesse gleich:

*„Therapie ist ein Prozess, ein Ding an sich, eine Erfahrung, eine Beziehung, eine wirksame Kraft. Therapie ist weder das, was dieses Buch, noch was irgend ein Buch über sie sagt, ebenso wenig wie eine Blume die Beschreibung ist, die der Botaniker von ihr gibt.“*

Im Kapitel "Der Prozess der Therapie" (S. 131 bis S. 186) wird dieser im Sinne eines Lernprozesses beschrieben. Die charakteristischen Veränderungen oder Entwicklungen betreffen

- die Wahrnehmung des und die Einstellung zum Selbst
- die Art der Wahrnehmung, Objekte betreffend
- die Bewusstheit von geleugneter Erfahrung
- den Wertungsprozess
- die Beziehung
- die Persönlichkeitsstruktur
- das Verhalten

Möglich gemacht wird dieser Lernprozess durch zwei Elemente der therapeutischen Beziehung: die Achtung des Therapeuten gegenüber alten wie neuen Wahrnehmungen des Klienten-Selbst sowie seine akzeptierende Einstellung gegenüber den neu entdeckten Aspekten. Dadurch kann der Klient ohne allzu starken Verlust von Selbst-Wert und mit einem genügenden Gefühl der Sicherheit seine Persönlichkeitsorganisation und -struktur verändern.

Die von Rogers beschriebene Prozessbetrachtung wird in neueren Werken zur Gesprächspsychotherapie beibehalten. Tausch und Tausch (1990) beschreiben in ihren Annahmen zur "Theorie einfühlsamer hilfreicher Gespräche" die wesentlichen Prozesse beim Klienten als den Haltungen und Aktivitäten des Helfers entsprechend: Der Gesprächspartner (Klient) sucht sich mehr in seine innere Welt einzufühlen und sie zu verstehen (entsprechend dem einfühelnden Verstehen des Helfers); er achtet und akzeptiert sich mehr und behandelt sich besser (entsprechend der Achtung-Sorge-Wärme des Helfers) und er ist offener und echter (entsprechend dem Echt-sein des Helfers). (S. 301)

## 3. Kognitiv- behaviorale Psychologie

Grawe et al. (1994) zählten in der bis dahin größten Metaanalyse mindestens 14 Therapiemethoden der VT, die sich wiederum aus circa 200 verschiedenen Techniken konstituieren. Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991) gliedern die therapeutischen Prozesse kognitiv-behavioraler Therapien auf der Makroebene folgendermaßen:

- Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
- Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufiger Auswahl von Änderungsbereichen (Problemanalyse)

- Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
- Vereinbarung therapeutischer Ziele
- Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
- Evaluation therapeutischer Fortschritte
- Endphase: Erfolgsoptimierung und Generalisierung, Therapieabschluss

#### 4. Systemische Psychologie

Schiepek (1999a, S. 64) definiert die von ihm herauskristallisierten vier Aufgaben im therapeutischen Prozess bzw. dessen Makroebene wie folgt :

- Erzeugung eines therapeutischen Systems (das heißt einer als Psychotherapie definierten und auf Veränderungen des Erlebens und Verhaltens des/der Patienten gerichteten Kommunikation)
- Erhaltung des therapeutischen Systems
- Verwirklichung therapeutischer Veränderungen
- Beendigung der Therapie

Für die erfolgreiche Gestaltung des Therapieprozesses sind ff. Aspekte relevant (Schiepek, 1999a, S. 150):

- Mobilisieren der Zuversicht und der Veränderungsbereitschaft
- Aufnehmen einer emotional bedeutsamen Beziehung
- Interpretation des Leidens und der Therapie nach einem plausiblen, der kulturellen Situation entsprechenden Konzept
- ‚Auftauen‘ verfestigter Erlebens- und Verhaltensmuster
- korrigierende emotionale Erfahrungen mit Umstrukturierung zentraler Konzepte

Man sieht, daß unterschiedliche Therapieschulen und Autoren zu auch recht unterschiedlichen begrifflichen Vorstellungen von Therapieprozessen gelangen. Man kann diese Einteilungen daher nur als mögliche Konstrukte betrachten, die in der Feldforschung zu überprüfen wären (soweit in Anlehnung an die Darstellung von Thommen-Bilger, 2004.)

#### Theoriegeleitete versus explorative Prozessforschung

Aus der Arbeit von Brandl (2005) entnehme ich im folgenden einige Aspekte seiner Darstellung und verschiedene Hinweise auf Literatur zur Prozess- und Wirksamkeitsforschung.

Der Psychotherapieprozessforschung stehen zwei sehr unterschiedliche Forschungsstrategien zur Verfügung: die explorative bzw. deskriptive Methode (z.B. Hill, 1990) und das theoriegeleitete bzw. experimentelle Vorgehen.

Mit der *theoriegeleiteten experimentellen* Methode werden die aus einer Theorie ableitbaren Hypothesen empirisch getestet. Die untersuchten unabhängigen Variablen müssen dabei gezielt kontrolliert werden; dabei wird das Untersuchungsdesign so ausgewählt, dass die Hypothesen möglichst verifiziert oder falsifiziert werden können (wie dies auch in meiner eigenen Arbeit in Teilen geschieht).

Ziel ist, die meist nur vorläufigen Hypothesen oder Theorien über die zu untersuchenden Prozesse zu verifizieren. In der Regel kann wegen der zur Zeit noch sehr allgemein formulierten Prozessmodelle nur mit ungesicherten Prozesstheorien gearbeitet werden, mit denen lediglich recht allgemeine Hypothesen und Untersuchungsstrategien begründet werden können.

Die *explorative oder auch „pragmatische“* Forschungsstrategie dagegen untersucht klinische Phänomene, aus denen dann empirisch überprüfbare Hypothesen abgeleitet werden, wie in der inhaltsanalytischen Auswertung des HILF).

Nach Schiepek et al. (1995) geht es der explorativen, deskriptiven (bzw. inhaltsanalytischen) Forschung um die phänomenologische Erfassung des Therapieprozesses, z.B. über ein vertiefendes Verstehen.

Die so gewonnenen Forschungsbefunde können dann zur Verfeinerung bzw. Differenzierung des zu Grunde liegenden theoretischen Modells zur Verifizierung und zur Planung weiterer Studien genutzt werden (Brandl, 2005).

### Differenzielle Betrachtungsweise von Prozessforschung

Unter dem Blickwinkel einer differenziellen Betrachtungsweise der Prozessforschung ließen sich die entsprechenden Fragestellungen z. B. unter folgenden Gesichtspunkten untersuchen:

- Welche gemeinsamen und welche trennenden Werte bringen Therapeut und Klient in die Therapie ein?
- Auf welcher sprachlichen und auf welcher nonverbalen Ebene wird miteinander kommuniziert?
- Mit welcher Art von Interventionen erreicht der Therapeut den Klienten?
- Welcher Konsens besteht zwischen Therapeut und Klient hinsichtlich der Therapieziele?
- In welcher Weise greift der Klient die Intervention des Therapeuten auf?
- Welche Einstellungen und Verhaltensweisen verändern sich im Laufe der Therapie und wie verändern sie sich?

Nach Lambert und Hill (1994) lassen sich verschiedene Dimensionen der Prozessbetrachtung unterscheiden, mittels derer viele Prozessstudien sinnvoll abgegrenzt werden können und mit deren Hilfe sich die vorliegende Untersuchung hinsichtlich der Forschungsrichtung einordnen lässt:

#### **a) die direkte oder indirekte Betrachtung:**

die *direkte* Betrachtung wird meist durch externe Beobachter ausgeführt und meint die Kodierung oder das *Rating* von Verhalten beider Beteiligter, des Klienten sowohl als auch des Therapeuten, in der unmittelbaren Beobachtung der Therapie oder in der Auswertung von Transkripten. Die *indirekte* Betrachtung wird meist mittels Fragebögen direkt nach einer Sitzung erhoben und erfasst das umfassende Erleben einer Sitzung aus der Sicht des Klienten und/oder des Beraters oder Therapeuten.

#### **b) die Perspektive:**

der Therapieprozess kann aus der Sicht des *Klienten*, eines *externen Beobachters* oder des *Therapeuten* selbst evaluiert werden, wobei in der bisherigen Forschung überwiegend die Perspektive des externen Beobachters herangezogen wurde.

#### **c) der Fokus:**

Aus Gründen forschungstechnischer Unkompliziertheit sind die meisten Prozess-Forschungen aus Informationen über/durch den Klienten *oder* den Therapeuten gewonnen worden, d.h. aus



einer eher eindimensionalen Perspektive, weniger aus der Perspektive auf die therapeutische Dyade oder auf ein eventuell noch umfassenderes System. Im Grunde müsste natürlich stets das gesamte System berücksichtigt werden, weil sich die beteiligten Interaktionspartner als Teile des therapeutischen Systems wechselseitig beeinflussen; wegen der forschungstechnischen Komplexität und um die Übersicht behalten zu können, werden meist nur bestimmte Handlungsabläufe und Erlebnisinhalte erfasst. In meiner Arbeit ist der Forschungsfokus auf die Erfassung des Interaktionsstils des Therapeuten gerichtet, er ist somit das Objekt dieser Studie.

**d) der Prozess:**

die Autoren postulieren vier Arten von Kommunikationsvariablen: **Inhalt** (worum geht es?: Thema); **Handlung** (was wird gesagt oder getan?: z.B. Bericht, klärende Frage, Ermutigung, Anleitung); **Stil** (wie wird etwas gesagt oder getan?: wertschätzend, kritisierend); **Qualität** (wie gut wird etwas gesagt oder getan?: kompetent, nachvollziehbar nachhaltig wirkend).

**Einige Forschungsansätze und Ergebnisse in der Prozessforschung : Unterschiede oder Gemeinsamkeiten in den Therapeutenvariablen?**

Um meine Arbeit in den Kontext der Psychotherapieforschung einzufügen, folgt nun eine kurze ausgewählte Darstellung bisheriger Ansätze und Ergebnisse in der Prozessforschung. Die veränderungsrelevanten Therapieprozesse und deren Wirkungen auf den Therapiefortschritt sind Untersuchungsgegenstand der Psychotherapieprozessforschung. Es gibt zahlreiche Untersuchungen zu dieser Fragestellung, die insbesondere durch die Schule von Rogers angestoßen worden sind, und relativ gesicherte allgemein, unspezifisch wirksame Faktoren therapeutischer Kompetenz.

Bei allgemeiner gefassten Untersuchungsdesigns fallen die Untersuchungsergebnisse eher weniger zugunsten von Unterschieden aus. Strupp (1983, S. 17) verglich kognitiv-behaviorale mit psychodynamischer Therapie:

*"Few, if any, clinicians practice a ‚pure‘ form of therapy and contemporary practice is an amalgam to a much greater extent than is acknowledged in theoretical writing."*

Dem scheint auch eine internationale Befragung von praktizierenden Therapeuten (N=2376) zu entsprechen (Orlinsky et al., 1996).

*"Zusammenfassend lässt sich über den idealen Beziehungsstil, die Beteiligung, die Effizienz und den Arbeitsstil der Therapeuten sagen, dass die Gemeinsamkeiten zwischen den Therapeuten mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen viel größer sind als die Unterschiede."* (Ambühl & Orlinsky, 1997, S. 297).

So wurden auch in einer naturalistischen Studie von Goldfried et al. (1997) erfahrene (circa 15 Jahre Erfahrungen in der Psychotherapieforschung) Psychotherapeuten aus zwei unterschiedlichen Schulen (22 kognitiv-verhaltenstherapeutisch vs. 14 psychodynamisch-interpersonell arbeitende) hinsichtlich ihres Interventionsverhaltens verglichen. Dabei soll nach Einschätzung der Therapeuten die ausgewählte Sitzung für den Veränderungsprozess des Patienten klinisch bedeutend gewesen sein. Je eine Aufnahme einer Therapiesitzung aus ‚normalen‘ Psychotherapie-Praxen wurde mit depressiven und/oder ängstlichen Patienten mithilfe des ‚Coding System of Therapeutic Focus‘ ausgewertet. Dabei wurden die verbalen

Interventionen der Therapeuten auf fünf Achsen mit insgesamt 40 Items bestimmt und miteinander verglichen. Es ergaben sich fast keine signifikanten Unterschiede in den Interventionsstilen zwischen beiden Therapiegruppen, obwohl die beiden unterschiedlichen Therapeutengruppen eigentlich teilweise auch unterschiedliche Ziele verfolgten.

Verschiedene Befunde geben deutliche Hinweise darauf, dass aus der Unterschiedlichkeit von Therapieverfahren auf konzeptueller Ebene nicht direkt auf eine Unterschiedlichkeit auf der Ebene des tatsächlichen therapeutischen Verhaltens geschlossen werden kann. Dazu trägt auch die Verbreitung eklektizistischer Tendenzen bei: verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass eklektizistische Ansätze unter praktizierenden Psychotherapeuten sehr verbreitet sind. Garfield und Bergin (1994) geben einen Überblick über sieben empirische Befragungen mit insgesamt über 4000 teilnehmenden Therapeuten, in denen zwischen 29% und 68% (im Mittel: 50%) der Psychotherapeuten verschiedener Berufsgruppen zugaben, eklektizistisch zu arbeiten, d.h., daß sie auch Interventionsweisen anderer Psychotherapieschulen in ihre Arbeit einbezogen.

Auch wachsende therapeutische Erfahrungen führen dazu, dass sich Therapeuten zunehmend von schulegebundenen Interventionen lösen und eine eigene schulenübergreifende therapeutische Identität entwickeln, vor allem dann, wenn sie mehrere schulenspezifische Ausbildungen absolviert haben.

Für die meisten Therapierichtungen läßt sich zeigen, dass Therapeuten in der Anwendung ihrer therapeutischen Interventionen sich deutlich weniger unterscheiden, als man aufgrund ihrer eigenen Theoriegebäude vermuten könnte (z.B. Garfield & Bergin, 1994).

Zwar lassen sich Unterschiede im Therapeutenverhalten in kontrollierten Therapie-Vergleichsstudien nachweisen, wenn mit Beobachtungssystemen skaliert wird, die explizit auf die angewandten Therapiemanuale abgestimmt sind, doch ist eher (z.B. Kerr et al., 1992) davon auszugehen, dass sich die Unterschiede nivellieren, wenn globale konstruierte Meß- und Beobachtungsinventare verwandt wurden. Vermutlich weisen die in der ‚normalen‘ Psychotherapie-Praxis beobachtbaren Unterschiede zwischen verschiedenen Therapeuten eher auf unterschiedliche persönliche Interaktionsstile und weniger auf die Schulen-Orientierung hin.

Dazu passt eine in diesem Zusammenhang bemerkenswerte Arbeit von Goldsamt, Goldfried, Hayes und Kerr (1992), die verbale und nonverbale Interaktionen der allseits bekannten Therapeuten und Autoren Beck, Meichenbaum und Strupp mit jeweils denselben Patienten untersuchte. Diese Autoren hatten ja in der Vergangenheit eigene Therapiemanuale geschaffen. Interessanterweise unterschieden sich die Interventionen der Therapeuten überwiegend da, wo dies nicht erwartet worden war; die zu erwartenden Unterschiede aufgrund der eigenen theoretischen und klinischen Haltungen dieser Therapeuten fielen dagegen deutlich geringer gegenüber der Erwartung aus!

Dieses Ergebnis wäre ein Beleg für die in zahlreichen Artikeln (z.B. Garfield & Bergin, 1994) berichteten Befragungsergebnisse, dass erfahrene Therapeuten unterschiedlicher Schulenherkunft die Vorgaben ihrer Manuale verlassen und dass festzustellende Unterschiede eher auf den persönlichen Arbeitsstil zurückzuführen wären.

Es spricht meines Erachtens eher vieles dafür, dass vor allem im nichtwissenschaftlichen Praxisbetrieb, das heißt also im normalen therapeutischen Alltag, eher die Gemeinsamkeiten im therapeutischen Handeln überwiegen, was sich dadurch nachvollziehen ließe, dass vermutlich praktisch tätige Psychotherapeuten, vor allem mit zunehmender Erfahrung, eher eklektisch oder integrativ arbeiten und sich die persönlichen Interaktionsstile eher angleichen

(Czogalik, 1990a; Lambert et al., 2004b) und dass alle bekannteren Therapieverfahren einen Preis gewonnen hätten, das heißt in gleicher Weise wirksam wären (s. g. "Dodo-Verdikt"). Schneider und Margraf (1993) wollten in ihrer Studie Aufschluss über die Bedeutung von unspezifischen Therapeuten-Prozessvariablen gewinnen: *therapeutische Beziehung, Direktivität, Glaubwürdigkeit der Therapie, Therapeutenkompetenz*. Gegenstand der Untersuchung waren die Therapien von 12 Diplom-Psychologen, die hinsichtlich der o. g. Variablen auch einer Klienteneinschätzung unterzogen wurden. Es zeigte sich, dass die Klienteneinschätzung der Therapeutenkompetenz ebenso wenig signifikant mit dem Therapieerfolg wie sämtliche Beziehungsvariablen mit diesem korrelierten (zwischen  $r = -.02$  und  $.22$ , ein Befund, der wegen seiner Implikationen unbedingt gründlich zu überprüfen wäre!)

### **Qualitative Veränderung von Verhalten, Erleben und Erkenntnis im Therapieprozess**

Neben solchen universalen Voraussetzungen wie z.B. der Notwendigkeit, die beteiligten Akteure innerhalb des therapeutischen Systems nicht als zwei interaktiv unabhängige Monaden zu betrachten, der Verknüpfung von parallel und nacheinander ablaufenden Therapieprozessen und der Nutzung von Ressourcen, muss noch auf ein weiteres Prozessmerkmal hingewiesen werden: die qualitative Verschiebung von Verhaltens-, Erlebens- und Erkenntnismustern von einer Ebene eines prozessualen Ordnungssystems auf die nächst höhere oder auch nächst tiefere Ebene. Solche Verwandlungen werden von selbst aus der jeweiligen Prozesssequenz in Gang gesetzt. Diese Muster werden in Abhängigkeit von den jeweiligen Situationen und Zusammenhängen gebildet und auf unterschiedlichen Ebenen hierarchisch zusammengeführt (von Uexküll & Wesiak, 1996). Das subjektive Erleben kleinerer Veränderungsschritte schafft Erfolgserlebnisse, Erfahrung von Selbst-,Erfolg' und die Motivation zu quantitativen Veränderungsschritten, auf deren Boden qualitative Sprünge erst möglich werden.

Psychische und soziale Systeme sind in Strukturen und in (wieder)erkennbaren Mustern (,Gestalten') organisiert, wobei diese Organisationen auf unterschiedlichen und auf mehreren untereinander verbunden Ebenen erfolgen und dabei so genannte Ordnungs-Ordnungs-Übergänge mit sehr komplexen, kompensatorischen und auch teilweise rückwirkenden Prozessen durchlaufen. Die Aufgabe des Psychotherapeuten ist es, diese Ordnungs-Ordnungs-Übergänge des Klienten zu initiieren und sensibel zu begleiten. Oft ist das qualitativ Neue bereits verdeckt vorhanden und der Therapeut ermöglicht die Freilegung durch Erlaubnis, Ermutigung und Bestätigung. Andererseits und prinzipiell fördert der Psychotherapeut destabilisierende Prozesse im Klienten (oder im zu behandelnden System), allerdings in sicheren Grenzen, damit durch die somit entstehende Auflösung der vorherigen Ordnungen eine neue Ordnungsebene entstehen kann.

### **Rahmen und Randbedingungen im Therapieprozess**

Andererseits kann eine Psychotherapie trotz der Nichtvorhersehbarkeit des Therapieprozesses nur auf dem Boden eines stabilisierenden Systems ihre positive Wirksamkeit entfalten: dies sind z. B. die Bedingungen von Vertrauen in den Therapeuten, die Verlässlichkeit von Rahmen- und Randbedingungen (z.B. Förderung des Selbstwerterlebens, der Selbstwirksamkeit und die Erfüllung der Kompetenzerwartungen an den Therapeuten seitens des Klienten). Und die gemeinsame Entwicklung von Veränderungszielen trägt wegen ihrer motivierenden Wirkung zur Stabilisierung des therapeutischen Prozesses im Sinne eines Sicherheitserlebens bei, wenn auch Prozesse der Selbstorganisation nur eingegrenzt kontrollierbar und damit prognostizierbar sind.

Der Psychotherapeut ist in diesem Sinne Teil eines sozialen Systems, das sich als "Psychotherapie" beschreiben lässt (Ludewig, 1992) und damit eigene Strukturen und Dynamiken erzeugt; dies manifestiert sich im Sinne eines übergeordneten Ganzen, das die miteinander korrespondierenden psychischen Prozesse von Therapeuten und Klienten kontrolliert.

### **Die Prozess-Ergebnis-Forschung**

In der Psychotherapieforschung hat in den letzten Jahren die Untersuchung der Dynamik des Therapieprozesses und Formulierung von prozessualen Konzepten eine weitaus größere Bedeutung bekommen als die Frage nach der differenziellen Wirksamkeit von Psychotherapie. Prozessforschung untersucht, was in der Psychotherapie selbst geschieht. Daneben gibt es (wie w.o. beschrieben) die Ergebnis- oder Wirksamkeitsforschung, die sich sowohl mit den unmittelbaren als auch den langfristigen Folgen von Psychotherapie beschäftigt. Seit gut zwei Jahrzehnten werden beide Forschungsrichtungen in der sog. Prozess-Ergebnis-Forschung integriert, um die Zusammenhänge zwischen dem, was in der Therapie passiert (und mit welcher interaktionellen Dynamik) und dem Ergebnis aufzuspüren. Die kombinierte Prozess-Ergebnis-Forschung, vor allem mit größeren Fallzahlen, gilt als erstrebenswert, da bei dieser Methodik Prozessmerkmale mit Ergebnismerkmalen systematisch verglichen werden können.

Die Prozess-Ergebnis-Forschung kann quantitativ oder qualitativ erfolgen. Zum Beispiel bedient sich die quantitative Prozess- Ergebnis-Forschung etablierter Instrumente, um Inhalte zu quantifizieren, was wiederum die statistischen Auswertungen der erhobenen Daten ermöglicht. Die qualitative Prozess-Ergebnis-Forschung wird durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Methoden charakterisiert.

Allerdings schließe ich mich zum Abschluß dieses Kapitels Jerome D. Frank an mit seiner bereits 1961 niedergeschriebenen Überlegung: *„Anstelle der Frage: Welche Psychotherapie-Methode ist für diesen Patienten die beste?“, sollte vielleicht die Frage gestellt werden: Welcher Therapeut ist für diesen Patienten der beste?“* (Frank, 1961)

## **2.3 Das Allgemeine Psychotherapiemodell von Orlinsky und Howard**

Das ‚Generic Model of Psychotherapy‘ von Orlinsky und Mitarbeitern soll im Folgenden ausführlicher dargestellt werden. Dieses theoretische Modell der Prozess-Ergebnis-Forschung habe ich in seinem Grundgedanken meinem eigenen Untersuchungsmodell zu Grunde gelegt.

Dem Modell von Orlinsky<sup>9</sup> (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) liegt eine etwas andere Zielsetzung als z. B. dem von Grawe zu Grunde. Was die Auswertung und Interpretation von Forschungsbefunden anbelangt, gibt es große Überschneidungen. Allerdings kommen die beiden Autorengruppen zu recht unterschiedlichen Modellen.

Ich habe dieses Modell zur Einordnung meines Forschungsparadigmas in ein Theoriemodell gewählt, weil es versucht, relevante Eigenschaften von Therapeut, Klient, Kontext und ihrer Interaktion zu identifizieren (und deren Einfluss auf den Therapieerfolg zu differenzieren). Das heuristische Modell von Grawe dagegen ist eher geeignet, die Prozesse, die zur Redukti-

---

<sup>9</sup> siehe auch die Darstellung von Watzke (2002), der ich mich hier in Teilen anschließe.

on von Störungen führen, zu identifizieren und zu erklären. Letzteres eignet sich in meiner Untersuchung zur Darstellung der in meinem Fragebogen (HILF) extrahierten Kategorien bzw. Faktoren. Das vorliegende Untersuchungsmodell schließt sich also in seiner theoretischen Fundierung der Perspektive des allgemeinen Psychotherapiemodells von Orlinsky & Howard an. Dabei bezieht es sich auf Erkenntnisse der Psychotherapieforschung, wie sie auch dem Ansatz von Grawe zu Grunde liegen, nämlich dem vermutlichen Einfluss unspezifischer Wirkfaktoren in dieser Studie, den Wirkfaktoren therapeutischer Interventionen.

Orlinsky und seine Mitarbeiter wollen mit ihrem umfassenden Modell einen Bezugsrahmen schaffen, der die unterschiedlichen Therapiearten einschließt und vergleichbar macht. In diesem Konzept können die den unterschiedlichen Therapiekonzepten gemeinsamen Elemente wirksamer Veränderungsprozesse beim Klienten schulunenabhängig benannt werden.

Unter dem theoretischen Aspekt handelte es sich um ein Gebäude aus miteinander verbundenen Ebenen, mit denen unterschiedliche Aspekte der am Therapieprozess beteiligten Einflußgrößen beschrieben und spezifiziert werden können.

Die Forschergruppe um Orlinsky arbeitet auf dem Boden einiger grundlegender theoretischer Annahmen, die sich zur Systematisierung empirischer Befunde heranziehen lassen.

Orlinsky und seinen Mitarbeitern gelang es, mit ihren Arbeiten die Einzelbefunde aus über 800 Veröffentlichungen zusammenzutragen und nach bestimmten Gesichtspunkten zu ordnen. Dabei wurden die Befunde interpretiert, ohne dass hinsichtlich unterschiedlicher Therapieschulen differenziert wurde. Auf diese Weise wurde versucht, hinsichtlich einzelner Aspekte des Zusammenhangs von Prozessmerkmalen und Therapieergebnissen zu generalisierbaren Aussagen zu gelangen. Die Erkenntnisse wurden somit in dem nachfolgend ausführlicher dargestellten allgemeinen Psychotherapiemodell integriert, welches seinerseits zum Vergleich von unterschiedlichen Therapiekonzeptionen genutzt werden kann.

Das als **‘Allgemeines Psychotherapiemodell’** apostrophierte Modell wurde 1986 von David Orlinsky und Kenneth Howard entwickelt (Orlinsky & Howard, 1986) und integriert gegenwärtig in etwa 2300 Prozess-Ergebnis-Befunde aus ca. 500 Studien (Orlinsky, Rønnestadt & Willutzki, 2003) (Orlinsky et al., 2003, S.316). Es wurde von Orlinsky et al. (1994) in einer Erweiterung vorgestellt.

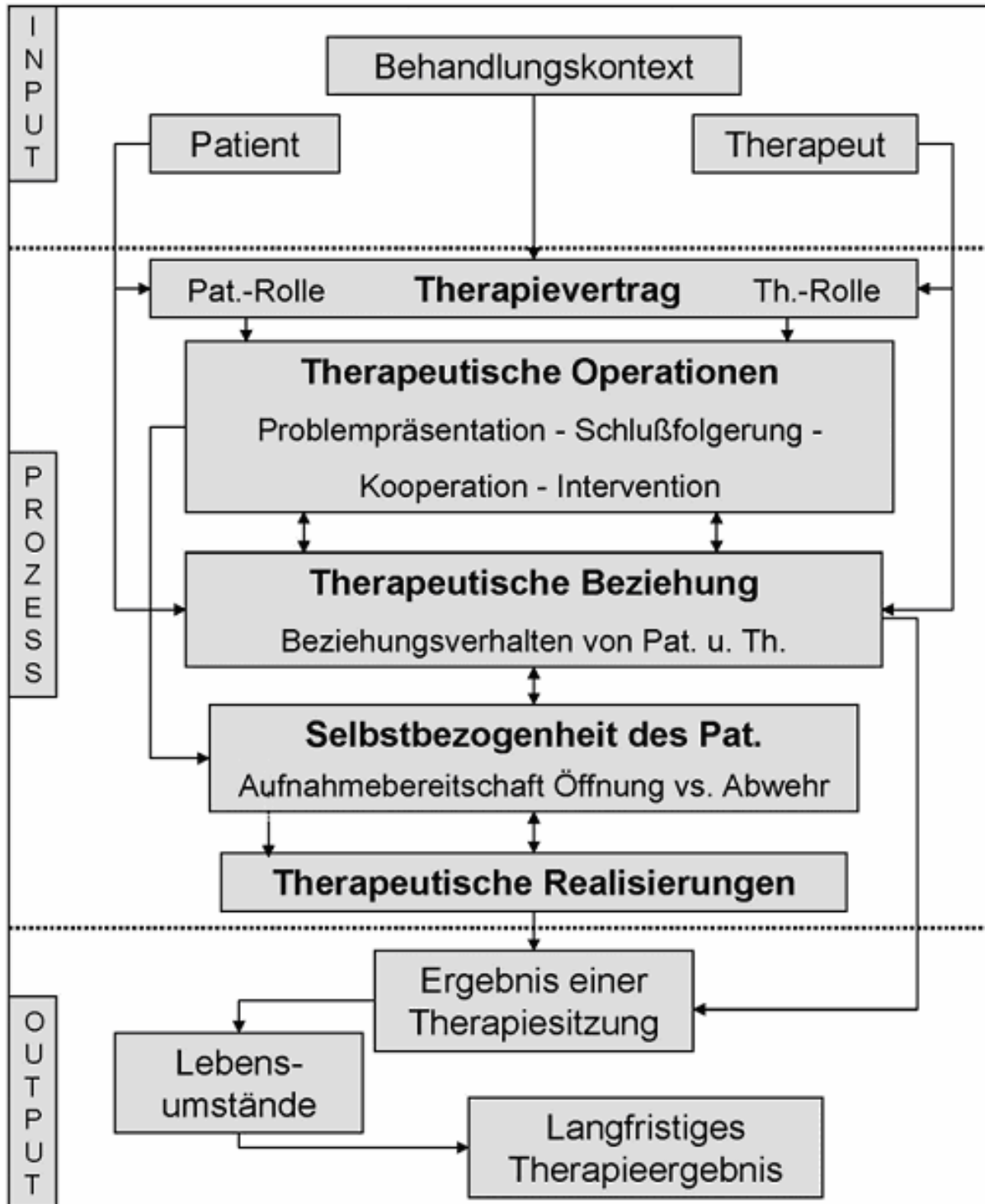


Abb. 2: Vereinfachte und veränderte Darstellung des ‚Generic Model of Psychotherapy‘ (Orlinsky & Howard, 1988), entnommen der Dissertation von Brandl (2005)

Der im Original verwendete Begriff ‚*self-relatedness*‘ wird in der Literatur üblicherweise mit ‚Selbstbezogenheit‘ oder ‚Aufnahmebereitschaft‘ übersetzt. Ich schließe mich der Definition von Nischk et al. (2000) an, der als mehrdimensionales Konstrukt den Begriff ‚Veränderungsinvolviertheit‘ einführt, der sich aus vier faktorenanalytisch begründeten Dimensionen zusammensetzt: ‚Aufnahmebereitschaft/Öffnung gegenüber dem Therapeuten‘ bzw. ‚therapeutischen Anregungen‘; emotionale Involviertheit und Innenorientierung‘; ‚erlebte Veränderung‘;

‚Zielerreichung‘. Diese Differenzierung wird in der vorliegenden Untersuchung durch die Ergebnisse meiner inhaltsanalytischen Fragebogenauswertung voll bestätigt.

Dieses Modell zielt zwar auch auf das Erfolgs- bzw. Wirksamkeitskriterium, besonders aber auf diejenigen Prozessvariablen ab, die entscheidend zwischen Therapeut und Klient zur Geltung kommen. Es bietet u.a. eine Möglichkeit der Kategorisierung und Systematisierung von Prozessvariablen und kann einen konzeptuellen Rahmen für die (vergleichende) Betrachtung verschiedener Therapieformen geben. Es integriert das bisher vorliegende Wissen und ermöglicht die Entwicklung neuer Fragestellungen in der Prozessforschung (entsprechend den ‚weißen Flecken‘ bzw. offenen Fragen im Modell) und hat sich dabei in der Planung von Forschungsstrategien durch sein offenes heuristisches Konstrukt als sehr brauchbar erwiesen (Kordy & Kächele, 1996).

Die Entwicklung dieses Modells erfolgte unter Verwertung zahlreicher Einzelbefunde aus der Prozess-Wirksamkeits-Forschung. Es postuliert funktionale Beziehungen zwischen den beteiligten Eingangs-, Prozess- und Ausgangs-Merkmalen, die unterschiedlich stark durch (robuste) empirische Befunde unterstützt werden (Orlinsky et al., 1994). Mit der sog. ‚box score‘-Methode wurden jene Beziehungen herausgefiltert, die für die Konstruktion einer gemeinsamen schulen-übergreifenden Psychotherapie brauchbar sind.

*„Ein gemeinsames Merkmal der von ihnen analysierten Untersuchungen besteht darin, dass jeweils kleine Ausschnitte des Therapieprozesses im Hinblick auf einen oder wenige Aspekte beurteilt werden, um die so gewonnenen Werte dann mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang zu bringen“* (Grawe, 1988, S. 3)

Orlinsky und Howard gehen von funktionalen Zusammenhängen zwischen Eingangs-, Verlaufs- und Ergebnis-Merkmalen aus, denen unterschiedlich robuste empirische Befunde zugrunde liegen (Orlinsky et al., 1994). Dieser Ansatz versucht sowohl die so weit gewonnenen Erkenntnisse zusammenzuführen als auch ein allgemein gültiges Modell für neue Forschungsansätze bereitzustellen. Kordy und Kächele (1996) sind der Ansicht, dass sich dieses Modell in seinem strategischen und heuristischen Wert als brauchbar erwiesen hat. Die Wirksamkeit/der Erfolg (output) wird bei Orlinsky und Howard wesentlich weiter gefasst als im Allgemeinen, wenn von Therapiewirksamkeit gesprochen wird: Die Auswirkungen schließen nicht nur die Klienten sondern auch die Therapeuten und das soziale Umfeld und die kulturellen Werte, sogar Institutionen mit ein. In dieser Phase der Psychotherapieforschung steht sehr im Vordergrund der Anspruch, mit einem solchen Modell Vorhersagen über den Erfolg treffen zu können.

Es ist ein allgemeines Modell insofern, als es Psychotherapie methodenübergreifend versteht („generic“ = engl. ‚allgemein‘, Gattungsname). Andererseits grenzt es gezielt die Handlungen (*actions*) und Erfahrungen (*experiences*) von Klient und Therapeut ein und beschreibt die Determinanten und Konsequenzen dieser Handlungen und Erfahrungen (Orlinsky, 1989, S. 428). Die Determinanten beschreiben dabei was ‚oben reinkommt‘ (input), die Konsequenzen das, was ‚unten rauskommt‘ (*output*) im therapeutischen Prozess; der Prozess stellt in diesem System den Kern des Modells dar.

Unterschieden wird dabei zwischen dem psychotherapeutischen Prozess als einem System von Handlungssequenzen einerseits und den umgebenden Einflussfaktoren andererseits. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, dass das Modell als ein System aus interagierenden sozialen Rollen definiert wird. Orlinsky schreibt dazu (Orlinsky et al., 1994, S. 278):

*„The actions and experiences of therapist and patient are viewed as attributes of the psychotherapeutic system insofar as they are performed and experienced with reference to those roles. [...] The persons who perform those roles are viewed as part of the con-*

*text in which therapy occurs, insofar as they have many other characteristics and involvements extending beyond their immediate roles as patient and therapist.“*

Orlinsky und Mitarbeiter unterteilen das Forschungsfeld Psychotherapieprozess in drei große Bereiche von empirischen Variablen:

die Determinanten (die vorgegebenen Bedingungen und Einflussgrößen aus der Umwelt von Klient und Therapeut), die Konstituenten (alles, was sich während des Therapieprozesses bzw. im System beobachten lässt) und die Konsequenzen (die Konsequenzen, die sich für den Klienten den Therapeuten und deren Umwelt ergeben).

Die Abbildung gibt das Modell in vereinfachter Darstellungsweise wieder. Die vielfältigen Verbindungen der Eingangsvariablen zu den Prozessvariablen machen deutlich, in welchem Ausmaß die therapeutische Interaktion von Einflüssen bestimmt wird, bevor das sichtbar wird, was in den Fokus einer prozessorientierten Forschung, wie der vorliegenden, gerät.

Der psychotherapeutische Prozess selbst wird durch das Zusammenspiel von sechs Komponenten definiert, und zwar

- dem **therapeutischen Vertrag**, ein formaler Aspekt, (z.B. die Verständigung über das *Setting* wie Örtlichkeit, Dauer und Frequenz, oder die Verständigung über die Klienten- und die Therapeuten-rolle, die Ziele etc.),
- das **therapeutische Geschehen** (neben der Problempäsentation des Klienten und seiner Kooperation gehören dazu das therapeutisches Expertenverständnis und die Interventionen des Therapeuten),
- der **Beziehung** zwischen Klient und Therapeut (der therapeutische Bund), ein interpersonaler Aspekt,
- die jeweilige Verarbeitung des Geschehens bei Klient und Therapeut (Zustände von Selbstbezogenheit bzw. von **Veränderungsinvolviertheit**), ein intrapersonaler Aspekt (Manifestationen der Patienten- und Therapeutenpersönlichkeit in der sozialen Interaktion, z.B. Selbstaufmerksamkeit, und –regulation),
- dem **sequenziell verlaufenden Prozess** (die zeitlichen Muster und Phasen, der Verlauf einer Sitzung, die Behandlungsphase etc., in der Abb. ausgelassen).
- den **therapeutischen Wirkungen** (Realisierungen), also die unmittelbaren Auswirkungen der Therapiesitzungen, ein klinischer Aspekt, (z.B. Einsicht, Katharsis, Verstärkung von Hoffnung etc., also das, was in den therapeutischen Sitzungen die Veränderungen hervorruft).

Zu den einzelnen Prozessebenen/-komponenten wurde mit verschiedenen Ansätzen und in unterschiedlichen Quantitäten geforscht. Ich stelle jetzt die einzelnen Aspekte kurz einzeln vor und beschreibe ihre Wechselwirkung mit den anderen Prozesskomponenten und der Therapiewirksamkeit, wobei ich die in diesem Zusammenhang dargestellten Forschungsbefunde hinsichtlich der Beziehung der einzelnen Faktoren zu dem Therapieergebnis einem Überblick von Orlinsky et al. (2003) entnehme. (Genauere Darstellungen finden sich auch in Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky & Howard, 1988; Orlinsky, 1989, 1994).

### **Darstellung der sechs Prozess-Komponenten des Modells von Orlinsky & Howard**

Diese sechs nachfolgend aufgeführten (und weitere) Bedingungen stehen im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg.



### **1. Der Rahmen-Aspekt: therapeutischer Vertrag (*therapeutic contract*)**

Der therapeutische Vertrag konstituiert den formalen Rahmen der Therapie. Er wird gebildet durch die Selbstverständnis-Rollen der beteiligten Personen und normative Erwartungen an diese Rollen, die gesellschaftlichen Erwartungen an eine ideale helfende Beziehung und die Merkmale der ausgesprochenen und unausgesprochenen Vereinbarungen, die den Rahmen der Therapie abstecken (dient sie der Wiederherstellung der Gesundheit oder ist sie als begleitendes Coaching zu verstehen? Wird ein Supervisor beteiligt?).

Die jeweiligen Therapieschulen beeinflussen die Ausgestaltung des Vertrages, bei Anfänger-Therapeuten mehr, bei erfahrenen Therapeuten umso weniger. Es gibt Unterschiede hinsichtlich der vertraglichen Vereinbarungen (Dauer, Einzel- vs. Gruppentherapie, Honorare usw.) und den Kriterien von Vertragserfüllung.

Wesentliche Bestandteile der Vertragserfüllung, sowohl gegenüber dem Klienten und seinen Angehörigen, als auch gegenüber der die Therapie finanzierenden Gemeinschaft, sind:

Ziel-Konsens, Transparenz des *Settings*, Passung des Klienten zum impliziten Angebot des Therapeuten als Person/Persönlichkeit, zur therapeutischen Methodik, zur Unterstützung seiner Klientenrolle, Kooperation mit der therapeutischen Methode (*compliance, treatment adherence*) und (,angeborene‘ und im Verlauf der Berufserfahrung erworbene) Fähigkeiten des Therapeuten.

### **2. Der Handlungs-Aspekt: Therapiegestaltung, Therapieschehen und therapeutische Interventionen (*therapeutic operations*)**

Dieser Aspekt schließt nach Orlinsky und Howard im Allgemeinen vier Abläufe ein, die zeitlich aufeinander folgen:

- Problempäsentation des Klienten (*patient presentation*)
- Schlussfolgerungen/ Diagnose des Therapeuten (*expert understanding*)
- Interventionen des Therapeuten (*therapist intervention*)
- Mitarbeit/Widerstand des Klienten (*patient responsiveness*)

Der Handlungsaspekt bedeutet demnach vor allem die Antwort des Therapeuten auf die Problemdarstellung des Klienten, wobei durch Ausbildung und Erfahrung erworbenes Wissen des Therapeuten dabei der entscheidende Faktor ist; die Therapeuten-Antwort wird wiederum im Verlauf des Therapieprozesses durch die fortführende Interpretation eben dieser Antwort seitens des Klienten modifiziert oder weitergeführt. Bei der Problempäsentation und Aufnahme/Verarbeitung der ‚Therapeuten-Antwort‘ sind besonders kognitive Prozesse des Klienten involviert: seine Fähigkeit, auf wichtige Inhalte zu fokussieren, bei einem Thema zu bleiben und handlungsorientiert statt passiv zu reagieren. Die erfolgreiche Annahme der Therapeuten-Interventionen durch den Klienten (*responsiveness*) ist dabei sowohl durch die Notwendigkeit einer hinreichenden Kooperation (vs. Widerstand) des Klienten als auch durch die Entstehung positiver Gefühlszustände bedingt.

### **3. Der interpersonale Aspekt: Die therapeutische Beziehung (*therapeutic bond*)**

Hiermit sind die Qualität des Arbeitsbündnisses mit ihren Unteraspekten gemeint: das wechselseitige Engagement (Arbeitsbeziehung), die empathische Resonanz (Kommunikation ‚auf der gleichen Wellenlänge‘) und die wechselseitige Bejahung (Fürsorge und Respekt). Das Konstrukt ‚therapeutische Beziehung#‘ stellt den zwischenmenschlichen Anteil der gesamten Interaktionen zwischen Klient und Therapeut dar. Untersuchungen belegen, dass die Beiträge beider Seiten, des Klienten und des Therapeuten, zur Beziehungsgestaltung von entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg sind (Orlinsky et al., 2003, S.345). Je nachdem, ob das

Arbeitsbündnis bzw. die Qualität der Therapeut-Klient-Passung vom Therapeuten selbst, vom Klienten oder durch einen unabhängigen Beobachter bewertet wird, fallen die Übereinstimmungen in den Urteilen unterschiedlich aus.

Die gemessenen Zusammenhänge sind dabei, wie sich in zahlreichen zu dieser Thematik durchgeführten Untersuchungen zeigt, teilweise niedrig, was darauf hinweist, dass sich die verschiedenen Perspektiven der Einschätzungen auf unterschiedliche Aspekte und Repräsentationen der Interaktion beziehen (Horvath & Symonds, 1991, S. 143). Neuere Forschung zeigte einen weiteren Aspekt der therapeutischen Beziehung, nämlich das Ausmaß, in dem die Beteiligten darin übereinstimmen, wie sie die Sitzung erleben und bewerten (Orlinsky et al., 2003, S. 354).

Der therapiebezogene Aspekte der therapeutischen Beziehung, das therapeutische Bündnis, worunter die Autoren Arbeitsbündnis, Empathie, Resonanz und gegenseitige Rückversicherung und Bestätigung verstehen, stellt ebenfalls eine zentrale Komponente im Prozessgeschehen dar, wobei hier sogar ein direkter Zusammenhang mit dem Therapieergebnis einer Sitzung postuliert wird.

#### **4. Der intrapersonale Aspekt: Veränderungsinvolvertheit durch Innere Selbstbezogenheit (*self-relatedness*)**

Selbstreflexion der beiden Partner im therapeutischen Geschehen und Miteinander und deren Erkenntnisse im Sinne eines Rückkopplungsprozesses finden wiederum Eingang in die nachfolgenden Interaktionssequenzen. Mit einer zum Gegenüber geöffneten Selbstreflexion wird die Offenheit und Aufnahmebereitschaft für die Therapeuten-Interventionen einerseits und die Reaktionen des Klienten andererseits gefördert. Selbstreflexion auf der kognitiven und Selbsterleben auf der affektiven Ebene setzen in der Klient-Therapeut-Interaktion eine hohe persönliche Integrationsfähigkeit und ein funktionierendes gegenwärtiges auf sich und den Anderen bezogenes Niveau psychischer Funktionen in der therapeutischen Begegnung. (Selbstachtung, Selbstwahrnehmung/*awareness*, Selbstkontrolle) der beiden Beteiligten voraus.

Die Bereitschaft, das therapeutische „Arbeitsbündnis“ einzuhalten und konstruktiv weiterzuentwickeln, wird durch Bewußtmachen von Erleben und Intentionen und aktivem Verstehenwollen gefördert. In der Prozess- und Erfolgsforschung wird dieser Aspekt sichtbar durch eine kooperative bzw. eine abwehrende Haltung des einen oder anderen oder gar beider an der Interaktion beteiligten Partner. Das Ausmaß der beobachtbaren Selbstreflexion kann übrigens als ein sehr zuverlässiger Maßstab für Therapieerfolg gewertet werden.

Die Variable Veränderungsinvolvertheit berücksichtigt zahlreiche empirische Befunde, die lediglich einen variablen Einfluss therapeutischer Interventionen auf den Therapieerfolg belegen (Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 1994). Als bedeutende Moderatorvariable darf sie jedoch in der Forschung keinesfalls vernachlässigt werden.

#### **5. Der zeitliche Aspekt: Der sequentiell verlaufende Prozess**

Dieser Aspekt wird in dem Prozessschema des Allgemeinen Psychotherapiemodells nicht direkt als Einflussfaktor dargestellt. Er läßt sich jedoch aus dem Schema in vertikaler Richtung (von oben nach unten) ablesen, wobei die einzelnen Prozessfaktoren in den Phasen des Therapieverlaufs unterschiedliche Bedeutung und Ausprägung gewinnen. Interessant dabei ist, daß sich ein nicht linearer, aber positiver Zusammenhang zwischen der Länge der Therapie und dem Therapieerfolg ergibt.

## **6. Der klinische Aspekt: Unmittelbare Wirkungen der Therapiesitzung (*in-session impacts*)**

Dies sind auf Klientenseite Nachwirkungen des therapeutischen Geschehens und Umsetzungen des Erlebten (z.B. Gefühl von Verstanden-Sein, Ermutigung, Erkenntnis, Verstehen, auch Verwirrung oder Angst) und auf Therapeutenseite die Wahrnehmung seiner eigenen Antworten auf das therapeutische Geschehen (z.B. das Erleben von Selbstwirksamkeit, emotionaler Nähe, Überforderung, Sympathie, Passung). Für den positiven Verlauf der Gesamttherapie sind die auf positive Verstärkung und auf Wachstum ausgerichteten therapeutischen Einschätzungen, Interpretationen, Umdeutungen und Handlungsangebote in der Sitzung wesentlich, allerdings unabhängig von der Beobachtungsperspektive des Therapeuten selbst, da dieser nicht den ausreichenden Abstand zur realistischen Einschätzung der Folgen seiner Interventionen und ihre Relevanz für den Klienten hat.

Orlinskys Modell geht über eine Auflistung der seiner Meinung nach wesentlichen Prozess- und Kontextmerkmale hinaus, in dem er mögliche Zusammenhänge zwischen ihnen postuliert (was durch die Pfeile in seinem Modell angedeutet wird, die die Richtung vermuteter Einflüsse darstellen). Das Modell läßt auch erkennen, daß sich die zentralen Prozesseinflußgrößen gegenseitig (direkt und indirekt) beeinflussen.

Für die Frage nach den entscheidenden Wirkfaktoren für den Therapieerfolg ergibt sich aus diesem Modell, dass

- auf Seiten des Klienten dessen Veränderungsinvolvertheit die Wirkungen der Therapeuten-Interventionen entscheidend beeinflussen und
- auf Seiten beider Beteiligten die Klient-Therapeut-Beziehung das Therapieergebnis (direkt und indirekt) wesentlich beeinflusst,

wobei der Handlungsaspekt einen nur indirekten Einfluß auf den Therapieerfolg hat.

Das Modell von Orlinsky und Howard erklärt anhand der (in der Abbildung nicht eingezeichneten) Rückkopplungsschleifen den Selbstverstärkungscharakter des therapeutischen Geschehens in beide Richtungen. Unter förderlichen Bedingungen, bei einer guten Selbstbezogenheit (Aufnahme- und Selbstreflexionsfähigkeit) der Dyade und einem guten Arbeitsbündnis, wird der therapeutische Prozess sich positiv entwickeln. Die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung (*helping alliance*) gilt in der Psychotherapieforschung als wichtigster prognostischer Faktor.

Deutlich wird auf jeden Fall, dass zwischen den therapeutischen Interventionen und dem Therapieergebnis keine direkte Beziehung besteht, ganz unabhängig davon, um welche Art von Therapie es sich handelt. Man kann jedenfalls sehr gut erkennen, dass das Therapieergebnis von einer großen Anzahl von Einflussfaktoren abhängt. Und man sieht auch sehr gut, dass Therapeuteninterventionen Verhaltensmuster des Therapeuten sind, die nur im Kontext anderer Verhaltensmuster, Kognitionen und Emotionen beim Therapeuten und Klienten interpretierbar sind. Auch wird erkennbar, dass es wohl keine einfachen Korrelationen zwischen Klienteneinschätzungen von Therapeutenverhalten und dem Therapieergebnis geben kann. Wollte man also von den Einschätzungen der Klienten, inwieweit sie Therapeuteninterventionen für hilfreich hielten, das Therapieergebnis prognostizieren, so müsste man eine Fülle von intervenierenden Variablen kontrollieren (das heißt ausschließen oder nivellieren) bzw. berechnen können. Im Modell von Orlinsky et al. dürfte die therapeutische Beziehung noch am ehesten als vorhersagekräftig für das Therapieergebnis verstanden werden. Insgesamt gesehen bringt dieses Modell die therapeutische Beziehung, die Therapeuteninterventionen, Mikroergebnisse und vor allem die Rezeptionsfähigkeit des Klienten in einen Zusammenhang.

Während Grawe daran arbeitete, die alten schulenspezifischen Theorien der ‚ersten Generation‘ abzulösen und mit seiner Therapietheorie der ‚zweiten Generation‘ theoretisch und empirisch fundierte Handlungsanleitungen für den Therapeuten zu schaffen, geht Orlinsky weniger weit. Ihm geht es darum, auf einer allumfassenden Ebene über allen Therapieschulen ein generelles Modell von Psychotherapie zu schaffen. Dabei bleibt sein Modell allerdings recht abstrakt und formal und müsste in seinen vielen unterschiedlichen Aspekten mit Forschungsergebnissen soweit unterfüttert werden, das es für eine Therapieplanung nutzbar sein könnte. Dennoch kann nicht gesagt werden, dass sich die beiden Modelle von Grawe und Orlinsky in ihren theoretischen Ansätzen widersprechen, sondern dass sie lediglich unterschiedliche Zielsetzungen haben. Schließlich hat Grawe sogar direkt mit der Forschergruppe um Orlinsky zusammengearbeitet (Orlinsky et al., 1994).

Das "Generic model of psychotherapy" von Orlinsky und Howard (1987), das in der ‚Prozeßforschung‘ mit am häufigsten zitiert wird, wurde von Grawe als "das erste empirisch fundierte allgemeine Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie" bezeichnet; und es sei für die Evaluationsforschung deswegen sehr hilfreich, als es die Wirkungsweise von Psychotherapie modellhaft als Muster mehrerer miteinander in funktionaler Wechselwirkung stehender Einflußfaktoren auf das Therapieergebnis abbilde. (Grawe, 1992a).

Dieses Modell wird jedoch von einzelnen Autoren kritisiert, z.B. von Legewie und Klotter (1993), weil es im Grunde auf der Aneinanderreihung von Einzelstudienresultaten basiere. Und die Grundannahmen würden eher eine fragmentierende, mechanistische Vorstellung widerspiegeln, die voraussetze, dass der Erfolg therapeutischer Interventionen aus deren (messbaren) Einzelbestandteilen hergeleitet werden könne.

Andererseits macht das Modell auch deutlich, wie wichtig für das Gelingen des Therapieprozesses die übrigen w.o. dargestellten zur Komplexität des gesamten Systems beitragenden Aspekte bzw. Einflußgrößen sind, damit sich die therapeutischen Interventionen und Realisierungen überhaupt angemessen und wirkungsvoll entfalten können.

Entscheidend an diesem Modell ist, daß es diejenigen Prozessvariablen aufzeigt, die einen zuverlässigen Zusammenhang zum Therapieerfolg aufweisen. Dies machen zahlreiche diesbezügliche Untersuchungen der vergangenen 50 Jahre deutlich, die aus den Beobachtungsperspektiven Therapeut, Klient und unabhängiger Beobachter gemacht worden sind (vgl. Orlinsky et al., 2003, S. 324). Offensichtlich ist, daß die Partizipation des Klienten am Therapieprozess von enormer Wichtigkeit ist. Dies sollte auf jeden Fall in Aus- und Weiterbildung von (zukünftigen) Psychotherapeuten berücksichtigt werden.

## Empirischer Teil: Darstellung der Methoden

### 3. Grundlagen und Konstruktion des HILF

In diesem Abschnitt soll versucht werden, im Rahmen einer theoretisch fundierten Prozessforschung die Frage nach einem bestimmten Aspekt des Therapeut-Klient-Systems zu beantworten.

#### 3.1 Zum Begründungszusammenhang dieser Studie mit der Wirkfaktorenforschung

##### 3.1.1 Die Erforschung von Wirkfaktoren im Rahmen dieser Arbeit

###### Was ist mit Wirkfaktorenforschung gemeint?

Der Begriff ‚Wirkfaktor‘ wird im Folgenden für die Bezeichnung von Prozessen in der Therapeut-Klient-Interaktion verwandt. In meiner experimentellen Arbeit werden im quantitativen Erhebungsteil faktorenanalytisch Wirkvariablen auf die höhere Ebene der Wirkfaktoren transformiert bzw. gebündelt. Im qualitativen Erhebungsteil werden die auf der untersten Ebene gewonnenen Wirk-Kodierungen (Wirkelemente) zu Codes gebündelt und durch weitere Bündelung auf die höhere Generalisierungsstufe von Wirkkategorien transformiert. Exakterweise müsste von Interventionsfaktoren gesprochen werden. Da den Therapeuten Interventionen per se eine Wirkung (auf den Klienten) zugeschrieben wird, soll hier der allgemeine Sprachgebrauch ‚Wirkfaktor‘ beibehalten werden, wenngleich er in der Wirkfaktorenforschungsterminologie sehr unpräzise verwendet wird.

In Subsummierung der bisherigen Forschungsliteratur, insbesondere in Anlehnung an Orlinskys Modell möchte ich folgende heuristisch aufgestellte *allgemeine Wirkfaktorebenen* der Psychotherapie benennen:

- 1. die Therapeutenvariablen:** Persönlichkeitsstruktur, Werthaltungen, sozialer und kultureller Status, berufliche Kompetenz, Therapieerfahrung, Rollenselbstverständnis und -erwartung, implizite und explizite Persönlichkeits- und Therapiekonzepte usw.
- 2. die Klientenvariablen:** Persönlichkeitsstruktur, Werthaltungen, sozialer und kultureller Hintergrund, soziale Bezüge, Rollenerwartung, implizite Persönlichkeits- und Therapiekonzepte, Therapie(erfolgs)erwartung, Leidensdruck, Therapiemotivation, Offenheit, Zuwendungsbedürfnis, Akzeptanzwünsche, Symptomatik usw.
- 3. der therapeutische Rahmen:** der äußere Rahmen (Klinik, ambulante Praxis, Einzel-, Partner-, Gruppentherapie), zeitliche Dauer, Finanzierung, Stellenwert von Psychotherapie im öffentlichen Raum usw.
- 4. die Klienten-Therapeuten-Interaktion:** zwischenmenschliche ‚Beziehung‘, Arbeitsbündnis, Konfliktdarstellung, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, Klärungsgespräch, direktive Anleitung, symmetrisches oder komplementäres Zusammenspiel, wirksame therapeutische Interventionen und durch sie eingeleitete spezifische Veränderungsprozesse beim Klienten usw.

Wichtig ist es auf jeden Fall, zwischen dem personalen und rahmenbildenden System (Ebenen 1 bis 3: Klient, Therapeut, Rahmen) und dem interagierenden Handlungssystem (Ebene 4) zu

unterscheiden. Die in der 4. Ebene genannte „Beziehung“ als Ausdruck wechselseitiger sozialer, rollenorientierter Wahrnehmung der Beteiligten ist als ein aus dem Rollenverständnis hergeleiteter Interaktionsprozess zu verstehen; dieser hat sowohl intrapsychische als auch intersubjektive Ebenen. Will man diese einer objektivierbaren Analyse unterziehen, erfordert dies höchst komplexe umfassende methodische Konstruktionen zu ihrer Erfassung.

Wenn auch in der vorliegenden Arbeit der Forschungsfokus hauptsächlich auf interaktionsaspekte therapeutischer intervenierender und steuernder Art ausgerichtet ist, um die aus Klientensicht hilfreichen Wirkelemente (Wirkvariablen, Wirkfaktoren) zu erfassen, so wird das Augenmerk auch auf einen weiteren spezifischen Beziehungsaspekt gelegt, und zwar auf einen Akt der sozialen Wahrnehmung seitens des Therapeuten, nämlich sein privat-subjektives Persönlichkeitskonzept hinsichtlich der ‚Passung‘ zwischen Therapeut (in seiner Therapeutenrolle) und Klient. Dieses impliziert die Verhaltenserwartungen, die er an den Klienten richtet. Die hierzu untersuchenden Wirkfaktoren finden sich also lediglich auf der o.g. vierten Ebene wieder. Ausgewählte Wirkmomente (denen unterstellt wird, dass sie für den Therapieprozess eine Bedeutung haben) sollen aus der Fülle der den Therapieprozess konstituierenden Therapie-Elemente herausgelöst werden.

Da in dieser Arbeit unspezifische, dennoch möglichst objektivierbare Wirkfaktoren und der Therapeuten-Ersteindruck erfasst werden sollen, die den Interaktionsprozess steuern und die *Wirkreaktionen* (Reaktionen des Klienten auf wirksame Therapeutenvariable, in dieser Arbeit per Fragebogen erhoben) auslösen, bewegt sich der Fokus zwangsläufig sowohl im sprachlichen als auch im nicht-sprachlichen Interaktionsfeld zwischen den Beteiligten. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass der Klient neben seiner ‚rechtmäßigen‘ Klientenrolle als Versuchsperson gleichzeitig auch Forscher-Komplize ist, indem er die aus seiner Sicht ‚hilfreichen‘ Wirkelemente sich erlebens-subjektiv bewusst macht und sie dem Forscher sprachlich-subjektiv zuliefert (im Sinne einer beschrifteten *blackbox*, die die unmittelbaren Erlebens- und affektiven Momente der Klienten-Mitteilung lediglich erahnen lässt).

Jedenfalls soll die Untersuchung der in dieser Arbeit fokussierten einseitig interaktiven (in der Richtung vom Therapeuten zum Klienten) therapiewirksamen Variablen oder Faktoren folgenden Kriterien entsprechen:

1. Operationalisierbarkeit
2. Übertragbarkeit auf eine sprachlich-deskriptive Ebene
3. Nähe zum Geschehen (Verhalten und Erleben)
4. Eindeutigkeit der Richtungsgebung (Therapeut aktiviert Veränderung im Erleben und Verhalten des Klienten; die umgekehrte Richtung ist hier kein Forschungsgegenstand).

Somit präjudiziere ich auch als Forscher die Untersuchungsperspektive; weitere Forscher werden andere Perspektiven möglicher Wirkfaktoren untersuchen wollen.

Es dürfte sicher noch Zukunftsmusik sein, dass sich die komplexen, vernetzten Abläufe psychotherapeutischen Geschehens auch nur annähernd beschreiben und im Sinne richtungsbezogener Hypothesen über wirksame Wirkfaktoren und deren Zusammenspiel systematisieren ließen.

Mit einem deutlich bescheideneren Anspruch jedoch kann die gegenwärtige Forschung durchaus die zentral wirksamen Prozesskomponenten psychotherapeutischen Interagierens in umschriebenen Situationen der psychotherapeutischen Praxis beschreiben.

### 3.1.2 Merkmale der Interaktion zwischen Therapeut und Patienten

Im Folgenden möchte ich auf der Darstellung des bisherigen Forschungsstands aufbauend eine Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes meiner Arbeit vornehmen und auf den Stand der Forschung fokussieren.

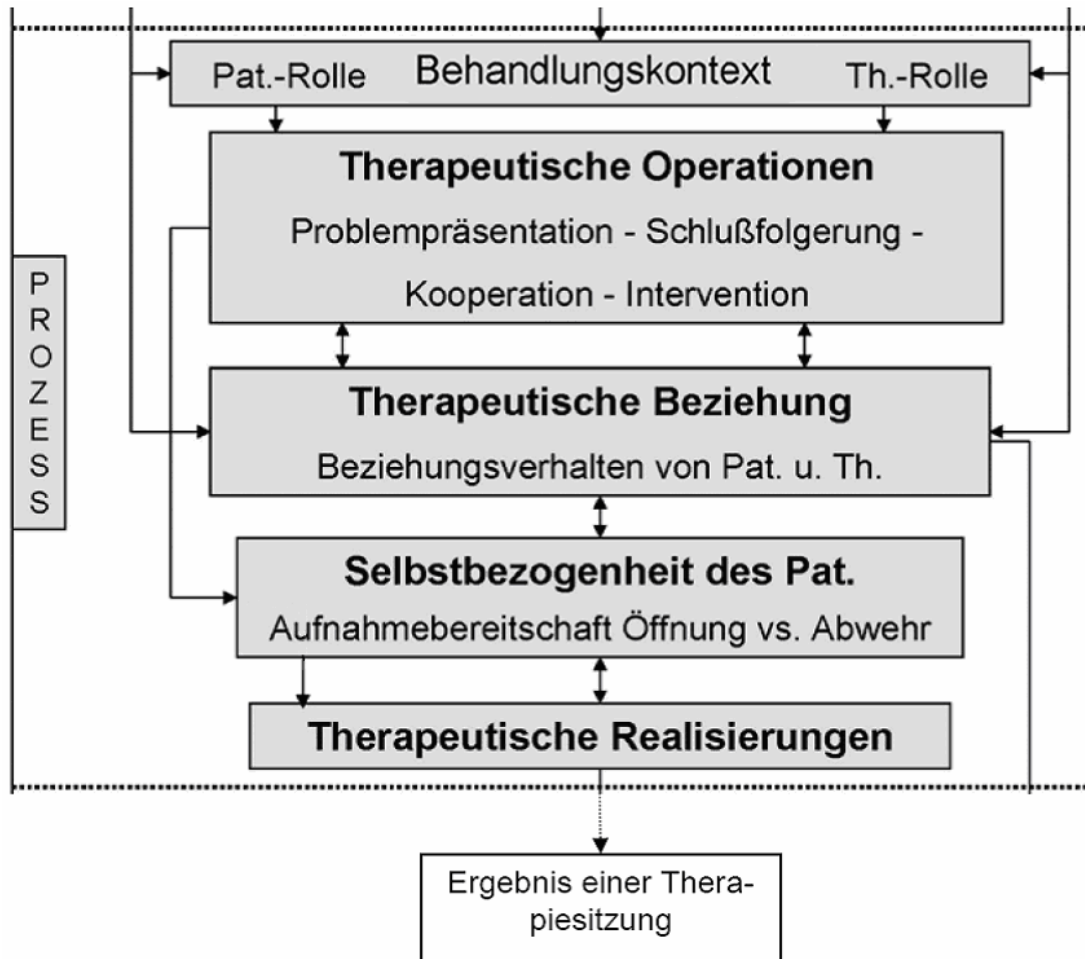


Abb. 3: Der prozessuale Aspekt aus dem Modell von Orlinsky (1988)

Bereits in seinen frühen psychoanalytischen Veröffentlichungen beschreibt Freud (1992) zur zentralen Rolle der therapeutischen Arbeitsbeziehung zwischen Psychoanalytiker und Analysand, dass beide eine Art „Arbeitsbündnis“ miteinander schließen. Diesem liegt als Vereinbarung zu Grunde, dass beide mittels der psychoanalytischen Behandlungstechnik auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten. Der Patient erhält vom Therapeuten das ‚Angebot‘, diesem seine neurotischen Übertragungsreaktionen anzubieten und der Therapeut vom Patienten die Berechtigung, Übertragungen mittels seiner analytischen Techniken der Deutung, der Konfrontation, der Klärung und des Durcharbeitens zu bearbeiten und aufzulösen.

Diese Techniken/Haltungen sind zusammen mit dem Agieren in der Übertragung nach psychoanalytischem Verständnis als das eigentliche Agens für den Behandlungserfolg anzusehen. Was im Klienten vorgeht (seine Einstellungen, Gefühle und Gedanken gegenüber dem Thera-

peuten) bleiben dabei größtenteils covert im Sinne einer *blackbox*; deswegen lassen sich diese unsichtbaren Vorgänge als primär intrapsychische Prozesse eben nur deuten.

Dabei ist Voraussetzung, daß das Arbeitsbündnis zumindest auf der Therapeuten Seite unneurotisch sein sollte.

Interessanterweise unterblieb die wissenschaftliche Untersuchung des Arbeitsbündnisses lange Zeit, auch in der psychoanalytischen Forschung, obwohl überhaupt erst auf seinem Boden der Einsatz der analytischen Techniken möglich ist (siehe auch w.o. zur Darstellung von allgemeinen Wirkfaktoren).

### **Die Mikroebene von Therapieprozessen**

Wenn man die Makroebene des Prozessgeschehens innerhalb einer oder mehrerer Therapiesitzungen verlässt und in die einzelnen Interaktionen zwischen Therapeut und Klient und die therapeutischen Interventionen anschaut, stößt man auf die ‚Wirkelemente‘, aus denen sich die Interventionen und Interaktionen zusammensetzen. Auf dieser Ebene finden wir die kleinsten beobachtbaren Wirkeinheiten einer Psychotherapie vor. Die Wirkelemente finden sich gleichermaßen beim Therapeuten und beim Klienten, wie zum Beispiel von Frank (1981), Bozok und Bühler (1988), Tschuschke und Czogalik (1990) beschrieben.

### **Beziehung zwischen Therapeut und Klient:**

#### **Was sind die spezifischen Merkmale einer therapeutischen Beziehung im Unterschied zu anderen Beziehungen?**

Eine therapeutische Beziehung kann als eine ‚*Als-Ob-Beziehung*‘ bezeichnet werden, in der von vornherein gar nicht von einer kommunikativen Gleichberechtigung beider Seiten ausgegangen werden kann und muß. Dies ist auch gar nicht anders möglich, da definitionsgemäß beide aus unterschiedlichen Rollenverständnissen heraus agieren, denn der Klient erwartet vom Therapeuten eine bestimmte, professionelle Kompetenz in einem verständnisvollen, bestätigenden und begrenzt Nähe zulassenden Rahmen. Dies gilt selbstverständlich nur in einer Richtung, denn der Klient möchte (zumindest in Zielrichtung seiner Entneurotisierung) nicht die Bedürfnisse des Therapeuten befriedigen. Damit unterliegt die Absicht des Therapeuten einer Paradoxie, denn er will über seine Haltung eine offene, positive Beziehung zum Klienten aufbauen. Mit dieser Beziehung bietet er eine möglichst effektive Hilfe an, um dann allerdings - und das paradoxerweise - die Beziehung auch möglich schnell wieder beenden zu können. Dieses Beziehungsangebot ist sehr heikel und letztlich auch labil, da der Klient es seinerseits nur partiell und „unter Vorbehalt“ annehmen kann und darf, denn eigentlich - aber nicht wirklich - verspricht es eine väterliche-mütterliche-freundschaftliche Beziehung. Eine dauerhafte und gleichberechtigte, wechselseitige Beziehung darf es allerdings nur außerhalb eines psychotherapeutischen Arrangements geben.

#### **Was ist unter psychotherapeutischer Interaktion zu verstehen?**

Der Beitrag des Therapeuten wurde in den Anfängen der Psychotherapieforschung durchaus als bedeutsam für das Therapieergebnis erachtet. Nach intensiver Erforschung der Wirksamkeit unterschiedlicher therapeutischer Ansätze mittels kontrollierten, standardisierten und Methoden vergleichenden Untersuchungen steht fest, dass die Rolle des Therapeuten nach wie vor recht unerforscht bleibt. Luborsky et al. (1986, S. 509) stellen aber bereits 1986 fest: *“The frequency and size of the therapist’s effects generally overshadowed any differences*



*between different forms of treatment.*” Und wie für Strupp und Anderson (1997) steht auch für andere Forscher fest, dass die Person des Therapeuten in der Erklärung von Therapieerfolg einen bedeutsameren Faktor darstellt als die jeweils verwendete Methode (s.w.o.).

Was zwischen Therapeut und Klient in der Therapie geschieht, soll hier aus der systemischen Sicht beschrieben werden, weil dies dem Ansatz der vorliegenden Arbeit am ehesten entspricht. Damit meine ich die Selbstverständlichkeit, dass eine Perspektive des den therapeutischen Prozess allein strukturierenden Therapeuten nicht zu halten wäre. Auch wenn ich in meiner Arbeit den Hauptfokus auf die Interventionen des Therapeuten richte (allerdings in der Perzeption durch den Klienten) und prozessual untersuche (den Ersteindruck des Therapeuten als implizite Reaktion auf den Klienten untersuche ich auf einer anderen Ebene), bleibt doch die dynamisch-systemische Verschränkung der Therapeut-Klient-Beziehung Grundlage meines Verständnisses des Therapieprozesses.

Kaum Berücksichtigung findet allerdings in der Erforschung psychotherapeutischer Interaktion der Therapiesitzungen all das, was zwischen Ende der Therapiesitzung und dem Anfang der nachfolgenden Sitzung sowohl innerpsychisch beim Klienten und beim Therapeuten als auch unter der Einwirkung externer Einflussfaktoren geschieht.

An dieser Stelle soll lediglich die konkrete Interaktion zwischen beiden Therapiebeteiligten kurz unter theoretischen Gesichtspunkten betrachtet werden (da auch in meiner eigenen Untersuchung dieser Gesichtspunkt in erster Linie Gegenstand des Forschungsinteresses ist.)

Der aus dem Lateinischen stammende Begriff „**Interaktion**“ hat unter dem Gesichtspunkt der Psychotherapie die Bedeutung eines absichtsvollen Handelns zwischen Therapeut und Klient und versteht sich - weil sich die Absichten und Impulse der Beteiligten gegenseitig beeinflussen - als eine Bezeichnung für die Wechselwirkung in einem System. Damit ist gemeint, dass sich Intentionen und Impulse der Beteiligten gegenseitig beeinflussen. Ein künstlicher, nur aus methodischen Gesichtspunkten gerechtfertigter Eingriff ist somit eine forschungsorientierte Betrachtungsweise, die nur die ‚Variable Therapeut‘ unter die Lupe nimmt, weil damit vorausgesetzt wird, dass der Therapeut seine Interventionen unbeeinflusst vom Klienten gestalten könnte. Daraus ergibt sich zunächst einmal ein theoretischer Widerspruch zwischen der Zielrichtung einer bewussten Therapieplanung und dem Anspruch, sich im therapeutischen Interagieren auf die Gegebenheiten des Klienten einzulassen.

So kommt es nach **psychoanalytischen Verständnis** im Verlauf der Therapie zu neurotischen Übertragungsreaktionen, die das Verhalten gegenüber dem Therapeuten mitbestimmen und erst durch den eigentlichen Therapieprozess wiederum verändert werden. Das Verhalten des Klienten gegenüber dem Therapeuten wird psychoanalytisch zwar primär als intrapsychischer Prozess erklärt (unter Begründung mit der Abstinenzregel und Neutralität des Therapeuten), bleibt aber unter psychodynamischem Gesichtspunkt dennoch ein interaktives, sich gegenseitig beeinflussendes Geschehen, in dem beide Parteien die Kontrolle über den Fortgang des therapeutischen Geschehens gewinnen wollen. (Jeder Therapeut weiß nur zu gut, wie gern er sich durch die einverständliche Kooperation und damit die implizite Anerkennung seitens des Klienten in seinen weiteren therapeutischen Angeboten steuern lässt.)

Die Entwicklung der **Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie** als einer der bedeutendsten Wegbereiter humanistischer Therapieverfahren ließ das Pendel in die andere Richtung ausschlagen: das Therapieergebnis hänge von der Umsetzung des therapeutischen Beziehungsangebotes (Empathie, unbedingte Wertschätzung, Kongruenz) durch den Klienten ab. Schindler (1991, S. 11) schreibt: „*Vom theoretischen Anspruch her ist die Gesprächspsychotherapie diejenige Therapierichtung, welche die stärkste Betonung auf die therapeutische*

*Beziehung legt, die Therapie sogar ausschließlich durch eine hilfreiche Form von Beziehung definiert."*

Widerum in eine andere Richtung schlug, zumindest in den fünfziger und sechziger Jahren, das Pendel in den **verhaltenstherapeutischen Methoden** aus. Hier ging man davon aus, dass die Verhaltens-**Techniken** das spezifische und somit entscheidende Mittel für den therapeutisch eingeleiteten Veränderungsprozess beim Klienten seien. Deshalb wurde meist ein experimentelles Untersuchungsdesign gewählt, das den Therapeuten klare Handlungsanweisungen vorgab.

Inzwischen scheint sich das Pendel in der Mitte einzurichten, wie so à la longue stets zu erwarten im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess. In diesen Zeiten wird auch in der verhaltenstherapeutischen Forschung dem Beziehungsaspekt ein breiter Raum gegeben: beziehungsorientierte Therapiekonzeptionen schließen auch anwendungsspezifische Techniken mit ein.

Was die Unterscheidung zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren anbetrifft, so kann ein Teil der jüngsten verhaltenstherapeutisch orientierten Prozessforschung so interpretiert werden, dass sie explizit die Gestaltung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient zu einem gezielt planbaren und damit spezifischen Wirkfaktor machen möchte. Das bedeutet, dass Psychotherapeuten (eben auch Verhaltenstherapeuten!) ihr Beziehungsangebot auf der Basis empirischer Befunde und theoretische Annahmen gezielt auf die bisherige Notwendigkeiten des Patienten abstimmen sollen, um so beim Klienten eine spezifische Wirkung zu erzielen. Damit wird versucht, die Verknüpfung von *spezifisch* und *Technik* einerseits und *unspezifisch* und *Beziehung* andererseits aufzulösen.

### **Was geschieht eigentlich auf einer konkreten Kommunikationsebene in den Therapiesitzungen?**

#### **Einige Forschungsergebnisse dazu:**

Schindler (1991) berücksichtigt in seinem Überblick 19 Studien unterschiedlicher Therapieschulen bis 1990. Er kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Kommunikation der Klienten überwiegend aus Problembeschreibungen konstituiert (zirka 50%), allerdings mit abnehmender Häufigkeit im Therapieverlauf. Einen deutlich geringeren Stellenwert haben Exploration und Gefühlsbeschreibung. Bemerkenswert ist als Befund, dass diejenigen Therapieprozesse, die von den Therapieschulen als besonders veränderungsbedeutsam angesehen werden (z. B. neue Einsichten, Entwicklung von Änderungsstrategien) einen geringeren Stellenwert einnehmen (mit allerdings einem Anstieg im Therapieverlauf in einigen Bereichen)!

Weiterhin zeigte sich, dass die Einflussgrößen emphatischer Kommunikationen des Therapeuten, die von allen Therapieschulen heute als hilfreich und notwendig angesehen werden, in unterschiedlichen Studien einen Anteil von 5% bis 45% erreichten und dass die auf Empathie abziehenden Kommunikationen der Therapeuten von den Klienten meistens mit einer vertiefenden Darstellung von Gefühlen beantwortet wurden. Besonders zu Therapiebeginn ermöglichen reflektierende Äußerungen des Therapeuten die Erkenntnis, dass er (der Klient) von diesem verstanden wird. Hilfreich sind dabei vor allem direkte Fragen des Therapeuten, wobei der Klient mit zunehmender therapeutischer Erfahrung auch durch andere Interventionen des Therapeuten zur Exploration seiner Gefühle veranlasst wird.

Schindler untersuchte auch den Aspekt therapeutischer Unterstützung und fand heraus, dass besonders Zuspruch, Bestätigung und Ermutigung als wesentliche therapeutische Interventionsmodi imponierten, wohingegen ausformulierte Unterstützungen wie Ratschläge meist nur einen geringen Stellenwert einnehmen (3% bis 10%).

Über 40% nehmen dagegen minimale Unterstützungen wie kurze bestätigende Einwürfe oder Bemerkungen des Therapeuten ein. Als sehr bemerkenswert stellt sich dabei dar, dass Klienten Unterstützungen insgesamt als positiv und hilfreich erleben und auf sie überzufällig häufig mit Einsichten und Änderungsvorschlägen reagieren. Mit 7% bis 18% Varianz am Gesamtverhalten des Therapeuten zeigte sich für direkte Informationsfragen ein relativ hoher Anteil, wobei der Klient mit seiner Antwort auf eine Frage meist mit Problembeschreibungen reagiert und sich dabei auch neue Einsichten entwickeln können.

Schindler untersuchte die Studien darüber hinaus hinsichtlich der Frage nach der Bedeutung von Konfrontationen (Therapeut weist auf Diskrepanzen oder einen Widerspruch im Verhalten des Klienten hin) und Interpretationen (der Therapeut deutet die Problem- und Konflikt-darstellung, stellt Zusammenhänge her oder schließt auf strukturell tiefer verankerte Persönlichkeitseigenschaften). Gerade bei diesen Verhaltenskategorien zeigt sich allerdings, daß die Befunde schwer zu vergleichen sind, weil unterschiedliche Beobachtungs- und Auswertungssysteme benutzt werden. So beschreibt Schindler einen Anteil zwischen 6% und 27% bei sehr uneinheitlichen sequenzanalytischen Befunden.

Ein Beispiel für den Versuch, per externer Beobachtung die Qualität hilfreichen Therapeutenverhaltens einzuschätzen, findet sich in einem Artikel von Lomax et al. (2005). Die Autoren benutzen einen für Supervisionzwecke entwickelten Beobachtungs- und Skalierungsfragebogen mit 36 zu skalierenden Fragen

- die grundlegenden Fähigkeiten des Psychotherapeuten (Einhaltung von Grenzen, Arbeitsbündnis, Umgang mit Widerstand, Zielsetzung),
- die angemessene Unterstützung des Klienten,
- den Umgang mit der Psychodynamik in der Psychotherapie,
- die angemessener Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakologie,
- den Einsatz kognitiver/verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und
- Kenntnis therapeutischer Grundlagen

einschätzen lassen.

Recht uneindeutig sind auch die Ergebnisse zum Therapieverlauf hinsichtlich des Anteils von verbalen Interventionen, mit denen der Therapeut erklärend oder strukturierend informiert. So zeigte sich in einigen Studien im Therapieverlauf ein Anstieg, in anderen dagegen wiederum ein Abfallen.

Brandl (2005, S. 65ff) beschreibt in seiner Dissertation ein Beispiel eines Forschungsansatzes,

*„der die Wirkungsweise von Psychotherapie über die Analyse der konkreten Verhaltensweisen von Therapeut und Klient untersucht.“ [In einer Studie von Hill und Mitarbeitern, 1988] „werden in 8 primär psychodynamisch orientierten Kurzzeitpsychotherapien der Einfluss von Sprechhandlungen [...] des Therapeuten auf das interaktive Prozessgeschehen untersucht.[...] Die Beurteilungen erfolgen nach der Sitzung anhand einer Videoaufnahme.[Die Ergebnisse:]*

*Interpretationen werden sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten als überdurchschnittlich hilfreich beurteilt und moderieren beim Patienten Reaktionen, die als therapeutische Arbeit (new perspective, clear, responsibility etc.) bezeichnet werden können und ein Hinweis für Veränderung sind. Selbstöffnungen des Therapeuten erhalten von den Patienten durchschnittlich den höchsten Wert [...], wobei dieses Verhalten*

*nur relativ selten von den Therapeuten gezeigt wird (0,8% aller Codierungen). Reformulierungen werden sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten als mittelmäßig hilfreich beurteilt und der Patient reagiert häufig mit dem Gefühl der Unterstützung und zeigt selten eine negative Reaktion. Zustimmende Äußerungen des Therapeuten werden vom Patienten ähnlich hilfreich beurteilt wie Reformulierungen und er reagiert auch ähnlich. Die Therapeuten beurteilen Zustimmung jedoch als wenig hilfreich. Offene Fragen werden sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten als hilfreicher beurteilt als geschlossene Fragen. Konfrontationen werden vor allem vom Patienten als wenig hilfreich beurteilt und relativ häufig mit einer negativen Reaktion beantwortet. Als am wenigsten hilfreich werden direktive Führungen durch die Patienten beurteilt – hier besteht der größte Unterschied zu den Therapeuten, die sie als deutlich hilfreicher beurteilen. Bei diesen Befunden muss berücksichtigt werden, dass sich zwischen den Therapien teilweise große Unterschiede zeigen.*

*Die Arbeitsgruppe um Schulte hat das Interaktionsgeschehen mit Hilfe der Handlungskontrolltheorie von Kuhl und der dabei zentralen Unterscheidung in Handlungs- vs. Lageorientierung untersucht [...]. Mit einem von Hartung (1990) entwickelten Beobachtungssystem können einzelne Sprachäußerungen von Therapeut und Patient hinsichtlich dieser Unterscheidung beurteilt werden. Für verhaltenstherapeutische und kognitive Angstbehandlungen konnte gezeigt werden, dass ein Anstieg der Handlungsorientierung in den Sprachäußerungen des Patienten im Therapieverlauf ein sehr bedeutsamer Prognosefaktor für den Therapieerfolg ist (Schulte, Hartung & Wilke, 1997). [...] Die Therapeuten erweisen sich dabei vor allem in den ersten Therapiestunden erwartungsgemäß handlungsorientierter als die Patienten. Bei Sequenzanalysen zeigt sich, dass Therapeuten ihre Patienten zu einer stärkeren Handlungsorientierung anregen können, indem sie gezielt handlungsorientierte Äußerungen des Patienten aufgreifen und verstärken (konfirmatorische Strategie) und indem sie neutralen Aussagen des Patienten einen handlungsorientierten Impuls geben (impulsgebende Strategie). Als relativ selten und eher wenig erfolgreich erweist sich eine konfrontative Strategie, bei welcher der Therapeut auf eine lageorientierte Äußerung des Patienten mit einer handlungsorientierten Replik antwortet.*

*Diese Befunde könnten dahingehend gedeutet werden, dass der Therapeut über das Mittel der Kommunikation gezielt und systematisch auf interne Prozesse – den Zustand des Selbstregulationssystems – Einfluss nimmt.“*

## **Verhaltenskategorien der Therapeut-Klient-Interaktion**

Einige wesentliche bisher untersuchte Verhaltenskategorien möchte ich nur in einer Kürze in Anlehnung an die Darstellung von Brandl skizzieren:

### ***1. Passung zwischen Klient und Behandlung:***

Addis und Jacobson (1996) untersuchten für zwei eher ähnlich behandelte Therapiegruppen (kognitive Therapie und Verhaltenstherapie) den Zusammenhang zwischen Therapieergebnissen und den impliziten Störungskonzepten der Klienten. Dabei zeigten sich multiple Interaktionseffekte, die die Ergebnisinterpretation zulassen, dass die Therapieergebnisse im positiven Zusammenhang mit der positiven *Passung* zwischen den impliziten Selbst- und Wirksamkeitskonzepten der Klienten und den Therapiekonzepten der Therapeuten stehen.

## **2.verbale Aktivität:**

Mit Orlinsky (Orlinsky et al., 1994, S. 291) kann gesagt werden, " [...] *patients who talk more tend to have better outcomes* ", wohingegen auf Therapeutenseite unter 35 Befunden bei 55% kein Zusammenhang, bei 40% ein positiver Zusammenhang und bei 5% dagegen ein negativer Zusammenhang von Sprechhandlungen mit dem Therapieergebnis gefunden wurde.

## **3.Problemverständnis und Interventionen des Therapeuten:**

Hiermit ist gemeint, wie und mit welchen gezielten Interventionen der Therapeut mit der Problemdarstellung des Klienten umgeht. Sehr unterschiedlich sind die Befunde hinsichtlich der unmittelbaren Therapeuteninterventionen und der damit zum Ausdruck gebrachten Probleminterpretationen. Vermutlich ist es eher hilfreich, wenn der Therapeut auf die Gefühle, die Probleme und Konflikte, bedeutsame Beziehungen und nicht zuletzt auf die Ressourcen besonders eingeht.

Nach Orlinsky et al. lassen sich drei Interventionsmodi deutlich hervorheben:

**paradoxe Deutung** (alle 13 Befunde positiv), **Konfrontation** (70% von 42 Befunden positiv) und **Interpretation** (63% von 38 Befunden positiv).

Nicht so eindeutig waren die Befunde bei den folgenden therapeutischen Interventionsmodi: **Exploration** (39% von 41 Befunden positiv, ein Befund negativ), **Unterstützung** (34% von 38 Befunden positiv, kein Befund negativ). **Reflektion**, **Selbstöffnung**, **Ratschlag** und **Anleitung** werden als nicht positiv beziehungsweise sogar negativ beurteilt.

## **4.Direktivität:**

Schulte (1992) untersuchte die Frage, inwieweit sich direktive Kommunikation seitens des Therapeuten auf den Therapieerfolg auswirkt. Nicht überraschend sind die Ergebnisse seiner Prozessstudie: das direktive Verhalten des Therapeuten und des Patienten ist mit zunehmender Therapiedauer - wie erwartet - eher negativ mit dem Therapieerfolg korreliert (wobei er feststellt, dass nur 34% der Therapeuten- und nur 9% der Patientenkommunikation als direktiv bezeichnet werden kann).

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass Schindler (1991) in einer Studie zu dem Ergebnis kam, dass direktives Therapeutenverhalten überdurchschnittlich häufig mit zurückhaltendem Klientenverhalten in Zusammenhang steht.

Dagegen fanden Grawe et al. (1994) auf die grundlegende differenzielle Frage, ob der Klient stärker durch ein direktives (wie zum Beispiel verhaltenstherapeutische Methoden) oder ein nondirektives Vorgehen (wie zum Beispiel Gesprächstherapie oder Psychoanalyse) profitiert, die folgende Antwort:

Klienten, die ein großes Ablehnungsbedürfnis haben und gewohnt sind, sich führen zu lassen, haben große Schwierigkeiten mit einem ausgesprochen nondirektiven therapeutischen Angebot; umgekehrt profitieren Klienten mit starkem Autonomiebedürfnis von einem direktiven Vorgehen wenig! (siehe auch Beutler, L E & Clarkin, 1990)

Besonders wichtig für den Therapieverlauf scheint mir jedoch zu sein, sich nicht nur mit den Defiziten des Klienten zu befassen, sondern auch dessen eigene Ressourcen wahrzunehmen (das, was der Patient mitbringt) und diese als Motor des Veränderungsprozesses zu nutzen. Diese Haltung wurde ursprünglich von den Vertretern der humanistischen Therapierichtungen geprägt, die einen Ausweg aus der Pathologisierung von Klienten suchten und auch gefunden haben.

### **5. Kooperation des Klienten:**

Kooperation seitens des Klienten ist die Voraussetzung für die Wirksamkeit von Therapeuteninterventionen. 69% von 50 Befunden korrelieren positiv mit dem Therapieergebnis. Entsprechend zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen Klientenkooperation und Klientenwiderstand (Ambühl, 1993). Die Aufnahmebereitschaft des Klienten scheint gezielt beeinflussbar zu sein. Auch die Bereitschaft zu Gefühlsäußerungen seitens des Klienten (als Aspekt der Kooperationsbereitschaft) steht bei 5 von 10 Befunden in einem positiven Zusammenhang mit Therapieerfolg, genauer: Positive Gefühlsäußerungen stehen bei allen von 9 Befunden in einem positiven Zusammenhang. Bei negativen Gefühlsäußerungen sind die Ergebnisse eher widersprüchlich: 26% von 46 Befunden lassen einen positiven, 35% einen negativen und 39% keinen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis erkennen.

### **6. Therapeutische Beziehung**

Orlinsky et al. (1994) schreiben, dass zur Rolle der Beziehung für das Therapieergebnis die mit Abstand meisten Befunde vorliegen, und meinen, dass die deutlichsten Hinweise bezüglich eines Zusammenhangs mit dem Therapieergebnis auf die therapeutische Bindung („therapeutic bond or alliance“) zurückzuführen sind, wofür mehr als 1000 Prozess-Ergebnis-Befunde sprächen.

### **7. Therapeutische Interventionen**

In der Literatur zu klinischen Forschung finden sich nach Gaston und Ring (1992) folgende Charakteristika von Therapeuteninterventionen, die wiederholt als bedeutsam im Zusammenhang mit Veränderungen im Klientenverhalten bestätigt wurden:

1. explorative und unterstützende Interventionen werden oft als die Hauptkategorien zur Vorhersage von Therapieerfolg beschrieben, die die grundlegenden Zielrichtungen des Therapeuten widerspiegeln und mit dem Arbeitsbündnis kovariieren.
2. problematische Reaktionen der Klienten wie z.B. im Zusammenhang mit Abwehr, Emotionen oder Einstellungen, werden als Ziele von Therapeuteninterventionen vermutet, wobei man davon ausgeht, dass sie in verschiedenen Therapierichtungen auch unterschiedlich befolgt werden.
3. es wird auch angenommen, dass das Ansprechen der Objekte dieser problematischen Reaktionen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit dem Therapieergebnis spiele.

Von diesen Konzepten ausgehend wurden verschiedene Inventare entwickelt, die Therapeuteninterventionen erfassen sollten, meines Erachtens mit wenig aussagekräftigen Ergebnissen. So entwickelten z.B. Gaston & Ring das 'Inventory of Therapeutic Strategies' (ITS) mit 18 zu skalierenden Aussagen zu

- *explorativen Strategien* des Therapeuten hinsichtlich Abwehr, Emotionen und Kognitionen gegenüber a) dem Therapeuten/der Therapie, b) Anderen, c) sich selbst, d) Situationen ohne zwischenmenschlichen Bezug;
- *unterstützenden Strategien* hinsichtlich Beziehungsprobleme, problematischen Situationen und Veränderungsabsichten seitens des Klienten;
- *Strategien zur Verbesserung des Arbeitsbündnisses* hinsichtlich der Therapieziele, der Selbstöffnung und Selbstreflektion, der Mitarbeit an der Aufgabe und zum Verständnis des Wesens und der Wirksamkeit von Therapie.

Obwohl die Autoren von einem Nutzen im Einsatz dieses Inventars sprechen, halte ich es im Hinblick auf seine Konstruktion (wenige Dimensionen/Aussagen; Skalen nicht faktorenanaly-

tisch gewonnen) für wenig geeignet, Therapeuteninterventionen im Hinblick auf prozessuale Veränderungen und Therapieerfolg vorherzusagen.

Watzke (2002) stellt in ihrer Arbeit eine Fülle von Messinstrumenten zur Einschätzung therapeutische Kompetenz vor. Daraus geht hervor, dass sich insgesamt auf eine breite Basis von Instrumenten zurückgreifen lässt, die therapeutische Interventionen, Haltungen und Inhalte erfassen. Im überwiegenden Anteil der Verfahren, 12 von 14 aufgeführten Instrumenten, wird die Einschätzung dieser Variablen aus der Beobachterperspektive vorgenommen. Darüber hinaus kann aus ihrem Überblick abgeleitet werden, dass die Mehrzahl der Instrumente vor einem psychoanalytisch geprägten Hintergrund entstanden sind. Auch die meisten Verfahren, die als theorieübergreifend eingeführt werden, basieren eher auf psychoanalytischen Therapiekonzepten, wie anhand der Itemauswahl und -formulierungen deutlich wird. Orlinsky et al. (1994) stellen fest, daß es zwischen therapeutischen Interventionen und Therapieergebnis keinen direkten Zusammenhang gibt, gleich, um welche Art der Therapie es geht. Shapiro et al. (1994) sind der Ansicht, daß auch andere Prozess-Ergebnis-Studien deutlich machen, daß Interventionstechniken selbst nur ca. 2% der Ergebnisvarianz von Psychotherapien aufklären können. Ginge es in der vorliegenden Studie dann lediglich um 2% zu erklärender Wirkvarianz, und das mit so großem Aufwand? Mein – wenn auch eingeschränkter – Einblick in eine Reihe von Studien zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen (wie der hier exemplarisch dargestellten) legt mir eher die Vermutung nahe, daß die Art der Untersuchungen, meist mit einer kleinen Anzahl von *a posteriori* eingesetzten Fragen, die zu skalieren oder mit Ja-Nein zu beantworten waren, zu sehr heterogen aufgebaut sind, um auch nur annähernd untereinander vergleichbar zu sein.

Festzuhalten ist letztlich, dass es vermutlich nicht nur darauf ankommt, was der Therapeut macht, bedeutsamer ist, wie er es macht und wie er seinen Klienten damit erreicht. Und nicht nur das: Letztlich entscheidet über das Wirksam-werden seiner Interventionen die Art der Beziehung zwischen beiden Beteiligten.

### **Psychotherapieforschung und ihr Einfluss auf die therapeutische Praxis**

Trijsburg, Colijn und Holmes (2005b) stellen nach Durchsicht verschiedener Arbeiten zur Therapieausrichtung von Therapeuten fest, dass sie das integrative Vorgehen am häufigsten praktizierten. Sie meinen, dass zwischen einer Hälfte bis zwei Drittel der Anbieter es vorziehen, ihren Klienten unterschiedliche Interventionsformen der größeren Therapieschulen anzubieten, statt sich an die Therapiemanuale oder die theoretischen Sondierungen dieser Schule zu halten (siehe auch Lambert, Bergin & Garfield, 2004a). Trijsburg et al. konnten in einer von ihnen durchgeführten Untersuchung an niederländischen Psychotherapeuten aufzeigen, dass Therapeuten unterschiedlicher Schulenherkunft in unterschiedlichem Maße den ganzen Bereich ihnen bekannter möglicher Interventionsformen nutzen. Und selbst solche Therapeuten, die sich ganz dem theoretischen Annahmen ihrer Schulen verschrieben hatten (*self-attributed monotherapists of all orientations*) nutzten anscheinend Interventionsmöglichkeiten, die sie von anderen Therapieschulen übernahmen.

Aus diesen Erkenntnissen heraus haben Beutler et al. (2002) das Modell 'Technischer Eklektizismus' (*'Systematic eclectic psychotherapy' – SEP*) entwickelt. Beutlers SEP geht von der Notwendigkeit pragmatischer Formen eklektischer Behandlungen aus und basiert auf der Annahme, dass unterschiedliche Interventionsformen bei unterschiedlichen Patiententypen zu unterschiedlichen Behandlungsphasen wirksam sind. Neben seiner klinischen Praxis und empirischen Forschung steht die philosophische Annahme, dass Psychotherapie durch die Beziehungen zwischen den Beteiligten wirkt (*„that psychotherapy is a social-influence or*

*persuasion process*“). Dadurch entstehe eine Art über Überzeugungsprozess, in welchen die theoretische Überzeugung des Therapeuten von der Angemessenheit der anzuwendenden Operationen den Boden für den Inhalt dessen bildet, was den Klienten überzeugen soll. Also sind die Techniken des Therapeuten das *Mittel* seiner Einflussnahme. Und daraus ergebe sich, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die Grenzen der Wirksamkeit seiner Interventionen festlege. Im Wesentlichen stellt also SEP ein Modell ausgewählter Interventionen (*treatment selection*) dar, welches sowohl replizierbare gemeinsame Faktoren als auch spezifische Therapeuteninterventionen beinhaltet. Das Modell betont:

1. Die Passung von Klient und Therapeut. Gemeint ist damit, dass es gewisse Gemeinsamkeiten der sozialen Herkunft (*background*) geben müsse, damit die Klienten ein Anfangsvertrauen in dem Therapeuten entwickeln könne. In gleicher Weise sind unterschiedliche Betrachtungsweisen erforderlich, weil nur durch deren Unterschiede eine neue Erfahrung für den Klienten entstehen kann. Auch sei der Schweregrad der Problematik bedeutsam für das Aufstellen eines Behandlungsplanes, da die Anfangsmotivation des Klienten in direkter Weise vom Ausmaß seines Leidens abhängt.
2. Eine auf die Klientenpersönlichkeit zugeschnittene Behandlung. Besondere Aufmerksamkeit soll der Art und Weise gewidmet werden, die der Klient auf die therapeutische Situation reagiert und mit ihr umgeht, damit entschieden werden kann in welchem Ausmaße explorative oder direktive Intervention eingesetzt werden sollen.
3. Den Wechsel von Strategien. Damit eine Therapie erfolgreich werden kann, setzt das SEP-Modell Zwischenziele voraus (z. B. Pflege des Arbeitsbündnisses, Identifikation von Verhaltensmustern, Gedanken, Gefühlen und zwischenmenschliche Beziehungen, Veränderungsbe mühungen). Diese sind notwendig, um Einstellungsänderungen bei den Klienten hervorzurufen, mittels derer Änderungen im Verhalten und in zwischenmenschlichen Beziehungen eingeleitet werden können.

### 3.2 Einführung in den Forschungsgegenstand

Obwohl inzwischen zwei Jahrzehnte vergangen sind, dürfte das folgende Zitat aus dem Jahre 1990 immer noch eine gewisse Gültigkeit haben:

*„Trotz zahlreicher Untersuchungen zur allgemeinen und spezifischen Wirksamkeit von Psychotherapie bleibt weiterhin offen, welche Behandlungsmaßnahmen durch wen, in welchem Zeitpunkt, bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problemen unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welchem Zeitpunkt führen“* (Meyer, A. E., 1990a, S. 289).

Im Sinne des vorangehenden Zitats bestünde die Konsequenz in einer Forschungsstrategie, welche die Wirkungen einzelner prozessbeteiligter Variablen und ihre Abhängigkeit vom interessierenden Kontext in den Untersuchungsfokus stellt. Interventionen des Therapeuten sind Verhaltensmuster des Therapeuten, welche im Zusammenhang anderer therapeutischer und nicht therapeutischer Verhaltensweisen, Kognitionen und Affekte (sowohl vom Therapeuten wie auch vom Klienten) stehen. Beeinflusst davon können sehr ähnliche Interventionsstrategien deutlich unterschiedliche Wirkungen erzeugen und sehr unterschiedliche Interventionsstrategien dennoch sehr ähnliche Wirkungen. Wegen der umfassenden Wechselwirkungen zwischen den Verhaltensweisen von Therapeuten und Klienten im therapeutischen Prozess wird es auch weiterhin schwierig bleiben, psychotherapeutische Verhaltensmuster und Strategien zu isolieren, die, wenn schon nicht in einer eindeutigen Ursache-Wirkungsrelation erfassbar, in Kontingenzen zu Therapieerfolg "dingfest gemacht" werden können.



Es existieren bisher zahlreiche Forschungen zur Einschätzung der Wirksamkeiten von einzelnen Sitzungen oder ganzen Therapien, sowohl seitens der Klienten als auch durch unabhängige erfahrene Therapeuten (*Rater*) per Fragebögen oder per *Rating*. Es finden sich auch einige wenige, die die Therapeut-Klient-Interaktion durch videobasierte Mikroanalyse untersuchen, (wie bereits im theoretischen Teil zum Stand der Forschung erwähnt). Mich interessiert allerdings, welche von den zahlreichen verbalen und nonverbalen Interventionen des Therapeuten von unterschiedlichen Klienten als hilfreich erinnert werden, wie sie diese wahrnehmen, beschreiben und klassifizieren können und welche Wirkung sie ihnen zuschreiben. Ich habe in der von mir berücksichtigten Literatur bisher keinen entsprechenden Forschungsansatz gefunden.

Im Einklang mit der bisherigen Forschung gehe ich davon aus, dass es neben den vom Klienten georteten hilfreichen Interventionen auch noch weitere und vermutlich auch bedeutsamere Wirkvariablen in der Klient-Therapeut-Beziehung gibt. Ich gehe auch davon aus, dass der Klient nicht unbedingt zutreffend entscheiden kann, welche der vielen Therapeutenvariablen wirklich hilfreich sind (aber dies trifft auch für die Einschätzung von Fachkollegen und erst recht seitens des intervenierenden Therapeuten zu und ist m.E. vor allem der Pferdefuß aller bisherigen Theorien zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen!). Dennoch meine ich, dass in der Forschung sowie in der schulengenerierten Theorienbildung dem Faktor „hilfreiche Therapeuteninterventionen aus Klientensicht“ zu wenig Bedeutung beigemessen wurde. Ziel dieses Untersuchungsteils war es, den Übergang zwischen psychotherapeutischer Interaktion und innerem Wirkprozess beim Klienten genauer als bisher abzubilden, und zwar unter dem ausgewählten Aspekt hilfreicher therapeutischer Interventionen. Diese konnten im Nachhinein vom Klienten im Sinne einer *passenden, klärenden, bewegenden, zündenden, stützenden, verständnisvollen, also irgendwie hilfreichen* therapeutischen Aktion beschrieben werden.

Welches sind die „Wirkelemente“ einer hilfreichen Therapeutenintervention? Zur Erfassung von Therapiewirkfaktoren sind zahlreiche Untersuchungen durchgeführt worden, wie im 2. Kapitel („Stand der Forschung“) beschrieben. Die therapierlevanten allgemeinen Wirkfaktoren scheinen im Sinne einer **Basisebene** (wie Echtheit, Kongruenz, Wärme, unbedingte Zuwendung) Voraussetzung dafür sein, daß der Klient überhaupt erst für eine Therapie sich zu ‚öffnen‘ bereit wäre.

Auf dieser Basisebene werden erfahrene Therapeuten im richtigen Moment mit einer passenden, hilfreichen Intervention Affekt und Einsicht des Klienten in ‚zielgerichtete Bewegung‘ umzusetzen versuchen (**Mobilisierungsebene**).

Auf der Mobilisierungsebene postuliert **Fengler** (2003, 2006) seine im 1. Kapitel (Einleitung) beschriebenen verbalwirksamen *Dimensionen therapeutischer Interventionen* auf Therapeutenseite: **Anschlußfähigkeit / Leichtigkeit u. Eleganz/ (Meta-)Evidenz und Wirkung/Konsequenz/Effizienz** auf der Klientenseite. Er geht in theoretischen Überlegungen der Frage nach, wie eine verbale Intervention beschaffen sein sollte, damit sie eine tiefgreifende Wirkung erzielt.

Wie ich im ersten Kapitel dargestellt habe, gehe ich davon aus, dass vor allem **zielgerichtete** („den Punkt treffende“), **anleitende, unterstützende, interaktive** (verbale und nicht-verbale) **Therapeuteninterventionen** von Klienten als hilfreiche, auf seinen therapeutischen Prozeß einflußnehmende Hilfestellungen wahrgenommen werden.

Diejenigen Therapeuteninterventionen, die vom Klienten als „hilfreich“ erkannt werden (können), lassen sich als **hilfreiche Therapeuteninterventionen** im Sinne therapierrelevanter Wirkkomponenten im Informations- und Deutungs austausch zwischen Klient und Therapeut beschreiben. Vor dem (Hinter-)**Grund** der allgemeinen Wirkfaktoren wie Echtheit, Wärme, Einfühlung etc. (welche nur einen Teil der Varianz von Wirkfaktoren abdecken) heben sie sich – so nehme ich an – als **Figur** in der Wahrnehmung des Klienten hervor.

Die *hilfreichen* Interventionen werden sich zunächst erst nur als situationsspezifische, von Klienten ganz subjektiv geortete Wirkzusammenhänge zeigen. Folgende Fragen ergeben sich demnach:

- 1) lassen sich bei **inhaltsanalytischer** Auswertung der aus einem Interventionsprozess qualitativ gewonnenen (situationsspezifischen) Daten gemeinsame Merkmale sog. hilfreicher Therapeuteninterventionen im Sinne einer kategorialen Systematik extrahieren, in einer paradigmatischen Kette darstellen und
- 2) ergibt die **quantitative faktorenanalytische** Auswertung der skalierten Beschreibungen potentieller hilfreicher Therapeuteninterventionen ebenfalls unterscheidbare Faktoren therapeutischer Interventionen?
- 3) Kommen beide, die inhaltlich-qualitative und die skalierend-quantitative Untersuchungsmethode zu ähnlichen Ergebnissen und ermöglichen somit eine interne Validierung?

In dieser Arbeit ist der Untersucher auch Forscher und gleichzeitig Forschungsgegenstand. Dieser Ansatz ist an sich nicht neu (siehe z.B. Freud, 1992). Freuds sorgfältiges und ausgefeiltes Studium von Einzelfällen kann man als den entscheidenden Anstoß zu einem erst jetzt wieder modern werdenden Ansatz von Psychotherapieforschung verstehen, wobei Forschung und Behandlungspraxis in seiner Arbeit zusammenfällt.

Freud, sah dies selbst 1911 als „[...] *eine(n) der Ruhmestitel der analytischen Arbeit ...*“ an (Freud, 1992, S.54). Seine Methodik der Psychotherapieforschung verstand er als psychologische Grundlagenforschung, denn er wollte generelle Aussagen über die Funktionen des *psychischen Apparates* des Menschen aus den therapeutischen Erfahrungen ermöglichen. Die psychotherapeutische Praxis und die wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung wurden - wie auch in meiner eigenen Arbeit - als zwei Aspekte eines gemeinsamen Verständnisses von bewussten und overten und unbewussten und coverten menschlichen Funktionen betrachtet. Erwähnt werden soll auch an dieser Stelle Moreno (1981), der eine Differenzierung der Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten von zwischenmenschlichen Interaktionen mithilfe von Psychodrama entwickelte sowie von zwischenmenschlichen Beziehungen durch Soziometrie, oder Tilman Moser (1974, 1986, 1992). und andere, die sich in ihrer Therapeutenrolle analysiert und zur Diskussion gestellt hatten und haben.

### 3.3 Fragestellungen und Hypothesen.

Aus der zu Grunde liegenden detaillierten Beschreibung und inhaltlichen Analyse des therapeutischen Prozesses sollen das Therapiegesehen beschreibende Variable extrahiert werden, aus denen sich Hypothesen zu übergeordneten und möglicherweise replizierbaren unterscheidbaren Faktoren/ Ebenen des Therapieprozesse aufstellen lassen. Die zur Beobachtung und Beschreibung herangezogen Kriterien müssen allerdings hypothesengeleitet ausgewählt werden; demnach baut auch der explorative Forschungsansatz auf theoretischen Grundannahmen und deren Operationalisierung auf.

Der Hypothesenbildung liegen folgende Prämissen zu Grunde:

**Unabhängige**, bedingende Prozess-**Variable** ist das Kollektiv der **Therapeuteninterventionen**. Diese Variable ist der eigentliche Untersuchungsgegenstand. Die Interventionsqualität von Therapeuteninterventionen lässt sich anhand von Therapeutenaktionen als Variable darstellen.

Die **abhängige** (Prozess-)Variable dient der Evaluierung der Therapeuten-Interventionsmerkmale. Dies geschieht durch ‚Bewertung‘ der vom Klienten als besonders hilfreich erinnerten Therapeuten-Interventionen im Sinne einer ‚Wertschätzung‘, gemessen durch inhaltliche Beschreibung einerseits und *Patientenrating* vorgegebener möglicher Therapeuteninterventionen andererseits.

Die im folgenden Fragestellungen und Hypothesen versuche ich in einen **Begründungszusammenhang** zu stellen, das heißt sie müssen nach Kriterien der Wissenschaftlichkeit überprüft und gerechtfertigt werden.

**1. Fragestellung: welche Art von Therapeuteninterventionen werden** (unmittelbar nach einer psychologischen Beratung/therapiesitzung) **aus Klientensicht als hilfreich für das Verständnis der eigenen Person und Situation und im Hinblick auf die Unterstützung und Verwirklichung der eigenen Therapieziele beschrieben?**

**1. Hypothese:** Klienten beschreiben ‚hilfreiche‘ Interventionen derart, daß anleitende und Ressourcen aktivierende Aspekte therapeutischer Interventionen im Vordergrund stehen. Textor (1990) z.B. stellte neben Motivation und Hoffnung auf Seiten der Klienten und der Persönlichkeit des Therapeuten und der von ihm gestalteten therapeutischen Beziehung folgende unspezifische Wirkfaktoren zusammen: Erklärung für Probleme, Freisetzen und Verändern von Emotionen, Verändern von Kognitionen, Informationsvermittlung, Verhaltensänderung sowie Veränderungen von Selbstwahrnehmung und Selbstbild. In der Gruppe um Grawe (1990, 1995, 1998) wurde neben der therapeutischen Beziehung die Aktivierung von Ressourcen, die Aktualisierung von Problemen, die aktive Hilfe zur Problembewältigung und die therapeutische Klärung oder motivationale Klärung herausgearbeitet.

**2. Fragestellung: welche Qualitäten und Ausformungen hilfreicher Therapeuteninterventionen beschreiben die Klienten?**

**2. Hypothese:** Klienten beschreiben die erlebte Qualität „hilfreicher Interventionen“ derart, daß der gestaltende, väterlich/mütterlich lenkende, Erfahrung vermittelnde und stützende Aspekt therapeutischer Interventionen imponiert. Schindler (1991) kam in der Auswertung von 19 Studien unterschiedlicher Therapieschulen u.a. zu dem Ergebnis, dass besonders zu Therapiebeginn reflektierende Äußerungen des Therapeuten die Erkenntnis des Klienten ermöglichten, dass er von diesem verstanden wird. Hilfreich seien dabei vor allem direkte Fragen des Therapeuten, wobei der Klient mit zunehmender therapeutischer Erfahrung auch durch andere Interventionen des Therapeuten zur Exploration seiner Gefühle veranlasst wird. Besonders Zuspruch, Bestätigung und Ermutigung imponierten als wesentliche therapeutischer Interventionsmodi. Direkte Informationsfragen hatten einen relativ hohen Varianzanteil am Gesamtverhalten des Therapeuten. Auch Konfrontationen und Interpretationen scheint nach den Erkenntnissen von Schindler - wenn auch widersprüchlich in den Forschungsergebnissen - eine größere Bedeutung zu zukommen.

**3. Fragestellung: bildet der geschlossene Teil des Fragebogens (Skalierungsteil) ein dem offenen Teil (ungebundene Klientenniederschriften) vergleichbares Muster hilfreicher Therapeuteninterventionen ab?**

**3. Hypothese:** Die aus dem offenen Fragebogenteil inhaltsanalytisch gewonnenen Beschreibungsmerkmale hilfreichen Therapeutenverhaltens finden sich in Sinn und Bedeutung in komprimierter Form weitgehend in den durch quantitative Analyse der Fragebogendaten gewonnenen Faktoren wieder.

### 3.4 Die Zielsetzung dieses Forschungsansatzes

Die vorliegende Studie verfolgt wie auch die meisten anderen Studien den Weg, explorative und theoriegeleitete Forschungsstrategien miteinander zu verbinden. Der Weg dahin besteht darin, dass ein relativ allgemein formuliertes Prozessmodell und die Erkenntnisse aus dem bisherigen Stand der Forschung dazu genutzt werden, eine in erster Linie deskriptiv angelegte empirische Forschung zu operationalisieren und die Korrelationsbefunde zwischen Prozessmerkmalen zu interpretieren.

Meine Studie vereint qualitative und quantitative Forschungsansätze. Ich habe ganz gezielt im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatzes ein Konzept mit den dazu inhaltlich relevanten Fragestellungen und Hypothesen entwickelt, die ich parallel dazu in einem zweiten Untersuchungsschritt quantitativ überprüft habe. Gerade in dieser zweigleisigen Methodik ließen sich inhaltlich relevanten Erkenntnisse auf breiter Datengrundlage erwarten. In jüngster Zeit haben einige Forscher aus diesem Grunde die Verwendung beider Forschungsansätze gefordert. Sie kritisieren sogar den ausschließlichen Gebrauch des Entweder-Oder (also qualitativ oder quantitativ), so zum Beispiel Onwuegbuzie & Leech (2005).

In meiner eigenen Studie bestätigen die Ergebnisse der qualitativen die der quantitativen Methodik. Mein qualitativer Forschungsansatz ist meiner Meinung nach aber entschieden näher am inneren Prozess des Klienten und wirft somit ein deutlicheres Schlaglicht auf das, was wir gerne über die aus der Sicht des Klienten hilfreichen Therapeutenintervention wissen würden. Die Bedeutung des qualitativen Forschungsansatzes gerade in der Prozessforschung der Psychotherapie mit meiner Studie zu belegen war mir ein ganz wichtiges Anliegen.

Die entscheidenden Fragen dieser Untersuchung betreffen die "Entdeckung" von Wirkelementen therapeutischen Verhaltens (Therapeuteninterventionen) und die Untersuchung ihrer Bezüge zueinander. Folgerichtig sollen einerseits in einem Explorationsteil qualitativ-analysierend wahrgenommene Beobachtungen von Therapeuteninterventionen gesammelt und kategorisiert werden. Andererseits sollen in einem quantitativen Skalierungsteil Bezüge zwischen à priori aufgestellten Variablen von Therapeutenverhalten korrelativ untersucht und hinsichtlich gemeinsamer Faktoren analysiert werden. Da die Konstruktion eines Fragebogens auf einen ausgewählten Aspekt von Psychotherapieprozesses ausgerichtet werden soll, steht das Interesse im Vordergrund, die durch das Untersuchungsthema vorgegebene Fragestellung vollständig, wenn auch in möglichst knapper Form zu beantworten. Damit weicht die Konstruktion dieses Fragebogens von den Vorgaben zur (üblichen) Konstruktion von Frageninventaren deutlich ab, wo es darum geht, ein latentes Merkmal durch geschickt formulierte operationale Indikatoren mittels homogener *Items* möglichst genau zu erfassen. Der Fragebogen gewinnt seine Daten durch retrospektive Selbstbeobachtung des Klienten, wenn er die Wirkelemente hilfreicher Therapeuteninterventionen an sich selbst wahrnimmt. Ein Fragebogen wie der HILF kann nicht aus der Grundgesamtheit ‚wahrer‘ Therapeuteninterventionen schöpfen, sondern - im Spiegel der Klientenreaktionen - nur die häufigsten Therapeuten-Wirkfaktoren ‚inventarisieren‘.

Der Fragebogen HILF ist darüberhinaus auch so angelegt, dass die ‚inneren Antworten‘ bzw. Reaktionen des Klienten auf die therapeutischen Interventionen untersucht werden können, (wobei diese keine unmittelbare objektive Aussage über die Qualität der therapeutischen Interventionen bzw. deren prognostische Qualität hinsichtlich des Therapieerfolgs zulassen). Aus diesem Grunde liegt es für mich nahe, in meiner Untersuchung den konkreten Therapieprozess aus der Sicht des Klienten beschreiben zu lassen, indem ich ihn frage, "was macht dein Therapeut, wie macht er das, wie erlebst du das, und was kannst du damit anfangen?"

Die Antworten auf diese Fragen dienen sowohl dem Therapeuten in seiner Rolle als Praktiker, weil sie ihm helfen, sein reales therapeutisches Handeln zu optimieren als auch dem Therapeuten in der Rolle des Forschers, dem es angelegen ist, eine Systematik der durch die am Klienten orientierten Forschung emergierenden Wirkfaktoren im Hinblick auf den möglichen Therapieerfolg zu entwickeln.

Das Therapeutenverhalten wird untersucht mittels

- (a) indirekter Betrachtung, sowohl unter der
- (b) Perspektive des Therapeuten als auch der des Klienten mit dem
- (c) Fokus von Informationen, die über den Therapeuten gewonnen werden und hinsichtlich
- (d) aller vier Fragen nach Inhalt, Handlung, Stil und Qualität.

Der Fragebogen HILF soll solche Aspekte des therapeutischen Geschehens unter ausgewählten Gesichtspunkten erfassen, die vermutlich in der überwiegenden Zahl ambulanter Psychotherapiepraxen beobachtbar wären, unabhängig von Therapieschulen und Theoriegebäuden, die den Therapeuten in seiner theoretischen „Unterfütterung“ bei seiner Arbeit leiten mögen und somit von allen potentiellen Klienten oder Rat-Suchenden bewertet werden können.

Im Ergebnisteil dieser Arbeit wird der Versuch unternommen, den im experimentellen Teil gefunden Wirk-Kategorien bzw. -Faktoren in dem von Grawe et al. (2001) und Orlinsky et al. (2004) deutlich geprägten „Stand der Forschung“ einen sinnvollen, wenn auch sehr bescheidenen Platz zu geben, von dem aus die Systematisierung der Wirkfaktor-Forschung ein Stückchen weiter betrieben werden. Dies geschieht in zwei Schritten: es werden (1.) Beschreibungskategorien entwickelt und (2.) aus ihnen ‚Wirkfaktoren‘ extrahiert.

In diesem Abschnitt soll nun dargestellt werden, wie vor dem Hintergrund der im 2. Kapitel beschriebenen Ansätze der Prozessforschung diese Fragestellungen operationalisiert werden können. Ich habe mich dafür entschieden, die Fragen auf zwei unterschiedlichen Ebenen der Forschung zu untersuchen:

Zur Untersuchung der ersten Frage analysiere ich die gewonnenen sprachlichen Rohdaten **interpretativ** mittels einer **qualitativen Methodik** („*Grounded Theory*“, entwickelt von Glaser & Strauss, 1967 sowie Strauss & Corbin, 1996). Zur Untersuchung der zweiten Frage werte ich Häufigkeiten mit einer quantitativen Methodik (Faktorenanalyse) aus, um die Hypothese einer Faktorenstruktur **statistisch** zu prüfen. Der Vergleich der beiden Methodiken miteinander wird hermeneutisch-interpretativ, das heißt ohne statistische Methodik, durchgeführt. Damit sind die Ebenen der Untersuchung festgelegt: das Untersuchungsfeld ist die gegebene und unverfälschte psychotherapeutische Sitzung, die Datenerhebungen erfolgen qualitativ (offene Befragung) und quantitativ (*Rating*<sup>10</sup>-Skalen). Auf der Auswertungsebene erfolgt die Überprüfung des hypothetischen Konstrukts von Differenzierungen (Wirkfaktoren) empirisch-statistisch, während deren Zusammenhänge untereinander nur qualitativ-interpretierend erforscht werden können.

Die Konstruktion dieses Fragebogens zielt auf einen bestimmten Aspekt von Psychotherapie ab. Anhand von freier, ungebundener Beobachtung durch den Klienten einerseits und Klienten-Einschätzungs-*Ratings* andererseits werden bestimmte Situationen in der Klient-Therapeut- Interaktion erfasst. Deswegen spreche ich hier von situationsbezogener Prozess-Diagnostik im Sinne einer qualifizierenden und einer quantifizierenden Beobachtungserhebung von Therapiesituationen unter natürlichen Bedingungen. Es wird und kann auch nicht der Versuch gemacht werden, etwaige zu Grunde liegende wahre Interaktionseigenschaften zu erfassen, sondern lediglich eine Inventarisierung von möglicherweise (und hoffentlich) wirk-

---

<sup>10</sup> *Rating*: Englisch für *Einschätzung, Beurteilung*

samen Therapeuteninterventionen, eben auf einer bloß phänomenologischen Ebene. Denn natürlich habe ich es hier nicht mit wirklich objektiven Daten zu tun, sondern mit subjektiven Schätzdaten seitens des Klienten. Dieses Vorgehen erscheint mir allerdings ein legitimes Vorgehen zu sein, da er die mühevollen Ratings mittels direkter Beobachtung oder mittels Mikroanalyse durch externe Experten erspart und andererseits der eigentlichen Quelle von Interventionswirkung, die idealerweise beim Klienten zu suchen ist, näher kommt, als jegliche andere Form von Forschung.

Das Bedürfnis, Einschätzungen von Klienten in Bezug auf das Therapeutenverhalten im Prozess ihrer Therapie oder Beratung auf vergleichsweise unproblematische Art und Weise für die Forschung und eventuell spätere Praxis erheben zu können, führte zu der Idee, den Fragebogen HILF zu entwickeln. Mit ihm soll gezielt untersucht werden, welcher Art von Therapeuteninterventionen in einer Beratungs- oder Therapiesitzung Klienten eine förderliche Wirkung zuschreiben, welche Empfindungen diese bei ihnen auslösen und welche Konsequenzen die Klienten aus ihnen ziehen (wollen). In meiner Studie wird der Klient als kompetenter ‚Beobachter‘ der von ihm selbst wahrgenommenen und mit Bedeutung versehenen Interventionen seines Therapeuten in den Mittelpunkt gerückt.

Zur Hypothesenprüfung soll der Untersuchungsgegenstand im Rahmen eines Spezialfalles von Therapeuteninterventionen erforscht werden, nämlich in einer psychologischen Praxis eines eklektisch arbeitenden Therapeuten mit unselektierten Psychotherapiepatienten.

Untersuchungsgegenstand sind also einerseits das Kollektiv verbaler und nonverbaler Therapeuten-Interventionen und andererseits das korrespondierende Kollektiv von Klientenreaktionen. Beide Kollektive sollen auf hypothesenrelevante Kontingenzen hin untersucht werden.

In diesem Zusammenhang möchte ich nicht versäumen, **einige die Aussagekraft der Untersuchung einschränkende methodische Gegebenheiten und intervenierende Variablen** zusammenzustellen:

- Fragestellung und Hypothesenbildung sind daraufhin angelegt, dass es sich beim Untersuchungsgegenstand um die Interventionen eines einzigen erfahrenen, integrativ und eklektisch arbeitenden Therapeuten handelt; dadurch bedingt ergibt sich ein relativ homogenes Interventionsrepertoire,
- ein Teil der Klienten wurde in mehreren Sitzungen zur Bewertung „hilfreicher Interventionen“ gebeten (dadurch ungleiche Verteilung der Häufigkeiten von ausgefüllten Fragebögen pro Klient), was die Variabilität aller Klienten-Bewertungen und damit eventuell eine Aussage über diese einschränken kann.
- Unterschiedliche Problemstellungen u. Behandlungsformen (Einzel-, Paar-, Gruppentherapie)
- Nicht alle Klienten haben die Absicht der Fragestellung in gleicher Weise verstanden
- Einige Klienten haben die gesamte Sitzung und nicht eine einzelne Intervention Ihrer Bewertung zugrunde gelegt.
- Halo-Effekt in der quantitativen Beantwortung des Fragebogens (konzeptuell unterschiedliche und potentielle unabhängige Merkmale von Therapeuteninterventionen werden nicht differenziert bzw. die Beurteilung unterliegt der Tendenz, die Einschätzung der unterschiedlichen Aussagen (*Items*) des Fragebogens von einem Pauschalurteil abhängig zu machen).

- Der Fragebogen ist auf "selbstbezogene" Auskünfte der Klienten angewiesen, ist daher besonders stark von Erinnerungsvermögen, Aufmerksamkeit, Selbsterkenntnis usw. und damit für (un)willkürliche Fehler und Verzerrungen und absichtliche Verfälschungen anfällig.
- Die inhaltliche Auswertung erfolgt vor dem Hintergrund meiner persönlichen Kenntnisse der Interventionssituation und des Klienten, meiner z.Z. der Untersuchungsdurchführung 35-jährigen Erfahrungswerte, des kollegialen Austausches mit ebenfalls erfahrenen Therapeuten und meiner impliziten theoretischen Annahmen ; daher könnten andere potentielle Auswerter zu veränderten Kodes und damit zu abweichenden Categoriesystemen gelangen.

### 3.5 Methodische Überlegungen zur Konzeption des Fragebogens HILF

Den Fragestellungen entsprechend sollen sowohl eine deskriptiv-qualitative als auch eine deskriptiv-quantitative Methode der Datengewinnung angewendet werden. Die Auswertung von à priori operationalisierten Wirkvariablen soll quantitativ-verifizierend erfolgen. Die Bezüge der im freien Antwortteil gewonnenen Wirkkategorien zu ‚plausiblen‘ Erklärungsmustern und ihrer Zusammenhänge untereinander müssen dagegen mit dem Ziel einer theoretischen Modellbildung qualitativ-explorierend erfolgen.

#### **Die Methodik dieser Forschungsarbeit: Theoriebildung im Rahmen von Grundlagenforschung.**

Nach meinem Verständnis der methodischen Kriterien der angewandten Grundlagenforschung - um die es sich hier handelt - ist diese Arbeit unter dem Aspekt eines Theoriebildungsprozesses zu betrachten. Die Theoriebildende Forschung ist als eine Anwendungsvariante empirischer Forschungsmethoden auf eine begrenzte Gruppe von Fragestellungen zu verstehen. Sie basiert auf der systematischen Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Überprüfung der Wirksamkeit eines Interventionsprogrammes. In meiner Studie dient die Theoriebildung einer *Erkenntnisfunktion* (wissenschaftliche Erkenntnisse über Eigenschaften und Wirkungen von Interventionen sollen gesammelt werden).

*„Mit dem Begriff Evaluationsforschung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass Evaluationen wissenschaftlichen Kriterien genügen müssen, die auch sonst für empirische Forschungsarbeiten gelten.“* (Bortz & Döring, 2006, S. 98)

Der quantitative Teil des Fragebogens ist im Sinne einer Konstruktvalidität aufgebaut, d. h., dass aus dem zu messenden Zielkonstrukt - hier: Wirkfaktoren hilfreicher Therapeuteninterventionen - Hypothesen deduktiv ableitbar sind, die anhand der gewonnenen Daten bestätigungsfähig sind. Wenn die Daten so ausfallen, wie es die aus Theorie und Empirie abgeleiteten Hypothesen vorgeben, kann dies als Indiz für die Konstruktvalidität des Fragebogens gewertet werden. Das Konstrukt des Skalierungsteils meines Fragebogens lässt sich an dem Konstrukt der induktiv-inhaltsanalytisch gewonnenen Kategorien desselben Fragebogens validieren. In diesem Falle kann ich auch von einer konvergenten Validität sprechen, d.h., verschiedene Operationalisierungen desselben Konstrukts führen zu ähnlichen Ergebnissen.

### **Überprüfung von Zusammenhangshypothesen.**

In meiner Studie sollen vor allem unspezifische Zusammenhangshypothesen überprüft werden; unspezifisch insofern, als genaue Angaben über die Größe des gemäß meiner Hypothesen erwarteten Zusammenhangs nicht gemacht werden können. Somit kann lediglich behauptet werden, dass zwischen den untersuchten Merkmalen Zusammenhänge bestehen. Hierfür wird die Bezeichnung **Interdependenzanalyse** gebraucht. Die in einer solchen Analyse gefundenen Zusammenhänge geben keinen Aufschluss über deren Kausalbeziehungen. Ihre Schlussfolgerungen beziehen sich primär nur auf Art und Intensität des Kovariierens zweier oder mehrerer Merkmale. Eine Interdependenzanalyse ist typischerweise eine einfache **Cross-test-Untersuchung** (*Cross-sectional-Design*), wie auch in meiner Untersuchung. Zu einem bestimmten Zeitpunkt werden zwei oder mehrere Merkmale an einer Stichprobe erhoben. Vor allem eignet sich diese Methodik für Designs, bei denen eine systematische Kontrolle der Untersuchungsbedingungen nicht oder kaum möglich ist.

In dieser Studie sind Beziehungen zwischen mehreren Merkmalen in einem Merkmalskomplex zu erwarten. Da inhaltlich die Richtung eines möglichen (aber nicht nachweisbaren!) kausalen Einflusses (Therapeutenintervention) begründet werden kann, darf ich hier von multiplen Zusammenhängen sprechen, wobei die Therapeuteninterventionen als Prädiktorvariablen und die Klientenreaktion als Kriteriumsvariablen bezeichnet werden können. Bei einer multiplen Zusammenhangshypothese besteht zwischen mehreren Prädiktorvariablen und einer Kriteriumsvariable ein Zusammenhang; dieser kann mit der multiplen Korrelation überprüft werden.

### **Anforderungen an die Konstruktion des Fragebogens.**

Zur Konstruktion des Fragebogens HILF musste folgende Fragestellung beantwortet werden: Wie muss der Fragebogen konstruiert werden, so dass er den folgenden beiden Ansprüchen genügt?

1. Der **qualitative Teil des Fragebogens**: die Klienten sollen unmittelbar nach einer psychologischen Beratung/Psychotherapiesitzung diejenigen therapeutischen Interventionen in freier Form beschreiben können, die von ihnen als (besonders) hilfreich für das Verständnis der eigenen Person und Situation und im Hinblick auf die Unterstützung und Verwirklichung der eigenen Therapieziele erlebt werden.
2. Der **quantitative Teil des Fragebogens**: die Klienten sollen die von ihnen beschriebenen hilfreichen Therapeuteninterventionen anhand von Beschreibungsmerkmalen (*statements/items*) eines festen Aussagenkatalogs skalieren können.

Zur Umsetzung dieser Voraussetzungen wurde der HILF in einen offenen und einen geschlossenen Frageteil aufgeteilt. Beide Konzeptionen werden im Kapitel 3.4 dargestellt.

Aus der inhaltlichen Textanalyse der qualitativen Daten (ungebundene Aussagen der Klienten zum Therapeutenverhalten im ersten Fragebogenteil) sollen Kategorien unterschiedlich hilfreicher therapeutischer Interventionen, aus der korrelationsstatistischen Analyse der quantitativen Daten des Fragebogenteils die Ausprägungsgrade und Zusammenhänge der an den Therapeuteninterventionen beteiligten Faktoren entwickelt werden. Es wird erwartet, dass zwischen den Kategorien aus der Analyse der qualitativen Daten inhaltlich Ähnlichkeiten mit den Faktoren des quantitativen Fragebogenteils aufgefunden werden, bzw., dass sich beide untereinander interpretativ vergleichen lassen.



### 3.6 Konstruktion des Fragebogens HILF

Das nachfolgend vorgestellte Forschungsinstrument soll mit folgenden Arbeitsschritten operationalisiert werden:

1. Konzeptionelle Bedingungen der Fragebogenentwicklung im Hinblick auf den Skalierungsteil
2. Konstruktion des Vor-Fragebogens PILOT
3. Itemgenerierung PILOT
4. Durchführung und Auswertung des PILOT
5. Auswahl der *Items* in den Haupt-Fragebogen HILF
6. Inhaltliche Auswertung der nicht übernommenen Fragebogaussagen (*Items*)
7. Konstruktion des Hauptfragebogens HILF

#### 3.6.1 Konzeptionelle Bedingungen der Fragebogenentwicklung im Hinblick auf den Skalierungsteil

##### **Konstruktionstheoretische Vorannahmen:**

Sowohl für den Vor-Fragebogen (PILOT) als auch für den quantitativen Teil des Hauptfragebogens (HILF) musste eine Entscheidung hinsichtlich der zugrundegelegten **Testtheorie** getroffen werden.

Nach Bortz und Döring (2006) besteht der erste Schritt der Fragebogenkonzeption in einer **explorativen Untersuchung** zur **Generierung** wissenschaftlich prüfbarer Hypothesen (qualitativer Teil). Explorationsstudien sind natürlich nicht völlig theoriefrei, womit gemeint ist, dass schon die Auswahl derjenigen Variablen, die in den explorierenden Datensatz aufgenommen werden sollen und die Art ihrer Operationalisierung und Messung sowohl von impliziten, als auch expliziten Vorannahmen und Theorien geleitet ist. Der Unterschied zu einer theoriegebundenen Konstruktion besteht dann darin, dass das theoretische Vorverständnis noch nicht so weit ausgearbeitet und zielgerichtet ist, als dass sich statistische Hypothesen formulieren ließen, die einer Signifikanzprüfung unterzogen werden könnten.

Der andere (quantitative) Erhebungsteil wird als so genannte **explanative Untersuchung** durchgeführt, die der **Prüfung** von Hypothesen dient. Streng genommen würde sich die explanative aus der explorativen Untersuchung entwickeln, aber in dieser Studie werden beide Ansätze parallel verfolgt, entsprechend der dritten Fragestellung. Bortz und Döring (2006) schreiben allerdings auch, dass die Trennung zwischen Explorationsphase und Explanationsphase von einigen Autoren als Fiktion bezeichnet würde, da eher von einem iterativen Charakter von Forschungsprozessen auszugehen sei (und sogar, dass methodische Vorschriften in der Forschungspraxis weitgehend nicht eingehalten werden).

Aber mit Bortz & Döring (2006) gehe ich auch davon aus, dass, wenn auch die lineare Einteilung des Forschungsarbeitsverlaufs nur künstliche Ausschnitte eines iterativen Prozesses wissenschaftlichen Arbeitens darstellt, sie dennoch hilft, den komplexen Forschungsprozess zunächst in unterschiedlichen Aspekten differenziert darzustellen.

##### **Anforderungen an die Klienten:**

Um die Wirkmomente (Wirkmoment = Wirksam-Werden einer Therapeutenintervention in einem bestimmten Moment des Therapieprozesses) therapeutischer Intervention zu erfassen, sollten sich die Klienten nach Sitzungsende zu einer oder auch mehreren von ihnen wahrge-

nommenen und erinnerten, aus ihrer Sicht bemerkenswerten und hilfreichen, Handlungen des Therapeuten äußern.

Die Klienten sollten

- 1.) sich in schriftlicher Form äußern, d.h., sie sollten sich an die Situation(en) erinnern, die sie als hilfreich im Sinne ihrer Erwartungen an den Berater oder Therapeuten erlebten. Sie wurden dann gebeten,
- 2.) die betreffende(n) therapeutische(n) Intervention(en) aufzuschreiben,
- 3.) angeben, **was** sie am **Therapeutenverhalten** als besonders hilfreich erlebten.
- 4.) schließlich anhand eines **vorgegebenen Antwortkataloges** die Interventionen **skalieren**.

#### **Anforderungen an den Fragebogen:**

Der Entwicklung eines Fragebogens wurde aus zeitökonomischen Gründen gegenüber anderen Möglichkeiten zur Untersuchung der Fragestellungen der Vorzug gegeben. Aus à priori zusammengestellten potentiellen Therapeuteninterventionen, (formuliert als zu skalierende Aussage), soll ein ökonomisch und empirisch einsetzbarer Fragebogen zur Erfassung einiger wesentlicher Faktoren des therapeutischen Prozesses entwickelt werden.

Die Ergebnisse sollen in einem vorläufigen Modell therapeutischer Interaktionen integrierbar sein.

Die Wirksamkeit (Effektivität) dieses Instrumentes und seine Beschreibungssprache sollten für die weitere Forschung im Hinblick auf konkrete Anwendbarkeit in der Praxis überprüfbar sein.

#### **Einschränkungen:**

Mit der Entscheidung für ein skalierendes Fragebogeninventar mussten allerdings Kompromisse eingegangen werden, so unter anderem:

- andere mögliche Datenquellen werden eingeschränkt: es gibt lediglich die Einschätzungen der Klienten;
- ein differenzierter Zugang zum tatsächlichen, momentspezifischen Erleben des Klienten ist nicht möglich, da die Befragung im Nachhinein erfolgt;
- das Gesamtkollektiv möglicher hilfreicher Therapeuteninterventionen wird bei vorgegebenen Antwortskalen stark eingeschränkt, so dass nur ein kleinerer Varianzanteil möglicher Therapeuteninterventionen erklärt werden kann.
- Die Art meines Experimentes stellt hohe Anforderungen an Reflektionsfähigkeit, Begrifflichkeit und verbalem Ausdrucksvermögen des Klienten; selbst mein überwiegend städtisches Mittelklasseklientel kam in der Beantwortung des HILF vermutlich in vielen Fällen an die Grenzen möglicher Herausforderung. Diese Umstände aber entwerfen das Ganze nicht, da ich keinen Hinweis darauf gefunden habe, dass 'einfachere' Leute keine hinreichenden reflektiven und verbalen Fähigkeiten hätten (siehe Ergebnisse zum Fragebogen KLIENTENPROFIL, Kap. 8).

### **3.6.2 Konstruktion des Vor-Fragebogens PILOT**

Im ersten Schritt musste aus der Fülle infrage kommender Beschreibungen hilfreicher Therapeutenverhalten eine dem Begriff ‚hilfreich‘ möglichst angemessene Auswahl getroffen werden. Das gleiche galt für zu erwartende emotionale Reaktionen auf dieses Therapeutenverhalten und auch für potentielle Verhaltenskonsequenzen, die ein Klient mit hilfreichen Therapeutenverhalten in Verbindung bringen würde.

Eine repräsentative Auswahl potentiell *hilfreichen* Therapeutenverhaltens wurde nicht erst angestrebt. Ich verzichtete bei der Konstruktion meines Fragebogens darauf, eine therapie-schulen- umfassende Beschreibungssprache zu entwickeln und diese durch theoretische Modelle (z.B. Schematheorie) zu sondieren, wie es Jüngst (2002) in seiner weitgefassten und hervorragend durchdachten Untersuchung vorgeführt hat. Trotzdem denke ich, dass mit den von mir aufgeworfenen Fragestellungen und den dazu entwickelten Instrumenten einige wenige offene Forschungsfragen sinnvoll und nachvollziehbar untersucht werden können. Es erschien sinnvoller, von den Gegebenheiten der realen Untersuchungssituation bei der Auswahl der geeigneten Aussagen (*Items*<sup>11</sup>) auszugehen. Dabei machte ich mir die Vorgabe, dass der zukünftige Fragebogen möglichst viele unterschiedliche Aussagen beinhalten und damit ein breites Spektrum von Therapeuteninterventionen einschließen sollte. Damit ergab sich à priori eine bestimmte Festlegung: die Skalen des Fragebogens sollten inhaltlich für möglichst unterschiedliche Wege hilfreicher Therapeuteninterventionen von Bedeutung sein.

Deswegen habe ich mich dafür entschieden, möglichst solche potentiellen Therapeuteninterventionen in den Vorfragebogen aufzunehmen, die nach eigener Einschätzung bei Psychotherapeuten mit längerer Berufserfahrung zu erwarten wären.

Ich möchte vorweg kurz drei Arbeiten vorstellen, die sich mit der Erforschung bzw. Messung von Therapeuten-Wirkfaktoren beschäftigen. Die beiden letzteren kommen dem Forschungsansatz dieser Untersuchung recht nahe, waren mir jedoch zum Zeitpunkt der Konzeption meiner Studie noch nicht bekannt. Watzke (2002, S. 92ff) hat in ihrer Dissertation eine größere Anzahl von Fragebögen durchforstet und bewertet, die Therapeutenverhalten erfassen sollen. Von 14 Fragebögen erfasst lediglich einer, nämlich der Düsseldorfer Wirkfaktorenbogen (Davies-Osterkamp, 1996) Einschätzungen von Therapeutenverhalten durch Klienten, die übrigen durch nicht-teilnehmende Beobachter. (2-stufige Einschätzung: stimmt - stimmt nicht; falls stimmt angegeben wird: 3-stufige Einschätzung: nicht hilfreich bis sehr hilfreich; es wird ausschließlich ein beziehungs-dynamischer Hintergrund im psychoanalytischen *setting* gemessen; Fragebogen ist vor allem für gruppentherapeutische *settings* gedacht. Der eigene Fragebogen der Autorin ist ebenfalls für Fremd-*rating* konstruiert.

Weitere Fragebögen: Fuchs (1998) konstruierte zunächst 14 so genannte Prozessskalen, wobei er davon ausging, dass diese eine breite Variation unterschiedlichen Therapeutenverhaltens von Psychoanalytikern, Gesprächstherapeuten, Gestalttherapeuten und Verhaltenstherapeuten widerspiegeln. Die ihnen zugeordneten Items ließ er durch Experten auf Geeignetheit für den von ihm entwickelten Fragebogen überprüfen. Mit diesem auf 12 Prozessskalen reduzierten Fragebogen soll katamnestic prozessrelevantes Therapeutenverhalten im Sinne von Therapeuten-Wirkfaktoren skaliert werden. Ein Teil seiner Probanden, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, unterzog sich einer offenen Exploration, wobei es u.a. um die Einschätzung des Therapieprozesses ging. Zunächst wurden zwei Fragen gestellt: „*Was war aus Ihrer Sicht das wichtigste, was innerhalb der Therapie geschehen ist?*“ und „*Wenn Sie an Ihren Therapeuten denken: was war für Sie das wichtigste von dem, was er gesagt oder gemacht hat?*“ Im Anschluss an diese offenen Fragen wurde spezifischer nach bestimmten therapeutischen Vorgehensweisen gefragt. Die freien Antworten wurden per Inspektion inhaltsanalytisch den 12 ‚Wirkfaktoren‘ zugeordnet und in ein numerisches Relativ übertragen, d.h., sie wurden im Experten-Rating auf einer fünfstufigen Skala hinsichtlich der explorierten Klienteneinschätzung (Ausprägungsgrad) zu den 12 Wirkfaktoren eingeschätzt. Schließlich wurden die Skalenwerte des Fragebogens mit denen der Exploration statistisch verglichen (Übereinstimmungskoeffizient  $\bar{U}$  nach Fricke). Fuchs betrachtet die qualitative Auswertung der Explorationen als einen Aspekt einer subjektiven kriterienbezogenen Validierung. Seine Ergebnisse zeigen, dass ein gebundener Fragebogen durchaus wesentliche Aspekte wirksamen therapeu-

---

11 *Item*: bei der Datenerhebung eines von mehreren Merkmalen einer Untersuchungseinheit, auch statistische Variable genannt.

tischen Verhaltens beinhalten kann, wenn man diese mit Antworten vergleicht, die in offener Form auf entsprechende Fragen zum therapierelevanten Therapeutenverhalten gegeben werden.

Jüngst (2002) hat einen Fragebogen (WTI) konstruiert, der wesentliche postulierte Wirkfaktoren therapeutischen Interagierens aus der Sicht des Klienten erfassen soll. Er verbindet die Konstruktion seines Fragebogens mit der Erstellung eines neuen, therapieschulenunabhängigen Begriffssystems, wobei jeder einzelne Wirkfaktor im Rahmen eines Modells therapeutischen Interagierens als theoretisch fundiert betrachtet werden soll. Dieser Fragebogen bezieht sich jedoch nicht auf die einzelne Therapiestunden, sondern die Therapie als Ganzes und erfragt nur zu einem kleinen Teil Therapeuteninterventionen.

In der Konstruktion meines Fragebogens verfolge ich bewusst eine konzeptuelle Nähe zum Ansatz ‚unspezifischer Wirkfaktoren‘ (s. 2. Kapitel). Selbstverständlich gehe ich davon nicht aus, dass alle - auch sehr erfahrene - Therapeuten im Grunde das Gleiche tun, aber mit Meyer (1990b) bin ich der Meinung, dass das wirksame Agens aller Therapieschulen eine große Schnittmenge aufweist, lediglich in unterschiedlicher Dosierung zur Anwendung kommt. Und diese unterschiedlichen Dosierungen sollen ihr Pendant in den unterschiedlich hohen Skalierungen finden können.

### 3.6.3 Die *Item*-Generierung (PILOT)

Die *Item*-Generierung wurde u. a. nach Regeln vorgenommen, wie sie z.B. von Lienert und Raatz (1994) vorgeschlagen wurden: direkte, kurze Aussagen, in einfachen Sätzen formuliert, unter Gebrauch einer einfachen klaren Sprache. Vermieden werden sollten Aussagen, die sich auf mehrere Weisen interpretieren lassen oder mehr als einen Gedanken enthalten sowie vor allem auch doppelte Negationen.

In der Itemselektion ließ ich mich von folgenden Aspekten leiten:

- Erfassung von relevanten therapeutischen Interventionen und Haltungen unter Berücksichtigung der Einzeltherapie-, Paartherapie- und Gruppentherapievarianten;
- angemessene, nicht zu hohe „Spezifität“ (i. S. v.: das *Item* sollte nicht einen Aspekt erfragen, der selten oder mit geringer Intensität auftritt);
- hohe Verständlichkeit der *Items* ;
- geringer Abstraktionsgrad bei guter Beobachtbarkeit.

Vorweg muss an dieser Stelle gesagt werden, dass die Beantwortung des **Vorfragebogens** (PILOT) für die Versuchsteilnehmer eine Herausforderung darstellte. Die erste Schwierigkeit bestand für sie darin, sich erst einmal vorstellen zu müssen, wie sich das potentielle *hilfreiche* Therapeutenverhalten ‚anfühlen# würde. Dann bestand die Schwierigkeit darin, dass sie explizit aufgefordert wurden, von ihrer bisherigen Erfahrung mit Therapeuten bzw. mit mir als Therapeuten und von der vorangegangenen Sitzung zu abstrahieren. Es ist nicht überprüfbar, inwieweit ihnen die Abstraktion gelungen ist; allerdings sehe ich hier auch kein gravierendes Problem in der Konstruktion des Vorfragebogens. Schließlich mussten die Vpn zwischen ‚hilfreich‘ und ‚hinderlich‘ unterscheiden und die schwierige Aufgabe der Skalierung durchführen. Und nicht zuletzt war es eine Herausforderung für die Versuchsteilnehmer, sich auf die unterschiedlich konstruierten Skalen *Therapeut, (emotionale) Reaktion und Konsequenz* (s. w. u.) mental umzustellen. Es ist daher anzunehmen, dass die Aufgabe der Skalierung von den verschiedenen Versuchspersonen unterschiedlich verstanden und umgesetzt wurde. Diese Schwierigkeit findet sich jedoch grundsätzlich in der Konstruktion von Fragebögen und ließe sich nur durch komplizierte Untersuchungen zum semantischen Verständnis der einzelnen Aussagen mindern.

Im ersten Schritt der Itemsammlung musste folgende Fragestellung beantwortet werden:

Welche Aussagen (*statements*) aus einer *ad hoc*- Sammlung von Beschreibungen unterschiedlichen Therapeutenverhaltens (schulunenabhängige Äußerungen und Beziehungsangebote des Therapeuten), von postulierten möglichen emotionalen Klientenreaktionen und möglichen Verhaltenskonsequenzen würden von Patienten als hilfreich bzw. hinderlich ausgewählt, so dass sich aus ihnen ein Instrumentarium zur Skalierung von hilfreichen Therapeuteninterventionen zusammenstellen ließe?

Die Bandbreite der inhaltlichen Bedeutung einer Skala fraglicher hilfreicher therapeutischer Interventionen sollte durch möglichst viele unterschiedliche Aussagen (*Items*) abgedeckt werden. Zu Beginn wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um einen Überblick über bereits vorhandene Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Beratungs- und Therapieprozessen zu erhalten. Eine Auswahl von mir inspizierter Verfahren wurde in Kap. 3.4.2 dargestellt. Absichtlich wurde bei der Konstruktion meines Fragebogens **nicht** auf bereits bestehende Skalen zurückgegriffen, in denen Therapeutenverhalten skaliert wurde (z.B. BFTB - *Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung*, Thomas Fuchs, 1998 oder dem WTI - *Wirkfaktoren Therapeutischen Interagierens* von Stephan Jüngst, 2002). Dies aus mehreren Gründen:

- es ging mir nicht um katamnestiche Fragestellungen wie sie in den meisten mir bekannten Fragebögen verfolgt werden;
- es sollte möglichst dasjenige Repertoire an hilfreichen Therapeuteninterventionen aus einem hypothetischen Kollektiv von möglichen Interventionen erfasst werden, das von erfahrenen Therapeuten am ehesten zu erwarten wäre, (d.h. als inhaltsvalides Konstrukt nach **Erfahrung** im Sinne von *face validity*) und
- es sollten auch Klienten selbst die Möglichkeit erhalten, eigene aus ihrer Sicht möglicherweise hilfreiche Therapeuteninterventionen zu ergänzen.

Ich habe daher zunächst selbst eine Liste von Aussagen (*Items*) zusammengestellt, die mir aufgrund meiner eigenen therapeutischen Erfahrung und meiner diesbezüglichen Literaturkenntnisse inhaltlich valide (*face validity*) zu sein schienen und sie durch eine Reihe von Aussagen von zwei weiteren erfahrenen Therapeuten ergänzt. Schließlich war es nicht die Absicht, einen allseits anwendbaren Fragebogen zu konstruieren, der den entsprechenden Testkriterien genügen müsste, sondern lediglich ein vorläufiges Forschungsinstrument zur Überprüfung meiner Hypothesen.

Voraussetzung für die Erstellung der Skala war jedoch auf jeden Fall, dass die *Items* Therapieschulen-unabhängig sein sollten, also unspezifische Wirkfaktoren erfassen sollten, die für erfahrene Psychotherapeuten unterschiedlicher Couleur gelten würden. Schließlich war zu erwarten, dass sich die Klienten in ihrer Wahrnehmung eines hilfreichen Therapeutenverhaltens nicht in den Gedankengebäuden bestimmter Schulen bewegen würden. Jeder Klient kann letztlich intuitiv erfassen, wie sich ein Therapeut ihm gegenüber verhält, ob er sich z.B. konfrontativ, unterstützend oder fordernd verhält. Die *Items* wurden deshalb so formuliert, dass sie allgemein zu verstehen und zu beantworten waren. Die Konstruktion dieses Fragebogens basiert also auf einer konzeptionellen Nähe zur Hypothese allgemeiner Wirkfaktoren (siehe Theorieteil).

Von ganz entscheidender Bedeutung in der Konstruktion des PILOT war für mich jedoch, dass es nicht der Forscher/Untersucher allein sein sollte, der über die Auswahl der *Items* entscheiden würde, sondern dass die Klienten selbst zu einem erheblichen Teil an der Auswahl der später im HILF verwendeten *Items* beteiligt sein sollten! Dieses Konstruktionsprinzip, das das Vorverständnis des Klienten von dem, was er als weniger oder mehr hilfreich am Thera-

peutenverhalten erlebt, mit in die Fragebogenkonstruktion einbezieht, ist nach meinen Kenntnissen diesbezüglicher Literatur bisher noch nicht angewandt worden.

Es war mir jedoch klar, dass der PILOT in der Auswahl seiner Aussagen lediglich ein eingeschränktes Spektrum möglicher Therapeuteninterventionen erfassen würde, auch wenn in meiner eigenen therapeutischen Arbeit aufgrund meiner Ausbildungen therapeutische Interventionen und Strategien unterschiedlicher Therapieschulen eklektisch zum Einsatz kommen. Ich gehe davon aus, dass die verschiedenen Therapieformen unterschiedlichen Küchen vergleichbar sind, die alle mehr oder weniger gleiche oder ähnliche Grundprodukte bereithalten, aber je nach Koch diese in unterschiedlicher Dosierung zusammensetzen und in bestimmter Weise zubereiten. Außerdem werden sie den unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Nationalitäten entsprechend ganz spezifisch gewürzt. Die Basisprodukte, deren Dosierung und Würzung sollten sich in der Auswahl und Skalierung der *Items* des PILOT und später des HILF widerspiegeln.

Bei der Umsetzung dieses Konstruktionsgedankens wurden nach Möglichkeit keine oder kaum Aussagen formuliert, die das (s. Kap. 3.1) von mir angesprochene Basisverhalten (universelle Wirkfaktoren) des Therapeuten beschreiben würden (z.B. Empathie, Echtheit, Wertschätzung), sondern vor allem solche *Items* aufgenommen, die den Therapeuten in einer professionell aktiven, handelnden und stützenden Rolle widerspiegeln: Präsenz-Zeigen, Durcharbeiten von Themen und Durcharbeiten zentraler Gefühle, Lösungsorientierung, Zielorientierung, Strukturierung, Vermittlung von Denkmodellen, Bewusst machen von kritischen Einstellungen und Haltungen, Bestätigung, Ermutigung, Begleitung.

Für den Vorfragebogen PILOT (s. Anhang A5 u. A6) wurden 85 Aussagen (= *Items*; ursprünglich 81, weitere 4 aus den Vorschlägen der Klienten hinzugefügt) zum Therapeutenverhalten, 22 Aussagen (ursprünglich 20, weitere 4 aus den Vorschlägen der Klienten hinzugefügt) zur Beschreibung der Reaktionen von Klienten auf potentiell hilfreiches Therapeutenverhalten und 20 Aussagen zu vermutlichen Konsequenzen auf hilfreiches Therapeutenverhalten gesammelt. Daraus ergeben sich insgesamt 128 Aussagen. Da ein Fragebogen dieser Länge für den vorgesehenen Gebrauch als nicht tragbar erschien, wurde der PILOT von Anfang an in zwei Parallelformen halbiert. Beide enthielten etwa die gleiche Anzahl von *Items*. Form A bestand aus 47 Aussagen zum Therapeutenverhalten, 11 Aussagen zu (emotionalen) Klientenreaktionen und 8 Aussagen zu Klienten-Konsequenzen; Form B bestand aus 39 Aussagen zum Therapeutenverhalten, 11 Aussagen zu (emotionalen) Klientenreaktionen und 12 Aussagen zu Klienten-Konsequenzen. Es stellte sich im Verlauf der PILOT-Phase bei einer vorläufigen Auswertung heraus, dass beide Formen (A, B) nicht in gleicher Anzahl verteilt worden waren und damit die Stichprobengrößen für die einzelnen *Items* daher ungleich verteilt waren. Daher wurde zum Schluß noch eine PILOT-Variante ausgegeben (Form C), die unter Auslassung der *Items* zu den ‚*Empfindungen*‘ diejenigen *Items* enthielt, von den zu wenig Skalierungen vorlagen, darunter auch solche, die durch Klientenvorschläge später noch hinzugekommen waren. Ausgelassen wurden *Items*, die stark ‚*hinderlich*‘-lastig angekreuzt worden waren.

Operationales Ziel dieser Voruntersuchung war es, eine Menge von Aussagen (*Itempool*) zu finden, die potentielle hilfreiche Therapeuteninterventionen darstellen. Es erschien sinnvoll, den Klienten die Möglichkeit zu geben, mittels Abstufungen angemessen entscheiden zu können. Daher wurde eine fünfstufige bipolare Schätzskala (Ratingskala) gewählt, mit einem Mittelwert von Null zwischen den beiden Polen „hinderlich“ und „hilfreich“. Aus inhaltlichen Gründen erforderten die Skalen eine neutrale mittlere Kategorie, da die Möglichkeit bestand, dass der Klient sich weder für die eine noch für die andere Seite entscheiden konnte, bzw. die Aussage als irrelevant für die Fragestellung betrachtete. Um die Gegensätzlichkeit der beiden Begriffe hervorzuheben, wurden die verbalen ‚Anker‘ durch positive und negative Zahlenwerte einschließlich der neutralen Mitte (0) verdeutlicht. Andererseits ist natürlich der

Gebrauch der neutralen Mittelkategorie schwierig zu interpretieren, weil er mehrere Möglichkeiten der intendierten Antwortgebung offen lässt. Bekannt ist dieses Problem unter dem Stichwort ‚Ambivalenz-Indifferenz-Problem‘. Im PILOT erschien der Gebrauch der bipolaren Skala jedoch deswegen zulässig, weil nicht von einer zentralen Tendenz der Bewertungen auszugehen war. Eine differenziertere Skala, wie zum Beispiel die ebenfalls gebräuchliche siebenstufige Skala, wurde deswegen als Möglichkeit ausgeschlossen, weil das Urteilsvermögen der Klienten nicht überfordert werden sollte. Bortz und Döring (2006) schreiben, dass in der Feldforschung fünfstufige Skalen am häufigsten zur Anwendung kommen.

*Ratingskalen* zählen in der psychologischen Forschung und in den Sozialwissenschaften allgemein zu den am häufigsten verwendeten Erhebungsinstrumenten; dennoch werden nach wie vor gelegentlich Zweifel an der Interpretierbarkeit von *Ratingskalen* geäußert, aus unterschiedlichen Gründen. Die Diskussion darüber soll an dieser Stelle nicht aufgegriffen werden. Nur soviel sei gesagt, dass in der Nutzung von *Ratingskalen* zwischen meßtheoretischen Interpretationsproblemen und mathematischen-statistischen Voraussetzungen zu unterscheiden sei (siehe hierzu Gaito, 1980).

Bortz und Döring (2006, S. 181) schreiben:

*„die Frage, ob verschiedene Zahlen tatsächlich unterschiedliche Ausprägungen des untersuchten Merkmals abbilden bzw. die Frage, ob - wie es die Intervallskala fordert - gleiche Zahlendifferenzen auch gleiche Merkmalsunterschiede repräsentieren, ist ein meßtheoretisches und kein statistisches Problem... die Skalenqualität der Zahlen wird erst bedeutsam, wenn man die Ergebnisse interpretieren will...“*

In dieser Studie wurden also aus den oben genannten Überlegungen heraus sowohl für den Vor- als auch den Hauptfragebogen 5-stufige Lickert-Skalen gewählt; diese Konstruktion wird auch ‚Methode der summierten *Ratings*‘ genannt. Die in den Fragebögen enthaltenen Aussagen sollen unterschiedliche Aspekte des zu untersuchenden Merkmals ‚Therapeuteninterventionen‘ repräsentieren. Unter Verwendung der entsprechenden Zahlenwerte für die fünf *Ratingskalen*kategorien ergibt sich der Testwert einer Aussage (*Item*) als die Summe der bei ihr angekreuzten Skalenwerte.

Die Konstruktion des PILOT ließ von vornherein keine Gleichverteilung der skalierten Antworten, sondern eine schiefe Verteilung erwarten, weil die inhaltliche Abfassung der Aussagen so angelegt war, dass sie nach Möglichkeit als „hilfreich“ und nicht als „hinderlich“ bewertet werden würden.

Diejenigen Aussagen, die entweder im Mittelbereich oder eher gegen „hinderlich“ tendierten, sollten nach Auswertung der Daten aus dem *Itempool* entfernt werden.

Im ersten Teil des Fragebogens erhielten die Klienten eine ausführliche Anleitung zum Verständnis der nachfolgenden Aufgabe (s. Anhang) mit folgendem Text:

*In welcher Weise (sowohl im positiven als auch im negativen Sinne) würden die nachfolgend genannten Beschreibungen Ihrer Meinung nach das beratende oder therapeutische Gespräch, die beratende oder therapeutische Arbeit sowie Ihre Anteilnahme daran beeinflussen?*

*Ich möchte gerne wissen, ob die folgenden Aussagen oder Handlungen von Ihnen eher als **hilfreich** oder eher als **hinderlich** empfunden wurden.*

Die beiden Begriffe „**hilfreich**“ und „**hinderlich**“ wurden in der Anleitung definiert, damit die Bedeutung für alle Klienten vergleichbar war.

**Hilfreich:** ähnlich wie *nützlich, wirksam*; beeinflusst Ihre Gedanken, Ihre Gefühle, Ihre Verhaltenskonsequenzen positiv; bringt Sie der Lösung Ihrer Probleme bzw. Ihrem Ziel näher.

**Hinderlich:** das Gegenteil von hilfreich; ähnlich wie *unpassend; behindert* Sie bei Ihren Gedanken, in Ihrer Gefühlswahrnehmung, bei der Lösung Ihrer Probleme.

Dann wurden die Klienten aufgefordert, mittels einer fünfstufigen Skala die angebotenen Aussagen zu skalieren mit folgendem Text:

*1) Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen so, dass Sie zu jeder einzelnen Aussage ein Kreuz in eine der Ziffern von +2 bis -2 machen (bitte nicht dazwischen!), je nachdem, ob das fragliche **Berater/Therapeutenverhalten** Ihrer Meinung nach (sehr, eher) hilfreich oder (sehr, eher) hinderlich wäre, unabhängig von meiner Person.*

*Bitte wählen Sie unter den nachfolgenden 5 Kategorien:*

- +2 : wäre **sehr** hilfreich
- +1 : wäre **eher** hilfreich
- 0 : hätte **keinen** Einfluss, ist weder hilfreich noch hinderlich
- 1 : wäre **eher** hinderlich
- 2 : wäre **sehr** hinderlich

*2) Inwieweit würden Sie das Berater- oder Therapeutenverhalten als (sehr, eher) hilfreich oder als (sehr, eher) hinderlich empfinden, wenn Ihre **Reaktionen** darauf in folgender Weise ausfielen?*

*Bitte wählen Sie unter den nachfolgenden 5 Kategorien:*

- +2 : wäre **sehr** hilfreich
- +1 : wäre **eher** hilfreich
- 0 : hätte **keinen** Einfluss, ist weder hilfreich noch hinderlich
- 1 : wäre **eher** hinderlich
- 2 : wäre **sehr** hinderlich

*3) Welchen Einfluss hätte Ihrer Meinung nach das Therapeutenverhalten darauf, dass Sie aus der Beratung oder Therapie in ihrem Alltag die folgenden **Konsequenzen** zögen?*

*Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Kategorien aus.*

- +4 : der Berater / Therapeut hätte einen **unbestreitbaren** Einfluss darauf
- +3 : der Berater / Therapeut hätte einen **deutlichen** Einfluss darauf
- +2 : der Berater / Therapeut hätte einen **gewissen** Einfluss darauf
- +1 : der Berater / Therapeut hätte einen **geringen** Einfluss darauf
- 0 : der Berater / Therapeut hätte **keinen** Einfluss darauf

Es zeigte sich im Nachhinein, dass die Skalierung zu den Reaktionen (Frage 2) weniger glücklich gewählt worden war - hier hätte die für die Konsequenzen (Frage 3) benutzte Skalierung besser gepasst. Dennoch spielte dies für die Auswahl der Items keine entscheidende Rolle, da es immerhin drei unterschiedliche Skalenpunkte gab und ohnehin die nur hoch positiv skalierenden *Items* ausgewählt wurden.

### 3.6.4 Festlegung des Meßzeitpunktes (PILOT)

Da die Wahrnehmung der Klienten, ihre Erinnerung an hilfreiche Therapeuteninterventionen und Entscheidungen hinsichtlich ihrer Auswahl nicht präjudiziert werden sollten und könnten und der Therapieprozesse auch nicht gestört werden sollte, kam für die Durchführung des Fragebogens nur ein Zeitpunkt nach dem Ende einer Therapiesitzung infrage. Das therapeuti-



sche Verhalten konnte also nur nach der Therapiesitzung eingeschätzt werden. Dennoch war in dieser zeitlichen Nähe zur beschriebenen Intervention eine maximal mögliche Unmittelbarkeit gewährleistet worden

### 3.6.5 Durchführung und Auswertung des PILOT

Der Erhebungszeitraum für den PILOT war Oktober 2006 bis Januar 2007 in meiner Praxis. In diesem Zeitraum wurden alle Klienten meiner Praxis zunächst gefragt, ob sie Interesse hätten, sich an einem Forschungsprojekt zu beteiligen, das der Optimierung von Therapeutenverhalten dienen würde und bei Bejahung gebeten, die Anleitung zunächst selbst zu lesen. Zur Wahrung der Anonymität wurde lediglich eine Chiffre verwandt, die ausschließlich von mir zu identifizieren ist. Außerdem wurde den Versuchspersonen mündlich die absolute Wahrung ihrer Anonymität zugesichert. Dann wurde vor Beginn der Skalierung durch den Klienten mit diesem überprüft, ob und wie er die Anleitung verstanden hatte; gegebenenfalls wurden ausführlichere Informationen nachgereicht. Anschließend waren für die Klienten, die die Form A bearbeiteten, in der Endform 66 Aussagen und in der Form B in der Endform 62 Aussagen zu skalieren (s.w.o.). *Endform* bedeutet hier, dass ursprünglich weniger Items in beiden Fragebögen enthalten waren. Da die Klienten jeweils am Ende der Fragebögen aufgefordert worden waren, diese mit eigenen Vorschlägen zu ergänzen, wurden im Laufe der Untersuchung die Fragebögen mit von den Klienten formulierten zusätzlichen Items ergänzt, soweit diese Vorschläge sinnvoll erschienen und nicht bereits in anderer Formulierung schon in den ursprünglichen Aussagen enthalten waren. Es handelt sich hierbei um folgende Items (s. Anhang):

Nr. A 44: „*Lässt mich an Erfahrungen anderer Menschen teilhaben (anonym), damit ich sehe dass es auch anderen ähnlich geht.*“ (Therapeutenverhalten); Nr. A 11: „*Ich würde mit Vertrauen auf meine Stärken blicken.*“ (Reaktionen); Nr. A 5: „*Ich würde mich in der Lage fühlen, Unterstützung von außen in Anspruch zu nehmen.*“ (Konsequenzen)

Nr. B 37: „*(Der Therapeut) zeigt mir seine Sorge um mich.*“ (Therapeutenverhalten); Nr. B 10: „*Ich würde mich wie neugeboren fühlen.*“ (Reaktionen); Nr. B 11: „*Ich würde aufhören, mich meiner selbst und wegen meiner Lebenssituation zu schämen und deswegen unter Druck zu setzen.*“ (Konsequenzen).

Interessanterweise sind gerade diese *Items* (Ausnahme A 11) von den Klienten so skaliert worden, dass sie dem Aufnahmekriterium für den Hauptfragebogen HILF nicht genügten und also nicht aufgenommen wurden.

#### Ergebnisse

N = 48 Vpn beantwortet den Fragebogen A und N = 51 Vpn den Fragebogen B. Nicht alle *Items* wurden von allen Vpn beantwortet, daher variiert N von *Item* zu *Item*.

Tabelliert wurden die Antworthäufigkeiten pro Klient und *Item*. Deswegen wurde hier eine so sogenannte verteilungsfreie Analysetechnik angewandt: es wurde ausgewertet, bei welchen *Items* mindestens 75% der der Befragten die Kategorien „sehr hilfreich“ (+ 2) und „eher hilfreich“ (+1) beantwortet hatten und bei welchen *Items* mindestens 50% der Befragten entsprechend geantwortet hatten. Wie von vornherein anzunehmen war, ergab sich eine äußerst schiefe Verteilung der Testwerte. Jedoch ist die Nicht-Normalverteilung der Testwerte theoriekonform.

Frage nach dem **Therapeutenverhalten**:

Form A mit n=47 *Items*: 29 *Items* erfüllten das 75% -kriterium und 41 *Items* das 50% -Kriterium

Form B mit n=39 *Items*: 25 *Items* erfüllten das 75% -Kriterium, 31 *Items* das 50% -Kriterium.

Frage nach den **Reaktionen** auf das Therapeutenverhalten:

Form A mit n=11 *Items*: 6 *Items* erfüllten das 75% -kriterium und 9 *Items* das 50% -Kriterium

Form B mit n=11 *Items*: 9 *Items* erfüllten das 75% -Kriterium, 10 *Items* das 50% -Kriterium.  
Frage nach den **Konsequenzen** auf das Therapeutenverhalten:

Form A mit n=8 *Items*: 0 *Items* erfüllten das 75% -kriterium und 5 *Items* das 50% -Kriterium

Form B mit n=12 *Items* : 1 *Item* erfüllte das 75% -Kriterium, 6 *Items* das 50% -Kriterium.

### 3.6.6 Auswahl der *Items* in den Haupt-Fragebogen HILF:

Trotz der strengeren Vorgabe des 75 % -Kriteriums fanden sich bis auf den Fragebogenteil „Konsequenzen“ genügend trennscharfe *Items* im PILOT. Für den Fragebogenteil „Konsequenzen“ wurde das 50 % -Kriterium herangezogen. Die so ausgewählten *Items* wurden auf beide Halbformen des Hauptfragebogens HILF aufgeteilt.

#### Der Therapeut :

Form A: n=24 (51%) von N=47 *Items* wurden gestrichen. Ausgeschlossen wurden zunächst diejenigen 18 *Items*, die nicht das 75%-Kriterium erreichten. Weitere 6 *items* wurden ausgeschlossen, weil sie in der Parallelform eine vergleichbare Entsprechung hatten, zu allgemein im Hinblick auf das Konstrukt des HILF erschienen („*der Therapeut macht einen kompetenten Eindruck*“) und, wenn die Skalierungskategorie „2“ um ein Vielfaches häufiger als die Kategorie „1“ angekreuzt worden war (*Item 37*).

Form B: n=17 (43%) von N=39 *Items* wurden gestrichen. Ausgeschlossen wurden zunächst diejenigen 14 *Items*, die nicht das 75%-Kriterium erreichten. Ein weiteres *Item* (das dem 75% Kriterium genügte) wurde ausgeschlossen, weil es zu allgemein im Hinblick auf das Konstrukt des HILF erschien, („*der Therapeut zeigt Zuversicht in meine Heilungschancen*“); zwei weitere, dem 75%-Kriterium genügende *Items* („*der Therapeut geht sachlich auf mich ein*“ und „*der Therapeut nimmt sich für mich Zeit*“) wegen der inhaltlichen Nähe zu jeweils einem anderen *item* derselben Fragebogenform.

#### Die Empfindungen:

Form A: n=6 (55%) von N=11 *Items* wurden gestrichen. Ausgeschlossen wurden zunächst diejenigen 5 *Items*, die nicht das 75%-Kriterium erreichten. Ein weiteres *Item* („*ich würde mit Vertrauen auf meine Stärken blicken*“) wurde ausgeschlossen, weil dies später (durch Klientenvorschlag ) hinzugekommene *Item* nur insgesamt 8 Vpn vorgelegen hatte und daher keine den anderen *Items* vergleichbare Aussagekraft hatte.

Form B: n=4 (36%) von N=11 *Items* wurden gestrichen. Ausgeschlossen wurden zunächst diejenigen 2 *Items*, die nicht das 75%-Kriterium erreichten. Ein weiteres *Item*, das dem 75% -Kriterium genügte („*ich würde spüren, daß mich der Therapeut versteht*“) wurde wegen der inhaltlichen Nähe zu einem anderen *Item* derselben Fragebogenform ausgeschlossen. Ein drittes *Item*, das dem 75% Kriterium genügte („*ich würde mich unterstützt und bestätigt fühlen*“), wurde wegen der Skalierungstendenz zur Mitte ausgeschlossen.

#### Die Konsequenzen:

Form A: n=4 (50%) von N=8 *Items* wurden gestrichen. Ausgeschlossen wurden zunächst diejenigen 3 *Items* die nicht das 50%-Kriterium erreichten. Ein weiteres *Item* („*ich wüßte jetzt, was ich zu tun hätte*“) wurde wegen der inhaltlichen Nähe zu einem anderen *item* der Parallelform ausgeschlossen.

Form B: n=6 (50%) von N=12 *Items* wurden gestrichen. Ausgeschlossen wurden diejenigen 6 *Items*, die nicht das 50%-Kriterium erreichten.

Die *Item*-Auswahl mittels der obigen statistischen Kennwerte ist nach hinreichenden wissenschaftlichen Kriterien vorgenommen worden. Auf statistische Prüf- und Selektionsverfahren wurde verzichtet, weil der PILOT lediglich der *Item*-Generierung für den Hauptfragebogen diente.

### 3.6.7 Inhaltliche Auswertung der nicht übernommenen Fragebogaussagen.

Einige *Items* sind anderen mit vergleichbaren Kennwerten wegen augenscheinlicher größerer inhaltlicher Validität vorgezogen worden, und eine Anzahl ist auch deswegen nicht in den HILF übernommen worden, weil sie in ähnlicher Form mehrfach vorkamen. Dennoch ist es interessant, sich die zurückgenommenen *Items* einmal genauer anzuschauen.

#### 1. *Der Therapeut*

Als weniger *hilfreich* bzw. *eher hinderlich* eingeschätzt wurden eine Reihe von *Items* von den Versuchspersonen, die ein **sehr direktes Therapeutenverhalten** beschreiben: *Item* A4, A5, A8, A9, A16, A20, A22, A25, B8. Andererseits wurde auch einerseits **sehr zurückgenommenes Therapeutenverhalten** als weniger *hilfreich* eingeschätzt, so z.B. *Item* A2, A12, A24, A 30, A43, B3, B29. Auch wurden *Items* als weniger *hilfreich* bzw. *eher hinderlich* wegen **zu großer Nähe** eingeschätzt, wie A14, A15, A23, A29, B10, B11, B17, B25.

Weiteres, als weniger *hilfreich* empfundenes Therapeutenverhalten:

**Neugierde** (*Item* A15), **Betroffenheit** und **Sorge** um den Klienten (*Items* B24 und B37), beispielhaftes Berichten von **Problemen anderer Klienten** (*Item* A44), **geringe Wesens- oder Typpassung** zwischen Therapeut und Klient (*Item* B14), andererseits eine **zu große Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Klient** (*Item* B13) und **mit Namen angesprochen** werden (*Item* B30).

#### 2. *Die (emotionalen) Reaktionen*

Am wenigsten akzeptiert wurden Aussagen wie

„das vom Therapeuten Gesagte/Getane würde mich (fast) zu Tränen rühren“ (*Item* A7)

„ich würde mich wie neugeboren fühlen“ (*Item* A10)

„ich würde mich dem Therapeuten besonders nahe fühlen“ (*Item* B7).

Dies ließe sich damit interpretieren, dass das Gefühlsempfinden der Versuchspersonen insbesondere durch die Nähe zum Therapeuten bei diesen *Items* überstrapaziert würde.

Als weniger aussagekräftig skaliert wurden von den Versuchspersonen *Items* wie

„ich würde mich danach richtig gut fühlen“ (*Item* A2)

„ich würde mich geborgen fühlen“ (*Item* A 8)

„ich würde mich danach sehr betroffen fühlen“ (*Item* B2)

„ich würde mich unterstützt und bestätigt fühlen“ (*Item* B9)

Interpretativ ließe sich vermuten, dass die Versuchspersonen derartige Emotionen wohl für übertrieben hielten.

### 3. Die Konsequenzen

bei der Frage nach den Konsequenzen, die die Versuchspersonen aus einer als hilfreich erlebten Therapeutenintervention ziehen würde, wurden folgende *Items* weniger akzeptiert: „ich würde mich bemühen, auf Verhalten zu achten, dass mich oder andere stört“ (Item A1)

„ich würde mich in der Lage fühlen, Unterstützung von außen in Anspruch zu nehmen“ (Item A5)

„ich könnte meine momentanen Gefühle akzeptieren“ (Item A6),

„ich wüsste jetzt, was ich zu tun hätte“ (Item A8)

„ich würde mich bemühen, zu erkennen, dass jeder Mensch eine unterschiedliche Sichtweise hat“ (Item B1)

„ich würde für mich selbst die Verantwortung übernehmen, soweit es sinnvoll und mir möglich wäre“ (Item B5)

„ich könnte meine Wirkung auf Andere deutlich beobachten“ (Item B7)

„ich würde aufhören, mich meiner selbst und wegen meiner Lebenssituation zu schämen und deswegen unter Druck zu setzen“ (Item B11),

„ich würde daran glauben, dass andere mich unterstützen und mir helfen wollen“ (Item B4)

Interpretation: im Vergleich zu den schließlich in den Fragebogen HILF übernommenen *Items* sind die obigen in ihrer Konsequenz fordernder und absoluter formuliert, während in den deutlich mehr akzeptierten (und in den HILF aufgenommenen) *Items* realistischere, weniger herausfordernde Ziele zu erkennen sind. Anders ausgedrückt: offensichtlich bevorzugten die Klienten in den avisierten Konsequenzen eine vorsichtigeren Formulierung.

#### 3.6.8 Konstruktion des Haupt-Fragebogens HILF:

Die Fragebogenversion für Einzelklienten ist im Anhang unter A7 (Anleitung) und A8 (Fragebogen) abgebildet.

##### Der offene, ungebundene Fragebogenteil

Die erste Anforderung verlangt vom Klienten im **qualitativen Teil** dieses Fragebogens, dass er sich am Ende einer Sitzung daran erinnern möge, welches Verhalten des Therapeuten auf ihn eine besondere Wirkung ausgeübt habe. Diese offene, nicht-standardisierte Interviewform wird im klinischen Bereich allgemein als ‚**Exploration**‘ bezeichnet. In der Anleitung erhielt der Klient - hier auszugsweise wiedergegeben - folgende Anweisung, die auch ausführlich an Beispielen erläutert wurde:

„Bitte gehen Sie im Geiste noch mal die heutige bzw. letzte Sitzung durch und schreiben hier auf - so gut es geht - welches Verhalten von mir auf Sie eine besondere Wirkung ausgeübt hat.

Ich möchte gerne wissen, **was** von dem, was ich gesagt (oder getan) habe, von Ihnen als besonders **hilfreich** empfunden wurde, und **in welcher Weise**. Dabei verstehen Sie bitte **hilfreich** in etwa wie *nützlich, wirksam, treffend; beeinflusst Ihre Gedanken, Ihre Gefühle, die Konsequenzen Ihres Verhaltens positiv; bringt Sie der Lösung Ihrer Probleme bzw. Ihrem Ziel näher*. ... Sie werden dann anhand von mir vorgegebener Aussagen gefragt,

- a) wie Sie mein Verhalten als Berater/Therapeut in dieser speziellen Situation einschätzen,
- b) welche Empfindungen sich darauf bei Ihnen einstellten und
- c) welche Konsequenzen Sie (selbst) möglicherweise aus dieser Erfahrung ziehen werden/würden.

Das eigentliche Antwortblatt begann mit der folgenden Kurzanweisung:

*"Die folgende Aussage/Handlung des Therapeuten in der **heutigen** Sitzung fand ich besonders **hilfreich** (versuchen Sie bitte möglichst genau die Aussage oder Handlung des Therapeuten wiederzugeben oder zu umschreiben!):"*

Für diesen ersten Teil wurden vier Leerzeilen freigelassen.

*„Beschreiben Sie bitte zunächst mit eigenen Worten, was **am Therapeutenverhalten** Sie hierbei als **hilfreich** empfanden:"*

Für diesen zweiten Teil wurden ebenfalls vier Leerzeilen freigelassen.

Die Klienten wurden insbesondere darauf aufmerksam gemacht, daß sie nur eine ausgewählte bzw. erinnerte hilfreiche Therapeutenintervention bewerten sollten, nicht aber das Therapeutenverhalten der ganzen Sitzung. Die Klienten beantworteten diese ersten beiden Fragen in freier Form.

Zwei Versionen des HILF wurden ausgegeben, die sich lediglich darin unterschieden, dass die eine Version für Einzelpersonen und die andere für Gruppenklienten und für Partner aus einer Paar- oder Egetherapie konstruiert worden war (s. Anhang: Version für Einzelklienten). Dies war deswegen sinnvoll, weil es durchaus sein konnte, dass ein Klient das hilfreiche Therapeutenverhalten nicht auf sich selbst, sondern auf den Partner bzw. ein anderes Gruppenmitglied bezog oder beziehen konnte.

Ursprünglich war davon ausgegangen worden, dass die Klienten mehrere hilfreiche Therapeuteninterventionen aufschreiben sollten; jedoch zeigte sich in einem kurzen Vorversuch, dass dies die Klienten allein vom Erinnerungs- und Diskriminationsvermögen überfordert hätte. Es war ohnehin schwierig genug, sich an eine konkrete Situation zu erinnern, die als ausdrücklich hilfreich im Zusammenhang mit dem Therapeutenverhalten gesehen wurde.

Um einen gewissen Überblick darüber zu bekommen, wie der Fragebogen von den Klienten aufgenommen wurde, wurden zum Schluss noch einige Fragen gestellt, die sich darauf bezogen,

- für wie aufnahmefähig sich der Klient in der jeweiligen Sitzung hielt,
- ob er den Fragebogen als (zu) lang empfand und
- ob eventuell einige der Aussagen (*Items*) nicht ganz verständlich waren.
- ob es eventuell weniger nachvollziehbare, unpassende oder gar hinderliche Aussagen/Handlungen des Therapeuten gab.

Für diejenigen Klienten, die sich nicht in der Lage sahen, die vorangehenden Fragen zu beantworten, wurde auch zum Schluss eine Rubrik angefügt, die es ihnen ermöglichen sollte, ganz grob mitzuteilen, was aus ihrer Sicht das wichtigste war, das innerhalb der Sitzung geschehen war und wie sich der Therapeut im Zusammenhang mit dieser Erfahrung verhielt. Es sei aber bereits an dieser Stelle gesagt, dass lediglich zwei Klienten diese Rubrik nutzten; die dort abgelegten Äußerungen wurden wegen fehlender Relevanz zu meinen Fragestellungen nicht ausgewertet.

### **Der gebundene Skalierungsteil des Fragebogens**

Aus folgenden Gründen ergab sich für den **quantitativen Teil** des Fragebogens eine Entscheidung für die Konstruktion nach den Erkenntnissen der klassischen Testtheorie. Hierzu

möchte ich einige Anmerkungen zu **Fragebögen in der Psychotherapieforschung** machen, soweit sie auch die Konstruktion des HILF betreffen.

In der Ausführung der folgenden methodischen Fragestellungen beziehe ich mich weit gehend auf Ausführungen zu diesem Thema in Bortz und Döring (2006, S. 32, 53, 200-202).

Zur Evaluation der Wirksamkeit von Beratung oder Psychotherapie sind zahlreiche Instrumente entwickelt worden, wobei sich nur wenige Instrumente ausdrücklich auf Aspekte des therapeutischen Prozesses beziehen. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass es untersuchungstechnisch aufwändiger ist, nach jeder Therapiesitzung Klienten einen Zeit- und arbeitsintensiven Fragebogen zuzumuten. Dagegen ist es für die Klienten leichter, nach Beratung- oder Therapieende oder zumindest nach größeren Therapieabschnitten Erfolg oder Misserfolg zu bewerten als sich unmittelbar am Ende einer Beratung oder Therapiesitzung ein Urteil über den therapeutischen Prozess oder die Wirksamkeit der therapeutischen Interaktion zu erlauben.

### **Validität von Fragebögen in der Psychotherapieforschung**

Ein wichtiges Kriterium für die Konzeption eines Fragebogens stellt die Validität beziehungsweise Aussagekraft der erwarteten Untersuchungsergebnisse dar. Ein Fragebogen ist dann valide, wenn er das, was er messen soll auch tatsächlich misst. Unterschieden wird vor allem zwischen **Interner Validität** (*Face Validity*, logische Validität), **Externer Validität** und **Kriteriumsvalidität**.

**Intern valide** ist eine Untersuchung dann, wenn ihre Ergebnisse im Sinne eines Zusammenhangs eindeutig interpretierbar sind, bzw., wenn der Inhalt der Fragebogendaten das zu messende Konstrukt in seinen wichtigsten Aspekten erschöpfend erfasst. Das ist dann der Fall, wenn die Grundgesamtheit der Fragebogenaussagen, die potentiell für die Operationalisierung zum Beispiel des Merkmals "hilfreiche Therapeuteninterventionen" infrage kommen, sehr genau definiert werden kann. Die Inhaltsvalidität ist umso höher, je besser die Testitems diese Grundgesamtheit repräsentieren. Nach Bortz und Döring (2006, S. 53)

*„liegt interne Validität dann vor, wenn Veränderungen in den abhängigen Variablen eindeutig auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind bzw. wenn es neben der Untersuchungshypothese keine besseren Alternativerklärungen gibt [...] Die Höhe der Inhaltsvalidität eines Fragebogens kann nicht numerisch bestimmt werden, sondern beruht allein auf subjektiven Einschätzungen. Streng genommen handelt es sich bei der Inhaltsvalidität deswegen auch nicht um ein Testgütekriterium sondern nur um eine Zielvorgabe, die bei der Testkonstruktion bedacht werden sollte.“*

Bortz und Döring (2006, S. 53) weisen auch auf die Möglichkeit hin, statt von interner Validität von **Local Molar Causal Validity** zu sprechen, wobei mit *Local* die Begrenzung der internen Validität auf eine konkrete Untersuchung zum Ausdruck gebracht werden soll. *Molar* steht in diesem Zusammenhang für die Komplexität des mit einer Handlung verbundenen Wirkprozesses, der aus vielen molekularen Teilwirkungen bestehen kann; *causal* schließlich weist daraufhin, dass Wirkungen tatsächlich eindeutig auf die geprüfte Behandlung zurückführbar sein müssen. Dieser sehr strengen Anforderung an einen Wirksamkeitsnachweis kann der HILF naturgemäß jedoch nicht genügen.

**Extern valide** ist eine Untersuchung, wenn ihre Ergebnisse über die besonderen Bedingungen der Untersuchungssituation und über die untersuchten Personen hinausgehend generalisierbar sind. Sie sinkt mit abnehmender Repräsentativität der untersuchten Stichproben. Externe Validität liegt nach Bortz und Döring dann vor, wenn das in einer Stichprobenuntersuchung gefundene Ergebnis auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkte generalisiert werden kann. Auch diese Anforderung kann vernachlässigt werden, da der HILF nicht als standardisierter Fragebogen verwendet werden soll.

Eine übliche Methode zur Schätzung der Validität ist die Korrelation eines Tests mit einem geeigneten Kriterium (**Kriteriumsvalidität**). Für die Evaluation des Konstrukts "hilfreiche

Therapeuteninterventionen" stellt sich die Frage, was dafür ein geeignetes Kriterium sein könnte. Es ist davon auszugehen, dass es wahrscheinlich eben so viele Definitionen wie forschende Therapeuten gäbe. Selbst dann jedoch, wenn sich die Forscher auf eine Definition eines Kriteriums einigen könnten, bliebe die Operationalisierung eines angemessenen Forschungsinstrumentes keinesfalls umfassend. Es gibt bis jetzt eben noch keine objektiven Kriterien, an denen sich die Wirksamkeit hilfreicher Therapeuteninterventionen darstellen können ließe. Wie 2. Kap. ausgeführt, wurden als häufigste Erfolgskriterien Einschätzungen des Therapieerfolgs sowohl durch unabhängige Beobachter als auch durch die befragten Klienten bei Therapieende oder in Katamnesen herangezogen. Nicht aber wurde der Therapieerfolg mit einzelnen Therapeuteninterventionen korreliert.

Schließlich

*„kommt der **Konstruktvalidität** eine besondere Bedeutung zu, da Inhaltsvalidität ja kein objektivierbarer Kennwert ist und Kriteriumsvalidität nur bei geeigneten Außenkriterien sinnvoll ist. Ein Fragebogen ist dann konstruktvalid, wenn aus dem zu messenden Zielkonstrukt Hypothesen ableitbar sind, die anhand der Testwerte bestätigt werden können. Anstatt ein einziges manifestes Außenkriterium zu benennen, formuliert man ein Netz von Hypothesen über das Konstrukt und seine Relationen zu anderen manifesten und latenten Variablen... methodisch gibt es bei einer Konstruktvalidierung unterschiedliche Herangehensweisen. Logisch-inhaltliche (qualitative) Analysen der Testitems können Hinweise geben, ob tatsächlich das fragliche Konstrukt oder ein alternatives Konstrukt erfasst wird.“ (Bortz & Döring, 2006, S. 201)*

Der erste, ungebundene Fragebogenteil genügt m.E. den Anforderungen an eine inhaltliche Validität, in dem Sinne, dass sich die beiden offenen Fragen ausschließlich auf die Therapeuteninterventionen beziehen. Der gebundene, Skalierungsteil des HILF erfüllt die Anforderung der Konstruktvalidierung, da sich aus den Zielkonstrukt (Wirkfaktoren hilfreicher Therapeuteninterventionen) Hypothesen ableiten lassen.

Die Konstruktion dieses Fragebogens muss nicht den strengen Gütekriterien genügen, wie sie in der Testdiagnostik erforderlich sind. Der Weg der *Item*-formulierung entspricht den Vorschlägen von Bortz & Döring: angemessene Sprache, neutrale Formulierungen, Beschränkung auf allgemeine Häufigkeitsangaben, Vermeidung von Suggestivfragen und doppelter Verneinung. Auf die strengen statistischen Prüfverfahren zur Entwicklung von Testskalen (Item-, Faktoren-, Reliabilitäts- und Validitätsanalysen) und deren Zugangsvoraussetzungen (u. a. Normalverteilung) konnte verzichtet werden, da es sich bei diesem Fragebogen um ein einmaliges Forschungsinstrument handelt und nicht um ein Diagnostikum, das auch zukünftig zum Einsatz kommen soll. Es handelt sich vielmehr um qualitative Forschung im Bereich der Psychotherapie im Sinne einer Grundlagenforschung mit dem Anspruch, qualifizierendes, quantifizierendes und interpretierendes Vorgehen miteinander zu verbinden. Dies hat zum Ziel, dass erst einmal in deskriptiver Weise ein wichtiger prozessualer Aspekt dessen, was in einer Psychotherapie geschieht, erfasst werden kann.

Die Konstruktionsstrategie des Hauptfragebogens entspricht einer sog. ‚rationalen Vorgehensweise‘ (Lienert & Raatz, 1994) bei der die Merkmale eines Erhebungsinstrumentes nicht allein durch statistische Verfahren oder durch Zuordnung zu einer Merkmalsgruppe eines Erhebungsinstrumentes (internale bzw. externale Strategie) bestimmt werden, sondern zunächst aufgrund theoretischer Überlegungen voneinander abgegrenzt werden. Dies zeigt sich darin, dass drei inhaltlich unterschiedliche Skalen unterschiedlicher Stärke aneinander gehängt wurden.

### Die Stichprobengröße:

Zur Frage, welches eine angemessene Stichprobengröße wäre, zitiere ich nachfolgend einen Aufsatz von Schweizer, Boller und Braun (1996):

*„Die Qualität der Daten steht in einem engen Zusammenhang zur Stichprobengröße. Im Allgemeinen steigt der Grad der Übereinstimmung zwischen Stichproben und Populationsstruktur mit zunehmender Stichprobengröße an. Durch Richtlinien für die Festlegung einer zuverlässigen Mindeststichprobengröße, denen allerdings in der Mehrzahl nur Status von Daumenregeln zugestanden werden kann, sollen unnötige Unkosten vermieden werden. Diese Forschung hat zu verschiedenen Empfehlungen für die Festlegung der Stichprobengröße geführt, die zum Teil einen verfahrensspezifischen Ursprung haben. Einige Autoren schlagen Mindestgrößen von 10 bis 20 Datenpunkten vor [...] Häufig werden auch Angaben zum Verhältnis zwischen der Variablenanzahl und der Anzahl der Datenpunkte gemacht. Es wurden Verhältnisse zwischen 1:2 und 1:20 diskutiert [...]. Außerdem gibt es den Vorschlag einer Kombination aus Untergrenze und Verhältnis: Es sollen mindestens 100 Datenpunkte vorliegen und ansonsten fünf Datenpunkte pro Variable[...].“*

Die Autoren rechneten (u.a.) Faktorenanalysen mit unterschiedlicher Variablengröße und Anzahl an Datenpunkten. Sie kamen zu folgenden **Ergebnissen**: Es reichen ca. 300 Datenpunkte bei 40 Variablen aus, um zu über 90% eine angemessene faktorenanalytische Darstellung der Daten zu erreichen.

Um unter allen Umständen mit einer sehr großen Sicherheit das Auffinden der ‚richtigen# Aufteilung zu gewährleisten, ist meist eine sehr große Stichprobe notwendig. Dies ist in der hier vorliegenden Studie (HILF) gewährleistet. In meiner Untersuchung sind es bei 41 Variablen (*der Therapeut*) bereits 41 mal 190 Datenpunkte! Daraus ergibt sich also, dass die Stichprobengröße zur korrelationsstatistischen Auswertung des HILF mehr als hinreichend ist.

### Die Skalierung des HILF:

Die Skalierung der vorgegebenen *Items* wurde mit folgender Frage eingeleitet:

*„In wieweit passen die nachfolgenden Beschreibungen auf das obige Therapeutenverhalten?“*

Wie im PILOT wurde auch hier aus den gleichen Überlegungen eine 5-stufige unipolare Likertskala konstruiert, mit zwei Ankerbeschreibungen an den beiden Extremen. Aus Gründen der Optik, Übersichtlichkeit und um möglichst gleiche Skalenabstände nahezulegen, wurden die drei mittleren Skalenpunkte nicht benannt. Die Richtung der Skalierung war so gewählt worden, daß die größte Zustimmung zu dem jeweiligen *Item* mit der höchsten Zahl bewertet wurde, bei *Nicht-zutreffen* sollte Null (0) skaliert werden. Die Anzahl der Antwortabstufungen sowie die verbale Verankerung der Einschätzungen orientieren sich dabei an den Empfehlungen von Rohrmann (1978).

Demnach sah die Skala so aus:

|                        |          |          |          |          |          |  |
|------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| trifft <b>sehr</b> zu: | <b>4</b> | <b>3</b> | <b>2</b> | <b>1</b> | <b>0</b> | trifft <b>nicht</b> zu /spielt keine Rolle |
|------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--|



Aus den *Items* der beiden Halbformen des PILOT wurden, wie oben beschrieben, 49 *Items* zum Therapeutenverhalten, 12 *Items* zu den Empfindungen/Reaktionen und 10 *Items* zu den Konsequenzen in die Konstruktion des Hauptfragebogens HILF aufgenommen.

Da die konstruktionsmäßigen Anforderungen, die an den HILF gestellt worden, lediglich dem einmaligen Einsatz dienen sollten, musste in seinem Einsatz nicht auf Ausgewogenheit hinsichtlich der Verteilungsmerkmale wie Alter oder Geschlecht geachtet werden. Aus dem gleichen Grund konnte der Fragebogen bei Klienten, die länger in Beratung/Therapie blieben, auch mehrfach vorgegeben werden. Die Fragebogenversionen für Einzelklienten unterscheiden sich in der Formulierung leicht von denen für Gruppenklienten und Ehe-/Paartherapie-/Paartherapeutenklienten. Dies sei an zwei Beispielen verdeutlicht:

Beispiel für Einzelklienten:

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. zeigte mir, dass das halbleere Glas Wasser auch halbvoll sein kann | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|

|                               |   |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. ging sachlich auf mich ein | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|

Beispiel für Paar-/Gruppenklienten:

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. zeigte (mir), dass das halbleere Glas Wasser auch halbvoll sein kann | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ging sachlich auf mich (sie, ihn) ein | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--|---|---|---|---|---|

### 3.6.9 Untersuchungsverlauf: Datenerhebung mit dem Hauptfragebogen HILF

Der Erhebungszeitraum für den HILF war Februar 2007 bis April 2007. Das Durchführungsprozedere unterschied sich kaum von dem beim PILOT. Wie bei jeder Befragung stellte sich auch hier die Frage der freiwilligen Teilnahme an der Untersuchung. Ohne Ausnahme wurden alle Klienten darüber informiert, dass sie in einer Forschungsarbeit zur Optimierung des Therapeutenverhaltens teilnehmen könnten. Jedem Klienten wurde also freigestellt, die Teilnahme abzulehnen, mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass sich eine Ablehnung nicht auf mein Wohlwollen ihm gegenüber auswirken würde. Dennoch kann aber nicht ganz ausgeschlossen werden, dass die Klienten sich in einer solchen therapeutisch eingebetteten Situation nicht wirklich ganz frei entscheiden mochten, weil sie es sich mit dem Therapeuten möglicherweise nicht ‚verderben‘ wollten. Bei Einverständnis wurden sie gebeten, die Anleitung zunächst selbst zu lesen. Dann wurde durch Nachfragen überprüft, ob diese verstanden worden war. In mündlicher Form wurden sie zusätzlich ermuntert, durchaus kritisch mit ihren Eindrücken umzugehen. Der HILF wurde entweder nach Sitzungsende in der Praxis bearbeitet oder - ab dem zweiten Mal - auf Wunsch der Klienten nachhause mitgegeben; letzteres war in der überwiegenden Anzahl der Fälle aus zeittechnischen Gründen so. (Ehe-)Paare wurden gebeten, auf jeden Fall die Fragebögen unabhängig von einander zu beantworten.

Ich bin mir natürlich darüber im Klaren, dass das Bewusstsein, an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen, auch das Reaktionsverhalten meiner Klienten geändert hat. Diese sog. *Hawthorne*-Effekt (nachzulesen in Roethlisberger & Dickson, 1964) ist jedoch bei

dieser Art von Untersuchungen nicht zu vermeiden und muss daher als intervenierende Störvariable in Kauf genommen werden.

Wie auch im PILOT wurde ihnen Anonymität der Datenverwertung zugesichert. Aus diesem Grunde markierten sie ihren Fragebogen in der Kopfzeile mit einer Chiffre. Dann wurde vor Beginn der Bearbeitung durch den Klienten mit diesem überprüft, ob und wie er die Anleitung verstanden hatte; gegebenenfalls wurden ausführlichere Informationen nachgereicht.

### 3.6.10 Zusammenfassung und Bewertung der Fragebogenkonstruktion HILF

Mittels eines von mir konstruierten Fragebogens habe ich mein Klienten die Möglichkeit gegeben, ihre Beobachtungen am Therapeutenverhalten sowohl in freier als auch in gebundener Form zu dokumentieren. Es war mir wichtig, dass die *Item*-Sammlung ‚unter den Augen der Klienten‘ stattfand, d.h., dass diese einen entscheidenden Einfluss auf die Konstruktion des HILF nehmen konnten. Dies macht den Fragebogen sowohl inhaltlich als auch kriteriumsbezogen valider, als wenn Therapeuten-Experten ‚*ex cathedra*‘ darüber entschieden hätten, was als hilfreiche Therapeutenintervention zu verstehen sei.

Diese Arbeit ist als **Erkundungsstudie** mit Modellcharakter angelegt. Sie erhebt nicht den Anspruch, repräsentativ für die zu Grunde liegenden Hypothesen und deren Ergebnisse zu sein. Dies ergibt sich allein schon aus den vielen einschränkenden Parametern, die durch eine Feldforschung im Sinne einer quasiexperimentellen Untersuchung gegeben sind, (wie u. 3.2 beschrieben). Daher kann es in dieser Untersuchung keinesfalls um objektivierbare Daten gehen, sondern lediglich darum, *e i n e* mögliche Methode darzustellen, mit der die Fragestellung beantwortet werden könnte. Es konnten in dieser Arbeit jedoch überprüfbare Hypothesen aufgestellt werden, deren Ergebnisse als Grundlage weiterer darauf aufbauender Arbeiten dienen können, in denen mit verbesserter und erweiterter Untersuchungsmethodik (große Anzahl von Therapeuten, unabhängige *Rater*, validierter *Itempool*) objektive, reliable und valide Faktoren *hilfreicher Therapeuteninterventionen* gefunden werden können.

Ein kleiner Schönheitsfehler in der Konstruktion des Fragebogens zeigte sich in der Auswertung des ungebundenen Fragenteils darin, daß die gewünschte Differenzierung zwischen dem, was aus Sicht der Klienten der Therapeut tut und der Art und Weise, wie er interveniert, nur einem Teil der Klienten gelungen war. Die Klienten unterschieden meistens nicht, ob sich die Antworten explizit auf die erste Anforderung, nämlich die Handlung des Therapeuten zu beschreiben, bezog oder auf den zweiten Teil, in dem danach gefragt wurde *was* am Therapeuten verhalten als hilfreich empfunden wurde. Dies tat m.E. jedoch der weiteren Auswertung und den Ergebnissen keinen Abbruch, da in jedem Falle hilfreiches Therapeutenverhalten und seine Wirkung auf die Klienten beschrieben wurde und, dass diese oft fehlende Unterscheidung für die inhaltlichen Auswertung dieses Fragebogens keine Bedeutung hat. Die Differenzierung konnte ex post in der inhaltsanalytischen Auswertung nachgeholt werden.

## 4.

# Fragebögen zur Erfassung von Einstellungen bei Therapeuten und Klienten

### **Einführung: die Funktion weiterer Fragebögen in dieser Untersuchung:**

Um meinen Untersuchungsdesign gerecht zu werden, wurden neben dem HILF weitere eigene Fragenkataloge entwickelt: ERST, ABSCHLUSSFRAGEBOGEN und Zusatzfragen im HILF. Darüber hinaus wurden drei standardisierte Fremdfragebögen, BFKE, FMP und FPI-R hinzugezogen, um bestimmte weitere Fragestellungen beantworten zu können. Neben der Frage, ob sich meine Untersuchungsstichprobe hinsichtlich evaluierter allgemeiner Persönlichkeitsmerkmale (FPI-R) unterscheiden würde oder nicht, ging es mir darum, vor allem Aufschluss über verschiedene Klienten-*Erwartungen* und -*Einstellungen* (BFKE, FMP) und die *Therapiemotivation* (ERST, ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, Zusatzfragen HILF) der Klienten zu erhalten. Die so gewonnenen Daten sollten auf Zusammenhänge vor allem mit dem Ersteindruck des Therapeuten (KLIENTENPROFIL) einerseits und den Klienten-Skalierungen des HILF andererseits untersucht werden.

Es interessierten mich eventuelle intervenierende Variable wie Vorerfahrung des Klienten mit Therapie, wie Motivation und Erwartungshaltung, wie die Rezeption des Hauptfragebogens HILF, ganz besonders aber auch die erste subjektive Reaktion des Therapeuten auf den Klienten (seine implizite Wahrnehmung der Therapeut-Klient-Passung) und die beim Therapeuten erzeugte Erwartungshaltung gegenüber der therapeutischen Erreichbarkeit des Klienten. Die Erhebung und Auswertung dieser Daten war mir deswegen sehr wichtig, weil diese Daten einige Hinweise auf Wechselwirkungen in der gegenseitigen Wahrnehmung und Einschätzung des Therapeutenverhaltens durch den Klienten und *vice versa* liefern könnten!

Im Folgenden sollen die einzelnen Fragebögen in der Reihenfolge ihrer inhaltlichen Bedeutung für meine Fragestellungen vorgestellt werden.

## **4.1 Eigene Fragenkataloge: KLIENTENPROFIL, ERST und ABSCHLUSSFRAGEBOGEN**

### **4.1.1 Fragenkatalog KLIENTENPROFIL**

#### **Allgemeine Beschreibung**

Faller et al. (2002) untersuchten die Eigenschaften der Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Indikationsstellung der Therapeuten. Die Analysen basierten auf den Beurteilungen der Therapeuten hinsichtlich ihres Erlebens der therapeutischen Beziehung, die sie im Anschluss an das von ihnen in der ersten Sitzung geführte diagnostische Interview abgaben. Hierbei schätzten sie sowohl diejenigen Aspekte der Therapeut-Patient-Beziehung ein, die sich auf die gemeinsame Arbeit bezogen, als auch emotionale Aspekte dieser Beziehung. Diese Therapeuteneinschätzungen wurden mit den

Selbsteinschätzungen der Patienten und mit dem Ergebnis der Indikationsstellung in Zusammenhang gebracht.

Die Ergebnisse zeigten, daß die Beurteilung der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Therapieempfehlung spielte, wobei je nach der theoretischen Orientierung des Psychotherapeuten Unterschiede in der Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung festgestellt wurden (kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Diagnostiker schätzten ihre Beziehung zum Klienten sowie eine Reihe prognostischer Faktoren durchweg günstiger ein als tiefenpsychologisch orientierte Diagnostiker).

Raskin (1961, S. 65) untersuchte die Patientenvariablen, die im Konzept der Therapeuten auf einen hohen Zusammenhang mit der Psychotherapiemotivation der Klienten hinwiesen und fand fünf Variable, die eine signifikante Korrelation mit der **Beurteilung des Klienten durch den Therapeuten** als „hoch psychotherapiemotiviert“ aufzeigten. Er schrieb: *„Klienten, die von ihren Therapeuten eine hohe Eingangsmotivation zur Psychotherapie zugeschrieben bekamen, werden von ihnen etwas mehr oder auch deutlich mehr gemocht als andere Klienten und sie zeigen mindestens Oberschulbildung oder ein gewisses sprachliches Training.“*

Außerdem führt der Autor noch die Art der Berufstätigkeit und die Wahrnehmung der eigenen psychischen Probleme als motivationsbestimmend an.

Dieses Forschungsergebnis, das mir bei Konzeption meines Untersuchungsdesign noch nicht bekannt war, passt recht gut zu den Überlegungen, die zur Konstruktion meines eigenen Fragebogens führten. Es ist mein Anliegen, mit diesem Fragebogen ein Bild von den vorwissen-schaftlichen, impliziten Erwartungen des Therapeuten an seinem Klienten im Sinne einer Optimierung der therapeutischen Beziehung zu erfassen.

#### Die **Konzeption** des KLIENTENPROFILS

Der Klient präsentiert in der ersten Sitzung sein Anliegen, d. h., sein vermeintliches Problem und meist auch seine Erwartung, dass er von seinen Nöten oder Beschwerden befreit werden will. Der Therapeut versucht parallel dazu die entscheidende Frage zu klären, ob die Fähigkeiten des Klienten zu Erkenntnis und Veränderung zu seinem persönlichen und professionellen Angebotsspektrum passen und ob er gerne mit ihm arbeiten möchte, d.h., ob er sich mit ihm wohl fühlt, ihn sympathisch findet und mit ihm mitschwingen mag. So versucht er, sich introspektiv ein erstes Bild von seinem Klienten zu machen: passt er oder passt er nicht zu mir, meinen Möglichkeiten und meinem Angebot?

Der Therapeut verwertet introspektiv, was die Klienten ihm - verbal oder nonverbal – an Selbstdefinitionen, Wünschen und Beziehungserwartungen mitteilen. Die hierbei verwerteten Eindrücke werden nicht wertfrei verarbeitet, sondern stossen auf (un)bewusste Vorurteile des Therapeuten, die durch die neu aufgenommenen Informationen entweder bestätigt bzw. verstärkt oder auch korrigiert werden können.

Wir haben es hier mit sog. **Einstellungen** zu tun. Eine Einstellung wird nach Gordon Allport (1935) definiert als mentaler und neuronaler, durch die Erfahrung strukturierter Bereitschaftszustand, der eine Person in ihren Reaktionen auf alle anderen Personen, Situationen und Objekte (dynamisch) steuernd beeinflusst, mit denen sie eine Beziehung eingeht. Es handelt sich also bei einer Einstellung um eine auf Erfahrung gegründete psychische Reaktionstendenz, die dem jeweiligen Beziehungsobjekt eine Haltung zwischen Zuneigung oder Ablehnung entgegenbringt. In einer Erstbegegnung mit Klienten habe wir es m.M.n. zunächst mit einer schnellen, automatischen und unbewussten Bewertung zu tun, einem ‚impliziten‘ Ersteindruck. Der am Ende der ersten Therapiesitzung festgehaltene Ersteindruck dürfte als bewusste, verbalisierbare Bewertung als eine ‚explizite‘ Einstellung bezeichnet werden. Explizite

Einstellungen unterscheiden sich von impliziten Einstellungen insbesondere dadurch, dass sie noch bewusst korrigierbar sind. Somit ist davon auszugehen, daß der Therapeut in nachfolgenden Therapiesitzungen seinen Ersteindruck, seine erste Einstellung zum Klienten noch modifizieren kann oder wird.

### Die **Konstruktion** des KLIENTENPROFILS

Der Fragenkatalog KLIENTENPROFIL (s. Anhang A3). Erfasst neben objektiven Klientendaten wie Alter, Geschlecht, Beruf u.a. erste subjektive Eindrücke des Therapeuten vom Klienten erfasst, die zu einer impliziten Prognose des Therapeuten bezüglich der therapierelevanten Kompetenzen des Klienten führen. Dieser Fragenkatalog wurde unmittelbar im Anschluss an die erste Therapiesitzung ausschließlich vom Therapeuten ausgefüllt. Da es hier gezielt auf subjektive, intuitive, auf die Erfahrung gründende implizite diagnostische Wahrnehmung des Therapeuten ankommen sollte, wurde darauf geachtet, in die Beantwortung der 18 Items möglichst keine objektiven Daten einfließen zu lassen (wie z.B. die Kenntnis des Berufsstandes). Mit anderen Worten ließe sich auch sagen, dass hier ein ‚**Ersteindruck**‘ des Therapeuten von seinem Klienten erfasst werden sollte. Die Erfassung des Therapeuten-Ersteindrucks hinsichtlich vermutlicher Schulbildung bzw. weiterer Ausbildung und beruflichem Status konnte jedoch nur insoweit gelingen, als der Therapeut im Verlauf der ersten Sitzung durch entsprechende Informationen des Klienten nicht bereits vorinformiert wurde. Dies gelang in den allermeisten Fällen; auch bemühte ich mich in der Beantwortung des Fragebogens möglichst ohne Nachdenken ganz intuitiv vorzugehen. In den wenigen Fällen, in denen diese Voraussetzungen nicht erfüllt waren, wurde der KLIENTENFRAGEBOGEN nicht in die Studie einbezogen.

Auch bei diesem Fragenkatalog wurde eine fünfstufige Likert-Skala konstruiert, ausgehend von den links stehenden Polen „1“: *leicht; keine/kaum; sehr gering; sehr negativ* und den rechts stehenden Polen „5“: *sehr schwer; umfassend; sehr hoch; sehr positiv*. Da zwischen den beiden Polen und den vier Zwischenstufen gleiche Abstände angenommen werden, kann diese Skala als Intervallskala behandelt werden.

Die Auswahl der *Items* erfolgte nach erfahrungsgeprägter Introspektion, also nach Inhaltsvaliditätskriterien - ohne Berücksichtigung möglicher vorhandener Literatur - im Rückgriff auf vom Untersucher für gewöhnlich u.a. implizit angewandte Beurteilungskriterien. Die Zusammenstellung ist damit eklektisch, heuristisch und provisorisch, weil dieser Fragebogen lediglich einen explorativen Charakter hat.

Der Fragenkatalog erhebt keinesfalls den Anspruch, eine bestimmte oder umfassend integrative klientenbezogene Haltung des Therapeuten widerzuspiegeln; vielmehr wurde eine gezielt eingeschränkte Auswahl getroffen: es sollten Eindrücke zu sprachlichen und emotionalen Aspekten der Kommunikation, zu intellektuellen Fähigkeiten, zu Neugier und zur Kooperation mit dem Therapeuten erfasst werden. Und: Besonders interessierten die beiden sich beim Therapeuten einstellenden Reaktionen auf den Klienten ‚Mitschwingen‘ des Therapeuten mit dem Klienten und seine ‚Sympathie‘ für ihn. Um nicht den Rahmen zu sprengen, habe ich z.B. detailliertere Charakteristika in der Kommunikation des Klienten, die mich meinerseits zur Neugierde ihm gegenüber bewegen und diese Neugierde und Spannung über den Therapieprozess hinweg aufrechterhalten, nicht erhoben. Dies wäre sicherlich eine sehr interessante Aufgabe für weitere Forschung, da m.M.n. das Faktorenbündel dieser Charakteristika eines der wichtigsten Prozessmerkmale für eine gelingende Therapie sein dürfte!

Die Therapeuteneinschätzungen in diesem Fragebogen sind rein intuitiver Natur, sie basieren auf seinem impliziten Wissen, seinen *Gefühlen* und seinen *Emotionen*. Die Gefühle des Therapeuten als verkörperte Informationen aktivieren sowohl sein Denken als auch sein Handeln, d. h., sie wirken im Sinne eines Signalsystems, das den Therapeuten einen schnellen Zugang

zu seinen Vorlieben bzw. Einstellungen ermöglicht. Somit wird die Begegnung mit seinem Klienten mehr positiv oder mehr negativ kodiert, also mit einem Wert aufgeladen, der im KLIENTENPROFIL in ein numerisches Relativ skaliert wird, welches die konnotative Aussagekraft dieses Wertes festhält. Wenn ich als Therapeut aufgrund der erlebten Passung zwischen meinem Klienten und mir eher positive Gefühle entwickelte, bin ich offener, freier, zugänglicher, integrativer. Positive Gefühle erweitern auch die Bereitschaft, mich ganz auf mein Gegenüber einzustellen, mich für ihn zu interessieren und zu engagieren, meine soziale Akzeptanz zu erhöhen. Positive Gefühle fördern Fürsorge, Vermittlung von Geborgenheit, von positiven reziproken Beziehungen. Mein Klient profitiert von dem Erlebnis des Akzeptiert-Werdens und der Fürsorge seines Therapeuten und stellt seinerseits eine positive reziproke Beziehung her. Er ist auch besser als in anderen emotionalen Zusammenhängen in der Lage, den Augenblick achtsamer wahrzunehmen, neue Erfahrungen zu sortieren und in seinen Selbst- und Weltbild zu integrieren. Positive Passung begünstigt seine reflexive Haltung (siehe auch Fredrickson & Losada, 2005).

DAS KLIENTENPROFIL könnte also für die Konstruktion einer Skala zu Einschätzung von impliziten Therapeuten-Einstellungen (hier: Ersteindruck) als exemplarisch angesehen werden, nicht jedoch die Auswahl der *Items* aus einem um ein Vielfaches größerem *pool* von möglichen Schätzkriterien! Es stellt also lediglich den Versuch dar, exemplarisch mögliche Kriterien zu beleuchten, mit denen der Therapeut intuitiv seinen Klienten von ihm mehr oder weniger eingenommen begegnen könnte.

Zu den 66 insgesamt in die Studie aufgenommenen Klienten konnten aus organisatorischen bzw. Zeitgründen und wegen vorhandener störender Vorinformationen (z.B. berufliche Stellung) nur 59 KLIENTENPROFILE erhoben werden.

### **Die Rationale der einzelnen Schätzskalen**

Die 16 items werden in der Reihenfolge ihrer Auflistung im Fragebogen wie folgt definiert (die ersten, hier nicht aufgeführten, 9 Items spielen in diesem Zusammenhang keine Rolle):

#### **Schweregrad der Problematik** (Item 10):

Einschätzung der Intensität der strukturellen und psychodynamischen Beeinträchtigung des Klienten. Damit verbunden ist die Einschätzung der Dauer der Therapie und des vom Therapeuten wahrgenommenen Leidensdrucks.

#### **Ausbildungsqualifikation** (Item 11):

geschätzte Schulbildung und nachfolgende Ausbildung.

#### **Berufliche Stellung** (Item 12):

geschätzte berufliche Stellung; der Skalenwert „5“ steht zum Beispiel für akademische Führungsposition.

#### **Intellektuelles Verständnis** (Item 13):

Klient ist in der Lage, analytisch und synthetisch denkend (eine Form der Intelligenz) seine Lebenssituation und die Konflikte, mit denen er zu mir kommt, zu erfassen und zu beschreiben und kann auf erworbene Wissen und Problemlöseverhalten dabei zurückgreifen.

#### **Reflexionsfähigkeit** (Item 14):

Klient kann sein eigenes Handeln, Denken, Wahrnehmen, ebenso aber auch das der Anderen, in Frage stellen und konstruktiv verarbeiten und verändern.

**Emotionale Intelligenz (Item 15):**

Sensibilität des Klienten für die Belange seines Gegenübers (also auch für mich) , für geltende Spielregeln im Umgang mit Anderen, für ein angemessenes Gespür für eigene emotionale Bedürfnisse.

**Qualität verbaler Kommunikation (Item 16):**

Klient kann auf der sprachlichen Ebene einen guten Kontakt zum Therapeuten herstellen.

**Qualität nonverbaler Kommunikation (Item 17):**

die Fähigkeit des Klienten, mit nicht-sprachlichen Mitteln mich in seinem Anliegen zu erreichen und „zu verstehen“, also intuitiv zu spüren, was ihn bewegt und was er mir mitteilen möchte. Einschätzung der Fähigkeit, die konnotative Bedeutung von Mitteilungen zu erfassen und eventuell von der divergenten denotativen Aussage zu unterscheiden.

**Qualität sprachlichen Ausdrucks (Item 18):**

die Fähigkeit des Klienten, sich klar, deutlich und verständlich auszudrücken.

**Verbale Passung Therapeut – Klient (Item 19):**

Klient und ich gebrauchen die gleiche Sprache“, Klient greift meine Worte und Bilder auf und ich seine; er spricht gewandt und überlegt, nutzt die Sprache wie ich, so daß die denotative Bedeutungen dessen, was wir uns gegenseitig mitteilen, für das Gegenüber unmittelbar verständlich sind.

**Emotionale Passung (Item 20):**

Gefühl für Übereinstimmung mit dem Klienten im Umgang mit Affekten, in der Schwingungsfähigkeit.

**Neugier (des Klienten) (Item 21):**

Klient zeigt natürliches Interesse an dem, was er im therapeutischen Prozess (von mir oder durch eigene Reflektion) über sich und die Kontingenzen eigenen Denkens und Handelns und die Reaktionen seiner Umwelt erfahren möchte.

**Kooperationsbereitschaft mit Therapeut (Item 22):**

Klient geht auf Vorschläge/Anregungen/Kritik von mir ein, ist um seinen eigenen Beitrag zur Aufklärung und Bearbeitung der Problematik bemüht.

Items 23 (Kooperationsbereitschaft mit Partner) und 24 (Kooperationsbereitschaft mit Gruppe) wurden wegen nachträglich erkannter Irrelevanz für die Studie nicht ausgewertet.

**Sympathie für den Klienten (Item 25):**

Sympathie bezeichnet für mich eine positiv wertende emotionale Beziehung zu meinem Klienten. Das Empfinden von Sympathie konstituiert sich für mich aus dem *Gesamterleben von konkordanter Gegenübertragung, verbaler und emotionaler Intelligenz und Passung, Reflexionsfähigkeit, der Qualität verbaler und nonverbaler Kommunikation, der Qualität sprachlichen Ausdrucks, des Neugierverhaltens und der Kooperationsbereitschaft mit meinem therapeutischen Vorgehen*. Die ‚Sympathie‘ erfasst damit summativ einen großen Teil der vorgeannten Items.

**‚Mitschwingen‘ des Therapeuten (Item 26):**

hier geht es um Empathie als angemessene komplementäre Reaktion des Therapeuten auf die Einstellungen, die Emotionen und die therapielevanten Kompetenzen, die ihm der Klient

anbietet. Der Therapeut befindet sich vorübergehend ‚im Einklang‘ mit seinem Klienten. Das ‚Mitschwingen‘ ist am ehesten vergleichbar mit dem Begriff von Gegenübertragung in der Psychoanalyse, bei der der Therapeut auf den Klienten (bzw. auf dessen durch Übertragungsphänomene generierte Handlungen und Äußerungen) reagiert. Seinerseits richtet er seine eigenen Gefühle, Einstellungen, Erwartungen und Wünsche auf diesen, wobei er dem Klienten eine angemessene komplementäre therapeutische Reaktion auch im Sinne einer passageren Perspektivenübernahme auf dessen Beziehungsangebot (Beispiel: Vater-Sohn, Eltern-Ich - Kind-Ich) gewährt.

In der Psychotherapie kann ‚Mitschwingen‘ problematisch sein, ist bei richtiger Nutzung aber auch ein sehr wertvolles und sensibles Diagnoseinstrument, wenn der Therapeut seine eigenen intervenierenden, störenden, „nicht-therapeutischen“ Anteile an der Klient-Therapeut-Interaktion reflektieren kann.

Mitschwingen kann sowohl im Gegensatz zum emotionalen Angebot des Klienten stehen (z.B. würde ich mich als Therapeut in der Elternrolle fühlen wie es z.B. der ‚strenge‘ Vater für den Klienten war), als auch korrespondierende Gefühle hervorrufen (z.B. würde ich mich von einem Klienten so behandelt fühlen, wie dieser als Kind behandelt wurde bzw. wie er sich früher behandelt gefühlt hatte).

**Prognose (Item 27):**

vermutlicher Gewinn, den der Klient aus der Therapie ziehen könnte.

**‚Therapeut-Klient-Passung‘:**

Items 13 – 22 haben Merkmale gemeinsam, die ich zusammen betrachtet als ‚*Therapeut-Klient-Passung*‘ bezeichnen möchte. Würde ein Klient auf allen *Items* den maximalen Skalierungsgrad wählen, hätten wir es in diesem Sinne mit dem idealen Klienten zu tun, einem Klienten, der so ganz nach dem Herzen des Therapeuten mitarbeiten und seine Absichten bestens verstehen würde, vielleicht ja sogar dem Therapeuten vorausziehen würde und im besten Sinne ein Freund des Therapeuten sein könnte.

Der Begriff ‚Passung‘ ist in der Psychotherapie (-forschung) kein *terminus technicus*, daher möchte ich mein Verständnis kurz erläutern. Therapeut und Klient, die sich für eine Therapie zusammenfinden, müssen zueinander passen, wenn das therapeutische Geschehen gelingen soll. Nach Eckert, Frohburg und Kriz (2004) ist mit hoher Wahrscheinlichkeit dann von einem Therapieerfolg auszugehen, wenn die folgenden Passungen vorliegen:

- Passung Therapeut-Patient (personale und therapiebezogene Merkmale)
- Passung Patient (Ansprechbarkeit)-Behandlungsmodell des Therapeuten<sup>12</sup>
- Passung Therapeut-Erkrankung des Patienten (z.B. Art und Erscheinungsbild)
- Passung Behandlungsmodell-Erkrankung des Patienten

Die psychotherapeutische Arbeitsbeziehung wird immer mehr als wesentlicher Wirkfaktor in der Psychotherapieforschung erkannt, so z. B. von Orlinsky et al. (2004).

Die Schweizer Charta für Psychotherapie (2006) formuliert es so:

*„die Wirksamkeit von Psychotherapie kann bei Passung von Patient, Therapeut und Verfahren besonders hoch sein [...] Es sind offenbar nicht die Verfahren per se wirksam, vielmehr sind gut ausgebildete Therapeuten wirksam, dies insbesondere in guter*

---

<sup>12</sup> Hervorhebung durch mich.



*Passung zu den Patienten und den Verfahren. [...] Intuitives Verstehen, Mitempfinden in der Situation und Austausch sind die zentralen Faktoren der Wirkung und deshalb auch der Wirkforschung. Dieser subjektive Faktor stellt ein wichtiges heilendes Element im therapeutischen Prozess dar. Ein herausragendes Ergebnis auch der neueren Psychotherapieforschung ist, dass die Persönlichkeit der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten einen entscheidenden Faktor für den Erfolg der Therapie darstellt. [...] Die Untersuchung dieser Beziehung (therapeutische Beziehung), in der Subjekt und Objekt nicht getrennt betrachtet werden können, und die daraus resultierende Theoriebildung (z.B. Übertragung und Gegenübertragung) ist ein wichtiger Teil der wissenschaftlichen Arbeit und ein Forschungsgegenstand des psychotherapeutischen Fachgebietes. Diese wissenschaftliche Arbeit gestattet, analog wie etwa die Arbeit mit unbewussten Anteilen, z.B. Träumen und Phantasiebildungen, keine vom Geschehen losgelöste Objektivität. Objektivierung kommt durch die kritische Reflexion der Therapeutin bezüglich des eigenen Erlebens und des Wahrgenommenen durch Bezugnahme auf die Theorie zustande. Dadurch steht die Psychotherapeutin in einer unaufhebbaren Dialektik zwischen Begegnung und Objektivierung des Klienten und seiner selbst. Der Einbezug des Subjektiven ist das wesentlich Eigene der Psychotherapie, auch aus wissenschaftstheoretischer Sicht."*

Beutler et al.(2002) meinen, dass es für eine Passung von Klient und Therapeut auch gewisse Gemeinsamkeiten der sozialen Herkunft (*background*) geben müsse, damit die Klienten ein Anfangsvertrauen in dem Therapeuten entwickeln können. In gleicher Weise seien unterschiedliche Betrachtungsweisen erforderlich, weil nur durch deren Unterschiede eine neue Erfahrung für den Klienten entstehen kann. Auch sei der Schweregrad der Problematik bedeutsam für das Aufstellen eines Behandlungsplanes, da die Anfangsmotivation des Klienten in direkter Weise vom Ausmaß seines Leidens abhängt.

Ich meine, dass die therapeutische Beziehungsgestaltung, besonders die Entwicklung eines guten therapeutischen Bündnisses, im Wesentlichen auf der impliziten (intuitiv und vorwissenschaftlich empfundenen) Passung gründet. Dafür spricht auch eine Untersuchung von Watzke, Koch und Schulz (2006), in der Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten hinsichtlich der Unterschiede und Gemeinsamkeiten in ihren Interventionshaltungen verglichen wurden. Beiden Verfahren gemeinsam war, dass die therapeutische Beziehungsgestaltung, insbesondere die Schaffung eines guten therapeutischen Bündnisses, für beide Ansätze eine wichtige Rolle spielt. Auch im Hinblick auf die Prozesselemente Exploration, Strukturierung und Übertragung fanden sich keine Unterschiede zwischen den Therapieverfahren.

#### **4.1.2 Fragebogen ERST**

##### **Allgemeine Beschreibung des Fragebogenkatalogs**

Dieser Fragebogen stellt sozusagen die „Eröffnung“ der Untersuchung für den Klienten dar. Nachdem zunächst die Kooperationsbereitschaft des Klienten zu einer Untersuchung zur Effizienzverbesserung (s)einer Beratung/Therapie eingeholt worden war, wurde er anschließend gebeten, seine Chiffre einzutragen (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum). Danach wurde er gebeten, einige Angaben zu seinen Beratungs-/Therapieerwartungen zu machen.

Den ERST habe ich im Wesentlichen zur Beantwortung folgender Fragestellung konstruiert:

Gibt es einen **Zusammenhang zwischen bestimmten Klientenmerkmalen** (Therapievor- erfahrung, Therapieerwartung, Motivation, Dauer der Inanspruchnahme einer Ber- atung/Therapie) **und den Skalierungen im HILF?**

Mit der ersten Frage in ERST wurde der Klient ersucht, sein dringlichstes Beratungs- oder Therapiethema aufzuschreiben. Diese und die nächste Frage nach den weiteren Themen, die er bei mir zu bearbeiten gedachte, dienten lediglich meiner eigenen Orientierung in der jewei- ligen Beratung oder Therapie, wurden aber nicht in die Auswertung aufgenommen.

Die weiteren fünf Fragen erfassten Merkmale wie gegenwärtiger Leidensdruck (zu Therapie- bzw. Beratungsbeginn), Vorerfahrung in psychologischer Beratung oder Psychotherapie und Therapieerwartungen.

**Konstruktion des ERST** (s. Anhang A1)

Nachfolgend ein Ausschnitt aus dem Fragebogen:

**Tabelle 1: ERST**

Bitte kreuzen Sie die am ehesten zutreffende Ziffer an (nicht dazwischen!):

- Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das Ausmaß des Leidensdruckes ein, den Ihre Probleme auslösen!
 

|                     |   |   |   |                   |
|---------------------|---|---|---|-------------------|
| sehr gut erträglich |   |   |   | ganz unerträglich |
| 1                   | 2 | 3 | 4 | 5                 |
- Nach wie vielen Gesprächen bzw. Sitzungen müsste Ihrer Meinung nach die Beratung Therapie spätestens zum Erfolg geführt haben?
 

|   |         |          |           |             |
|---|---------|----------|-----------|-------------|
| 1 | 2 bis 5 | 6 bis 10 | 11 bis 25 | mehr als 25 |
|---|---------|----------|-----------|-------------|
- Was haben Sie bisher über psychologische Beratung bzw. Psychotherapie gehört? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein:
 

|               |   |   |   |               |
|---------------|---|---|---|---------------|
| nur Positives |   |   |   | nur Negatives |
| 1             | 2 | 3 | 4 | 5             |
- Wie bewerten Sie eventuelle bisherige eigene Beratungs-/Therapie-Vorerfahrungen? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein:
 

|                        |   |   |   |                        |
|------------------------|---|---|---|------------------------|
| nur Positives erfahren |   |   |   | nur Negatives erfahren |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5                      |

Keine eigenen Vorerfahrungen: 0
- Wie erwartungsvoll gehen Sie in diese Beratung Therapie? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein:
 

|                   |   |   |   |                    |
|-------------------|---|---|---|--------------------|
| sehr optimistisch |   |   |   | sehr pessimistisch |
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5                  |

### 4.1.3 ABSCHLUSSFRAGEBOGEN

#### Allgemeine Beschreibung

Nach Abschluss der Untersuchungsphase bekamen die Klienten den ABSCHLUSSFRAGEBOGEN zugeschickt, wenn sie die Beratung/Therapie bereits beendet hatten, beziehungsweise den im Aufbau sonst identischen FRAGEBOGEN ZUR

ZWISCHENBILANZ, wenn sie die Beratung/Therapie noch weiter fortsetzten. Fünf Fragen waren mit fünfstufigen Skalen zu beantworten, zwei Fragen mit Ja oder Nein, wobei eine von beiden noch eine weitere Unterteilung vorsah, wenn die Frage mit Nein beantwortet wurde. **Rücklauf:** von den insgesamt 50 ausgegebenen Fragebögen kamen 40 zurück. Die übrigen 10 wurden überwiegend von solchen Klienten nicht zurückgeschickt, die nur zu einer Beratungssitzung in Behandlung waren, meistens (Ehe-)Paare. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss im Auge behalten werden, dass die Antworten nur bedingt interpretierbare Aussagen hergeben, weil der Untersuchungszeitraum nur circa drei Monate insgesamt umfasste und ein Großteil der Klienten in diesem Zeitraum lediglich zwischen eins bis fünf Sitzungen an Beratung oder Therapie erhalten hatten.

**Konstruktion des ABSCHLUSSFRAGEBOGENs** (s. Anhang A4)

Diesen Fragenkatalog habe ich im Wesentlichen zur Beantwortung folgender Fragestellung konstruiert:

Gibt es einen **Zusammenhang zwischen Einschätzung von Therapieerfolg durch den Klienten** (Therapie erfolgreich, dazugelernt, Veränderung des Problems, Veränderung des Leidensdruckes, vermuteter Anteil des Therapeuten am Therapieerfolg) **und den Skalierungen im HILF?**

Der ABSCHLUSSFRAGEBOGEN ist mit sieben Fragen (*Items*) konstruiert. Von diesen werden die ersten fünf nachfolgend dargestellt.

**Tabelle 2: ABSCHLUSSFRAGEBOGEN**

|    |  |        |                     |        |                       |
|----|--|--------|---------------------|--------|-----------------------|
| 1. | „Die Beratung/Therapie ist für mich erfolgreich gewesen.“<br>Wie stark stimmen Sie dieser Aussage zu?  |        |                     |        |                       |
|    | kein/kaum<br>Erfolg  |        |                     |        | sehr großer<br>Erfolg |
|    | 1  | 2      | 3                   | 4      | 5                     |
| 2. | Haben Sie in der Beratung/Therapie etwas dazu gelernt?   |        |                     |        |                       |
|    | nichts/kaum  |        |                     |        | sehr viel             |
|    | 1  | 2      | 3                   | 4      | 5                     |
| 3. | Wie hat sich das Problem, das Sie veranlasst hat die Beratung/Therapie zu beginnen,<br>durch die Beratung/Therapie verändert?                  |        |                     |        |                       |
|    | nichts/kaum<br>verändert   |        | gleich<br>geblieben |        | hat sich<br>aufgelöst |
|    | 1  | 2      | 3                   | 4      | 5                     |
| 4. | Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das Ausmaß des Leidensdruckes ein,<br>den Ihre Probleme gegenwärtig auslösen                    |        |                     |        |                       |
|    | sehr gut<br>erträglich   |        |                     |        | ganz unerträglich     |
|    | 1  | 2      | 3                   | 4      | 5                     |
| 5. | Falls sich etwas verändert (gebessert) hat, zu wie viel Prozent ungefähr führen Sie die<br>Verbesserung auf die Arbeit des Therapeuten zurück? |        |                     |        |                       |
|    | gar nicht  | zu 25% | zu 50%              | zu 75% | zu 100%               |
|    | 1  | 2      | 3                   | 4      | 5                     |

## 4.2 Fragebogeninventare: BFKE, FMP, FPI-R

### 4.2.1. Auswahl der Fragebögen

- Fragebögen zu **Klientenerwartungen**
- Fragebögen zur **Therapiemotivation**
- Fragebögen zur Erfassung **allgemeiner Persönlichkeitsmerkmale**

In diesem Abschnitt werden verschiedene in die engere Auswahl gezogene Fragebögen kurz vorgestellt. Es wird erläutert, warum bzw. warum sie nicht in das Untersuchungsdesign einbezogen wurden bzw., welche Kriterien dazu führten, daß sie für meine Fragestellungen als geeignet betrachtet wurden.

#### 1. Fragebögen zu **Klientenerwartungen**

Ebenso wie der Erst-Eindruck des Therapeuten in dieser Untersuchung erfasst wurden, sollten auch die Klientenerwartungen festgehalten werden. Es ging bei der Auswahl eines geeigneten Fragebogens darum, die Fragestellung zu überprüfen, ob es einen Zusammenhang geben würde zwischen den Erwartungen eines Klienten zu Beginn einer Beratung/Therapie und seiner Akzeptanz von hilfreichen Interventionen des Therapeuten. Die folgenden Fragebögen wurden in die engere Auswahl gezogen:

#### **HAQ (Helping Alliance Questionnaire)**

Der HAQ ("Helping Alliance Questionnaire" von Luborsky, 1985) wurde von Markus Bassler (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995) ins Deutsche übersetzt. Der HAQ wurde ursprünglich von der Arbeitsgruppe um Luborsky zur Evaluierung der therapeutischen Beziehung bei psychodynamischen Kurztherapien entwickelt und würde sich daher aus dieser Perspektive sehr gut zur Evaluierung der therapeutischen Beziehung in meiner Untersuchung eignen. Dennoch er kam dieses Inventar für meine Untersuchung nicht infrage, weil für die HAQ bislang keine Normwerte verfügbar sind und außerdem die 12 Items sich zu einem großen Teil auch im HILF wiederfinden.

#### **MTP (Münchener Persönlichkeits-Test)** von v. Zerssen, Pfister und Koeller (1988).

Dieses Verfahren ist ein multidimensionales Persönlichkeits-Inventar zur Erfassung besonders relevant erscheinender Persönlichkeitszüge. Die faktorenanalytisch gewonnenen, hinreichend homogenen und zugleich klinisch unmittelbar relevanten 8 Persönlichkeitsskalen wurden durch einen Vergleich mit den ‚Fünf Faktoren‘ (‚big five‘) der faktorenanalytischen Persönlichkeitsforschung bestätigt. Der Fragebogen erfasst neben Extraversion und Neurotizismus Dimensionen wie Frustrationstoleranz, Rigidität, Isolationstendenz, esoterische Neigungen, Schizoidie und Normenorientiertheit. Dieses Inventar ist für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung jedoch zu einseitig und speziell aufgebaut.

#### **KKG (Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit)** von Lohaus und Schmitt (1989).

Mit dem KKG werden die Ausprägungen spezifischer gesundheits- und krankheitsbezogener Kontrollüberzeugungen erfasst. In der Kurzbeschreibung ist zu lesen: „*Im Zentrum des Interesses steht dabei die Frage, inwieweit der eigene Gesundheitszustand durch eigenes Handeln, durch fremdes Handeln (durch Ärzte, Pflegepersonal etc.) und durch Schicksal und Zufälle beeinflusst wird.*“ Dieses Konstrukt erschien zunächst sehr gut den Ansprüchen meiner Fragestellung zu entsprechen, nämlich die Erwartungen der Klienten zu erfassen, ob und

inwieweit Ereignisse in ihrem Lebensraum beeinflusst werden können oder nicht, das heißt im Falle dieser Untersuchung, ob zum Beispiel Therapeuteninterventionen einen hilfreichen Einfluss auf ihre Problematik haben würden. Dabei werden - nach Aussage der Autoren - „in der Regel drei Arten von Kontrollüberzeugungen unterschieden: 1.) das Eintreten von Ereignissen wird als abhängig vom eigenen Handeln gesehen (*internale Kontrollüberzeugung*), 2.) es wird als abhängig vom Handeln anderer gesehen (*sozial-externale Kontrollüberzeugung*) oder 3.) es wird als nicht beeinflussbar bzw. als abhängig von Zufall und Schicksal aufgefasst (*fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung*).“ Der KKG will spezifische gesundheits- und krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen erfassen.

Als Erhebungsinstrument für meine Untersuchung habe ich dieses Inventar trotz des überzeugenden Konzepts ausgeschlossen, weil es überwiegend auf körperliche Beschwerden fokussiert.

Für meine Untersuchung habe ich schließlich folgendes Inventar ausgewählt:

### **BFKE (Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen) von Diether Höger (1999)**

Dieser Fragebogen, der in die Batterie meiner Fragebögen aufgenommen wurde (s. Anhang A2), ist eine umfassende Neukonstruktion, konstruiert auf der Basis der Bindungstheorie (Ainsworth et al., 1978) und erfragt die Erwartungen von Klienten hinsichtlich ihrer Beziehung zu ihrem künftigen Therapeuten. Er dient nach Höger (Testmanual) "*dem besseren Verständnis für Besonderheiten des Beziehungsverhaltens von Patienten und damit einem theoretisch begründeten differenziellen Vorgehen in der Psychotherapie und zur Psychotherapieforschung bei Fragestellungen zur Indikation/Ansprechbarkeit des differenziellen Vorgehens in der Therapie und der vergleichenden Psychotherapieforschung.*"

Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 32 Items für drei Skalen ; mit ihnen kann die Zugehörigkeit einer Person zu einem von fünf Bindungsmustern bestimmt werden. Höger schreibt zum theoretischen Hintergrund:

*„der BFKE beruht auf der Bindungstheorie (Bowlby, 1988) und der Unterscheidung unterschiedlicher Muster des Bindungsverhaltens (Ainsworth et al., 1978). Er erfasst Varianten bindungsrelevanter Aspekte des Selbstkonzepts.[...] im Sinne der Bindungstheorie werden in dem Verfahren Bindungsmuster definiert als qualitativ unterschiedliche Formen der Verarbeitung bindungsbezogener Informationen ... in bindungsrelevanten Situationen. Bindungsmuster werden daher nicht als Dimensionen operationalisiert, sondern als spezifische Konfigurationen von relevanten Merkmalen der Selbstbeschreibung.“*

Höger schreibt weiter:

*"Personen, in die psychotherapeutische Hilfe suchen, befinden sich mehr oder weniger bewusst in einem Zustand von Kummer und Not. Insofern kann die psychotherapeutische Situation im Sinne der Bindungstheorie als Prototyp einer bindungsrelevanten Situation aufgefasst werden[...] ihr Beziehungsangebot an den Therapeuten werden sie im Sinne ihres Bindungsmusters gestalten, das heißt der individuell im Laufe ihrer bisherigen Lebensgeschichte erworbenen Strategien ihres Bindungssystems. Vor diesem Hintergrund können Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung angemessen verstanden und bearbeitet werden“.*

In faktorenanalytischen Studien konnten drei Dimensionen bindungsrelevanter Aussagen zur (erwarteten) therapeutischen Beziehung identifiziert werden:

„**Akzeptanzprobleme**“. *Beispielitem: „Ich könnte mir denken, dass es meinem Therapeuten zu viel werden könnte, mich und meine Probleme zu ertragen“*

„**Öffnungsbereitschaft**“ *Beispielitem: „Ich werde mit meinem Therapeuten recht leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht“*

„**Zuwendungsbedürfnis**“ *Beispielitem: „Wenn sich mein Therapeut einmal nicht genug um mich kümmern sollte, würde mich das schon sehr entmutigen“*

Mehrere Clusteranalysen mit unterschiedlichen Methoden und Stichproben führten zu fünf stabilen Clustern mit spezifischen Konfigurationen der aus den drei genannten Dimensionen gebildeten Skalenwerte. Diese Cluster werden gemäß dem Strategiemodell von Main (1990) interpretiert als „sicher“ (primäre Strategie) sowie je zwei Varianten der sekundär- deaktivierenden („vermeidend“) und der sekundär-hyperaktivierenden Strategie („ambivalent“). Die möglichen Bindungsmuster werden jedoch in der Auswertung dieser Untersuchung nicht berücksichtigt.

Die Gütekriterien:

zur Objektivität schreibt Höger in seinem Manual (1999): „die Auswertung der Fragebögen ist standardisiert und insoweit objektiv.“

Zur Reliabilität: mit  $r=.79$  bis  $r=.84$  befriedigend bis gut.

Zur Validität: hoch signifikante Übereinstimmungen der Klassifizierungen mit anderen Fragebögen zu Erfassung von Bindungsmustern.

Der BFKE wurde zum einen in die Untersuchungsbatterie aufgenommen, um die Erwartungen meiner Klienten in ihrer Beziehung zu mir als (neu gewähltem) Berater/Therapeuten zu erfassen. Die Erwartung/Hypothese war die, daß Klienten mit einer hohen „Öffnungsbereitschaft“ auch in der Therapeut-Klient-Passung (KLIENTENPROFIL) höher skalieren, im Gegensatz zu Klienten mit einem erhöhten „Zuwendungsbedürfnis“ und vermehrten „Akzeptanzproblemen“.

Der Fragebogen mit seinen 33 Items kann zwischen den Polen „trifft überhaupt nicht zu“ (0) und „trifft genau zu“ (4) skaliert werden. In diesem Fragebogen wird nach den Erwartungen gefragt, die der Klient bezüglich seines Therapeuten hat.

## 2. Fragebögen zur **Therapiemotivation**

Ein Fragebogen zur Therapiemotivation wurde in die Testbatterie aufgenommen, um die Fragestellung zu überprüfen, ob es einen möglichen Zusammenhang zwischen der Motivation des Klienten zur Therapie und den Einstellungen des Therapeuten ihm gegenüber geben würde. In diesem Zusammenhang kamen für mich lediglich zwei Fragebögen in die engere Auswahl:

**FPTM (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation)** von Schulz, Nübling und Rüdell (1995). Es handelt sich hier um ein teilweise psychoanalytisch orientiertes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Aspekten der Psychotherapiemotivation mit dem Ziel, sogenannte „unmotivierte“ Klienten identifizieren zu können. Der FPTM ist somit geeignet für eine Statusdiagnostik vor bzw. bei Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Da der FPTM bisher nur an mehreren Stichproben der psychosomatischen Rehabilitation erprobt und überprüft worden ist, und eher „unmotivierte“ Klienten erfasst werden sollten erschien er für den Einsatz an der in dieser Untersuchung vorliegenden Stichprobe von nicht psychosomatischen Klienten weniger geeignet. Auch die Betonung auf dem psychoanalytischen Konzept der Itemgewinnung schien für meine Fragestellung nicht geeignet zu sein.

Stattdessen wurde der

**FMP (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation** von Schneider, Basler und Beisenherz (1989) in die Untersuchung aufgenommen (darf nicht im Anhang abgebildet werden, da Vertrieb durch den BELTZ-Verlag). Dieses Inventar eignet sich zur Erhebung der motivationalen Ausgangslage eines Patienten im Rahmen therapeutischer Indikationsstellung sowie Forschung in den Bereichen Krankheitsverarbeitung, Behandlungsmotivation bzw. -kooperation. Nicht verwendet werden für diese Untersuchung die Skalen *Krankheitserleben* und *Laienätiologie*.

Rationale: Der FMP basiert auf der Theorie, dass sich die Psychotherapiemotivation über den Prozess des ‚Krankheitserlebens‘ und der ‚Krankheitsverarbeitung‘ konstituiert. Krankheitserleben wird operationalisiert über den Leidensdruck und den Krankheitsgewinn, die als primär affektive Komponenten der Motivation angesehen werden. Die Krankheitsverarbeitung wird operationalisiert über die „Laienätiologie“, die psychotherapeutischen Vorerfahrungen und die Behandlungserwartungen als primär kognitive Komponenten der Motivation. Die verschiedenen Aspekte der Psychotherapiemotivation werden im FMP über vier Subskalen operationalisiert: *Krankheitserleben* (Leidensdruck und Krankheitsgewinn); *Laienätiologie*; *allgemeine Behandlungserwartungen und -einstellungen*; *Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen*. Für meine Untersuchung interessierten nur die Behandlungserwartungen und –Einstellungen der Klienten und vorherige Psychotherapieerfahrungen. Es wurden also nur die beiden letztgenannten Skalen ausgewertet, die allerdings untereinander recht hoch zu .69 korrelieren.

Beispiele für die verwendeten Items:

**Reliabilität:** Die Werte für die innere Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) liegen für die einzelnen Skalen zwischen .71 und .86, für die Gesamtskala bei .91. Der Retestrelabilitätskoeffizient für die Gesamtskala beträgt  $r = .86$ .

**Validität:** Auf der Grundlage einer Validitätsstudie, bei der als Außenkriterium ein Expertenrating vorgenommen wurde, hat sich die Kriteriumsvalidität des Verfahrens als befriedigend erwiesen (Validitätskoeffizient für die Gesamtskala  $r = .36$ ). Weitere Validierungsansätze wie z.B. die Analyse der Konstruktvalidität auf der Grundlage faktoren- und clusteranalytischer Methoden haben ebenfalls zufriedenstellende Ergebnisse gezeigt. NORMEN wurden bisher an  $N = 480$  Patienten mit psychosomatischen und psychoneurotischen Störungen gewonnen. Da diesem Testverfahren in meiner Untersuchung nur eine explorative Funktion zukommt, wurde das relativ geringe  $N$  als ausreichend angesehen.

**Bearbeitungsdauer:** 20 bis 30 Minuten. In Anwendung seit 1989.

Der Test besteht aus vier Subskalen mit insgesamt 47 Items. Für die Interpretation liegen Vergleichswerte für die Subskalen unterschiedlicher klinischer Gruppen vor.

Die Autoren des **FMP** setzen sich mit dem Begriff der Psychotherapiemotivation auseinander, welcher im Folgenden verkürzt wiedergegeben wird.

Der Begriff „Psychotherapiemotivation“ wird keineswegs einheitlich in der Forschung verwendet, auch wenn es lediglich um die Frage geht, ob der Klient Bereitschaft und Voraussetzungen mitbringt, aus eigener Motivation ‚Gewinn‘ aus einer Psychotherapie zu ziehen. Wenn auch stets das gleiche gemeint ist, so unterscheiden sich doch die Operationalisierungen des Terminus „Therapiemotivation“ erheblich. Raskin (1961, S. 65) untersuchte die Patientenvariablen, die im Konzept der Therapeuten auf einen hohen Zusammenhang mit der Psychotherapiemotivation der Klienten hinwiesen und fand fünf Variable, die eine signifikante Korrelation mit der Beurteilung des Klienten durch den Therapeuten als „hoch psychotherapiemotiviert“ aufzeigten. Er schrieb:

*„Klienten, die von ihren Therapeuten eine hohe Eingangsmotivation zur Psychotherapie zugeschrieben bekamen, werden von ihnen etwas mehr oder auch deutlich mehr gemocht als andere Klienten und sie zeigen mindestens Oberschulbildung oder ein gewisses sprachliches Training.“ (S. 65)*

Die Autoren des FMP zitieren Muck und Paal (1968, S. 770), die die Behandlungsmotivation differenzieren in:

- 1. „die Vorstellung des Klienten darüber, was ihm geradezu diesem Zeitpunkt in die Therapie führt und was er von der Behandlung erwartet - also Fragen der Motivation im Sinne einer rationalen Bereitschaft, aktiv an einer inneren Änderung teilzunehmen;*
- 2. den aus dem Verhalten erschlossenen subjektiven Eindruck des Untersuchers über den Leidensdruck des Klienten, im Sinne von emotionaler Einstellung des Klienten zu seinem Leiden und dem Wunsch, es zu verändern.“*

In Untersuchungen von Ruff und Werner (1987) stellte sich als bedeutsamer, die Behandlungsmotivation modifizierender und klärender, Aspekt das Kennenlernen der konkreten Behandlungseinheit heraus, das zur Gruppe der durch das Therapieziel bestimmten Motive zu rechnen sei. Auf die vorliegende Untersuchungssituationen übertragen könnte das heißen, dass bereits im Vorfeld (Vorinformationen über das zu erwartende therapeutische Angebot) und spätestens am Ende der ersten Sitzung der Klient eine durchaus konkrete Vorstellung von dem gewonnen hat, was ihn in der Zusammenarbeit mit *diesem* von ihm gewählten Therapeuten erwarten wird. Dieser Eindruck wird seine weitere Therapiemotivation vermutlich entscheidend beeinflussen.

Diesen Fragebogen zur Messung von Therapiemotivation habe ich deswegen in die Testbatterie mit aufgenommen, weil ich die Fragestellung überprüfen wollte, ob Klienten, die sich selbst eine hohe Eingangsmotivation zur Psychotherapie zuschrieben, vom Therapeuten höhere Sympathiewerte erhalten und auch weitere positive Zuschreibungen im KLIENTENPROFIL erhalten würden.

Die Anleitung stellt zunächst das Anliegen des Fragebogens vor:

*„Der vorliegende Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zu gesundheitlichen (seelischen u. körperlichen) Beschwerden und zu psychologischen Behandlungsformen. Unter einer psychologischen Behandlung wird ein Verfahren zur Heilung oder Linderung von seelischen Erkrankungen verstanden,[...] .Um psychologische Verfahren sinnvoll einsetzen zu können, ist es wichtig, die Einstellung der Patienten gegenüber psychologischen Behandlungen zu berücksichtigen. Der Fragebogen enthält Aussagen, bei denen Sie durch Ankreuzen angeben können, wie sehr diese mit Ihren eigenen Meinungen oder Erfahrungen übereinstimmen.“*

Auf einer 5-stufigen Lickert-Skala können die 47 Items des Fragebogens zwischen „stimmt uneingeschränkt“ (1) und „stimmt überhaupt nicht“ (5) skaliert werden. Ich habe den gesamten Fragebogen ausfüllen lassen, obwohl nur zwei Skalen ausgewertet werden sollten, um mögliche Antworttendenzen nicht zu beeinflussen, die sich bei einer Kurzform ergeben haben könnten und damit den Vergleich mit den Normwerten obskur gemacht hätten.

Zwei Beispiele für die verwendeten Items:

*„Ich befürchte, daß mich die anderen für ‚verrückt‘ halten, wenn ich eine psychologische Behandlung aufsuche.“*



„Ich würde mir viel von einer psychologischen Behandlung erhoffen.“

Für diese Untersuchung ausgewertet wurden die beiden FMP Skalen III ("Allgemeine Behandlungserwartungen") mit 8 Items und IV ("Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie ") mit 20 Items bei einem Teilnehmerkollektiv von N = 49.

### 3. Fragebögen zur Erfassung **allgemeiner Persönlichkeitsfaktoren**

Ein Fragebogen zur Erfassung allgemeiner Persönlichkeitsfaktoren sollte die untersuchte Klientenstichprobe hinsichtlich des Ausprägungsgrads allgemeiner Persönlichkeitsfaktoren mit den Werten einer Normstichprobe vergleichen. Damit sollte die Frage geklärt werden, ob sich die in meiner Untersuchung herangezogene Klientenstichprobe hinsichtlich relevanter Persönlichkeitsmerkmale signifikant von denen einer Normalpopulation unterscheiden würde. Die Auswahl der hierfür infrage kommenden Verfahren erfolgte technologieorientiert. Die technologisch begründete Auswahl orientiert sich an folgenden Kriterien:

- Anerkannte und weit verbreitete Verfahren für Therapieforschung, um die Ergebnisse besser vergleichen zu können.
- Testtheoretische Güte unter besonderer Berücksichtigung der Ökonomie.

Bei den überprüften 16 Verfahren handelt es sich ausnahmslos um Selbsteinschätzungsinstrumente. Die in die engere Auswahl geratenen 9 Verfahren sollen hier kurz dargestellt werden:

#### **NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)** von Borkenau und Ostendorf (1993)

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um einen für viele Anwendungsbereiche geeignetes Breitband-Verfahren zur Erfassung fünf gut replizierbarer Persönlichkeitsfaktoren, wie sie in dem Fünf-Faktoren-Modell („*Big-Five*“) der Persönlichkeit u.a. von Goldberg (1990) entwickelt wurden.

Das NEO-FFI erfasst die fünf Merkmalsbereiche *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit für Erfahrung*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* mit jeweils 12 Items, basierend auf dem so genannten *lexikalischen Ansatz* in der Persönlichkeitspsychologie. Auf der Basis eines lexikalischen Ansatzes, dem zufolge die wichtigsten individuellen Unterschiede ihren Niederschlag in der Sprache und somit im Lexikon gefunden haben, konnten mehrere Forschergruppen fünf hochgradig replizierbare Persönlichkeitsfaktoren extrahieren. Das Inventar eignet sich für einen Einsatz im Rahmen einer ganzheitlich orientierten klinisch-psychologischen Diagnostik, die die Gesamtpersönlichkeit von Klienten berücksichtigt und sich weniger auf die isolierte Erfassung von Symptomen beschränkt.

Obwohl der Fragebogen der Anforderung an ein nicht speziell klinisch ausgerichtetes Breitbandverfahren zu Erfassung der wichtigsten Persönlichkeitsmerkmale entspricht, so wurde er dennoch wegen der kleinen und vor allem im Klinikbereich erhobenen Stichprobe ausgeschlossen.

**SFT (Sechs-Faktoren-Test)** von Drieling, Hecht und v. Zerssen (2007)

Der SFT basiert ebenfalls auf den "Fünf Faktoren" ("Big-Five") der faktorenanalytischen Persönlichkeitsforschung. Er deckt ein breites Spektrum unterschiedlicher Formen des Erlebens und Verhaltens ab und eignet sich deshalb besonders gut für eine vergleichbare Charakterisierung verschiedener Personen und Stichproben. Der Konstruktion dieses Inventars lag der NEO-FFI zu Grunde. Dieses Verfahren wurde jedoch wegen der geringen Standardisierungsstichprobe ausgeschlossen.

**TPF (Trierer Persönlichkeitsfragebogen)** von Becker (1989)

Der TPF verfolgt ein anderes Konstrukt als die ersten beiden Fragebögen und erfasst zwei so genannte "Superfaktoren" (**Verhaltenskontrolle** und **seelische Gesundheit**), weiterhin drei Faktoren zu **seelisch-körperlichen Wohlbefinden**, zwei Faktoren zu **Selbstaktualisierung** und zwei weitere Faktoren zu **selbst- und fremdbezogener Wertschätzung**. Der TPF wurde theoriegeleitet entwickelt. Ausgehend von Annahmen über den Kern und sieben Indikatorenbereichen der seelischen Gesundheit sowie über den "Superfaktor" Verhaltenskontrolle wurde unter Verwendung der Faktorenanalyse sowie von Methoden der klassischen Testtheorie ein Selbstbeschreibungsverfahren mit 120 Items entwickelt. Dieser Fragebogen wurde aus der Auswahl deswegen ausgeschlossen, weil die Beschaffung kompliziert gewesen wäre und desweiteren kaum Vorteile gegenüber dem FPI-R erkennbar waren.

**MTP (Münchener Persönlichkeits-Test)** von v. Zerssen, Pfister und Köller (1988)

Dieses Verfahren ist ein multidimensionales Persönlichkeits-Inventar zur Erfassung besonders relevant erscheinender Persönlichkeitszüge. Die faktorenanalytisch gewonnenen, hinreichend homogenen und zugleich klinisch unmittelbar relevanten 8 Persönlichkeitsskalen wurden durch einen Vergleich mit den „Fünf Faktoren“ der faktorenanalytischen Persönlichkeitsforschung bestätigt. Dieser Fragebogen erfasst neben Extraversion und Neurotizismus Dimensionen wie Frustrationstoleranz, Rigidität, Isolationstendenz, esoterische Neigungen, Schizoidie und Normenorientiertheit. Dieses Inventar ist für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung jedoch zu einseitig und speziell aufgebaut.

**FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar, revidierte Fassung)** von Fahrenberg, Hempel und Selg (2001)

(Der FPI-R ist nicht im Anhang wiedergegeben, da der Vertrieb durch den Hogrefe-Verlag erfolgt.) In einer zusammenfassenden Darstellung der Autoren ist zu lesen (Therapiemanual):

*"Das FPI-R war aus den theoretischen Interessen der Autoren an bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen entstanden. Diese für dieses Inventar ausgewählten Konstrukte haben ihre theoretische Fundierung [...] in einem eigenschaftstheoretischen Ansatz ausgewählter Bereiche der Persönlichkeit. Psychopathologische Konzepte [...] und "klinische Skalen" sind nicht enthalten. Dieses Inventar soll als Beschreibungssystem mittlerer Bandbreite für verschiedene differenziell-psychologische Assessmentaufgaben dienen, deshalb enthält es zusätzlich die Konstrukte E und N (Eysenck) in einer deutschen Rekonstruktion. Die Skalen repräsentieren psychologische Konstrukte, die offensichtlich in den Selbstbeschreibungen der Durchschnittsbevölkerung einen herausragenden Einfluss haben. [...] es handelt sich um robuste Dimensionen eines differenziell-psychologischen Beschreibungssystems [...] das FPI wurde in einer größeren Anzahl von Screening-, Therapie-, Rehabilitations- und Katamnesestudien eingesetzt. [...] Das FPI-R erfasst relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale ... und es ist aufgrund seiner wiederholten und breiten Normierung geeignet, bestimmte klinische u. a. Gruppen*

in wichtigen Persönlichkeitsmerkmalen mit der Durchschnittsbevölkerung zu vergleichen."

Die Bearbeitungszeit dauerte in meiner Untersuchung zwischen 15 bis 25 Minuten.

Mit 138 items werden 12 Persönlichkeitsmerkmale erfasst:

Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen und Offenheit, darüber hinaus Extraversion und Emotionalität (Neurotizismus).

Mit dem FPI-R wurde ein Fragebogen gefunden, der relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale erfassen konnte wie Lebenszufriedenheit, soziale Orientierung, Leistungsorientierung, Gehemmtheit, Erregbarkeit, Aggressivität, Beanspruchung, körperliche Beschwerden, Gesundheitssorgen und Offenheit, darüber hinaus Extraversion und Emotionalität/Neurotizismus. Die Testautoren haben sich um Gültigkeitsnachweise bemüht und die Befunde im Testhandbuch dargestellt. Im Laufe der Testkonstruktion wurden verschiedene Testgütekriterien bestimmt und die Normierung zur Qualitätskontrolle wiederholt. Der Vergleich der beiden Repräsentativerhebungen von 1982 und 1999 zeigte, dass die Struktur des FPI-R sowie testmethodische Statistiken, Reliabilitätskoeffizienten und sogar die Normwerte sehr gut reproduzierbar waren.

**Gütekriterien:**

*Objektivität:* Das FPI-R ist ein standardisierter Fragebogen, so dass die Durchführungsobjektivität als hoch anzunehmen ist.

*Reliabilität:*

Interne Konsistenz: Konsistenzkoeffizienten nach Cronbach-Alpha .73 bis .83 für alle Skalen (N = 3740 aus den alten und neuen Bundesländern).

*Validität:*

Kriteriumsvalidität: Die – allerdings sehr geringe - mittlere Korrelation zwischen FPI-R-Ergebnis und Fremdeinstufung beträgt .38, bei besserem Bekanntheitsgrad zwischen Testperson und Beurteiler .45. (N = 235, 14 bis 73-Jährige).

## 5. Darstellung der Forschungsmethode der Qualitativen Inhaltsanalyse

### 5.1 Theoretische Einführung

Was sind qualitative Forschung und qualitative Inhaltsanalyse?

Ich zitiere hier Strauss und Corbin (1996, S. 3):

*„mit dem Begriff qualitative Forschung meinen wir jede Art der Forschung, deren Ergebnisse keinen statistischen Verfahren oder anderen Arten der Quantifizierung entspringen. Sie kann sich beziehen auf Forschung [...] zu zwischenmenschlichen Beziehungen. Einige Daten können quantifiziert sein wie Bevölkerungsstatistiken, doch die Analyse selbst ist eine qualitative. Eigentlich ist der Begriff qualitative Forschung verwirrend, da er für verschiedene Personen unterschiedliche Dinge bedeuten kann. Einige Forscher sammeln Daten mithilfe von Interviews und Beobachtung - das sind Techniken, die gewöhnlich mit qualitativen Methoden assoziiert werden. Allerdings können diese Forscher die Daten auf eine Art und Weise kodieren, dass sie statistisch analysiert werden können. Im Endeffekt quantifizieren sie also qualitative Daten. [...] wir beziehen uns nicht auf diese Vorgehensweise; wir beschäftigen uns mit einer **nicht-mathematischen analytischen Vorgehensweise**, deren Ergebnisse aus Daten stammen, die mit einer Vielzahl unterschiedlicher Verfahren erhoben wurden.“*

Die Basisfrage qualitativer Forschung könnte lauten: lässt sich die Komplexität des Abbildes der untersuchten Wirklichkeit gemäß dem oben aufgeführten Verständnis von qualitativer Forschung verstehen, erfassen und überprüfbar formulieren?

Aus der Sicht der qualitativen Sozialforschung ist der Verzicht auf Quantifizierbarkeit und auf statistische Verfahren ein wesentliches Merkmal des Forschungszugangs mittels qualitativer Inhaltsanalyse, der sich z.B. der Rekonstruktion (inter-)subjektiver Deutungsmuster unter einer theoriebildenden Perspektive verschrieben hat.

Methoden der Qualitativen Inhaltsanalyse zählen zu den am häufigsten angewandten qualitativ orientierten Auswertungsmethoden, nicht nur in der Psychologie, sondern auch in anderen sozial- und kommunikationswissenschaftlichen Disziplinen, wo es darum geht, systematisch mit der Analyse von Texten zu arbeiten. Ihre Stärke liegt darin, mittels einer theoriegeleiteten und regelgeleiteten, interpretativen Analyse von Text ein tieferes Verständnis des Gegenstandsbereiches und gleichzeitig verallgemeinerbares Forschungsergebnis im Sinne eines qualitativ interpretierbaren Instrumentariums zu ermöglichen. Quantitative sozialwissenschaftlicher Methoden arbeiten hingegen zumeist deduktiv-hypothesenprüfend, gehen oft von à priori Kategorien aus, erfassen diese über unterschiedliche Messmethoden und beziehen sich auf mathematisch-statistische Auswertungsroutinen.

**Gegenstand (qualitativer) Inhaltsanalyse ist die fixierte (non-)verbale Kommunikation. Nicht nur der manifeste Inhalt des Materials kann erschlossen werden, sondern auch ihr latenter Inhalt durch Interpretation im Textkontext.** Die qualitative Inhaltsanalyse stellt einen Ansatz empirischer, methodisch kontrollierter Auswertung dar, wobei das Material in seinem Kommunikationszusammenhang nach inhaltsanalytischen Regeln ausgewertet wird, so dass vorschnelle Quantifizierungen vermieden werden können.

Das Vorgehen: Kommunikationsinhalte unterschiedlichster Art werden nach festgelegten Regeln zu Kategorien klassifiziert, wobei nach Möglichkeit mit erfahrenen und geschulten Auswertern gearbeitet wird. Diese durchforsten die verbal-kommunikativen Sequenzen nach Gemeinsamkeiten und ordnen diesen thematisch abstrahierende Codes zu.

In der quantitativen Inhaltsanalyse werden für jede ‚*Dimension*‘ (Häufigkeit, Ausprägungsgrad, Richtung etc.) Analysekategorien (‚*Faktoren*‘) entwickelt, denen das vorliegende Material zugeordnet wird. Mit diesen Daten kann eine statistische Auswertung vorgenommen werden, z.B. als Gruppen- und Zeitvergleich. Diese Methode eignet sich z.B. zur Erfassung bestimmter Worte, ihrer Quantifizierung und Auszählung, oder um grammatikalische Konstruktionen oder rhetorische Wendungen zu erfassen.

Die **qualitative** Inhaltsanalyse ist sowohl ein induktives als auch ein deduktives Verfahren. Dieses Vorgehen ermöglicht es auch, Kommunikationsinhalte, die nicht explizit ausgesprochen werden, in die Analyse mit einzubeziehen. Durch eine systematische, fortlaufende und reduktionistische Interpretation wird die inhaltliche Bedeutung von Aussagen ermittelt, ohne die Daten auf quantifizierbare Aussagen zu reduzieren. Der Forschungsprozess entwickelt sich induktiv aus der Bearbeitung des Datenmaterials über sich sukzessiv ergebende Interpretationen bis hin zu einer elaborierten Theorie. Nebenbei bemerkt, ergibt sich hier allerdings ein Konflikt: Einerseits sollten Theorien möglichst einfach, d. h. übersichtlich sein, andererseits aber auch konzeptionell so detailliert und gleichzeitig dicht, dass eine Versimplifizierung der komplexen Wirklichkeit vermieden wird.

Im ersten Schritt wird nach Materialsichtung ein **Kategoriensystem** entwickelt; mit diesem lassen sich durch die interpretativen Techniken der Zusammenfassung, Explikation und/oder Strukturierung Aussagen aus dem Text herausfiltern.

Man muss sich allerdings klarmachen, dass der Gegensatz zwischen ‚qualitativen‘ und ‚quantitativen‘ Methoden eher scheinbar ist: Auch eine quantitative Analyse kommt ja nicht ohne qualitative Ordnungssysteme aus, im Gegenteil: Sie hat diese fast stets zur Voraussetzung. Es geht daher meist nur um eine Veränderung der Blickrichtung:

Mittels qualitativer Analyse lässt sich der Prozeß des Verstehens, d.h. der Vorgang der hermeneutischen Analyse und der Explikation von Bedeutung überwiegend begrifflich und umfassend nachvollziehen, während quantitative Analysen die erfaßten Sinngehalte eher über Häufigkeiten bzw. Assoziationsmuster auswerten, um so zu statistisch analysierbaren Aussagen, Vergleichen, Trendmustern etc. zu kommen.

## 5.2 Einige Modelle inhaltsanalytischer Datenauswertung

- **Kontentanalyse nach Strupp**

Erst durch die Einführung von Tonbandaufnahmen ließe sich die verbale Interaktion zwischen Behandler und Klient relativ vollständig und objektiv erfassen und beliebig häufig reproduzieren. Die Auswertung von Verbatimtranskripten macht es möglich, die transkribierten Inhalte mehreren Beurteilern zur Bewertung oder Analyse vorzulegen; damit können verschiedene Einzelaspekte der verbalen Anteile der Therapeut-Klient-Beziehung mittels objektiver Beurteilungsverfahren, wie zum Beispiel der Kontentanalyse, ausgewertet werden. Bereits ab den fünfziger Jahren arbeitete Strupp (1957) mit kontentanalytischen Kategoriensystemen.

Das Kategoriensystem von Strupp (1973) schlüsselt die Komplexität des kommunikativen Geschehens in therapeutischen Gesprächen zu verschiedenen Faktoren des Therapeutenverhaltens mit dem Ziel auf, einen möglichst interferenzarmen Vergleich unterschiedlicher Interventionsstile vorzunehmen. Strupp unterschied in der zweiten Fassung seines kontentanalytischen Systems von 1965 folgende von ihm s.g. Hauptkategorien zur Klassifikation des verbalen Interventionsstils von Therapeuten: *Minimaläußerung*, *Exploration*, *Klarifikation*, *Interpretation*, *Strukturierung*, *direkte Führung*, *nicht klar therapierelevante Intervention*, *nicht klassifizierbare Intervention*.

Mit dieser Methode führte im Rahmen einer medizinischen Dissertation Wolff (1988) eine Untersuchung durch, mit der die verbale Dimension der Arzt-Patient-Interaktion in psychiatrischen Gesprächen erfasst werden sollte. Für jedes von 24 untersuchten psychiatrischen Gesprächen ermittelten Wolff und Mitarbeiter die auf eine Minute normierten Häufigkeiten, die absoluten Häufigkeiten der verschiedenen Interventionsarten nach Strupp, die Gesamtzahl der Therapeuteninterventionen und die prozentualen Anteile der einzelnen Kategorien nach Strupp. Untersuchungseinheiten waren die Therapeuteninterventionen, wobei eine Intervention definitionsgemäß eine im Verbatimtranskript ununterbrochen aufgeführte Therapeutenäußerung zwischen zwei verbalen Äußerungen des Patienten darstellte.

Ergebnisse: Die Kategorie der *minimalen Äußerungen* wurde als häufigste Therapeuteninterventionsart repräsentiert, die *direkte Führung* war die zweithäufigste Interventionsart und an dritter Stelle folgte die Kategorie der *Exploration*. Weiterhin zeigte sich, dass weniger erfahrene Untersucher den Kommunikationsfluss bevorzugt explorativer und direkter gestalten. Bei erfahrenen Untersuchern zeichnete sich ein gegenläufiger Trend ab. Sie gewannen erforderliche Informationen vorwiegend indirekt partizipierend, das heißt über *Klarifikation*, *Interpretation* und *Minimaläußerungen*. Mit wachsender Erfahrung der Interviewer nahmen die Häufigkeiten dieser letztgenannten Kategorien zu. Diese Ergebnisse ergeben sich wohlge-merkt aus der Analyse von psychiatrischen Gesprächen, in die im allgemeinen mehr als ein Vehikel für psychopharmakologische Interventionen dienen und daher nicht als repräsentativ für psychotherapeutische Gespräche verstanden werden können. Marx (1976) stellte jedenfalls fest, dass Gespräche mit vielen minimalen Äußerungen der Therapeuten von den Patienten als vertrauensvoll und angenehm erlebt werden.

Kitzmann, Kächele und Thom (1974) untersuchten ebenfalls mit Hilfe eines modifizierten kontentanalytischen Systems nach Strupp qualitativ das Explorations- und Interpretationsverhalten der Therapeuten. Sie kamen zu der Schlussfolgerung, dass erfahrene im Vergleich zu weniger erfahrenen Therapeuten häufiger interpretativ und weniger explorativ intervenierten.

Es ergab sich auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an explorativen und interpretativen Therapeutenäußerungen und der Bereitschaft der Klienten, eine konfliktzentrierte Therapie zu wählen.

### Kommunikationsmodell von Mayring

Nach Mayring (2000) lassen sich die Grundgedanken inhaltsanalytischen Vorgehens, die auch für die Entwicklung der von mir vorzunehmenden qualitativen Inhaltsanalyse gelten, wie folgt zusammenfassen:

- **Einordnung in ein Kommunikationsmodell:** Hier soll festgelegt werden, was das Ziel der Analyse ist: Variablen des Textproduzenten (dessen Erfahrungen, Einstellungen, Gefühle), der Entstehungssituation des Materials, der soziokulturelle Hintergrund, die Wirkung des Textes.
- **Regelgeleitetheit:** Das Material wird, einem inhaltsanalytischen Ablaufmodell folgend, in Analyseeinheiten zerlegt und schrittweise bearbeitet.
- **Kategorien im Zentrum:** Die Analyseaspekte werden in Kategorien gefasst, die genau begründet werden und im Laufe der Auswertung überarbeitet werden (Rückkopplungsschleife).
- **Gütekriterien:** Das Verfahren will prinzipiell nachvollziehbar sein, seine Ergebnisse im Sinne eines Triangulationsansatzes mit anderen Studien vergleichbar machen und auch Reliabilitätsprüfungen einbauen.

In der Anwendung qualitativer Inhaltsanalyse stehen zwei Ansätze zur Verfügung, die induktive Kategorienentwicklung und die deduktive Kategorienanwendung. Da es mir in meiner Arbeit darauf ankommt, aus dem Material des frei zu beantwortenden Teils meines Fragebogens sinnvolle Auswertungsaspekte nahe an den gewonnenen Daten und aus ihnen heraus zu entwickeln, kommt hier nur der Aspekt induktiver Kategorienentwicklung infrage.

Hierzu schlägt Mayring das folgende Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung vor:

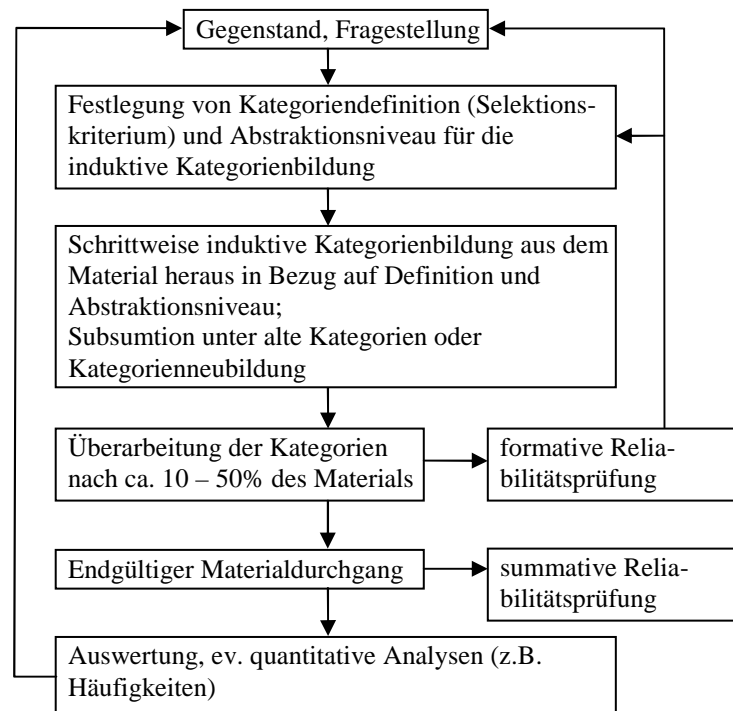


Abb. 4: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung von Mayring (2000)

Übertragen auf meinem Forschungsgegenstand würde das Modell wie folgt aussehen:

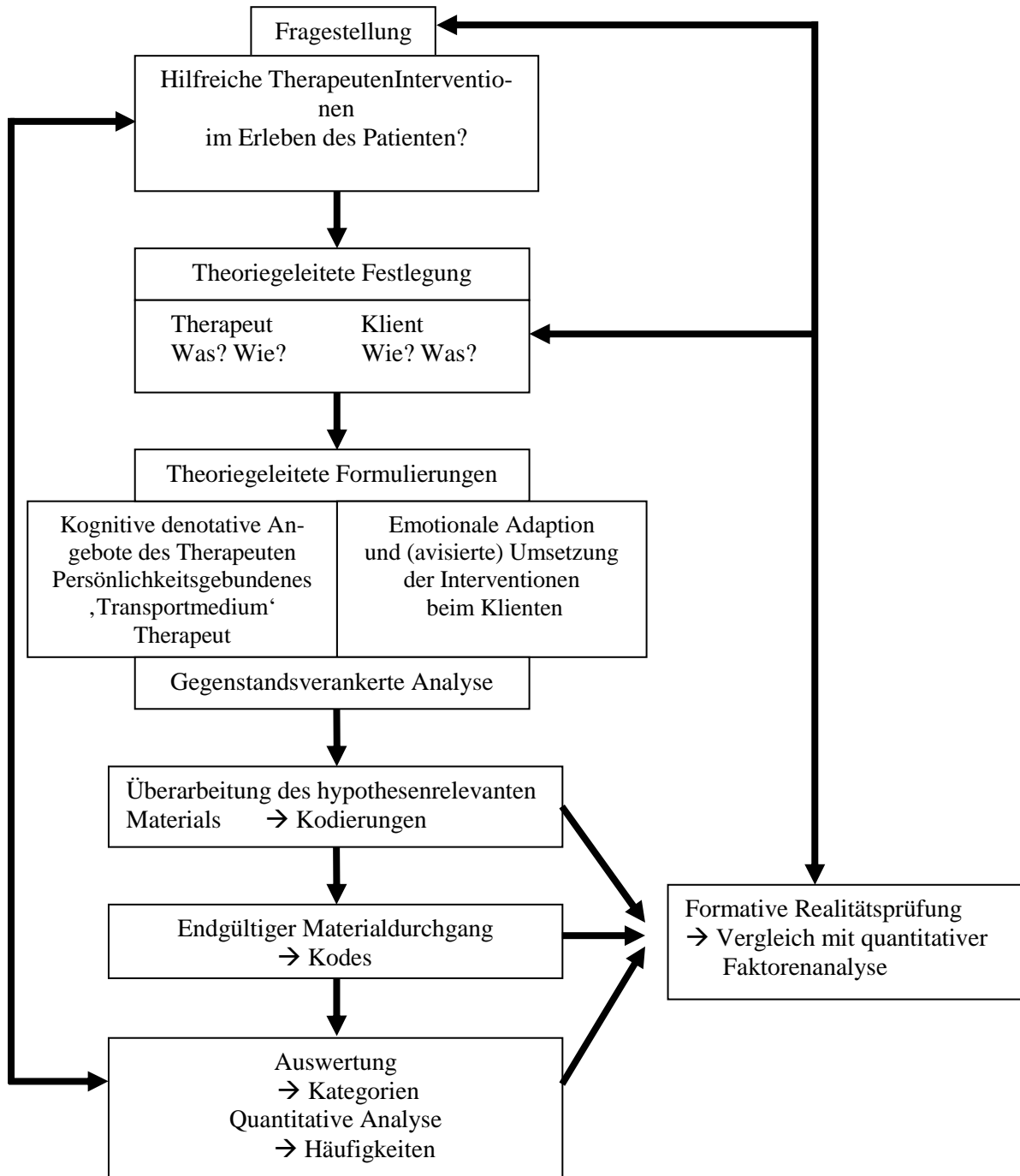


Abb. 5: Auf diese Studie übertragenes, von mir modifiziertes Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring



In der **qualitativen Inhaltsanalyse** kann man nach Mayring vier Aspekte unterscheiden:

- die **zusammenfassende Inhaltsanalyse**: Reduzierung des Textmaterials zu einem Kurztext unter Beibehaltung der wesentlichen Inhalte,
- die **induktive Kategorienbildung**: aus dem Textmaterial werden Kategorien (oder Codes) entwickelt, unter die die Inhalte oder sonstigen Textmerkmale subsumiert werden können,
- die **strukturierende Inhaltsanalyse**: das Textmaterial wird unter bestimmten Kriterien analysiert, um spezifische Aspekte besonders herauszuheben,
- die **explizierende Inhaltsanalyse**: die untersuchten Inhalte werden so gut wie möglich - auch unter Hinzuziehung sonstigen Materials, Hintergrundwissens usw. - in verständliche Begrifflichkeiten übersetzt und komprimiert,

Aus den so erhaltenen Daten wird ein **Kodierschema** entwickelt, aus dem sich Definitionen ableiten lassen, nach denen Worte oder andere Textmerkmale sinnvoll ‚einzuordnen‘ sind. Dazu besteht schon deshalb eine Notwendigkeit, weil die menschliche Sprache nur zum Teil denotativ, zum anderen Teil metaphorisch gebraucht wird.

Zur Frage der Reliabilität: im Rahmen dieser Untersuchung ist damit die Zuverlässigkeit der Zuordnungen der extrahierten Textbestandteile zu den heuristisch entwickelten Kodierungen, Codes und letztendlich Kategorien gemeint. (Es handelt sich hier um eine von mir vorgenommene begriffliche Einteilung, die w. u. ausführlich dargestellt wird. Vorweg nur eine kurz gefasste Erläuterung: *Kodierung* meint einen ersten Reduktionsschritt, in dem für die Fragestellung relevante Sätze aus den Transskripten markierte und zusammen mit ähnlichen Phänomenen dieselben Namen (Begriffe) bekommen. Vergleichbare/ähnliche Kodierungen werden in einem zweiten Reduktionsschritt zu *Kodes* reduziert, diese wiederum in einem weiteren Reduktionsschritt nach übergeordneten Begrifflichkeiten zu *Kategorien*.)

Sowohl ist damit zu rechnen, dass ein und dasselbe zu kodierende Element von verschiedenen Personen (Klient/Versuchsperson/Untersucher, *Rater*) unterschiedlich beurteilt wird, als auch damit, dass ein und dasselbe zu kodierende Elemente von derselben Person (Klient/Versuchsperson/Untersucher, *Rater*) zu verschiedenen Zeitpunkten verschieden beurteilt wird. Auf diese Art der Reliabilitätsprüfung wurde verzichtet, da sie mit dem vorliegenden Material und auch unter der gegebenen Konstruktion (Forschungsgegenstand = Untersucher = Auswertender) schwer möglich gewesen wäre. Zur Reliabilitätsprüfung werden größere Untersuchungen mit Wiederholungscharakter, einer größeren Anzahl an Therapeuten und auswertenden/Ratern gefordert werden müssen.

### 5.3 Die ‚Grounded Theory‘ von Glaser und Strauss

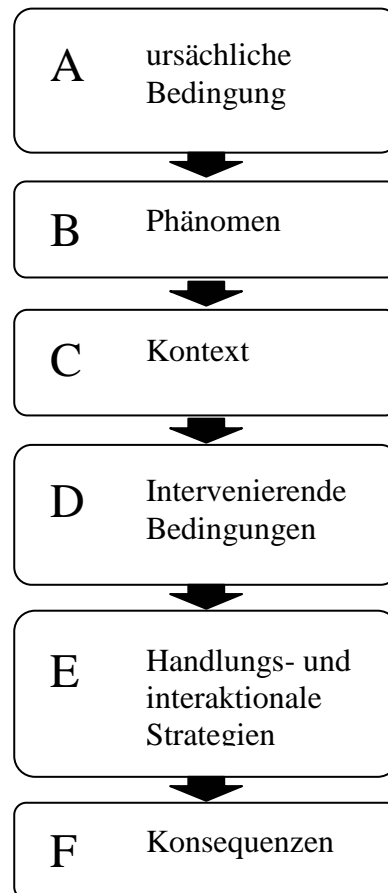
Zur Auswertung und Interpretation der qualitativen Daten meiner Studie scheint mir das Konzept der ‚Grounded Theory‘ angemessen zu sein.

#### Allgemeine konzeptionelle Merkmale des Modells von Glaser und Strauss

Interessanterweise versäumt es Mayring, in seinem oben zitierten Kurzaufsatz, auf die hervorragend ausgearbeitete Methode der ‚Grounded Theory‘ aufmerksam zu machen, die schon von Glaser, Strauss und Corbin (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1996) den sechziger Jahren des vorherigen Jahrhunderts zum ersten Mal ausgearbeitet wurde. Ich habe diese Vorgehensweise für den qualitativen Auswertungsteil meiner Arbeit gewählt, weil sie die Kriterien für gutes wissenschaftliches Vorgehen erfüllt: Signifikanz, Vereinbarkeit von Theorie und Betrachtung, Generalisierbarkeit, Reproduzierbarkeit, Präzision, Regelgeleitetheit, Verifizierbarkeit. Ich werde daher zunächst die Methode der ‚Grounded Theory‘ kurz erläutern.

Die qualitative Methode der ‚Grounded Theory‘ wurde von den Soziologen Glaser und Strauss entwickelt, als sie eine Strategie suchten, die es ihnen ermöglichen sollte, in der Forschung mit ungebundenen Daten umgehen zu können, das heißt Möglichkeiten anzubieten, mit denen sich Beschreibungen und Erklärungen konzeptualisieren lassen würden. Sie gingen davon aus, dass die zu extrahierenden Kategorien implizit von den untersuchten Daten nahe gelegt würden und dementsprechend auch zwanglos auf sie anwendbar sein müssten. Mit anderen Worten: eine Theorie auf der Grundlage von Daten zu generieren bedeutet nach den Autoren, dass Hypothesen und Konzepte nicht nur aus den Daten stammen sollten, sondern im Verlauf der Forschung auch systematisch mit Bezug auf die Daten ausgearbeitet werden können. Damit ist die Generierung einer Theorie als ein fortlaufender Prozess zu verstehen. Und die Autoren meinen, dass der Ursprung eines Modells nicht in den Daten selbst liegen muss; doch die Modell-Generierung sollte in Beziehung zu den Daten gebracht werden, ansonsten könnten möglicherweise Theorie und empirische Welt nicht zueinander finden. Die Autoren entwickelten ein Modell, anhand dessen sie zeigen konnten, wie qualitative Daten erhoben, kodiert und analysiert werden müssen, um eine Theorie zu generieren.

Das paradigmatische Modell von Strauss und Corbin stelle ich vereinfacht so dar:



**Abb. 6: Das paradigmatische Modell von Strauss und Corbin in vereinfachter Darstellung**

Strauss und Corbin (1996, S. 7f):

*„Die ‚Grounded Theory‘ ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander. Am Anfang steht nicht eine Theorie, die anschließend bewiesen werden soll. Am Anfang steht vielmehr ein Untersuchungsbereich - was in diesem Bereich relevant ist, wird sich erst im Forschungsprozess herausstellen. Eine gut und konstruierte Grounded Theory muss viel zentrale Kriterien zur Beurteilung ihrer Anwendbarkeit auf ein Phänomen erfüllen: Übereinstimmung, Verständlichkeit, Allgemeingültigkeit **und** Kontrolle.*

*Weil die Theorie die Wirklichkeit darstellt (Einwand U.M. sie kann eine so definierte Wirklichkeit höchstens nur ungenau abbilden, d. h., sich ihr annähern!) sollte sie sowohl für die befragten und untersuchten Personen als auch für Praktiker in diesen Bereich verständlich und sinnvoll sein. Wenn die Daten, auf denen die Theorie basiert, umfassend sind und die Interpretationen konzeptuell und weitreichend, dann sollte die Theorie abstrakt genug sein und ein ausreichendes Maß an Variation beinhalten, um auf*

*eine Vielzahl von Kontexten angewendet werden zu können, die mit dem untersuchten Phänomen in Beziehung stehen. Schließlich sollte die Theorie Kontrolle des Handelns ermöglichen, das sich auf das Phänomen bezieht. Die Theorie eignet sich zur Handlungskontrolle, da die Hypothesen über Beziehungen zwischen Konzepten systematisch von konkreten Daten abgeleitet sind, die mit dem (und nur diesem) Phänomen in Zusammenhang stehen. Des Weiteren sollten die Bedingungen, auf welche sich die Theorie bezieht, eindeutig offen gelegt werden. [...] Die ‚Grounded Theory‘ ist eine qualitative Forschungsmethode bzw. Methodologie, die eine systematische Reihe von Verfahren benutzt, um eine induktiv abgeleitete, gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu entwickeln. Die Forschungsergebnisse konstituieren eine theoretische Darstellung der untersuchten Wirklichkeit, anstatt aus einer Anhäufung von Zahlen oder einer Gruppe locker verbundener Themen zu bestehen. Durch diese Methodologie werden die Konzepte ihrer Beziehungen zueinander nicht nur erzeugt, sondern sie werden auch vorläufig getestet. [...] Das Ziel der Grounded Theory ist das Erstellen einer Theorie, die dem untersuchten Gegenstandsbereich gerecht wird und ihn erhellt.“*

Die *Grounded Theory* bietet ein Konzept von äußerst nützlichen Verfahren - im wesentlichen Leitlinien und Vorschläge für Auswertungstechniken - nicht jedoch starre Anweisungen. Dennoch lässt sich von einer relativ streng qualitativen Methode sprechen, mit der sich gegenstandsverankerte (*grounded*) Theorien entwickeln lassen (Prinzip der Regelgeleitetheit). Das Material wird, einem inhaltsanalytischen Ablaufmodell folgend, in Analyseeinheiten zerlegt und schrittweise bearbeitet. Die Analyseaspekte werden in Kategorien gefasst, die genau begründet und im Laufe der Auswertung überarbeitet und konzeptualisiert werden (Rückkopplungsschleife). Es wird somit ein System von kategorisierenden Begriffen festgelegt, anhand dessen durch die interpretativen Techniken der Zusammenfassung, Explikation und/oder Strukturierung Aussagen aus dem Text herausgefiltert werden.

Der Grundgedanke ist dabei, ein Definitionskriterium festzulegen, nach dem bestimmte Aspekte im Material berücksichtigt werden sollen, und dann schrittweise das Material danach durcharbeiten. Es handelt sich dabei um ein induktives Vorgehen mit im wesentlichen zwei Aspekten: der Konzeptualisierung und Kategorisierung von Rohdaten einerseits und der Verknüpfung der extrahierten Konzepte und Kategorien und deren Eigenschaften miteinander andererseits. Wenn auch die Autoren der *Grounded Theory* meinen, eine Theorie induktiv aus den vorgegebenen Daten ableiten zu können, um sie dann theoretisch verarbeiten und dann adäquat überprüfen zu können, so darf man natürlich nicht vergessen, dass jede Wissenschaftstheorie erst ihre Gegenstände erschafft, also bereits auf theoretische Vorannahmen zurückgreift!

Ziel der *Grounded Theory* ist es, Strukturen bei diesem Textmaterial herausarbeiten, die Sache selbst zur Sprache kommen zu lassen, im Sinne der ‚qualitativen Hermeneutik‘. Aus der Sicht der qualitativen Sozialforschung ist der Verzicht auf Quantifizierbarkeit und statistische Auswertungsverfahren ein wesentliches Merkmal dieses Forschungszugangs, der z. B. - wie in dieser Untersuchung - die Rekonstruktion subjektiver Deutungsmuster unter theoriegenerierender Perspektive unternimmt.

Der Prozess der erstmaligen Datenfilterung wird ‚Kodieren‘ genannt. Es geht hier prinzipiell um eine „gewissenhafte Beschreibung“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 7) beim Analysieren und Darstellen der Ergebnisse. In meiner eigenen Arbeit bediene ich mich dieses Vorgehens, weil eine vollständige Präsentation der gesammelten Klientendaten zur hilfreichen Therapeuteninterventionen lediglich unübersichtlich und verwirrend wäre, so dass sich das Reduzieren und Ordnen des Materials im Hinblick auf eine genaue Beschreibung dessen, was untersucht wurde, von selbst nahelegt. Das Reduzieren und Ordnen der vorliegenden Daten ohne subjektive

Selektion und Interpretation wäre unmöglich. Eine ‚Vor-Annahme‘ bzw. ein implizites heuristisches Modell zur Entwicklung eines intuitiven Vorgehens ist unvermeidbar. In der qualitativen Inhaltsanalyse werden auch Kommunikationsinhalte mit einbezogen, die nicht explizit ausgesprochen werden. Aus dem so entstandenen komprimierten, interpretativem Material kann ein Konzept entwickelt und eventuell zu anderen Konzepten in Beziehung gesetzt werden, um ein theoretisches Abbild einer vermuteten (aber nie wirklich faktisch erkennbaren) Wirklichkeit erzeugen zu können. Entscheidend ist dabei, dass ein so entstandenes theoretisches Modell einen Rahmen für Handlungsanleitungen bieten kann. Mit dem Begriff ‚Konzepte‘ sind „konzeptuelle Bezeichnungen oder Etiketten gemeint, die einzelnen Ereignissen, Vorkommnissen oder anderen Beispielen für Phänomene zugeordnet werden“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 43)

Strauss und Corbin haben in ihrer Methode verschiedene Phasen des Kodierens aufeinander aufgebaut:

‚Offenes kodieren‘, ‚axiales Kodieren‘ und ‚selektives Kodieren‘

Diese Phasen sollen zunächst einmal beschrieben werden. Als Kodieren beschreiben Strauss und Corbin den Prozess der Datenanalyse.

### **Erste Phase: Das offene Kodieren**

Unter *offenem Kodieren* verstehen Glaser, Strauss und Corbin den Prozess des „*Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens*“ der Rohdaten. Offenes Kodieren ist nach den Autoren der Teil der Analyse, in dem die Phänomene der Rohdaten nach eingehender Untersuchung benannt und kategorisiert werden. Dieser analytische Schritt ist grundlegend für die weiterführende Analyse. Die Daten werden in einzelne Teile segmentiert („aufgebrochen“), auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin verglichen, um gezielte Fragen über die Phänomene stellen zu können, wie sie sich in den Daten widerspiegeln (was ist das? Was repräsentiert es?). Die fokussierten Phänomene werden nach Ähnlichkeit bzw. Verschiedenheit durchforstet und entsprechend in vorläufige *Konzepte* und letztendlich in *Kategorien* gruppiert, umso einen höheren Abstraktionsgrad der phänomenologischen Beschreibung zu erzielen. Durch die Kategorisierung von Konzepten, die zu demselben Phänomen zu gehören scheinen („scheinen“, weil zu diesem Zeitpunkt jede vermutete Beziehung als provisorisch angesehen werden muss), werden ihnen adäquate Benennungen gegeben, womit die untersuchten Bereiche des Geschehens/Gegenstandes angemessen beschrieben werden können. Mit *Kategorisierung* ist also der *Prozess des Kodierens der Konzepte* gemeint. Kategorien besitzen konzeptionelle Stärke, sie müssen also in der Lage sein, andere Gruppen von Konzepten oder Subkategorien zusammenzufassen.

In meiner Studie habe ich folgende Fragen im Rahmen des selektiven Kodierens gestellt: Was macht der Therapeut? Wie macht der Therapeut das? Was empfindet der Klient? Welche Konsequenzen zieht der Klient?

Die Benennung der Phänomene, die Zusammenfassung zu Konzepten und die daraus folgende Kategorisierung dieser Konzepte ist auf jeden Fall ein „suchender“ Akt des Untersuchers. Nach Strauss & Corbin ist bei dieser Verdichtungsarbeit die ‚theoretische Sensibilität‘ und das Kontextwissen des Forschers gefragt, die sich im Wesentlichen auf seine beruflichen, aber auch auf seine unmittelbaren Erfahrungen mit dem gegenwärtigen Forschungsprojekt gründen. Insbesondere in den kreativen Prozessen von Interpretation und Kodierung ist der berufliche Erfahrungsschatz des Therapeuten/Forschers gefordert. Strauß und Corbin verlangen darüberhinaus auch eine gewisse ‚methodische Strenge‘, was bedeutet, dass der Forscher eine

gewisse Distanz zum Forschungsgegenstand halten muss, um die richtigen, weiterführenden Fragen an die Daten stellen zu können. In meiner eigenen Datenanalyse habe ich sehr darauf geachtet, dass ich bis zum Schluss meine Skepsis gegenüber den jeweiligen aus der Datenmenge extrahierten Begrifflichkeiten mich zu wahren bemüht habe, was eben auch eine große Ausdauer voraussetzte, um diese doch sehr langwierige Kleinarbeit bewältigen zu können.

Mit dem offenen Kodieren werden in der Auswertung meiner Studie zahlreiche verschiedene Kategorien identifiziert. Einige davon werden zu spezifischen Phänomenen gehören, wie z.B. *Zuhören, Abwarten, Aufmerksamkeit des Therapeuten*. Andere Kategorien werden auf Bedingungen verweisen die sich auf diese Phänomene beziehen, wie z. B. *Präsenz des Therapeuten*. Wiederum andere Kategorien bezeichnen Handlungs- und interaktionale Strategien, die eingesetzt werden, um das Phänomen zu bewältigen, damit umzugehen, darauf zu reagieren, wie z. B. *Konfrontation durch den Therapeuten*. Einige Kategorien beweisen schließlich auf Konsequenzen der Handlung/Interaktion, und zwar wieder in Beziehung zu einem spezifischen Phänomenen, wie z.B. *Klient wird ein Risiko eingehen*. In meiner Arbeit ist es notwendig, eine Auswahl der möglichen Kategorienbildung zu treffen: im Fokus sind therapeutische Strategien und therapeutische Modi.

Nachdem nun das offene Kodieren abgeschlossen ist, folgt ein nächster Schritt, mit welchem die extrahierten/gefundenen konzeptionellen Begriffe in einen handlungsbezogenen Zusammenhang gebracht werden können. Für diesen Schritt haben die Autoren das axiale Kodieren entwickelt:

#### **Zweite Phase:** Das axiale Kodieren

Die im bisherigen Prozess entwickelten Beschreibungen werden in einen handlungslogischen Bezug gebracht, d. h. dass die Daten nach dem offenen Kodieren durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien auf neue Art zusammengesetzt werden. Dabei wird ein sog. *Kodier-Paradigma* benutzt, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht. Wie die Autoren es ausdrücken, bringt das Kodieren die Ermittlung von Beziehungen in Form von Hypothesen mit sich. Nachdem das offene Kodieren die Daten aufgebrochen hat und es erlaubt hat, einige Kategorien zu identifizieren, fügte das axiale Kodieren diese Daten auf neue Art wieder zusammen, indem Verbindungen zwischen einer Kategorie und ihrem Subkategorien ermittelt werden. (Hieraus werden später dann die Haupt- und Metakategorien extrahiert.) Strauss und Corbin (1996, S. 76f) schreiben

*„beim axialen Kodieren liegt der Fokus darauf, eine Kategorie (Phänomen) in Bezug auf die Bedingungen zu spezifizieren, die das Phänomen verursachen; den Kontext (ihren spezifischen Satz von Eigenschaften), in den das Phänomen eingebettet ist; die handlungs- und interaktionalen Strategien, durch die es bewältigt, mit ihm umgegangen oder durch die es ausgeführt wird; und die Konsequenzen dieser Strategie. Weil diese spezifizierenden Kennzeichen einer Kategorie ihre Präzision verleihen, nennen wir sie Subkategorien. Eigentlich sind es ebenfalls Kategorien, aber weil wir sie in einer bestimmten Beziehung mit einer Kategorie verbinden, fügen wir die Vorsilbe ‚Sub‘ hinzu. [...] Obgleich offenes und axiales Kodieren getrennte analytischer Vorgehensweisen sind, wechselt der Forscher zwischen diesen beiden Modi hin und her, wenn er mit der Analyse beschäftigt ist.“*

Das von Strauss und Corbin (1996, S. 78) entworfene Modell wird von ihnen prinzipiell als lineares Modell verstanden (s.w.o.), obwohl sie an einigen Stellen ihren transaktionalen Ansatz hervorheben und auf rückkoppelnde Elemente hinweisen. In der nachfolgenden Darstel-

lung habe ich deshalb rückkoppelnde Schleifen eingezeichnet, um damit der Gefahr linearer Kausalitätsannahmen vorzubeugen.

Das paradigmatische Modell von Strauss, abgewandelt und aus der ursprünglich linear dargestellten Kausalitätsabfolge in einen Mehrfach-Ebenen-Zusammenhang transformiert, könnte jetzt so dargestellt werden:

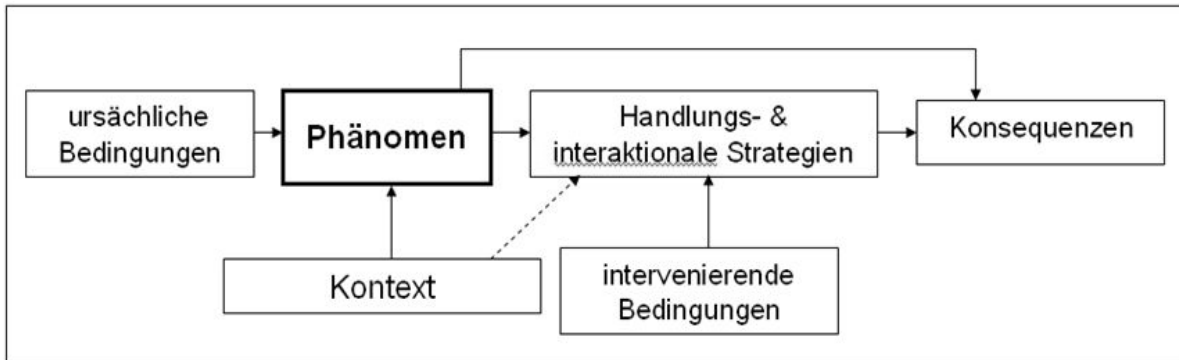


Abb. 7: Von mir modifiziertes paradigmatisches Modell nach Strauss und Corbin (1996)

Ich habe mich jedoch mit dieser Modifikation noch nicht zufrieden geben können da die in dieser Arbeit von mir fokussierten Zusammenhänge sich besser in einem transaktionalen Zusammenhang darstellen lassen, der auch Rückkopplungsschleifen berücksichtigt, wie in der folgenden Abbildung dargestellt:

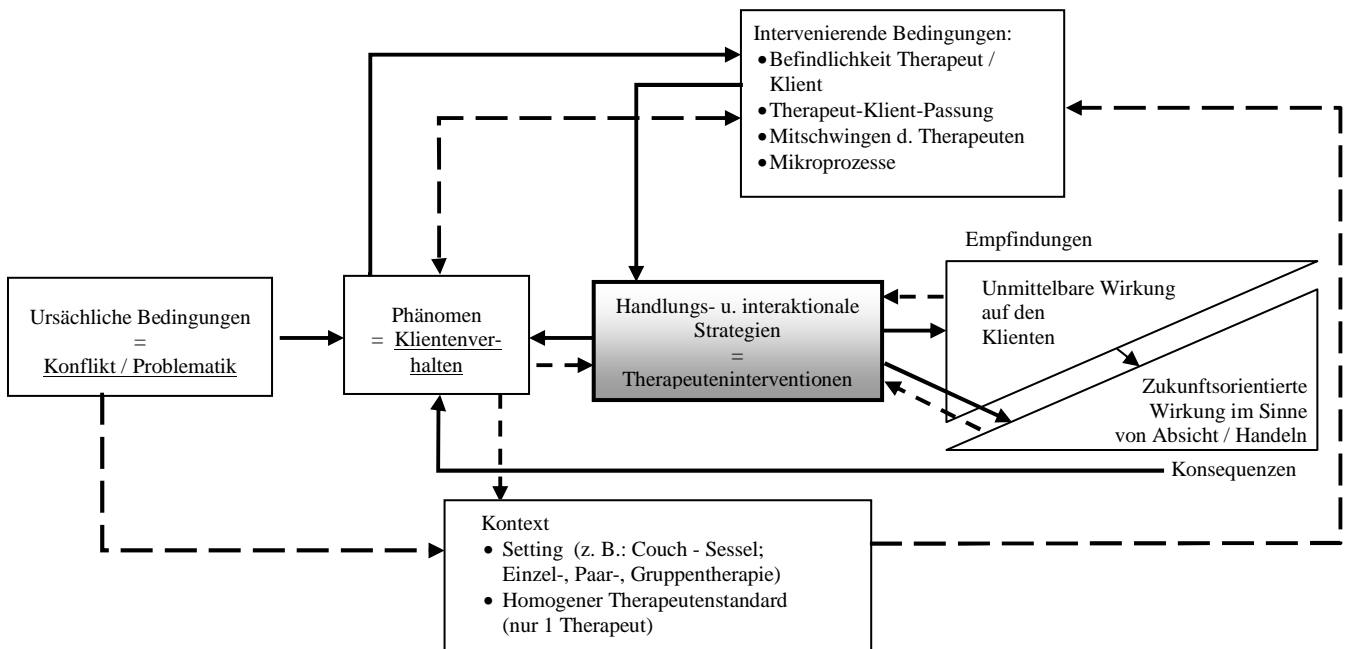


Abb. 8: Von mir modifiziertes, auf diese Studie zugeschnittenes paradigmatisches Modell nach Strauss & Corbin (1996)

Mit den *ursächlichen Bedingungen* wird auf Ereignisse hingewiesen, die zum Auftreten oder zur Entwicklung eines Phänomens führen; damit kann z.B. gemeint sein: Entstehen eines Konflikts oder einer Problematik vor Therapiebeginn.

Mit dem Begriff *Phänomen* ist das Geschehen gemeint, auf das eine Reihe von Handlungen/Interaktionen gerichtet ist, um es zu bewältigen oder damit umzugehen. Das *Phänomen* lässt sich durch Fragen identifizieren wie: *worauf verweisen die Daten?* Im Modell von Strauss und Corbin ist die Beliebigkeit der Phänomen-Auswahl zu kritisieren, deswegen muss ich an dieser Stelle deutlich machen, dass mein Verständnis des Begriffs ‚*Phänomen*‘ in dieser Untersuchung eingegrenzt ist auf ein unmittelbares Geschehen/Phänomen innerhalb der Therapie, nämlich dem Verhalten, das der Klient in die Therapiesitzung einbringt. *Worum dreht sich die Handlung/Interaktion eigentlich, was löst die spezifische Reaktion aus?* In meiner Studie ist damit das der Therapeutenintervention vorausgehende Klientenverhalten (auch das coverte, aber vom Therapeuten hypothetisierte oder vermutete) gemeint.

Mit dem Begriff *Handlungs- und interaktionale Strategien* sind Strategien gemeint, die dazu dienen sollen, ein Phänomen unter den Voraussetzungen der wahrgenommenen, spezifischen Bedingungen zu bewältigen, es auszuführen oder darauf zu reagieren. Handlung und Interaktionen sind prozessual, in dem Sinne, dass sie sich aus ihrer Natur heraus fortlaufend von selbst entwickeln. Sie sind außerdem zweckgerichtet und zielorientiert, weil sie aus bestimmten Gründen oder Anlässen heraus entstehen, im Sinne einer Antwort auf ein Phänomen oder um es zu bewältigen. Deshalb werden in die Handlungen oder Interaktionen mittels Strategien und Taktiken vollzogen. Handlung/Interaktion kann sowohl mit Absicht als auch ohne beabsichtigten Bezug auf das untersuchte Phänomen erfolgen und dennoch Konsequenzen für dieses Phänomen besitzen. In meiner Studie sind damit die Therapeuteninterventionen gemeint, die im Zusammenhang mit dem sie auslösenden (nicht unbedingt verursachenden) Klientenverhalten stehen.

Strauss & Corbin bezeichnen die *intervenierenden Bedingungen* als „*die breiten und allgemeinen Bedingungen, die auf Handlungs- und interaktionale Strategien einwirken. Sie reichen von Bedingungen, die sehr weit von der Situation entfernt sind, bis hin zu solchen, die unmittelbar mit ihr in Zusammenhang stehen.*“ (S. 82) Dies könnten in meiner Studie z.B. die Befindlichkeiten der Akteure in der therapeutischen Interaktion sein, die Einstellung des Therapeuten, die Therapeut-Klient-Passung. Ich bin abweichend von den Autoren dafür, die intervenierenden Bedingungen auch auf das Phänomen zu beziehen, daher die Pfeile in beide Richtungen.

Die *Konsequenzen* betrachten Strauß und Corbin als Ergebnisse oder Resultate von Handlung und Interaktion, sie können sowohl beabsichtigt oder vorhersagbar als auch unerwartet sein. Den Komplex *Konsequenzen* habe ich aufgeteilt in: die *erlebte Wirkung* (Empfindungen) der Intervention (normalerweise eine coverte Klientenreaktion) und die beabsichtigte (in sensu) oder auch schon umgesetzt oder unmittelbar bevorstehende *Konsequenz* (im Handeln) auf Seiten des Klienten, d.h. als Absicht oder tatsächliche Erfolgshandlung von Klienten im Sinne einer Zielerreichung, oder schon auch als Symptomverbesserung. Die Konsequenz kann allerdings auch zu einem Teil der Voraussetzungen/Bedingungen der nächsten Handlungs- und Interaktionskette einer Handlungsabfolge werden, deshalb auch ein Rückkopplungspfeil zum *Phänomen*.

Wie aus der obigen Darstellung zu entnehmen ist, nimmt der so genannte *Kontext* in diesem Modell vor allem Einfluss auf das umschriebene *Phänomen* als - wie es Strauss & Corbin (S. 80) beschreiben – „ein spezifischer Satz von Eigenschaften, die zu einem Phänomen gehören



und als ein besonderer Satz von Bedingungen, innerhalb dessen in die Handlungs- und Interaktionsstrategien stattfinden, um ein spezifisches Phänomen zu bewältigen, damit umzugehen, es auszuführen und darauf zu reagieren.“ In meiner Studie ist damit der unmittelbare Therapierahmen gemeint, der die Interaktionseigenschaften beider am Therapieprozess Beteiligten mitsteuert (so z.B. das *Setting* wie Couch vs. Sessel ; Einzel-, Paar-, Gruppentherapie), daher auch die beiden gestrichelten Pfeile , die sowohl auf den Komplex ‚Phänomen‘ als auch auf den Komplex ‚Handlungs- und interaktionale Strategien‘ weisen.

Es dürfte an dieser Stelle klar sein, dass in meiner Untersuchung die so genannten *ursächlichen Bedingungen* nicht berücksichtigt werden und an dieser Stelle auch die ‚*Kontextbedingungen*‘ des Kodier-Paradigmas von Strauss und Corbin nur am Rande; es wird ja das unmittelbare therapeutische Interagieren erfasst und untersucht und nicht die Bedingungen, die den Klienten in die Therapie führten.

In dem oben dargestellten Modell wird auch ein transaktionales Verständnis des therapeutischen Prozesses möglich, in dem Sinne, dass therapeutische Einflussnahmen unter dem Einfluss von zueinander in Wechselwirkung stehenden Bedingungen erfolgen, wobei ein jeweils erreichter prozessualer Schritt stets neue Voraussetzungen für nachfolgende prozessuale Schritte ist. Auch findet sich in meinem modifizierten Modell der Komplex ‚*Phänomen*‘ nicht wie bei Strauß & Corbin zwischen den ‚*ursächlichen Bedingungen*‘ und den ‚*intervenierenden Bedingungen*‘, sondern zwischen den ‚*ursächlichen Bedingungen*‘ und den ‚*Handlungs- und interaktionalen Strategien*‘. Die ‚*Handlungs- und interaktionalen Strategien*‘ werden vom ‚*Phänomen*‘ (Problem/Konflikt des Klienten), den ‚*intervenierenden (situativen) Bedingungen*‘ (z.B. Befindlichkeit des Klienten, Übertragung und Befindlichkeit des Therapeuten, Gegenübertragung, Einstellung des Therapeuten zur Therapeut-Klient-Passung ) und auch in gewissem Maße vom ‚*Kontext*‘ mitbestimmt. (Im Modell von Strauss & Corbin finden sich die ‚*intervenierenden Bedingungen*‘ in der linear gedachten Kette zwischen ‚*Kontext*‘ und ‚*Handlungs-/interaktionale Strategien*‘.) Auch der Begriff ‚*Kontext*‘ wird von mir in einen anderen Zusammenhang gestellt als bei Strauss & Corbin (die ihn in ihrem linearen Modell zwischen ‚*Phänomen*‘ und ‚*intervenierenden Bedingungen*‘ sehen), nämlich als eine Art engerem Rahmen (z.B. Setting, Durchführungsbedingungen wie Zeiteinheit, Frequenz der Sitzungen). Damit bezieht sich der Begriff ‚*Kontext*‘ in meinem Modell in erster Linie auf die ‚*Handlungs- und Interaktionsstrategien*‘.

Entscheidend in der Weise, wie ich das Kodierparadigma der ‚*Grounded Theory*‘ anwende, ist für mich die aus Literatur und Erfahrung begründete Annahme, dass sich Psychotherapeuten vor allem von ihrer unmittelbaren, prozessualen Interpretation des Wirkgeschehens leiten lassen und lediglich im Hintergrund von diagnostischen Erwägungen (die selbstverständlich in der Formulierung eines Therapiekonzepts eine Rolle spielen und spielen müssen!). Ich zentriere in dieser Studie jedenfalls auf die ‚*Handlungs- und Interaktionsstrategien*‘ des Therapeuten, die unter dieser Perspektive das zentrale Agens im vernetzten therapeutischen System darstellen.

Diese Veränderungen in der Nutzung des Modells von Strauss und Corbin (1996) tun dem Modell und seiner Anwendung im *Axialen Kodieren* keinen Abbruch, da ihr Modell so angelegt ist, dass es auf eine Vielzahl von miteinander in unterschiedlicher Weise zusammenhängenden Variablen angewandt werden kann und es stets auf die jeweils eingenommene Perspektive bzw. Interpunktion des Geschehens ankommt.

Was das mögliche Missverständnis im Zusammenhang mit qualitativer Forschung anbetrifft, nämlich dass qualitative Methoden „weniger wissenschaftlich“ als quantitative Methoden seien, möchte ich an dieser Stelle folgendes feststellen: Zwar habe ich in der Auswertung der vorliegenden Transskripte auf das Testgütekriterium ‚Objektivität‘ (durch verschiedene unabhängige Rater) verzichten müssen; dafür sehe ich das Gütekriterium der ‚Verisimilitude‘ (Plausibilität bzw. Wahrscheinlichkeit) in meiner Untersuchung als eingehalten an. Durch die beschriebene Schrittfolge der Datenanalyse nach der Methode der *Grounded Theory* kann nachvollzogen werden, dass die Kategorien und Kern-(Meta)kategorien in sich stimmig, nachvollziehbar und für die untersuchte Prozessvariable ‚TherapeutenInterventionen‘ bedeutsam sind.

### **Dritte Phase:** das selektive Kodieren

In dieser Phase werden die gesammelten Daten konzeptualisiert. Es geht dabei um die Entwicklung der Kernkategorien (*Kernkategorie*: das zentrale Phänomen, das alle anderen Kategorien integriert) und das systematische In-Beziehung-Setzen der Kernkategorien untereinander. Damit hält man sozusagen den ‚roten Faden‘ des neu entwickelten theoretischen Konzepts in den Händen und kann - sofern erforderlich – sowohl die Kernkategorien mit weiteren Kategorien auffüllen als auch die Kategorien bzw. Kernkategorien mit auf anderem Wege gewonnenen Daten validieren.

Die obige Darstellung dürfte herausgearbeitet haben, warum die Methode der *Grounded theory* von mir als die Methode der Wahl herangezogen wurde, um aus den Niederschriften der Klienten zur Beschreibung *hilfreicher TherapeutenInterventionen* hypothesenbildend Wirkkategorien von TherapeutenInterventionen zu entwickeln. Sie beschreibt detailliert und in jedem ihrer Schritte nachvollziehbar einen induktiven Prozess der Theoriebildung.

## Ergebnisteil

### 6. Deskriptive Statistiken der Fragebogeninventare FPI-R, BFKE, FMP und Fra- genkataloge ERST, ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, Zusatzfragen HILF

In diesem Kapitel werden neben der zeitlichen und örtlichen Verteilung der Datenerhebung die allgemeinen statistischen Parameter der Datenerhebung dieser Untersuchungsstichprobe dargestellt.

#### 6.1 Untersuchungsablauf

Die ursprüngliche Planung, den Hauptfragebogen HILF von den Klienten unmittelbar nach der Sitzung in der Praxis ausfüllen zu lassen, ließ sich nur in der Hälfte der Fälle so durchführen. Die Fragebögen wurden per Augenschein nach Unterschieden zwischen den beiden Gruppen (zu Hause/Praxis) hinsichtlich der ungebundenen Antworten auf die ersten beiden Fragen durchgesehen. Es fanden sich jedoch keine augenfälligen Unterschiedsmerkmale. Auf den statistischen Vergleich auf Unterschiede im Skalierungsteil wurde wegen des Mehraufwandes verzichtet.

**Tabelle 3: Zeitliche und örtliche Verteilung der Datenerhebung**

| Ort der Datenerhebung |        |                                  |                        |                                  |                     |
|-----------------------|--------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------|
|                       | Klient |                                  |                        |                                  | Therapeut           |
|                       | Praxis | Praxis (50%) /<br>zu Hause (50%) | Zu Hause               | Praxis (40%) /<br>zu Hause (60%) | Praxis              |
| Vorphase              | PILOT  |                                  |                        |                                  |                     |
| 1. Kontakt            |        | HILF <sub>1</sub>                | FPJ-R,<br>FMP,<br>BFKE | ERST                             | KLIENTEN-<br>PROFIL |
| 2. Kontakt            |        | HILF <sub>2</sub>                |                        |                                  |                     |
| 3. Kontakt            |        | HILF <sub>3</sub>                |                        |                                  |                     |
| ...                   |        | ...                              |                        |                                  |                     |
| 8. Kontakt            |        | HILF <sub>8</sub>                |                        | ABSCHLUSS-<br>FRAGEBOGEN         |                     |

Glossar:

PILOT: Vor-Fragebogen

HILF: Fragebogen zur Erfassung ‚hilfreicher‘ Therapeuteninterventionen

FPI-R: Persönlichkeitsfragebogen zur Überprüfung von Abweichungen der Untersuchungsstichprobe von einer Normalstichprobe (Fahrenberg et al., 2001)

FMP: Fragebogen zur Erfassung von Therapiemotivation (Schneider et al., 1989)

BFKE :Bielefelder Fragebogen zur Erfassung von Klientenerwartungen (D.Höger,1999)

ERST: Klienten-Fragenkatalog zur ersten Orientierung für den Untersucher, zur Erfassung von Leidensdruck, Vorerfahrung und Therapieerwartungen

ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: Fragenkatalog zur Klienten-Einschätzung von therapiebedingten Veränderungen im Untersuchungszeitraum

### **Auswertungsmethodik dieser Studie:**

HILF freier Antwortmodus: inhaltsanalytisch nach der Methode der *Grounded Theory* von Strauss und Corbin (1996)

HILF Skalierungsteil und alle anderen Fragebögen und -kataloge: deskriptiv, faktorenanalytisch, varianzanalytisch, Korrelation nach Pearson, t-Test, Welch-Test, Scheffé-Prozedur u.a.

## **6.2 Allgemeine statistische Angaben zum Untersuchungskollektiv**

### **6.2.1 Das Untersuchungskollektiv**

Das Kollektiv der Untersuchungsstichprobe rekrutierte sich aus dem Klientel der Psychologischen Praxis, in der die gesamte Untersuchung (Frühjahr 2007) durchgeführt wurde. Die demographischen Daten wurden allerdings nur für die Hauptuntersuchung erhoben. Bei der Voruntersuchung mit dem Fragebogen PILOT ist jedoch davon auszugehen, dass es sich um ein vergleichbares Klientel handelt. Ein kleinerer Teil der Vpn, die der Voruntersuchung zur Verfügung gestanden und den PILOT beantwortet hatten, wurden auch zur Hauptuntersuchung mit dem HILF herangezogen.

### **6.2.2 Die Datenmenge**

Insgesamt wurden Daten aus der Hauptuntersuchung in die Datenbank eingespeist:

ERST: 57 Fragebögen mit je 7 Fragen : 399 Daten , davon 285 Daten ausgewertet

BFKE: 52 Fragebögen mit je 33 Fragen : 1716 Daten

FMP: 51 Fragebögen mit je 36 Fragen : 1836 Daten

FPI-R: 50 Fragebögen mit je 138 Fragen : 6900 Daten

KLIENTENPROFIL : 64 Fragebögen mit je 27 Fragen : 1728 Daten

ABSCHLUSSFRAGEBOGEN : 40 Fragebögen mit je 7 Fragen : 280 Daten

HILF: 223 Fragebögen mit je 74 Fragen : 16502 Daten

**Insgesamt ca. 29361 Daten, davon 29247 Daten weiter statistisch aufbereitet**

### 6.2.3 Alter, Geschlecht, Ausbildung, Beruf

#### Alter:

Mittelwert 41 Jahre, Median 40 Jahre (die ersten 50% liegen zwischen 23 und 40 Jahren, die zweiten 50% zwischen 41 und 74 Jahren), Modus 45 Jahre, Streuung 9.2 Jahre (N = 60 Altersangaben von insgesamt 69 Vpn)

#### Geschlecht:

männlich 45 % (N = 27), weiblich 55% (N = 33)

#### Familienstand:

58% verheiratet, 15% getrennt lebend, 27% ledig, 59% haben mind. 1 Kind. Diese Verteilung dürfte etwas atypisch sein, was auf den relativ hohen Prozentsatz von Paartherapien in dieser Praxis zurückzuführen wäre. 51% des Kollektivs lebt zusammen in einem Haushalt, 25% dagegen alleine, vom Rest (24%) gibt es dazu keine Angaben.

#### (Schul-)Ausbildung (nach FPI-Klassifikation):

Die Klienten wurden nach Ausfüllen des FPI (am Ende des Fragebogens) gebeten, Angaben zu Ihrem **Schulabschluss** und ihrer Ausbildungsqualifikation zu machen. Von den vorgegebenen 8 Kategorien wurden die ersten beiden gar nicht angekreuzt (Schulabschluss vor bzw. mit der letzten Hauptschulklasse). 50% des Klientels hat eine abgeschlossene Hochschulausbildung, weitere 20% eine zumindest begonnene Hochschulausbildung. Diese Verteilung dürfte ebenfalls für die Verteilung von Therapie Klienten in bundesrepublikanischen Therapiepraxen untypisch sein. Sie spiegelt zum einen das Klientel einer überwiegend von akademisch gebildeten Beamten und Angestellten geprägten ehemaligen Bundeshauptstadt wieder, zum anderen aber auch die Klientelauswahl dieser Praxis (Universitätslage).

Tabelle 4: Verteilungsparameter der im FPI-R angekreuzten Schulausbildung

| Ausbildung   | Anzahl    | Prozent       |
|--|-----------|---------------|
| FPI 3 – Real-/Handelsschule ohne Abschluß            | 4         | 6,7 %         |
| <b>FPI 4 – Real-/Handelsschule mit Abschluß</b>      | <b>8</b>  | <b>13,3 %</b> |
| FPI 5 – Gymnasium ohne Abitur                        | 3         | 5,0 %         |
| FPI 6 – Abitur ohne Studium                          | 3         | 5,0 %         |
| <b>FPI 7 – Abitur mit nicht abgeschloss. Studium</b> | <b>12</b> | <b>20,0 %</b> |
| <b>FPI 8 – Abitur mit abgeschloss. Studium</b>       | <b>30</b> | <b>50,0 %</b> |

#### Berufliche Stellung (nach FPI-Klassifikation):

Die Frage nach der **Berufstätigkeit** (ebenfalls ein Fragenkatalog am Ende des FPI) beantworteten 54% des Untersuchungskollektivs mit ‚Ja‘, 24 % machten keine Angaben. Weitere 7.5% bezeichneten sich als „mithelfend im eigenen Betrieb“, 6% als Hausfrau oder Hausmann, 4,5% als Studenten und 3% als arbeitslos. Weiterhin wurden die Klienten gebeten, sich hinsichtlich der Zugehörigkeit zu Berufsgruppen mittels 11 vorgegebenen Kategorien zu klassifizieren. Die größte Untergruppe ordnete sich der Kategorie „nicht-leitender Angestellter“ (6) mit 38% aller Antworten zu, zwei weitere mit je 20% zur Gruppe der „Beamten des höheren oder gehobenen Dienstes“ (7) und 18% der Gruppe der „leitenden Angestellten“ mit 18 % (5).

**Tabelle 5: Verteilungsparameter der im FPI-R angekreuzten Berufstätigkeit**

| <b>Beruf</b>   | <b>Anzahl</b> | <b>Prozent</b> |
|--|---------------|----------------|
| FPI 2 – Freier Beruf                                       | 6             | 10,0 %         |
| FPI 3 – mittlere u. kleinere selbstständige Geschäftsleute | 1             | 1,7 %          |
| FPI 4 – Selbstständige Handwerker                          | 4             | 6,7 %          |
| <b>FPI 5 – Leitender Handwerker</b>                        | <b>11</b>     | <b>18,3 %</b>  |
| <b>FPI 6 – Nicht leitender Angestellter</b>                | <b>12</b>     | <b>20,0 %</b>  |
| <b>FPI 7 – Beamter des höheren oder gehobenen Dienstes</b> | <b>12</b>     | <b>20,0 %</b>  |
| FPI 10 – Facharbeiter mit abgelegter Prüfung               | 1             | 1,7 %          |
| FPI 11 – Sonstige(r) Arbeiter(in)                          | 2             | 3,3 %          |

**Aufteilung nach Therapiearten:** Von 59 entsprechend erfaßten Klienten befanden sich 42% in einer **Einzel-**, 24% in einer **Gruppen-** und 34% in einer **Paartherapie**. Aufgeteilt nach Geschlecht befanden sich mit 47% mehr Frauen in einer Einzeltherapie als Männer mit 37%, hingegen mehr Männer (37%) in einer Paartherapie als Frauen (31%).  
Zur Therapievorerefahrung siehe Ergebnisse ABSCHLUSSFRAGEBOGEN.

Die ausgewiesenen demographischen Ergebnisse machen deutlich, daß es sich bei dem in dieser Untersuchung erfaßten Klientel um ein überdurchschnittlich gebildetes und vorinformiertes Klientel, zum großen Teil bereits mit psychotherapeutischer Vorerfahrung handelt. Dies ist natürlich insofern von Belang, als die Beantwortung der Fragebögen eine hohe intellektuelle Leistung darstellt, aber auch eine Bereitschaft abverlangt, die vielen und umfangreichen Fragebögen zu bearbeiten.

### **6.3 Fragebogeninventare FPI-R, BFKE, FMP**

Diese drei standardisierten Fragebögen wurden den Klienten nach der ersten Sitzung zur Bearbeitung nachhause mitgegeben, mit der Bitte die Fragebögen entweder mir zuzuschicken oder zur nächsten Sitzung mitzubringen.

#### **6.3.1 Persönlichkeitsinventar FPI-R**

##### **Deskriptive Auswertung**

Für N = 53 Klienten konnten die FPI-R-Rohwerte erhoben werden. Da der FPI-R nicht wie andere Tests zwischen Roh- und Normwerten unterscheidet und sich die Standardwerte der Normstichprobe auf die Rohwerte beziehen, wurden hier die Rohwerte verwendet.

Der FPI-R erfasst relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale, erfasst also keine klinisch relevanten Merkmale und ist daher auch nicht für eine Veränderungsmessung vorgesehen.  
Für N = 53 Klienten konnten die FPI-R-Rohwerte erhoben werden

## Ergebnisse:

Die **Standardabweichungen** fallen in der eigenen Stichprobe in den meisten Fällen geringer aus als die der Normstichprobe mit der Ausnahme auf der Skala Erregbarkeit, wobei der Unterschied allerdings kaum ins Gewicht fällt.

Alle Werte der untersuchten Stichprobe weichen nicht mehr als eine Standardabweichung von der Normstichprobe ab. Es gibt lediglich tendenzielle Unterschiede ohne statistische Signifikanz, daher seien sie im Folgenden nur erwähnt, aber nicht interpretiert.

**Tabelle 6: Gegenüberstellung Untersuchungsergebnisse FPI-R und Normwerte FPI-R**

| <b>Geringere</b> Mittelwerte im Persönlichkeitsmerkmal | Untersuchungs-Stichprobe | Normstichprobe |
|--|--------------------------|----------------|
| Lebenszufriedenheit                                    | 5,00                     | 7,03           |
| Agressivität   | 3,87                     | 4,17           |
| Gesundheitssorgen                                      | 3,79                     | 5,92           |

| <b>Höhere</b> Mittelwerte im Persönlichkeitsmerkmal | Untersuchungs-Stichprobe | Normstichprobe |
|---|--------------------------|----------------|
| Soziale Orientierung                                | 7,04                     | 6,47           |
| Gehemmtheit   | 5,63                     | 5,19           |
| Beanspruchung                                       | 7,13                     | 5,66           |
| Offenheit   | 6,69                     | 5,95           |
| Axtraversion  | 8,13                     | 6,87           |
| Emotionalität                                       | 7,17                     | 6,18           |

Die Richtung von Erhöhung bzw. Verringerung der Mittelwerte in den einzelnen Skalen ist bei einer klinischen Stichprobe wie der vorliegenden durchaus auch zu erwarten.

### Auswertung getrennt nach Geschlecht:

Die **mittleren Skalenwerte** zwischen meiner Stichprobe und der Normstichprobe unterscheiden sich bei den **männlichen** Klienten in der Skala Erregbarkeit (Stichprobe Mallin: 5,67/Normstichprobe: 6,60), Beanspruchung (6,24/7,13), körperliche Beschwerden (3,10/3,90), Gesundheitssorgen (2,90/3,79), Offenheit (7,24/6,70), wobei die Unterschiede alle im Bereich einer Standardabweichung liegen, d.h. keine statistische Signifikanz erreichen.

Die **mittleren Skalenwerte** zwischen meiner Stichprobe und der Normstichprobe unterscheiden sich bei den **weiblichen** Klienten in der Skala Erregbarkeit (7,34/6,60), Beanspruchung (8,00/7,13), körperliche Beschwerden (4,57/3,90), Gesundheitssorgen (4,36/3,79), wobei die Unterschiede alle im Bereich einer Standardabweichung liegen, d.h. keine statistische Signifikanz erreichen.

Die **mittleren Skalenwerte** zwischen den Geschlechtern in meiner Stichprobe unterscheiden sich (in Klammern erst der **männlichen** (N = 21), dann der **weiblichen** (N = 28) Wert) in der Tendenz bei den Skalen soziale Orientierung (6,86/7,43), Erregbarkeit (5,67/7,54), Beanspruchung (6,24/8,00), körperliche Beschwerden (3,10/4,57), Gesundheitssorgen (2,90/4,36), Offenheit (7,24/6,46), wobei die Unterschiede alle im Bereich einer Standardabweichung liegen, d.h. keine statistische Signifikanz erreichen. Interessant ist allerdings, daß – zumindest tendenziell – die Frauen meiner Stichprobe sich als belasteter bzw. besorgter einschätzen!

**Zusammenfassung:**

Trotz leicht abweichender, aber nicht signifikanter, Tendenzen unterscheidet sich die hier untersuchte Stichprobe in den untersuchten Persönlichkeitsmerkmalen (FPI-R) nicht von einer normalen Grundgesamtheit.

**Korrelationen mit anderen Fragebögen :**

Korrelationen zwischen dem FPI und anderen Fragebogendaten wurden nicht berechnet weil, wie weiter oben beschrieben, die Auswertung des FPI lediglich der Frage diente, ob das untersuchte Klientenkollektiv in den gemessenen Persönlichkeitsmerkmalen statistisch von zu erwartenden Normwerten abweichen würde.

Lediglich die Selbsteinstufungen der Klienten zu Ausbildung und Beruf werden im Kap. 8 (KLIENTENFRAGEBOGEN) zur Überprüfung von Zusammenhängen herangezogen.

**6.3.2 FMP (Fragebogen zur Erfassung von Therapiemotivation)**

**Deskriptive Auswertung :**

Zuerst wurde geprüft, ob die Daten der Untersuchungsstichprobe von denen der Normstichprobe abweichen.

**Tabelle 7: Vergleich zwischen FMP-Normwerten und der untersuchten Stichprobe (N = 53)**

|   | Mittelwert der Normstichprobe | Mittelwert der untersuchten Stichprobe | Standardabweichung der Normstichprobe | Standardabweichung der untersuchten Stichprobe |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| <b>FMP Skala III</b> Behandlungserwartungen                                   | 29,2                          | 33,5                                   | 5,8                                   | 7,4  |
| <b>FMP Skala IV</b> Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie | 71,2                          | 71,8                                   | 11,5                                  | 10,8   |

**Interpretation der Auswertung:**

**Skala III:** Der Mittelwert der untersuchten Stichprobe liegt geringfügig höher als der Mittelwert der Normstichprobe. Auch die Standardabweichung in der untersuchten Stichprobe ist größer als in der Normstichprobe. Die Abweichungen zwischen Norm- und untersuchter Stichprobe sind allerdings geringfügig.

**Skala IV:** Mittelwerte der untersuchten Stichprobe und der Normstichprobe stimmen so gut wie überein. Die Standardabweichung der untersuchten Stichprobe ist geringfügig kleiner als die der Normstichprobe.

**Ergebnis:** die untersuchte Stichprobe weicht definitionsgemäß nicht von der Normstichprobe ab, wenn der Standardfehler als tolerierbare Abweichung zugrunde gelegt wird. Beide Skalen korrelieren in meiner Stichprobe mit  $r = .53$  (sign. auf 0,000 %-Niveau).

Der FMP wird erst im Abschnitt KLIENTENPROFIL (Abschnitt 8.3.18, S.291) zur Überprüfung von Zusammenhängen herangezogen.



### 6.3.3 BFKE (Bielefelder Fragebogen zur Erfassung von Klientenerwartungen)

#### Deskriptive Auswertung:

Sie gibt die Mittelwerte und Streuungen meiner Stichprobe an. Die maximal möglichen Werte können zwischen 0 und 4 liegen. Vergleichsnormwerte sind vom Fragebogenautor nicht erhoben bzw. zur Verfügung gestellt worden. Es zeigt sich, dass der große Teil der Klienten nur wenig Akzeptanzprobleme und ein recht geringes Ausmaß an Zuwendungsbedürfnis zeigte, dagegen ein recht hohes Mass an Öffnungsbereitschaft.

**Tabelle 8: Verteilungsparameter der ausgewerteten BFKE-Skalen**

|                      | N  | Minimum | Maximum | Mittelwert | Standardabweichung |
|----------------------|----|---------|---------|------------|--------------------|
| Akzeptanzverhalten   | 53 | 0,00    | 3,45    | 0,7215     | 0,614              |
| Öffnungsbereitschaft | 53 | 1,55    | 3,91    | 2,8478     | 0,604              |
| Zuwendungsbedürfnis  | 53 | 0,10    | 3,30    | 1,2959     | 0,769              |

#### Korrelationsstatistische Auswertung :

Die drei Skalen des BFKE interkorrelieren nach Autorenangaben zwischen Skala I („Akzeptanzprobleme“) und III („Zuwendungsbedürfnis“) sehr hoch ( $r = .68$  auf dem 0,000%Niveau), repräsentieren also bis zu ca. 48 Prozent dasselbe Konstrukt. Dennoch werden sie im Weiteren wie eigenständige Skalen behandelt. Skala II „Öffnungsbereitschaft“ korreliert zu  $r = .01$  mit Skala I „Akzeptanzprobleme“ und  $r = .05$  mit Skala III „Zuwendungsbedürfnis“. Bei diesen beiden Korrelationen kann von völliger Unabhängigkeit gesprochen werden. Es handelt sich beim BFKE offensichtlich um zwei voneinander weitgehend unabhängige Dimensionen: auf der einen Seite das eher problematische Beziehungsangebot des Klienten, das sich in den Befürchtungen ausdrückt, vom Therapeuten nicht genügend Akzeptanz zu erfahren und (vielleicht deshalb!) auch nicht die erhsehnte Zuwendung zu bekommen. Auf der anderen Seite und unabhängig davon steht die Öffnungsbereitschaft, die dem Therapeuten einen Vertrauensvorschuss entgegen bringt.

Weitere Zusammenhangsprüfungen finden sich unter dem Abschnitt 8.3.17 (S. 287)

## 6.4 Eigene Kurzfragenkataloge (ERST,ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, Zusatzfragen im HILF)

### 6.4.1. ERST

Die ausgewerteten fünf Fragen bezogen sich auf das Ausmaß des Leidensdrucks zu Therapie- bzw. Beratungsbeginn, erwartete Therapiedauer, Therapievorerfahrungen und Erfolgserwartung.

#### 6.4.1.1 Deskriptive Auswertung:

26 Klienten (45%) hatten bereits Therapie-Vorerfahrung, 32 Klienten (55%) keine. Differenziert nach Geschlecht hatten Klientinnen mehr Vorerfahrung (52%) als männliche Klienten (37%). So zeigt sich auch hier, dass es Frauen (zumindest in der Vergangenheit – ich sehe da in den letzten Jahren eine veränderte Entwicklung bei jüngeren Klienten) leichter fällt, sich psychologische/psychotherapeutische Beratung/Therapie zu holen, und wenn nötig, dies auch mehrfach. Keinesfalls dürfte es bedeuten, dass Frauen therapiebedürftiger als Männer wären.

**Tabelle 9: Parameter der ERST-Items 3-7 (N=59)**

| Item               | N  | Minimum | Maximum | Mittelwert | Standardabweichung |
|--------------------|----|---------|---------|------------|--------------------|
| Leidensdruck       | 59 | 2       | 5       | 3,75       | 0,801              |
| Erfolg             | 59 | 2       | 5       | 3,85       | 0,906              |
| bisher gehört      | 59 | 1       | 4       | 2,59       | 0,698              |
| Vorerfahrung       | 30 | 1       | 5       | 2,27       | 0,868              |
| Wie erwartungsvoll | 59 | 1       | 5       | 2,32       | 0,918              |
| Gesamtstichprobe   | 59 |         |         |            |                    |

Ausgewertet werden konnten 59 Fragebögen. Zu den einzelnen Fragen:

**Frage 3: „Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das Ausmaß des Leidensdrucks ein, den Ihre Probleme auslösen!“**

**Tabelle 10: Parameter zum ERST-Item Leidensdruck**

| Skala                   | <i>Leidensdruck</i> |         |
|-------------------------|---------------------|---------|
|                         | Anzahl              | Prozent |
| 1 – sehr gut erträglich | 0                   | 0,0 %   |
| 2                       | 4                   | 6,8 %   |
| 3                       | 16                  | 27,1 %  |
| 4                       | 30                  | 50,8 %  |
| 5 – ganz unerträglich   | 9                   | 15,3 %  |
| Gesamt                  | 59                  | 100,0 % |

Die mögliche Skalierung bewegte sich zwischen "sehr gut erträglich = 1" und " ganz unerträglich = 5". Der Skalenwert „1 : sehr gut erträglich“ wurde nicht angekreuzt. Mittelwert 3,75 , Standardabweichung 0,80 . Dies Ergebnis bedeutet, dass der durchschnittliche Leidensdruck des Kollektivs im oberen Bereich anzusiedeln ist. 51% der Vpn kreuzten die „4“ an, und immerhin noch über 15% die „5“ als höchste Kategorie!

**Frage 4: " Nach wie vielen Gesprächen beziehungsweise Sitzungen müsste Ihrer Meinung nach die Beratung/Therapie spätestens zum Erfolg geführt haben?"**

**Tabelle 11: Parameter zum ERST-Item erwartete Therapiedauer**

| Skala       | <i>Erfolg</i> |         |
|-------------|---------------|---------|
|             | Anzahl        | Prozent |
| 1           | 0             | 0,0 %   |
| 2 bis 5     | 3             | 5,1 %   |
| 6 bis 10    | 20            | 33,9 %  |
| 11 bis 25   | 19            | 32,2 %  |
| mehr als 25 | 17            | 28,8 %  |
| Gesamt      | 59            | 100,0 % |

Der Skalierung standen fünf Kategorien zur Verfügung: eine Sitzung, 2 bis 5 Sitzungen, 6 bis 10 Sitzungen, 11- 25 Sitzungen, mehr als 25 Sitzungen. Diese Aufteilung basiert auf Erfahrungswerten: Beratungen lassen sich gelegentlich in einer Sitzung, öfters in 2-5 bzw. bis zu 10 Sitzungen, Kurzzeittherapien bis zu 25 Sitzungen abschließen. Langzeittherapie erfordern über 25 Sitzungen.

Der Mittelwert aller Skalierungen beträgt 3,85, die Standardabweichung 0,91. Im Durchschnitt wurden also zwischen 10 bis 25 Sitzungen für notwendig gehalten. In der Verteilung der Antworten zeigt sich, dass niemand von einer einzigen Sitzung ausgegangen war, dass 34% zwischen sechs bis 10 Sitzungen, 32% zwischen 11 bis 25 Sitzungen (was einer Kurzzeittherapie im Rahmen der Kassenrichtlinien entspricht) und immerhin noch 29% mehr als 25 Sitzungen für notwendig hielten. Nur 5% erwarteten, dass ihre Anliegen in 2 bis 5 Sitzungen erfolgreich bearbeitet sein würden. In einem statistisch nicht abgesicherten Überblick zeigt sich, dass die Klienten, die bis zu 10 Beratungen oder Therapiesitzungen erwarten, zum größeren Teil aus der Gruppe der Paartherapie/Eheberatung entstammen und die mit einer Erwartung von mehr als 25 Sitzungen aus dem Kollektiv der Gruppentherapien. Interessanterweise deckt sich diese soeben vorgenommene grobe Klassifizierung auch mit der von mir im Rückblick geschätzten tatsächlichen Dauer von Einzel-, Paar- und Gruppentherapien in meiner Praxis.

**Frage 5: „Was haben Sie bisher über psychologische Beratung bzw. Psychotherapie gehört? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein.“**

Tabelle 12: Parameter zum ERST-Item Therapie-Vorinformationen

| Skala             | <i>bisher gehört</i> |         |
|-------------------|----------------------|---------|
|                   | Anzahl               | Prozent |
| 1 – nur Positives | 2                    | 3,4 %   |
| 2                 | 25                   | 42,4 %  |
| 3                 | 27                   | 45,8 %  |
| 4                 | 5                    | 8,5 %   |
| 5 – nur Negatives | 0                    | 0,0 %   |
| Gesamt            | 59                   | 100 %   |

Die Skalierung konnte zwischen den beiden Enden: "Nur Positives" (1) und "Nur Negatives" (5) erfolgen; die Kategorie „3“ liegt in der Mitte, wurde aber nicht explizit benannt. Der Mittelwert beträgt 2,6, die Standardabweichung 0,7. Die Kategorie 5 ("nur Negatives") wurde nicht angekreuzt.

Im Durchschnitt liegen die Einschätzungen deutlich zum positiven Pol hin als zum negativen. Etwas über 42% kreuzten die Kategorie „2“ und 46% die Kategorie „3“ an. Ließe sich dieses Ergebnis auf ambulante Privatpraxen verallgemeinern, wäre **es beruhigend zu wissen, dass vermutlich neue Klienten mit eher positiven Vorinformationen über Beratung oder Psychotherapie in die Behandlung kommen**, wenn man voraussetzt, dass die mittlere Kategorie keine ambivalente Haltung ausdrückt.

Frage 6: "Wie bewerten Sie eventuelle **bisherige eigene Beratungs-/Therapie-Vorerfahrungen**? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein".

Tabelle 13: Parameter zum ERST-Item: bisherige eigene Beratungs-/Therapie- Vorerfahrungen

| Skala                      | <i>Vorerfahrung</i> |         |
|----------------------------|---------------------|---------|
|                            | Anzahl              | Prozent |
| Keine Vorerfahrung         | 29                  | 49,2 %  |
| 1 – nur Positives erfahren | 4                   | 6,8 %   |
| 2                          | 17                  | 28,8 %  |
| 3                          | 7                   | 11,9 %  |
| 4                          | 1                   | 1,7 %   |
| 5 – nur Negatives erfahren | 1                   | 1,7 %   |
| Gesamt                     | 59                  | 100,0 % |

Die Skalierung bewegte sich zwischen "nur Positives erfahren "(1) und "nur Negatives erfahren "(5). 29 Vpn (der insgesamt 59 Vpn) hatten keine Vorerfahrung. Von den männlichen Klienten hatten 63% keine Vorerfahrungen, dagegen von den weiblichen Klienten nur 48% keine Vorerfahrungen. 42% des Klientels mit Vorerfahrungen sollten Einzeltherapie, 34% Paartherapie, 24% Gruppentherapie erhalten.

Hier zeigt sich, daß **diejenigen Klienten, die Beratung oder Therapie bereits aus eigener Erfahrung kannten, eher mit positiven Erfahrungen und vermutlich entsprechenden Einstellungen die neue Beratung/Therapie begannen (70%).**

Frage 7: „**Wie erwartungsvoll gehen Sie in diese Beratung/Therapie?** Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein: “

**Tabelle 14: Parameter zum ERST-Item Erfolgserwartung**

| Skala                  |        |         |
|------------------------|--------|---------|
|                        | Anzahl | Prozent |
| 1 – sehr optimistisch  | 8      | 13,6 %  |
| 2                      | 32     | 54,2 %  |
| 3                      | 13     | 22,0 %  |
| 4                      | 4      | 6,8 %   |
| 5 – sehr pessimistisch | 2      | 3,4 %   |
| Gesamt                 | 59     | 100,0 % |

Skaliert werden konnte zwischen "sehr optimistisch" (1) und "sehr pessimistisch" (5). Alle Kategorien wurden genutzt. Mittelwert 2,3, Standardabweichung 0,92. Allein 54% kreuzten die Kategorie "2" an. Die Kategorien "4" und "5" mit pessimistischen bis sehr pessimistischen Erwartungen wurden von nur circa 10% des Klientels angekreuzt. Der weit überwiegende Teil der Klienten kam mit optimistischen Erwartungen in die Praxis!

### **Zusammenfassung der Ergebnisse:**

Das Klientenkollektiv dieser Untersuchung kam mit einem großen Leidensdruck in die Beratung/Therapie. Diejenigen Klienten, die wegen einer Paarberatung/Eheterapie kamen, gingen überwiegend von einer Beratungs-/Behandlungsdauer von bis zu 10 Sitzungen aus, diejenigen, die zu einer Gruppentherapie bereit waren, eher von mehr als 25 Sitzungen und der überwiegende Teil der Einzelklienten von 6 – 25 Sitzungen, was dem vorgegebenen Rahmen einer nicht vom Gutachter zu genehmigenden sog. Kassen-Kurzzeittherapie entspricht. Die meisten Klienten hatten eher schon Positives oder zumindest nichts Negatives über Psychotherapie gehört, wohingegen diejenigen, die schon aus eigener Erfahrung Psychotherapie kannten, sogar diese mit überwiegend positiven Erfahrungen verknüpften.

**Therapievorerfahrung** besaßen 45 Prozent, wobei es deutlich mehr Frauen (52% von 31Vpn) als Männer (37% von 27 Vpn) waren. Dieser hohe Anteil von Klienten mit Beratungs- oder Therapievorerfahrung überrascht; das Ergebnis dürfte sowohl auf die besondere Informiertheit einer bundesstädtischen, gebildeten Schicht hinweisen als auch auf die leichtere Zugänglichkeit zu Psychotherapeuten in einer mit Psychotherapeuten hochversorgten Stadt wie Bonn.

#### 6.4.1.2 Zusammenhänge einzelner Items im ERST untereinander

**Fragestellung: bestehen Zusammenhänge zwischen Vorerfahrungen, Vorinformationen, Erfolgserwartung und Leidensdruck?**

Die Hypothesen des statistischen Auswertungsteils werden fortlaufend nummeriert, wobei sich die erste Ziffer auf das Kapitel bezieht.

**Korrelationsstatistische Auswertung der Skalen des ERST:**

Zwischen den Fragen (Items) 3 – 7 wurden Korrelationen (*Pearson's r*) gerechnet, um erwartete Zusammenhänge zu überprüfen. Es ergaben sich, bei einer Stichprobengröße von  $N = 59$ , lediglich zwei niedrige, aber statistisch (2-seitig geprüft) signifikante Zusammenhänge, die unter den nachfolgend dargestellten Hypothesen erläutert werden:

**Hypothese 6.1: das Ausmaß des zu Therapiebeginn empfundenen Leidensdrucks korreliert positiv mit dem Ausmaß negativer Vorinformationen.** (Korr. ERST – ERST)

*Begründung:* Schon früh wurde in kontrollierten Untersuchungen nachgewiesen, dass Klienten, die Wartegruppen zugeteilt wurden, bereits eine Verringerung des Leidensdrucks bzw. eine Symptomentlastung angaben, wenn sie wussten, dass ihnen in absehbarer Zeit Entlastung zuteil werden würde. Klienten, die aber weniger Gutes über Therapie oder Beratung gehört haben, dürften eher die Befürchtung hegen, auf ihrem Leidensdruck eventuell sitzen bleiben zu müssen.

*Ergebnis:* **die Hypothese wurde – in Grenzen - bestätigt.** Die Antworten zu Frage 3 (*Ausmaß des Leidensdrucks?*) und zu Frage 5 (*Was haben Sie bisher über psychologische Beratung bzw. Therapie gehört?*) korrelieren untereinander mit  $r = ,275$  auf dem 0,035 Signifikanz-Niveau. Dieses Ergebnis lässt sich so verstehen, dass **in der Tendenz bei einem größeren Leidensdruck auch eher Negatives über Beratung oder Psychotherapie gehört worden** war. Von einer Kausalität in die eine oder andere Richtung sollte selbstverständlich nicht vermutet werden, eher könnte eine dritter gemeinsamer Faktor angenommen werden, wie z.B. die Befürchtung bei einem Teil der Klienten, dass für ihre Leidensdruck eine Beratung/Psychotherapie vielleicht doch nicht das Richtige wäre.

**Hypothese 6.2: Klienten mit positiven Vorerfahrungen stellen sich auf eine längere Beratung/Therapie ein.** (Korr. ERST – ERST)

*Begründung:* Klienten mit positiven Vorerfahrungen können sich eher auf eine umfassendere Hilfestellung von fachlicher Seite einlassen

*Ergebnis:* **die Hypothese wurde bestätigt.** Die Antworten zu Frage 4 (*Erfolg nach wievielen Sitzungen?*) und zu Frage 6 (*Bewertung eventueller eigener Therapie-Vorerfahrungen*) korrelieren untereinander mit  $r = ,3$  auf dem 0,02 Signifikanz-Niveau. Der Zusammenhang ist entgegen meiner Erwartung eher gering, jedoch rechnen vorerfahrene Klienten zumindest tendenziell mit längerer Beratung oder Therapie.

#### 6.4.1.3 Korrelationsstatistische Auswertung (*Pearson's r*) der Fragen des ERST mit den drei Skalen des HILF:

**Fragestellung: bestehen Zusammenhänge zwischen Vorerfahrungen, Vorinformationen, Erfolgserwartung und Leidensdruck mit der Skalierung hilfreicher Therapeuteninterventionen?**

**Hypothese 6.3: das Ausmaß des Leidensdrucks korreliert positiv mit dem Mittelwert von Skala a (,der Therapeut‘) des HILF (Items 1-49) (Korr. ERST-3 – HILF-a)**

*Begründung:* Klienten mit ausgeprägterem Leidensdruck würden mehr Therapeuteninterventionen für sich als hilfreich erkennen, weil die Erfahrung helfender Berufe nahelegt, dass sich die Bereitschaft, sich helfen zu lassen, unter hohem Leidensdruck deutlich erhöht.

**Hypothese 6.4: das Ausmaß des Leidensdrucks korreliert positiv mit dem Wert der Skala b (,meine Empfindungen‘) des HILF (Items 50-61) (Korr. ERST-3 – HILF-b)**

*Begründung:* Klienten mit ausgeprägterem Leidensdruck würden stärkere Empfindungen bzw. Reaktionen für sich reklamieren, da die Erfahrung helfender Berufe nahelegt, dass die Bereitschaft, sich helfen zu lassen, sich bei einem hohen Leidensdruck deutlich erhöht.

**Hypothese 6.5: das Ausmaß des Leidensdrucks korreliert positiv mit dem Mittelwert der Skala c (,die Konsequenzen‘) des HILF (Items 62-71) (Korr. ERST-3 – HILF-c)**

*Begründung:* Klienten mit ausgeprägterem Leidensdruck würden den Konsequenzen, die sie nach dem Therapeuteninterventionen für sich ziehen wollten, ein stärkeres Gewicht beimessen, da die Erfahrung helfender Berufe nahelegt, dass die Bereitschaft zur Einstellungs- und Verhaltensänderung sich bei einem hohen Leidensdruck deutlich erhöht.

**Hypothese 6.6: das Ausmaß des Leidensdrucks korreliert positiv mit dem Gesamtmittelwert des HILF (Korr. ERST – HILF)**

*Begründung:* Klienten mit ausgeprägterem Leidensdruck würden allen oder den meisten Items des HILF eine deutlichere Gewichtung beimessen, weil die Therapeutenerfahrung nahelegt, dass eine als hilfreich erlebte Therapeutenintervention bedeutsame Reaktionen nach sich zieht.

*Ergebnis:* die Hypothesen 3 - 6 können nicht beibehalten werden. Es gab überhaupt keine erkennbaren Zusammenhänge zwischen Ausmaß des Leidensdrucks (Frage 3 des ERST) mit den Mittelwerten der 3 Skalen des HILF sowie dem Gesamtmittelwert des HILF

**Hypothese 6.7: je positiver das ist, was der Klient vorher über Beratung/Therapie gehört hat desto ausgeprägter skaliert er die items der Skala a (,der Therapeut‘) des HILF (Items 1-49) (Korr. ERST-5 – HILF-a)**

**Hypothese 6.8: je positiver das ist, was der Klient vorher über Beratung/Therapie gehört hat desto ausgeprägter skaliert er die Items der Skala b (,meine Empfindungen‘) des HILF (Items 50-61) (Korr. ERST-5 – HILF-b)**

**Hypothese 6.9: je positiver das ist, was der Klient vorher über Beratung/Therapie gehört hat desto ausgeprägter skaliert er die Items der Skala c (,die Konsequenzen‘) des HILF (Items 62-71) (Korr. ERST-5 – HILF-c)**

*Begründung* für Hypothesen 7- 9: es ist anzunehmen, dass die Akzeptanz von Therapeuteninterventionen mit positiven Voreinstellungen der Klienten hinsichtlich der Einschätzung seiner hilfreichen Interventionen einhergeht.

### **Ergebnisse:**

**zwei der Hypothesen können beibehalten werden:**

**Hypothese 6.7 trifft zu:** Ein mäßiger Zusammenhang ergab sich zwischen den personenbezogenen (individuellen) Mittelwerten der HILF-Skala a (,der Therapeut‘) und den Antworten der Frage 5 des ERST (*Was haben Sie bisher gehört?*) mit  $r = -,345$  bei  $\alpha = 0,004$ .

**Hypothese 6.8 trifft zu:** Ein mäßiger Zusammenhang ergab sich zwischen den personenbezogenen (individuellen) Mittelwerten der HILF-Skala b (,Empfindungen‘) und den Antworten der Frage 5 des ERST (*Was haben Sie bisher gehört?*) mit  $r = -,22$  bei  $\alpha = 0,05$ .

**Hypothese 6.9 muss knapp verworfen werden:** keinen gesicherten Zusammenhang gibt es zwischen den personenbezogenen (individuellen) Mittelwerten der HILF-Skala c (,Konse-

quenzen') und den Antworten der Frage 5 des ERST (*Was haben Sie bisher gehört?*) mit  $r = -0,213$  bei  $\alpha = 0,054$ .

Alle 3 Hypothesen wurden einseitig getestet.

Wenn auch die überwiegend signifikanten Zusammenhänge zwischen dem vom Klienten selbst eingeschätzten Vor-Informationen und der Beantwortung der Skalierungsfragen des HILF nicht sehr hoch sind, so muß doch davon ausgegangen werden, dass - zumindest in dieser Untersuchung - es, wenn es um die Einschätzung einer hilfreichen Therapeutenintervention bzw. einer als hilfreich erlebte Therapiesitzung geht, eine gewisse Rolle spielt, was der Klient vor Therapiebeginn über Beratung/Therapie gehört hat. (Die negativen Korrelationen erklären sich durch die Skalierungsrichtung im ERST.) Waren seine Vorinformationen positiv, so waren die Skalierungen im HILF auch höher, d.h. der Klient schätzte die Therapeuteninterventionen (H7) und seine Empfindungen (H8) dabei als bedeutsamer ein. Ich weise darauf hin, dass es sich hier natürlich nicht um einen kausalen Zusammenhang handeln kann, sondern es sind eher intervenierende Variable wie z.B. Bildung, Offenheit und Informiertheit zu vermuten, die beide Variablen beeinflusst haben könnten.

#### **6.4.2 Weitere Zusammenhänge zwischen Skalierungen im HILF, ERST, BFKE und ABSCHLUSSFRAGEBOGEN**

**1. Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Akzeptanzproblemen des Klienten, seiner Bereitschaft zur Öffnung und seinem Bedürfnis nach Zuwendung einerseits und der Zuschreibung von Therapie-/Beraterfolg dem Therapeuten gegenüber andererseits? (Korr. BFKE – ABSCHLUSSFRAGEBOGEN)**

##### **Hypothesen 6.10 – 6.12:**

es besteht ein positiver Zusammenhang in der Skalierung der BFKE-Skala **Öffnungsbereitschaft** (H10), dagegen negative Zusammenhänge zwischen den beiden BFKE-Skalen **Zuwendungsbedürfnis** (H11) und **Akzeptanzprobleme** (H12) mit der Skalierung der Frage „5“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: **„Falls sich etwas verändert/verbessert hat, zu wieviel Prozent führen Sie dies auf die Arbeit des Therapeuten zurück?“**

*Begründung:* je geringer eventuelle Akzeptanzprobleme und Zuwendungsbedürfnis des Klienten und je größer seine Offenheit, desto mehr ist er bereit, einen eventuellen Erfolg dem Therapeuten zuzuschreiben.

**2. Fragestellung: Bestehen Zusammenhänge zwischen Vor-Informationen und Vor-Erfahrungen des Klienten mit Öffnung zur Therapie bzw. mit Akzeptanzproblemen? (Korr. BFKE – ERST)**

##### **Hypothesen 6.13 und 6.14:**

es besteht ein negativer Zusammenhang in der Skalierung der BFKE-Skala **Akzeptanzprobleme** (H13) und ein positiver Zusammenhang in der Skalierung der BFKE-Skala **Öffnungsbereitschaft** (H14) mit der Skalierung der Frage „5“ im ERST: **„Was haben Sie bisher über psychologische Beratung/Therapie gehört?“**

*Begründung:* die Vermutung lag nahe, dass, je positiver der Klient aufgrund von ‚Gehörtem‘ der Beratung/Therapie gegenüber eingestellt ist, er umso mehr bereit ist, Offenheit und Akzeptanz dem Therapeuten entgegenzubringen.



### **Hypothesen 6.15 und 6.16:**

es besteht ein negativer Zusammenhang in der Skalierung der BFKE-Skala **Akzeptanzprobleme** (H15) und ein positiver Zusammenhang in der Skalierung der BFKE-Skala **Öffnungsbereitschaft** (H16) mit der Skalierung der Frage „6“ im ERST: „**Wie bewerten Sie eventuelle eigene Vorerfahrungen?**“

*Begründung:* die Erfahrung legt nahe, dass, je positiver der Klient aufgrund eigener Erfahrungen der Beratung/Therapie gegenüber eingestellt ist, er umso mehr bereit ist, Offenheit und Akzeptanz dem Therapeuten entgegenzubringen.

### **Hypothesen 6.17 und 6.18:**

es besteht ein negativer Zusammenhang der BFKE-Skala **Akzeptanzprobleme** (H17) und ein positiver Zusammenhang der BFKE-Skala **Öffnungsbereitschaft** (H18) mit der Skalierung der Frage „7“ im ERST: „**Wie erwartungsvoll gehen Sie in diese Therapie?**“

*Begründung:* Klienten, die mit optimistischeren Erwartungen in die Therapie gehen, bringen vermutlich auch mehr Akzeptanz und Öffnungsbereitschaft dem Therapeuten gegenüber mit.

### **3. Fragestellung: Korrelieren Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis des Klienten mit höheren Skalierungen im HILF bzw. Akzeptanzprobleme mit niedrigeren Skalierungen im HILF? (Korr. BFKE – HILF)**

#### **Hypothesen 6.19 – 6.27:**

es bestehen positive Zusammenhänge der BFKE-Skala **Öffnungsbereitschaft** mit den Skalierungen in den drei Skalen des HILF (H19, H20, H21);

es bestehen negative Zusammenhänge der BFKE-Skala **Zuwendungsbedürfnis** mit den Skalierungen in den drei Skalen des HILF (H22, H23, H24);

es bestehen negative Zusammenhänge der BFKE-Skala **Akzeptanzprobleme** mit den Skalierungen in den drei Skalen des HILF (H25, H26, H27).

*Begründung:* je offener der Klient dem Therapeuten gegenüber eingestellt ist, desto höher bewertet er die hilfreichen Interventionen des Therapeuten, desto deutlicher erlebt (und skaliert) er seine Empfindungen auf die Interventionen und desto ausgeprägter skaliert er auch die Konsequenzen, die er aus den Interventionen des Therapeuten zieht. Klienten, die fürchten, nicht genügend Zuwendung zu erhalten und Klienten, die fürchten, nicht genügend Akzeptanz seitens des Therapeuten zu erhalten, tun sich schwer, die Interventionen des Therapeuten als hilfreich zu erkennen und zu bewerten.

#### ***Ergebnisse zu den 3 Fragestellungen (H10 – H27):***

**Entgegen den Hypothesen zeigen sich – mit einer Ausnahme - keine signifikanten Zusammenhänge, vor allem nicht in der erwarteten Richtung!**

Lediglich korrelieren die beiden Items: *Was haben Sie bisher über Psychotherapie gehört?* und *Öffnungsbereitschaft* (H14) mit  $r = -.326$  (sign. bei  $\alpha = .02$ ), was bei der inversen Skalierung bedeutet, dass sich die Öffnungsbereitschaft des Klienten höher ist, wenn gleichzeitig auch die Vorinformation über Therapie positiv war.

### 6.4.3 Abschlussfragebogen

#### 6.4.3.1 Deskriptive Auswertung:

Die erste Frage sollte das Ausmaß der Zustimmung zu der Aussage: "**Die Beratung/Therapie ist (bis jetzt) erfolgreich gewesen**" (in Klammern jeweils die Formulierung des Fragenkatalogs zur Zwischenbilanz) erfassen. Antworten konnten vergeben werden zwischen „1“ („kein/kaum Erfolg“) und „5“ („sehr großer Erfolg“).

Der Mittelwert der Antworten beträgt 3,6 mit einer Streuung von .84. Der Median liegt bei „4“ (50% aller Antworten). Dieses Ergebnis lässt sich als eine recht positive Tendenz der Erfolgseinschätzung im Rahmen einiger weniger Beratungs- oder Therapiesitzungen zu interpretieren.

Die zweite Frage lautete: "**Haben Sie in der Beratung/Therapie bisher etwas dazugelernt?**" Angekreuzt werden konnte zwischen „1“ („nichts/kaum") und „5“ („sehr viel“). Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,9 mit einer Streuung von 1,0. Insgesamt 67,5% hatten die beiden Kategorien „4“ und „5“ angekreuzt. Auch dieses Ergebnis lässt sich so interpretieren, dass trotz des im Durchschnitt relativ kurzen Zeitraumes die Klienten die Beratung/Therapie für im Wesentlichen profitabel hielten.

Die dritte Frage lautete: "**Wie hat sich das Problem, das Sie veranlaßt hat, die Beratung/Therapie zu beginnen, durch die Beratung/Therapie bisher verändert?**" Angekreuzt werden konnte zwischen „1“ („eher verschlechtert") , „2“ („unverändert“) , „3“ („etwas gebessert“), „4“ („deutlich verbessert“) und „5“ („hat sich aufgelöst“). Es war beabsichtigt, daß der Klient in der Beantwortung dieser Frage noch nicht zwischen therapiebedingten Besserungen und äußeren Einflüssen unterscheiden können sollte, damit die Beantwortung der nächsten Frage den Einfluß des Therapeuten erfassen konnte. Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,4 mit einer Streuung von .64. 42,5% hatten die Kategorie „3“ angekreuzt, nochmals 50% die Kategorie „4“. Kategorie „5“ wurde gar nicht angekreuzt. Dieses Ergebnis zeigt, dass trotz des im Durchschnitt relativ kurzen Zeitraumes über 90% der Klienten in der Beratung/Therapie eine leichte bis deutliche Besserung ihres Problems erlebten.

Die vierte Frage lautete: "**Wie hoch schätzen Sie Ihren Leidensdruck ein, den Ihre Probleme gegenwärtig auslösen?**" Antworten waren möglich zwischen „1“ („sehr gut erträglich") und „5“ („ganz unerträglich“). Der Mittelwert der Antworten lag bei 3,1, bei einer Streuung von 1,0. Insgesamt 75% hatten die beiden Kategorien „2“ und „3“ angekreuzt. Nur jeweils 10% schätzten ihren Leidensdruck als schwer oder ganz unerträglich ein. Aus diesen Daten lässt sich entnehmen, dass es sich bei dem Klientel dieser Stichprobe um vermutlich das typische Klientel einer ambulanten Praxis mit relativ gut kompensierten Klienten handelt.

Die fünfte Frage lautete: "**Falls sich etwas verändert (gebessert) hat, zu wieviel Prozent ungefähr führen Sie diese Verbesserung auf die Arbeit des Therapeuten zurück?**" Antworten waren möglich zwischen „1“ („gar nicht"), über „2“ („zu 25%“), „3“ („zu 50%“), „4“ („zu 75%“) bis zu „5“ („zu 100%“). Der Mittelwert der Antworten liegt bei 3,75, mit einer Streuung von .81. Insgesamt 77,5% hatten die beiden Kategorien „3“ und „4“ angekreuzt, immerhin noch 17,5% die Kategorie „5“. Diese für die Wirkung der Beratung/Therapie sehr positive Einschätzung kann wegen der nicht kontrollierbaren Tendenz zur sozialen Erwünschtheit nur bedingt interpretiert werden. Vermutlich wäre die Tendenz zur Zuschreibung positiver Beratungs-/Therapieerfolge an den Therapeuten weniger deutlich ausgefallen, wenn alle Klienten, die zu kaum mehr als einer Beratung erschienen waren, die Fragebögen beantwortet hätten, da davon auszugehen ist, daß das Unterbleiben der Rücksendung eher mit einer unbefriedigten Erwartungshaltung zu tun haben könnte. Aber dies ist

lediglich nur eine Vermutung, da es viele Gründe geben kann, warum ein Fragebogen nicht zurück geschickt wird, z.B. wegen der in einer Sitzung nicht zustande gekommenen Bindung an den Therapeuten oder wegen der Mühen, die dadurch entstehen, wegen Zeitmangel oder mangelnder Motivation.

Die sechste Frage ergänzt Frage 4, indem sie nach **unerwarteten Verbesserungen des Befindens bzw. der Lebenssituation des Klienten** fragt, die nicht unmittelbar in der Therapie bearbeitet worden sind. 55% der Klienten beantworteten diese Frage mit „Ja“, dagegen 45% mit „Nein“. Zusammen mit den Ergebnissen von Fragen 3 und 4 interpretiert, läßt dieses Ergebnis darauf schließen, daß eine vom Klienten wahrgenommenen Problementlastung oft auch mit von ihnen erlebten Verbesserungen in der Lebenssituation verbunden werden. Dies bestätigt nur die in der folgenden allseits bekannten ironischen Zuspitzung formulierte Klientenfeststellung zu Therapieende: „*Es geht mir ja deutlich besser, aber was hat Ihre Therapie eigentlich damit zu tun gehabt?*“

#### 6.4.3.2 Korrelationen ERST- ABSCHLUSSFRAGEBOGEN

**Fragestellung:** bestehen Zusammenhänge zwischen Vorerfahrungen, Vorinformationen, Erfolgserwartung und Leidensdruck mit den Erfolgseinschätzungen nach Ende des Untersuchungszeitraumes?

**Hypothese 6.28:** Die Erwartungshaltung zu Therapiebeginn korreliert positiv mit der Zuschreibung des Therapieerfolgs an den Therapeuten.

*Begründung:* Eine größere Erwartungshaltung dürfte auch dem Therapeuten einen größeren Einfluß auf Veränderung der Problematik zuschreiben.

*Ergebnis:* Die Hypothese kann nicht bestätigt werden. Ein Zusammenhang zwischen der Frage „7“ im ERST: „**Wie erwartungsvoll gehen Sie in die Beratung/Therapie?**“ mit der Frage „5“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „**Falls sich etwas verändert/verbessert hat, zu wieviel Prozent ungefähr führen Sie diese Verbesserung auf die Arbeit des Therapeuten zurück?**“ ist statistisch nicht nachweisbar.

**Hypothese 6.29:** Der anfängliche Leidensdruck und die vom Klienten wahrgenommene Veränderung der Problematik korrelieren positiv.

*Begründung:* Ein größerer anfänglicher Leidensdruck dürfte auch bereits nach kurzem Beratungs-/Therapieintervall für den Klienten mit einer größeren Entlastungsempfinden bezüglich der Problematik verbunden sein.

*Ergebnis:* Die Hypothese kann nicht bestätigt werden. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Frage „3“ im ERST: „**Bitte schätzen Sie das Ausmaß des Leidensdrucks ein, den Ihre Probleme auslösen**“ mit der Frage „3“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „**Wie hat sich das Problem, das Sie veranlasst hat, die Beratung/Therapie zu beginnen, durch die Beratung/Therapie bisher verändert?**“

**Hypothese 6.30:** Der anfängliche Leidensdruck korreliert negativ mit dem Leidensdruck des Klienten zum Zeitpunkt der ABSCHLUSSbefragung.

*Begründung:* Der Klient sollte am Ende des Behandlungszeitraumes eine Abschwächung seines Leidensdruckes feststellen können.

*Ergebnis:* Die Hypothese kann nicht bestätigt werden. Es besteht zumindest kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Frage „3“ im ERST: „**Bitte schätzen Sie das Ausmaß des Leidensdrucks ein, den Ihre Probleme auslösen**“ mit der Frage „4“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „**Wie hoch schätzen Sie den Leidensdruck ein, den Ihre Probleme gegenwärtig auslösen?**“ Die Korrelation von  $r = .29$ , bei  $\alpha = .09$ , besagt, dass kein

statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen beiden Antworten ein- und desselben Klienten zur gleichen Frage innerhalb eines maximal vierteljährlichen Zeitraumes gefunden wurde, wobei allerdings eine geringe korrelative Tendenz zu einem positiven Zusammenhang erkennbar ist. Es läßt sich vermuten, daß die Angaben eines Klienten zu seinem Leidensdruck als ein sehr unsicheres prognostisches Kriterium anzusehen sind, da sie möglicherweise ganz von der „Tagesform“ abhängen. Andererseits handelt es sich ja statistisch gesehen bei den Korrelationskoeffizienten um einen gemittelten Wert, bei dem sich positive und negative Zusammenhänge gegenseitig neutralisieren können. Es wäre also denkbar, daß ein Teil der Klienten den Leidensdruck bei der Abschlußbefragung höher als zu Anfang und der andere Teil ihn niedriger eingeschätzt hat.

**Hypothese 6.31: Der anfängliche Leidensdruck korreliert positiv mit der Zuschreibung des Klienten einer Verbesserung seiner Problematik auf die Arbeit des Therapeuten.**

*Begründung:* Wenn der Klient bei einem höheren anfänglichen Leidensdruck nach einer oder einigen wenigen Sitzungen bereits eine Abschwächung seiner Problematik feststellen sollte, würde er diese vermutlich auf die Arbeit des Therapeuten zurückführen.

*Ergebnis:* **Die Hypothese kann nicht bestätigt werden.** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Frage „3“ im ERST: „Bitte schätzen Sie das Ausmaß des Leidensdrucks ein, den Ihre Probleme auslösen“ mit der Frage „5“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „Falls sich etwas verändert (gebessert hat, zu wieviel Prozent ungefähr führen Sie die Verbesserung auf die Arbeit des Therapeuten zurück?“

**Hypothese 6.32: Das Ausmaß von Vorinformation über Beratung/Therapie korreliert positiv mit einer Veränderung der Problematik in der Einschätzung durch den Klienten.**

*Begründung:* Positive Vorinformationen beschleunigen die Veränderungsbereitschaft, da mit ihnen ein größeres Vertrauen in den Nutzen einer Therapie verknüpft sein dürfte.

*Ergebnis:* **Die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Frage „5“ im ERST: „Was haben Sie bisher über psychologische Beratung bzw. Psychotherapie gehört?“ mit der Frage „3“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „Wie hat sich das Problem, das sie veranlaßt hat, die Beratung/Therapie zu beginnen, durch die Beratung/Therapie verändert?“

**Hypothese 6.33: Das Ausmaß von Vorinformation über Beratung/Therapie korreliert positiv mit der vom Klienten eingeschätzten Wirkung des Therapeuten auf die Verbesserung der Problematik.**

*Begründung:* Positive Vorinformationen durch vorhergehende Beratungen/Therapien werden vom Klienten auf den eigenen Therapeuten übertragen.

*Ergebnis:* **Die Hypothese muss verworfen werden.** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Frage „5“ im ERST: „Was haben Sie bisher über psychologische Beratung bzw. Psychotherapie gehört?“ mit der Frage „5“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „Falls sich etwas verändert (gebessert) hat, zu wieviel Prozent ungefähr führen Sie die Verbesserung auf die Arbeit des Therapeuten zurück?“

**Hypothese 6.34: Eigene Vorerfahrungen zu Beratung/Therapie korrelieren positiv mit der vom Klienten eingeschätzten Wirkung des Therapeuten auf die Verbesserung der Problematik.**

*Begründung:* Positive Vorinformationen durch vorhergehende Beratungen/Therapien werden vom Klienten auf den nachfolgenden Therapeuten übertragen.

*Ergebnis:* **Die Hypothese muss verworfen werden.** Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Frage „6“ im ERST: „Wie bewerten Sie eventuelle bisherige eigene Beratungs-/Therapie-Vorerfahrungen?“ mit der Frage „5“ im

**ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „Falls sich etwas verändert/verbessert hat, zu wieviel Prozent ...Arbeit des Therapeuten?“** Allerdings ist die Signifikanz mit 0,06 bei  $r = -.32$  nur knapp verfehlt. Wegen der inversen Skalierung zeigt sich in der (ungesicherten) Tendenz ein leichter positiver Zusammenhang.

**Hypothese 6.35: Eigene Vorerfahrungen mit Beratung/Therapie korrelieren positiv mit der vom Klienten eingeschätzten Wirkung der gegenwärtigen Therapie.**

*Begründung:* Wenn die vorherige Beratung/Therapie als erfolgreich erlebt wurde, dürfte diese positive Erfahrung vermutlich ‚vorschußmäßig‘ auf die nächste Therapie übertragen werden.

*Ergebnis:* **Die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Frage „6“ im ERST: „**Wie bewerten Sie eventuelle bisherige eigene Beratungs-/Therapie-Vorerfahrungen?**“ mit der Frage „1“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „**Die Beratung/Therapie ist (bis jetzt) für mich erfolgreich gewesen.**“ Eine plausible Begründung für den fehlenden Zusammenhang könnte darin liegen, dass die Klienten die beiden Beratungen/Therapien als von einander unabhängige Ereignisse betrachtet hätten.

**Hypothese 6.36: Die Erfolgserwartung zu Beginn einer Beratung/Therapie korreliert positiv mit der vom Klienten eingeschätzten Wirkung der gegenwärtigen Therapie.**

*Begründung:* Gemeinsamer Faktor wäre eine grundsätzlich positive Einstellung zur Therapie.

*Ergebnis:* **Die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Frage „7“ im ERST: „**Wie erwartungsvoll gehen Sie in diese Beratung/Therapie?**“ mit der Frage „1“ im ABSCHLUSSFRAGEBOGEN: „**Die Beratung/Therapie ist (bis jetzt) für mich erfolgreich gewesen**“

#### 6.4.3.3 Korrelationen FMP- ABSCHLUSSFRAGEBOGEN

**Fragestellung: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Therapieprofits am Ende einer Beratung/Therapie bzw. eines durch die Untersuchungsperiode vorgegebenen Therapieabschnitts und Voreinstellungen bzw. Behandlungserwartungen zu Beginn der Beratung/Therapie?**

*Begründung für H37 – H44:* Bei positiven Voreinstellungen und Erwartungen bezüglich einer Beratung/Therapie dürfte auch die Wahrnehmung von Veränderungen im Sinne eines Beratungs-/Therapieerfolgs ausgeprägter sein.

**Hypothesen 6.37 und 6.38: zwischen der Erfolgseinschätzung des Beratungs-/Therapieerfolgs (ABSCHLUSSFRAGEBOGEN Item 1) und positiv getönten Behandlungserwartungen (H37) (FMP-Skala III) und Erfahrungen hinsichtlich Psychotherapie (H38) (FMP-Skala IV) besteht ein positiver Zusammenhang.**

*Ergebnisse:*

Zwischen den Skalierungen beider FMP-Skalen III (H37:  $r = -.09$ ,  $N=37$ ) u. IV (H38:  $r = .27$ ,  $N=37$ ) und dem Abschlußfragebogen Item 1 besteht kein Zusammenhang.

*Interpretation:* Behandlungserwartungen und Vorerfahrungen/Einstellungen wirken sich nicht auf die Frage aus, ob die laufende Beratung/Therapie erfolgreich gewesen war.

**Hypothesen 6.39 und 6.40: Zwischen der Einschätzung, etwas dazu gelernt zu haben (ABSCHLUSSFRAGEBOGEN Item 2) und positiv getönten Behandlungserwartungen (H38) (FMP-Skala III) und Erfahrungen hinsichtlich Psychotherapie (H40) (FMP-Skala IV) besteht ein positiver Zusammenhang.**

*Ergebnisse:*

Zwischen den beiden FMP-Skalen III (H39:  $r = -.176$ ,  $N=37$ ) u. IV (H40:  $r = .215$ ,  $N=37$ ) und dem Abschlußfragebogen Item 2 besteht kein statistischer Zusammenhang.

**Interpretation:** Behandlungserwartungen und Vorerfahrungen/Einstellungen wirken sich nicht auf die Frage aus, ob der Klient meint, in der bisherige Therapie etwas dazu gelernt zu haben

**Hypothesen 6.41 und 6.42: Zwischen der Einschätzung, dass sich das Problem durch die Beratung/Therapie verändert hat (ABSCHLUSSFRAGEBOGEN Item 3) und positiv getönten Behandlungserwartungen (H41) (FMP-Skala III) und Erfahrungen hinsichtlich Psychotherapie (H42) (FMP-Skala IV) besteht ein positiver Zusammenhang.**

Ergebnisse:

Zwischen den beiden FMP-Skalen III (H41:  $r = -.017$ ,  $N = 37$ ) und dem Abschlußfragebogen Item 3 besteht kein Zusammenhang. Zwischen Skala IV und Abschlußfragebogen Item 3 besteht ein sign. Zusammenhang auf dem .05% Niveau (H42:  $r = .325$ ,  $N=37$ )

**Interpretation:** Behandlungserwartungen wirken sich nicht auf die Frage aus, ob der Klient meint, dass sich in durch die bisherige Therapie am Problem etwas geändert habe. Bei positiven Vorerfahrungen u. Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie wird die Veränderungs-/Verbesserungsrate als höher eingeschätzt.

Anmerkung zu den Ergebnissen der Hypothesen 6.37 – 6.41 :

Signifikante Zusammenhänge konnten vermutlich deswegen nicht nachgewiesen werden, weil insgesamt der Meßzeitraum für den Nachweis einer prozessualen Änderung zu kurz war und die Stichprobe zu klein. In vielen Fällen fand(en) nur eine oder wenige Beratungssitzung(en) statt.

#### 6.4.4 Zusatzfragen im HILF

Nachdem der Klient die 71 items des HILF beantwortet hatte, wurde er gebeten, zum Schluss noch einige Fragen zu beantworten. Die ersten drei Fragen sollten auf einer 5-stufigen Likert-Skala zwischen ‚4‘ (*sehr aufnahmefähig, sehr hilfreich, (zu) lang*) und ‚0‘ (*gar nicht aufnahmefähig, hilfreich, lang*) skaliert werden:

- 1) *Wie aufnahmefähig waren Sie heute?*
- 2) *Wie hilfreich empfanden sie die heutige Sitzung*
- 3) *War der Fragebogen (zu) lang?*

Die weiteren fünf Fragen konnten frei beantwortet werden:

- 4) *War Ihnen bei einigen Aussagen nicht ganz verständlich, was gemeint war? Wenn ja, welche waren das?*
- 5) *Möchten Sie zum Verhalten des Therapeuten und ihren Reaktionen oder Konsequenzen noch etwas mitteilen, was nicht im Fragebogen erfasst wurde?*
- 6) *Gab es hinderliche (wenig nachvollziehbare, unpassende) Aussagen/Handlungen des Therapeuten und wenn ja, welche?*
- 7) *Falls Sie den Fragebogen nicht beantworten konnten:*
  - a) *Was war aus ihrer Sicht das wichtigste, was innerhalb der Sitzung geschehen ist?*
  - b) *Wie verhielt sich der Therapeut im Zusammenhang mit dieser Erfahrung?*

Die ersten sechs Fragen sollten die Bereitschaft des Klienten erkunden, den Fragebogen zu beantworten, die Verfassung, in der er den Fragebogen beantwortete und auch, ob der Fragebogen für ihn überhaupt zu bewältigen war. Die letzten beiden Fragen waren gedacht für Klienten, die den Fragebogen vorher nicht skaliert hatten.

**Auswertung:**

Fragen 1 - 3 wurden statistisch ausgewertet (die Transskription findet sich im Anhang).

Kein Klient gab an, dass er gar nicht aufnahmefähig gewesen sei. 24% kreuzten die ersten beiden Kategorien an (Kat. 1: 6% mit „kaum“, Kat. 2: 18% mit „einigermaßen aufnahmefähig“). 76% hielten sich sogar für ziemlich bis sehr aufnahmefähig.

Kein Klient gab an, dass er die Sitzung als nicht hilfreich empfand. 27% kreuzten die ersten beiden Kategorien an (Kat. 1: 3% kaum, Kat. 2: 24% einigermaßen hilfreich). 53% hielten die Sitzung sogar für ziemlich bis sehr hilfreich.

20% der Klienten gaben an, dass sie den Fragebogen als sehr lang empfanden. Weitere knapp 17 % empfanden ihn noch als ziemlich lang. 44,5% kamen mit der Länge zurecht, 17% fanden den Fragebogen gar nicht lang.

**Interpretation:**

Von der Aufnahmefähigkeit der Klienten her betrachtet, ist anzunehmen, dass sie in der Lage waren, auch hilfreiche Therapeuteninterventionen zu registrieren. Mehr als die Hälfte der Klienten fanden die Sitzung als ziemlich bzw. sogar als sehr hilfreich. Lediglich die Länge des Fragenkatalogs machte ca. 37% der Klienten doch einigermaßen bis sehr zu schaffen. Bei der Konstruktion zukünftiger ähnlicher Fragenkataloge sollte berücksichtigt werden, dass die hier verwendete Länge keinesfalls überschritten, eher noch unterschritten werden sollte, vor allem wenn sie ähnlich schwierig zu beantworten wären.

**Fragen 4 – 7:**

**Auswertung Frage 4:**

Lediglich 14mal wurden einzelne Items kritisiert, darunter nur das Item 47 mehrfach, meistens, weil es der persönlichen Situation als nicht passend zugeordnet werden konnte. Diese geringe Kritik spricht für die allgemeine Angemessenheit der verwendeten Items.

**Auswertung Frage 5:**

20mal wurden, teilweise ausführliche, Anmerkungen zu den Therapeuteninterventionen geschrieben, die mit wenigen Ausnahmen deren hilfreiche Qualität beschrieben, ähnlich den freien Antworten im qualitativen Antwortteil des Fragebogens. Empfindungen von Betroffenheit, Erkenntnisse und avisierte Konsequenzen wurden beschrieben.

**Auswertung Frage 6:**

Hier wurde 13mal Stellung bezogen: Kränkungen bei zu direkter Kritik; zu frühes therapeutisches Erklärungsmuster; Nicht-Nachvollziehbarkeit in der Intervention mit einem anderen Klienten in der Gruppentherapie; 3mal fehlende Akzeptanz einer Äußerung zu Geschlechterrollen (2 unterschiedliche Klientinnen); andere thematische Prioritätensetzung; Nicht-Verstehen der Anleitung.

**Auswertung Frage 7a:**

Die Klienten beschreiben in 19 Stellungnahmen ihr emotionales Ringen um Erleben; Erkenntnis (von Zusammenhängen) und Veränderung; ihre Wertschätzung des Begleiteten und Verstanden-Werdens, des Vertrauens-Fassens-Könnens. Sie beschreiben Entlastung; Mut, über die Scham sprechen zu können; Stärkung ihres Selbstvertrauens und die Möglichkeit zur Katharsis. Das Wichtigste war für einen Klienten der authentische Ärger des Therapeuten, für einen anderen die schnelle „erste Hilfe“.

**Auswertung Frage 7b:**

15 Klienten beantworteten diese Frage nach der Qualität des Therapeutenverhaltens ausschließlich sehr positiv (die Unzufriedeneren haben vermutlich ihre Kritiken unter Frage 6

ausgedrückt oder den Therapeuten höflich geschont?). Einfühlsamkeit, Verständnis, Vertrauensvolles Engagement des Therapeuten waren die am häufigsten genannten Kommentare.

#### **Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragen 4 – 7:**

Die Fragebogenitems werden weitgehend akzeptiert. Die Antworten spiegeln noch einmal in Kurzform die Ergebnisse der inhaltlichen Auswertung des HILF wieder. Hinzu kommen die kritischen Stellungnahmen zu als „nicht-hilfreich“ empfundenen Aussagen und Handlungen des Therapeuten, was die Frage aufwirft, ob eine Neukonstruktion des HILF (ohne qualitativen Teil) doch auch einen Fragekomplex zu „nicht-hilfreichen“ Therapeuteninterventionen aufnehmen sollte, was aus pragmatischen Gründen in dieser Studie ausgeschlossen wurde.

### **6.5 Diskussion der korrelativen Zusammenhänge (ERST , Zusatzfragen HILF, ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, BFKE, FMP)**

Ein großer Teil der geprüften Hypothesen konnte nicht beibehalten werden. So steht der vom Klienten zu Therapiebeginn eingeschätzte Leidensdruck in keinem signifikanten Zusammenhang zu der Einschätzung der Therapeuteninterventionen und den vom Klienten eingeschätzten Empfindungen und Konsequenzen. Auch zwischen den Skalierungen des BFKE mit Items aus anderen Fragebögen ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge, außer dem zwischen der Angabe, vorher Positives über Psychotherapie gehört zu haben und der Öffnungsbereitschaft des Klienten.

Dagegen war tendenziell bei einem größeren Leidensdruck auch eher Negatives über Beratung oder Psychotherapie vor Therapiebeginn gehört worden war (H1). Vielleicht muss man hier einen dritten intervenierenden Faktor annehmen, wie zum Beispiel die Befürchtung bei einem Teil der Klienten, doch keine richtige Hilfe durch Beratung/Psychotherapie erfahren zu können. Andererseits zeigt sich, dass Klienten mit Vorerfahrungen, zumal wenn sie positiv sind, sich tendenziell auf eine längere Beratung oder Therapie einstellen (H2).

Klienten, die vorher Positives über Beratung/Therapie gehört hatten, skalieren die drei Variablen des HILF ausgeprägter, auch wenn es sich um Korrelationen im unteren Bereich handelt (H3 - H6), was keinesfalls verwunderlich ist, da noch andere Einflüsse in die Skalierung des HILF einfließen.

In der Auswertung der Korrelationen des BFKE mit den Items des ERST ergab sich lediglich, dass die Öffnungsbereitschaft des Klienten höher ist, wenn gleichzeitig auch die Vorinformation über Therapie positiv war (H14).

Die Auswertung der Korrelationen des FMP zeigt, daß Behandlungserwartungen des Klienten in keinem, dagegen Vorerfahrungen und Einstellungen in einigen Aspekten im Zusammenhang mit den Einschätzungen des Therapeuten hinsichtlich der Therapiepassung gesehen werden können, zumindest, soweit die beiden untersuchten Variablen durch den FMP dargestellt werden konnten.

Dass viele Hypothesen nicht beibehalten werden konnten, mag unterschiedlich begründet sein: eine teilweise zu geringe Stichprobengröße, so dass Signifikanzen knapp verfehlt wurden, an den einzelnen Fragestellungen, deren Annahmen nicht zutreffend waren und teilweise an der Tatsache, dass der Untersuchungszeitraum zu kurz war, um Wirk-Einflüsse durch die Beratung messen zu können (H28 – H36).

Aber damit ist der Wert dieses Untersuchungsteils m.E. nicht geschmälert. Es kam mir in erster Linie ja darauf an, Wege aufzuzeigen, über die sich die teilweise noch relativ großen weißen Flecken auf der Landkarte der Wechselwirkungen von Therapeut-Klient-Einflüssen mit zumindest einigen kulturellen Erkenntnissen füllen lassen.



## 7. Qualitative und quantitative Auswertung des HILF<sup>13</sup>

### 7.1 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Auswertung des Fragebogens HILF

*Ein Fluss ist nicht erklärbar durch die Zahl von Eimern, die sein Wasser aufnehmen könnten.*  
(William James)

#### 7.1.1 Auswertungsstatistik:

Insgesamt 216 HILF-Fragebögen wurden beantwortet.  
Von den Klienten füllten den Bogen aus:

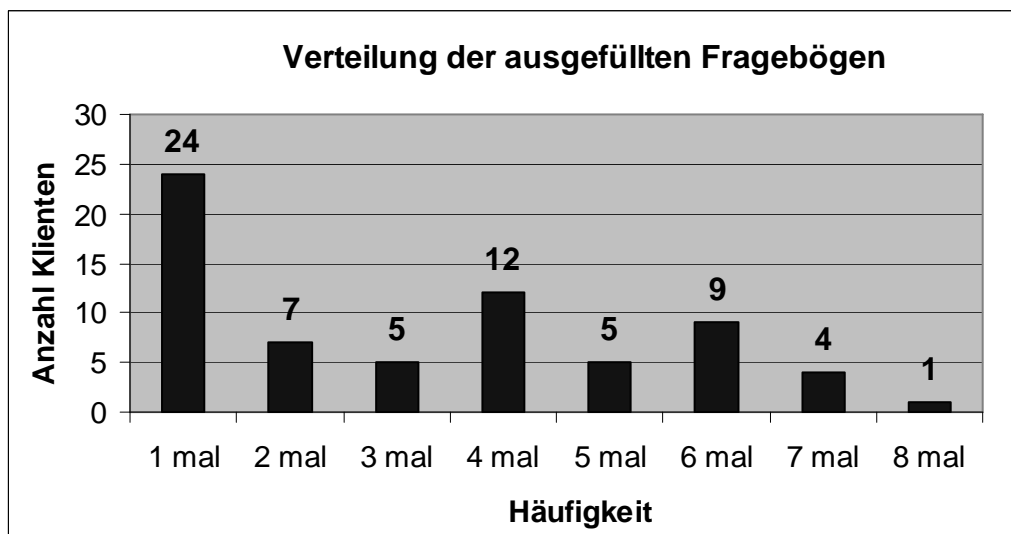


Abb. 9: Verteilung der ausgefüllten Fragebögen HILF je Klient:

4 Fragebögen mussten wegen Lücken in der Beantwortung herausgenommen werden.

---

<sup>13</sup> Die Namensgebung dieses Fragebogens leitet sich aus dem Untersuchungsgegenstand „Hilfreiche Therapeuteninterventionen“ her, die mit diesem Fragebogen untersucht werden.

## Wieviele Fragebögen konnten jeweils zu den vier ex posteriori gefunden Fragestellungen ausgewertet werden?

Tabelle 15: Statistik zu den inhaltsanalytisch auswertbaren Fragebögen, aufgeteilt auf die vier Fragestellungen

| Auswertung von N = 212 Fragebögen |                                       |                   |   |   |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------|---|---|
| N                                 | Fragestellung                         | Anzahl Fragebögen | Verhältnis: Kodierungen*<br>./ Anz. auswertbarer Fragebögen | Verhältnis: Fragebögen mit mind. einer Kodierung in Kernkategorie ./ Anz. auswertbarer Fragebögen |
| 169                               | was macht der Therapeut?              | 121               | 1.41  | 0.57  |
| 307                               | wie macht der Therapeut das?          | 167               | 2.02  | 0.79  |
| 71                                | wie empfindet der Klient das?         | 57                | 1.25  | 0.27  |
| 94                                | welche Konsequenzen zieht der Klient? | 81                | 1.16  | 0.38  |
| 674                               | Gesamtanzahl Kodierungen              |                   |   |   |

\*s.w.u. auf dieser Seite

Die unterschiedliche Anzahl der Fragebögen, aus denen die Kodierungen gewonnen wurden, hängt mit der Tatsache zusammen, dass sich nicht in allen der 212 Fragebögen inhaltlich zu allen Fragestellungen Klientenaussagen fanden und dass in einem kleineren Teil die beiden Fragen des ungebundenen Fragebogenteils unbeantwortet blieben. Außerdem ließen es die Beantwortungen nur zu einem gewissen Teil zu, Kodierungen für alle vier Kernkategorien zu gewinnen. Wie aus der 4. Spalte der obigen Tabelle zu ersehen ist, wurden zu den Konsequenzen bezüglich der Therapeuteninterventionen die wenigsten Informationen (94 ./ 81) gegeben, dagegen zu der Frage, wie macht der Therapeut das, die meisten Informationen (338 ./ 167). Aus der 5. Spalte ist zu entnehmen, dass zu der Frage, wie macht der Therapeut das fast 80% der Fragebögen zumindest eine Aussage gemacht haben, zur Frage nach den Konsequenzen nur 38%.

### Veranschaulichung der angenommenen hierarchischen Struktur von Wirkfaktoren

Das beiden Untersuchungsteilen dieses Abschnittes meiner Arbeit zu Grunde liegende Konzept der Erfassung von Wirkfaktoren hilfreicher Therapeuteninterventionen lässt sich in der nachfolgenden Gliederung anschaulich darstellen. Therapeuteninterventionen lassen sich hinsichtlich der sie konstituierenden Elemente in einer hierarchischen Struktur in unterschiedliche Ordnungsebenen zerlegen:

- a) Unterste Ordnungsebene: **Wirkelement** für die kleinste beobachtbare Sequenz einer therapeutischen Interaktion oder eines auf das therapeutische *setting* Einfluß nehmende Ereignis, wie z.B. eine *treffende Metapher* oder *ein verständnisvolles Nicken des Therapeuten (Kodierung)*.
- b) Mittlere Ordnungsebene: **Wirkkomponente**, eindimensional; setzt sich aus mind. zwei ähnlichen Wirkelementen zusammen, z.B. *Items* aus meinem Fragebogen (HILF), wie z.B. „*Therapeut erkennt rasch, worum es geht*“ (**Kode, Item**).

- c) Höhere Ordnungsebene: **Wirkkategorie**, mehrdimensional, spezifisch und unspezifisch, auf der Ebene der Interventionen (Aussagen und Handlungen des Therapeuten), setzt sich aus mindestens zwei Wirkkomponenten oder *Items* zusammen, z.B. inhaltsanalytisch gewonnene Kategorien aus meinem Fragebogen, wie „*Ermunterung zu Alternativverhalten*“ oder „*Selbstexploration des Therapeuten*“ oder auch „*Echtheit und Kongruenz*“ (*Kategorie/Hauptkategorie*).
- d) Höchste Ordnungsebene **Wirkebene**, eklektisch, übergeordnete Ebene der Aussagen und Handlungen des Therapeuten, wie „*Techniken des erfahrenen Therapeuten*“ (Kernkategorie in der inhaltsanalytischen Auswertung), „*Therapeut als erfahrener Lehrer*“ (Faktor in der faktorenanalytischen Auswertung)

Darüber ließen sich noch eine

- e) Ebene der **Strategien** (Therapietheorie, Verfahren) und schließlich
- f) Ebene der **Theorien** (Metatheorie, Grundkonzepte)

aufstellen. Dies überlasse ich allerdings nachfolgenden Forschungsarbeiten.

### 7.1.2 Darstellung der Auswertungsschrittfolgen

In der Darstellung der einzelnen Auswertungsschrittfolgen halte ich mich an die Vorschläge in der Darstellung von Strauss und Corbin (1996)

**1. Schritt:** Für jede Versuchsperson (Klient) und jeden von ihr beantworteten Fragebogen wurden ihre offenen Antworten auf die Frage nach der aus ihrer Sicht hilfreichen Therapeutenintervention und deren qualitativen Einschätzung vollständig transkribiert. Name und Chiffre blieben zwecks späterer Identifizierung und eventueller Korrektur erhalten. Alle Sätze oder Satzteile, die sich hinsichtlich der Fragestellung auswerten lassen würden, werden hier, in der Transskription, **fett** hervorgehoben.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen<sup>14</sup>.

Meier (M. 040471) Student, 24 J., Einzeltherapie

HILF 1: „Ich erzählte, dass ich mich von einer Frau sehr angezogen fühlte. **Der Therapeut fragte genauer nach**, „wie macht sie das denn, was zieht Sie an?“ Nach meinen Erklärungsversuchen **fragte er weiter nach**.

**Der Therapeut lässt hier erkennen, dass er sich nicht mit oberflächlichen Gefühlen zufrieden gibt, sondern an den genauen Gründen interessiert ist und ein exaktes Verständnis meiner persönlichen Sicht und Gefühlslage bekommen möchte.**

HILF 2: (*Therapeut*)\_ „(Zitat)**Das sind keine Schwächen, sondern ist eine Einstellung von Ihnen!**“

**Das Herausnehmen aus bequemen Argumentations- und Sichtweisen.**

HILF 3: Je mehr Moral, Heiligenverehrung und Schuld in der Beziehung, desto weniger sexuelle Lust. (An Beispielen aus meiner Erzählung verifiziert). Ich ... schuldig durch meine

---

<sup>14</sup> Mit **Fettschrift** sind die Interventionen des Therapeuten und die Reaktionen des Klienten hervorgehoben. ‚Hilf‘ steht als Bezeichnung für den Fragebogen, die Ziffer dahinter für die Reihenfolge aller von diesem Klienten beantworteten Fragebögen. In der Rechtschreibung und grammatikalisch ist, soweit notwendig, korrigiert worden

Untreue, musste den Schwanz richtig einziehen. **Therapeut: „Ja, und das haben Sie ja dann auch gemacht... den Schwanz einziehen.“**

**Aufrütteln, überzeugende Dekonstruktion meiner bisherigen idealisierten Vorstellungen. "**

HILF 4: (*Therapeut*) **„Der Grund für Ihre Demütigung liegt nicht an den anderen Mitspielern, sondern in Ihren Spielregeln, die Sie selbst aufstellen.“** (An Beispielen erläutert). **Verstärkung einer bereits vage vorhandenen Einsicht, die das Thema somit auf die Tagesordnung setzt.** " (*Unterstreichungen durch den Klienten*)

HILF 5: **"Therapeut wies mich auf unbeantwortete Fragen im Lebenslauf/Fragebogen nach meinen Therapiezielen hin. Er forderte mich auf, meine Ziele bezüglich ‚Veränderung durch Therapie‘ zu formulieren.**

**Der Therapeut gab mir Gelegenheit, die recht unspezifische Diskussion um allgemeine Themen zu verlassen um mich auf die eigentlichen Themen zu konzentrieren, wegen denen ich hier bin und an bisherige Gespräche anzuknüpfen. "**

HILF 6: **„Therapeut: worüber reden wir heute?“**

Trotz anfänglicher Schwierigkeiten, die Initiative zu ergreifen, **gibt mir der Therapeut die Gelegenheit, bisher Unbehandeltes zu ergründen, wenn er gut und intensiv nachfragt während des Gesprächs. Bei Wiederholung muss ich mir vorher überlegen, worüber ich reden will. "**

### **Offenes Kodieren**

**2. Schritt:** mit diesem Schritt begann der eigentliche Prozess der Datenanalyse, das ‚*offene Kodieren*‘. Mit offenem Kodieren ist der Prozess des Segmentierens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens der Niederschriften seitens der Klienten gemeint. Es werden charakteristische Eigenschaften gesucht, die zu einer Kategorie gehören. Diese müssen dann expliziert werden. Das offene Kodieren ist der Teil der Analyse in dem die vorliegenden Daten eingehend untersucht werden, mit dem Ziel die beobachtbaren Phänomene benennen und kategorisieren zu können. Dieser erste grundlegende Analyseschritt ist unabdingbare Voraussetzung für das weitere Vorgehen. Im Verlauf des offenen Kodierens wird das Geschriebene in einzelne Teile aufgebrochen, Auffälligkeiten und Unterschiede werden verglichen, und es werden die Phänomene untersucht, so wie sie sich in den Daten widerspiegeln. Die eigenen und auch die bisher im Selbstverständnis der Forschung geltenden Vorannahmen über die zu untersuchenden Phänomene werden hinterfragt, was nicht selten zu neuen Erkenntnissen führt.

Auf diese Weise wurden also die Rohdaten mit den folgenden à priori definierten vier Fragestellungen konzeptualisiert:

- **was macht der Therapeut?**
- **wie macht der Therapeut das?**
- **wie empfindet der Klient das?**
- **Welche Konsequenzen zieht der Klient aus der Therapeutenintervention?**

An dieser Stelle darf/muss auf den Vorteil der Tatsache hingewiesen werden, dass der Therapeut (als zu untersuchender Gegenstand) in Personalunion mit dem Forscher (als Auswerter) die Aussagen der Klienten sichtet und auswertet: die Niederschriften der Klienten sind nicht immer ganz eindeutig zu verstehen oder zu interpretieren, wenn man sie nicht in ihrem Zusammenhang mit der zuvor stattgefundenen Therapiesitzung einordnen kann. Daher fiel es mir leichter, sie den angemessenen Kodierungen zuzuordnen, als wenn ich ein fremdes Material zu analysieren gewesen wäre.

**3. Schritt**, erster Reduktionsschritt: Die im ersten Schritt gewonnenen Transskripte wurden segmentiert („aufgebrochen“ in der deutschen Fassung von Strauss & Corbin, 1996), d. h., dass ein Satz oder ein Satzausschnitt aus dem Transskript zunächst nach Relevanz für diese Fragestellung markiert und ihm dann eine Bezeichnung gegeben wurde (Kodierung). Dahinter steckt die Frage: (für) welches Phänomen steht diese Beschreibung oder repräsentiert sie? Jede Bedeutungseinheit wurde mit den anderen verglichen, so dass ähnliche Phänomene dieselben Namen bekommen konnten. Zur optischen Verdeutlichung wurden die sich ergebenden vier unterschiedlichen Konzepte mit vier verschiedenen Ziffern, im folgenden Beispiel durch unterschiedliche Schrifttypen, markiert. Die Reduktion der Daten wurde unter dem Gesichtspunkt der Ähnlichkeit vorgenommen, so dass im ersten Reduktionsschritt eine Vielzahl von Kodierungen entstehen konnte, für die Oberbegriffe gefunden werden mussten, die die jeweils darin enthaltenen ähnlichen klingenden Klientenaussagen zusammenfassen konnten. Es ergaben sich allerdings auch eine ganze Reihe von Kodierungen, die einzigartig blieben, aber wegen ihrer nirgendwo anders erscheinenden Bedeutung als eigene Kodierung in eine Kategorie aufgenommen wurden.

Dieses Vorgehen wiederholte sich von Stufe zu Stufe, das heißt also vom ersten Schritt der Kodierung bis hin zum letzten Schritt einer Hauptkategorie.

Im Folgenden ein Beispiel für den ersten Reduktionsschritt.

Der Name des Klienten wurde weggelassen; es blieb nur die Chiffre. Die Nummerierung am Anfang weist auf die durchlaufende Nummerierung aller Fragebögen dieser Untersuchung hin. Die Textteile, die den **vier Fragestellungen** zugeordnet werden können, werden zur Unterscheidbarkeit verschieden nummeriert:

**Was macht** der Therapeut? (1) Beispiel: *„Ermutigung zu Perspektivenwechsel“*

**Wie macht** der Therapeut das? (2) Beispiel: *„Anknüpfung an Bekanntes“*

**Wie erlebt** der Klient die Intervention? (3) Beispiel: *„Verhaltensbestärkung“*

**Welche Konsequenzen** zieht der Klient daraus? (4) Beispiel: *„Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstbestimmung“*

(B. 230960) Gruppentherapie

Therapieanlaß: Selbstwertproblematik, Konflikt mit Eltern, Aggressionshemmung

Nr. 15 HILF 2: „Ich wurde von ihm nach dem vierten Gebot gefragt: du sollst deinen Vater und deine Mutter ehren, auf dass es Dir<sup>15</sup> wohlergehe und Du lange lebest auf Erden.

---

<sup>15</sup> Unterstreichungen durch die Klienten. Markante Klientenaussagen **fett** hervorgehoben, in Klammern die jeweilige Kodierung

**Hilfreich fand ich die Botschaft des vierten Gebots in neuem Licht durch die Ausführung des Therapeuten sehen zu können. (Ermutigung zu Perspektivenwechsel (1)/Anknüpfung an Bekanntes(2): Gebot der Bibel)** Auch mir soll es gut gehen beim Leben des Gebots. Ich empfinde Gott jetzt auch auf meiner Seite mehr gleichgewichtig. Der Druck des Gebotes, immer brav und gehorsam zu sein, ist weniger geworden. Auch die Eltern müssen achtsam sein und das vierte Gebot nicht missbrauchen. (**Mehr Selbstwertgefühl(4)**)

Nr. 16 HILF 3: „Sinngemäß: (Zitat) Erklärungen sind bereits ein Einholen vom Einverständnis des Anderen zu eigenen Handlungen, die man vorab damit entschuldigt. (**Umdeutung/Bewusstmachen von kontraproduktivem Verhalten(1)**)

Ich wurde mir darüber bewusst, eigenverantwortlich handeln zu wollen; meinen Weg zu gehen ohne mich bei anderen dafür entschuldigen zu müssen. **Der Therapeut stärkte mit seiner Aussage mein Selbstbewusstsein und meine Selbstbestimmung.**“ (**Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstbestimmung(4)**)

Nr. 17 HILF 4: Die Art, wie der **Therapeut Wilfried aufgefordert** hat, ein Bild seiner Frau zu malen. (**Reizkonfrontation/Instruktion(2)**). **Direkt und mit Nachdruck (Strenge und Nachdruck/klare Aufgabenstellung(2))**. Wilfried hat seine Angst überwinden können (**Konsequenz: Angstüberwindung, Stärkung von Fremdvertrauen(4)**). Zunächst die **klare Aufgabe** für Wilfried, seine Angst einzugestehen (**Therapeut als Begleiter(2)/ Hilfe zur Inkongruenzbewältigung(1)**). **Anschließend die Belohnung und Wärme auch durch die direkte Nähe des Therapeuten. Ein Zeichen wie: ich lass dich nicht fallen**, auch, wenn ich deine Schwächen kenne und du verletzbar bist.“ (**Wertschätzung(2)/ Vermittlung von direkter Nähe(2)/ Vermittlung von Sicherheit, Wärme(2)Therapeut gibt Halt(2)**)

Nr. 18 HILF 5: (*Therapeut wird zitiert*) „Sinngemäß: ‚es ist gefährlich, immer nach etwas besserem zu suchen, als das was man schon hat.‘

**Der Ausspruch verschafft mir Ruhe, Bestärkung, bei den Dingen zu bleiben, die mich umgeben und bereits zu mir gehören.** Man würde bei immer wähernder Suche nach Neuem und Besseren die Wichtigkeit des Alltäglichen versäumen. Ich denke an das Märchen „der Fischer und seine Frau“. Auch in der Armut hatte sie schon viel, aber der Blick auf das Wesentliche war getrübt im Wahn, mehr haben zu wollen. Den Mut zur Entfaltung habe ich persönlich in der Freiheit auf vertrauten Wegen gehen zu können und mich ab und zu abseits zu wagen, ohne zu fallen. (**Therap. hebt die vorhandenen Ressourcen hervor(1)/Therapeut lässt Raum zur Selbsterfahrung(2)/ Verhaltensbestärkung, Ermutigung(3), Konsequenz: Angstüberwindung, Stärkung von Fremdvertrauen(4)**)

Nr. 19 HILF 6: „Der Therapeut **forderte mich auf**, den Satz: ‚ich brauche Hilfe - wollt Ihr mir helfen?‘ zu den anderen Gruppenmitgliedern zu sagen.“ (**Aufgabe stellen(2)/Problemaktualisierung(1)/ lenkt Aufmerksamkeit auf inneres Erleben(1)/ vertrauensbildende Maßnahme(2)**)

**Er hat mich gefühlsmäßig mit diesem Satz abgeholt (Herstellen eines emotionalen Bezugs(2)) und eine Brücke geschaffen, Vertrauen zu haben in die Gruppe und in mich, nicht immer alles allein bewältigen zu müssen.** Ich habe erfahren, dass es viel Stärke erfordert, Schwächen zuzugeben und dass ich aufgefangen wurde und letztlich gewonnen habe.“ (**positive Erfahrung: Aufbau von Vertrauen in die eigene Person und in Andere(4)**)

An diesem Vorgehen wäre zu kritisieren, dass diese von mir vorgenommene Datenanalyse erkennbar subjektiv-interpretativ ist. Bereits während dieser Niederschrift erkenne ich noch weitere mögliche Kodierungen oder erwäge eventuelle Umkodierungen. Es ist leicht vorstellbar, dass verschiedene Beurteiler zu noch mehr unterschiedlichen oder umfangreicheren Ko-

dierungen gelangen würden, oder dass ich bei einer Wiederholung der inhaltlichen Analyse zu anderen Kodes und den weiteren Kodierschritten gelangt wäre. Auf die Prüfung dieser Fehlerart im Sinne einer Intra-Koder-Reliabilität habe ich aus Gründen weiteren Aufwands verzichtet. Somit schränkt die gegebene Subjektivität meiner Analyse die Aussagekraft dieser Daten in einem gewissen Maße ein. Dennoch nehme ich nicht an, dass sich die hier entwickelte theoretische Basis unter einem strenger objektivierenden Verfahren prinzipiell ändern würde.

### Axiales Kodieren

**4. Schritt**, zweiter Reduktionsschritt: durch den ersten Reduktionsschritt ergaben sich einige Dutzend konzeptuelle Bezeichnungen. Um eine größere Übersichtlichkeit zu erhalten, wurden im weiteren Prozess diejenigen Konzepte, die zu demselben Phänomen zu gehören *schienen*, kategorisiert, *schienen* deswegen, weil in diesem Stadium jede als sinnvoll empfundene Bezeichnung noch als provisorisch anzusehen war. Den durch eine Kategorie (bei mir *Kodierung* genannt) repräsentierten Phänomenen wurde eine konzeptuelle Bezeichnung (*Kode*) zugeordnet. Diese Bezeichnung sollte noch mehr abstrahieren als die Bezeichnungen der um das Phänomen gruppierten Konzepte. Die konzeptionelle Stärke der Kategorien entsteht dadurch, dass andere Gruppen von Konzepten oder Subkategorien in ihrem Umfeld zusammengefasst werden. Ich resumiere, in diesem zweiten Reduktionsschritt sollten drei Bedingungen erfüllt werden:

Die gewählte Bezeichnung sollte in logischer Hinsicht optimal zu den von ihr repräsentierten Daten passen, sie sollte anschaulich genug sein, um schnell an die Konzepte zu erinnern, auf die sie sich beziehen und es sollte ein abstrakteres Konzept sein als die Ausgangskonzepte. Bei der Namensgebung der Kategorien habe ich mich einerseits des Vorrats an Konzepten bedient, über den ich aufgrund meiner wissenschaftlichen und fachlichen Literaturkenntnisse verfüge, andererseits konnte ich auf eine Fülle von Konzepten zurückgreifen, die sich im Laufe meiner persönlichen therapeutischen Erfahrung erschlossen hatten und schließlich habe ich mich auch einige Male der Formulierungen bedient, die von den Versuchspersonen (Klienten) selbst gebraucht wurden, so genannte ‚*in vivo-Kodes*‘ (Strauss & Corbin, 1996, S. 50).

Nachdem die Transskripte jedes einzelnen Fragebogens mehrfach ausgewertet und aufgebrochen worden waren, ergaben sich schließlich zahlreiche Kodierungen (erste Stufe der Datenreduktion), die wiederum in Kodes (zweite Stufe der Datenreduktion) subsumiert wurden, aufgegliedert nach den vier Fragen (die Darstellung dieses Schrittes erfolgt auf den nächsten Seiten). Es kommt vor, dass die Mitteilung eines Klienten wegen der Vielschichtigkeit seiner Aussage mehrfach kodiert worden ist. Die Mitteilungen der Klienten sind in Kursivschrift wiedergegeben. Die Zahlen hinter der Bezeichnung ‚weitere Kodierungen#‘ sind die Nummern der jeweiligen Fragebögen, die fortlaufend nummeriert wurden. Die Zahl in Klammern am Ende dieser Auflistung gibt die Gesamtzahl der hier subsumierten Fragebögen bzw. der gefundenen *Kodierungen* je *Kode* wieder).

Nachfolgend werden die erhobenen Kodierungen zu Kodes subsumiert und diese reduziert, zunächst zu Kategorien und schließlich zu den 4 Kernkategorien.

## 1. Was macht der Therapeut?

### 1) Umdeutung bisheriger Sichtweisen und Handlungsstrategien

- zur Korrektur problematischer sozialer Interaktion
- zur Herbeiführung von Perspektivenwechsel

Beispiel: Fragebogen Nr.6 :

*Andere Sichtweise. Für mich wurde die Situation klarer aufgrund dessen, dass ich aus einer anderen Perspektive das Problem betrachten konnte.*

Weitere Kodierungen: 3,10,13,15,16,26,27,41,43,58,72,79,86,100,103,117,119,133,136,137,139,147,149,150,152,156,166,167,168,170,175,176,177,178,180,182,183,198,199 (40)

### 2) Ermunterung zu Alternativverhalten, Verhaltenskorrektur

Beispiel: Fragebogen Nr.10 :

*Das Einführen eines Rituals zur Begrüßung, welches damals vorhanden war und jetzt langsam wieder an Bedeutung gewinnt.*

Weitere Kodierungen:

11,14,29,32,33,34,51,106,108,132,135,160,161,162,169,170,177,184,193 (20)

### 3) Ressourcennutzung (u.a. Ausdruck von Affekten)

Beispiel: Fragebogen Nr.13 :

*Da ich mich in meiner derzeitigen Beziehung hilflos und ausgeliefert fühle, war es wohl die Aussage, dass auch ich über „Macht“- Instrumente verfüge, sie nur noch nicht zu nutzen weiß, hilfreich.*

Weitere Kodierungen: 18,52,54,73,78, 107, 124, 125,148, 179, (11)

### 4) Fordern und Förderung von Selbstverantwortlichkeit

Beispiel: Fragebogen Nr.28 :

*Ich soll von mir persönlich sprechen, nicht „man“, gewisse Dinge auf mich beziehen (nicht verallgemeinern): „ich habe so reagiert, nicht: man reagiert so.“*

Weitere Kodierungen: 62,78,88,99,129,151,206,212 (9)

### 5) Anleitung zu selbstkritischer Überprüfung eigener Fähigkeiten (auch: eigene Grenzen und Möglichkeiten aufzeigen)

Beispiel: Fragebogen Nr. 31 :

*Spielte mit mir eine Situation eines Gespräches während einer MPU durch.*

*Ich erkannte, dass ich noch nicht genug auf eine MPU vorbereitet bin, beziehungsweise ich die Änderung, die bei mir stattgefunden hat, nicht überzeugend argumentieren kann.*

Weitere Kodierungen: 73,88,140,207 (5)

### 6) Anleitung zu bewußterem Umgang mit dem Selbst ( Selbstachtsamkeit und Korrektur der Selbstwahrnehmung)

Beispiel: Fragebogen Nr.60:

*“ Kontrollieren Sie, wie viele Zeit Sie tatsächlich brauchen, vielleicht müssen Sie ihre Arbeit neu bewerten.“*

*Der Therapeut machte mir klar, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Kontrolle des eigenen Verhaltens und selbstbewussten Auftreten.*

Weitere Kodierungen: 2,61,92,93,96,109,111,113,120,145,165,167,168,208 (15)

### 7) Anleitung zu besserem Verständnis seiner selbst ( durch Selbstexploration, Selbsterfahrung)

Beispiel: Fragebogen Nr. 19:

*Der Therapeut forderte mich auf, den Satz: “ich brauche Hilfe - wollt Ihr mir helfen?“ zu den anderen Gruppenmitgliedern zu sagen.*

Weitere Kodierungen: 44,52,83,131 (5)



**8) Aufmerksamkeit richten (z.B. auf innere Motive)**

Beispiel: Fragebogen Nr. 43:

*Hinweis auf Anspruchsdenken/gefallen wollen auch in der Therapie.*

Weitere Kodierungen: 56,105,110,111,118, 203 (7)

**9) Beziehungsregel; übergeordnete Regel; Aufdecken von coverten Spielregeln**

Beispiel: Fragebogen Nr.91(Vergleich Nr. 14, wo eine weitere Kodierung gefunden wurde) :

*Er verallgemeinerte eine Situation, indem er sagte: (Zitat) "Das geht Ihnen oft so, die Leute verstehen nicht, was Sie von Ihnen wollen. "*

Weitere Kodierungen: 109,143,149,152,153,155,184,193,207 (10)

**10) Vermittlung eines plausiblen Störungsmodells, Verdeutlichung durch Generalisierung**

Beispiel: Fragebogen Nr. 81:

*Dass ich aufgrund meiner Biografie, bzw. heutigen Lebenssituation, nachvollziehbar meine Gelassenheit, Fähigkeit zu entspannen verloren habe.*

Weitere Kodierungen: 7,12,82,143,144, 207 (7)

**11) Konfliktanalyse**

Beispiel: Fragebogen Nr. 90:

*Gute Theorie/Praxisverknüpfung. Meine Aussage wurde vom Therapeuten praktisch verdeutlicht.*

Weitere Kodierungen: 8,12, 65,208 (5)

**12) Anleitung zur Prozessfantasie**

Beispiel: Fragebogen Nr. 90:

*(Zitat)"Was würde passieren, wenn Sie die ganze Verantwortung nicht mehr übernehmen dürften?"*

Weitere Kodierungen: 81,100,203 (4)

**13) Deutung**

Beispiel: Fragebogen Nr. 178:

*(Zitat) "Ich hatte die ganze Zeit über das Gefühl, dass Sie die Fäden aus dem Gespräch in den Händen hielten." (Therapeut macht den Klienten darauf aufmerksam, daß dieser das Gespräch kontrolliert)*

Weitere Kodierungen: 87,91,139,203 (5)

**14) Inkongruenzbewältigung**

Beispiel: Fragebogen Nr. 91:

*„Er verallgemeinerte eine Situation, indem er sagte: (Zitat) "Das geht Ihnen oft so, die Leute verstehen nicht, was Sie von Ihnen wollen.“*

Weitere Kodierungen: 17,55, 82,102,140,147,148,171, 176,179 (11)

**15) Problem auflösen durch unmittelbares Umsetzen im Sinne eines Probehandelns (Problemaktualisierung)**

Beispiel: Fragebogen Nr. 19:

*„Der Therapeut forderte mich auf, den Satz: "ich brauche Hilfe - wollt Ihr mir helfen?“ zu den anderen Gruppenmitgliedern zu sagen.“*

Weitere Kodierungen: 19,55,88,113,124,131,179 (8)

**16) Lösungsorientierung**

Beispiel: Fragebogen Nr. 85:

*„Sich Lebensqualität schaffen, Verantwortung abgeben im Falle einer Erblindung. Daß es immer Möglichkeiten gibt, sich sein Leben einzurichten, die positiven Aspekte einer körperlichen Einschränkung zu entdecken“*

Weitere Kodierungen: 22,68,81,152,153,154,162,166,184,185 (11)

### 17) **Visualisierung durch (symbolisches )Rollenspiel**

Beispiel: Fragebogen Nr.172:

*„Durch Anziehen und Wieder-weg-schubsen haben Sie meine Beziehung zu Bernd anschaulich dargestellt.“*

Weitere Kodierungen: 132 (2)

n = 175 Kodierungen wurden in diesem zweiten Reduktionsschritt auf N=17 Kodes reduziert.

## 2. **Wie macht der Therapeut das?**

### 18) **Anknüpfung an Bekanntes**

Beispiel: Fragebogen Nr.15:

*„Hilfreich fand ich die Botschaft des vierten Gebots in neuem Licht durch die Ausführung des Therapeuten sehen zu können.“*

Weitere Kodierungen: 20 (2)

### 19) **Therapeut als Gleicher**

Beispiel: Fragebogen Nr.3:

*„Der Therapeut gab mir das Gefühl, auf einer Ebene mit mir zu sein.“*

Weitere Kodierungen: 82 (2)

### 20) **Liebevolle Haltung**

Beispiel: Fragebogen Nr.2:

*„Der Therapeut hat liebevoll und väterlich dem Patienten seine Situation ins rechte Licht gerückt,“*

Weitere Kodierungen: 43,113 (3)

### 21) **Empathie** ( emotionaler Bezug, Verständnis, Akzeptanz, Einfühlen, Erkennen der Befindlichkeit)

Beispiel: Fragebogen Nr.2:

*„...den Patienten beruhigt, Hoffnung gegeben und entlastet, sowie ihm Mut gemacht.“*

Weitere Kodierungen: 8,19,96, 100,113,132,144,157,171 (10)

### 22) **Prägnanz der Mitteilung** (Deutlichkeit, Präzise Formulierung, Prägnanz der Erklärung)

Beispiel: Fragebogen Nr.7:

*„Herr Mallin stellte unsere beiden Positionen sehr genau dar.“*

Weitere Kodierungen: 4,50,67, 115 (5)

### 23) **Beharrlichkeit** (Strenge u. Nachdruck, Standhaftigkeit, Unnachgiebigkeit, Konkretes Konfrontieren, Konsequentes Moderieren)

Beispiel: Fragebogen Nr.17:

*„Direkt und mit Nachdruck“*

Weitere Kodierungen: 24,25,35,77,83,87,90,105,109,121,129,131, 146, 157,173,193,199 (18)

### 24) **Nähe** – (professionelle) **Distanz**

Beispiel: Fragebogen Nr.50:

*„Die Bestätigung meines Empfindens tut gut und stärkt das eigene Erleben. Das nüchterne Beschreiben der Situation macht handlungsfähig.“*

Weitere Kodierungen: 7,68,69,177,181 (6)

### 25) **Wertschätzung**

Beispiel: Fragebogen Nr.62:

*„Lob für meinen Mut und die Klarstellung, dass ich die endgültige Einschätzung der Sache selbst tun muss.“*

Weitere Kodierungen: 17,53,89,118,139,195,200,202,212 (10)

**26) Metaphorik**

Beispiel: Fragebogen Nr.74:

*„Der Therapeut sieht sich als Begleiter, der sich zwar in verschiedenen ‚Dschungel-Seelen-Gebieten‘ gut auskennt, jedoch nicht für sich beansprucht, den genauen Pfad durch den Dschungel der Abgründe meiner Seele zu erkennen.“*

Weitere Kodierungen: 1,2,3,24,37,75,94,101,115,151,158,162,164,197,200,203 (17)

**27) Raumgebung** (zu Selbsterfahrung und Entfaltung)

Beispiel: Fragebogen Nr.69:

*„Besonders hilfreich an diesem Verhalten war für mich das Gefühl, frei in Gedanken und Emotionen zu bleiben und keinen Erwartungsdruck des Gegenübers zu spüren“.*

Weitere Kodierungen: 18,40,44,45,141,154 (7)

**28) Sicherheit** ( Wärme, Beruhigung, Halt, Unterstützung):

Beispiel: Fragebogen Nr.53

*„unterstützend und stärkend in der Begleitung.“*

Weitere Kodierungen: 17,25,43 (4)

**29) Behutsame Kritik**

Beispiel: Fragebogen Nr.8:

*„merke, dass Rainer dies von Herrn Mallin annehmen konnte. Seine Formulierung war so, dass Rainer sich nicht angegriffen gefühlt hat“*

Weitere Kodierungen: 178 (2)

**30) Akzeptierendes Zuhören, Begleitung**

Beispiel: Fragebogen Nr.25

*„Wie Uwe Monika geholfen hat, ihr Problem/Last ‚auszukotzen‘.“*

Weitere Kodierungen: 44, 67, 113 (4)

**31) Das Wesentliche benennen** (Auf den Punkt bringen, einfache u. Verständliche Formulierung, Verdeutlichung durch Generalisierung)

Beispiel: Fragebogen Nr.39:

*„Der Therapeut gab mir Gelegenheit, die recht unspezifische Diskussion um allgemeine Themen zu verlassen um mich auf die eigentlichen Themen zu konzentrieren, wegen denen ich hier bin und an bisherige Gespräche anzuknüpfen.“*

Weitere Kodierungen: 51,55,87,91,106,130,166, 167, 188,209 (11)

**32) Geduld**

Beispiel: Fragebogen Nr.200:

*„Verständnis für Situation, Wertschätzung, Erläuterung der Bedeutung des `inneren Betriebsrate´s.“*

Weitere Kodierungen: 40(2)

**33) Sprachpraxis, beruhigende Tonlage, Mimik**

Beispiel: Fragebogen Nr.43:

*„Stimme und Tonlage/Sprechart am Anfang und Ende der Sitzung.“*

Weitere Kodierungen: 44,51,69,71,75 (6)

**34) Ermutigung, Bestätigung, direktes Lob, Erlaubnis**

Beispiel: Fragebogen Nr.34:

*„Und er sagte, dass er nun überzeugt sei, dass ich die MPU bestehe.“*

Weitere Kodierungen: 8,43,56,62,64,67,68,86,89,100,132,138,145,147,148,171,178,184,212 (20)

**35) Aktives Zuhören**

Beispiel: Fragebogen Nr.45

*„Präzises und konkretes Nachfragen und dadurch Gesprächssteuerung.“*

Weitere Kodierungen: 40,209 (3)

**36) Humor, Ironie**

Beispiel: Fragebogen Nr.58:

„Die Aussage: ‚Ihre Unpünktlichkeit verleiht Ihnen etwas Individuelles‘.“

Weitere Kodierungen: 59,119,167 (4)

**37) Offenheit**

Beispiel: Fragebogen Nr.78(1):

„Die Einladung, dass Jochen einfach testen und ausprobieren soll, war sehr offen und kam ehrlich an.“

38) –

**39) Klarheit** (in der Stellungnahme , in der Handlungsanweisung)

Beispiel: Fragebogen Nr.150:

„(Therapeut gibt präzise Anleitung, wie der Klient mit seiner Partnerin umgehen soll)“

Weitere Kodierungen: 133 (2)

**40) Authentizität**

Beispiel: Fragebogen Nr.165 (1):

„Die Authentizität bei der Rückmeldung und das Einbeziehen der Körperhaltung.“

**41) Spiegelung**

Beispiel: Fragebogen Nr.139:

(Zitat) „Christine du bist ein sehr spezieller Mensch und das ist nicht immer einfach. Einige Menschen wissen nicht damit umzugehen.“

Weitere Kodierungen: 96,178,179,195 (5)

**42) (Verdichten der Beziehung durch modellhafte) Selbstexploration**

Beispiel: Fragebogen Nr.171:

*Freundliche verständnisvolle Art, Erzählung über seinen eigenen Umgang mit Zärtlichkeitsritualen*

Weitere Kodierungen: 4,66,141,195,201 (6)

**43) Partner, Begleiter, Sprachrohr**

Beispiel: Fragebogen Nr.157:

„die Art, wie der Therapeut auf meine nonverbale Kommunikation eingegangen ist, ist hilfreich.“

Weitere Kodierungen: 17,44,50,53,64,65, 74,95,97,100,101,123,144,178,192 (16)

**44) Vertrauensbildende Maßnahme; Therapeut erklärt seine Funktion; Therapeut zeigt seine Grenzen auf**

Beispiel: Fragebogen Nr.64:

„Dass mir die Funktion des Therapeuten erklärt wurde; dass er ein Lotse ist und mich achtet!“

Weitere Kodierungen: 19,74 (3)

**45) Problemzentrierung** (Analyse des Konflikts, Analyse komplexer Situationen, ; Zusammenfassen, Ordnen, Eingreifen in zirkuläre Diskussion, Verständlich-machen der Zusammenhänge; auf den Punkt bringen; Richtung gebender Hinweis; Aufforderung zur Präzisierung von Therapiezielen; Nachfragen, Hinterfragen; rhetorische Frage; Verdichtung; Mitschreiben)

Beispiel: Fragebogen Nr.75:

*Als Uwe sehr bestimmt zu Monika sagte*

Weitere Kodierungen:1,30,34,35,39,40,44,45,56,57,61,63, 67,71,134,136,137,145,146,159,163,184,190,199, 203,204 (27)

**46) Direktives Intervenieren** (Instruktion, Handlungsanweisung, konkrete Lösungen, Lenkung; Aufgabe stellen; Tipps geben, Ratschlag; Appell; trifft Maßnahmen)

Beispiel: Fragebogen Nr.55:

„Klare Worte, Eindeutigkeit, wie zu handeln ist.“

Weitere Kodierungen:

5,17,19,24,32,46,76,81,83,94,99,108,112,116,121,122,124,126,129,130,132,  
149,150,153,155,166,167,174,182,184,185,186,191,194,198,199,200,205 (39)

**47) Aufklärung**

Beispiel: Fragebogen Nr.70:

*„Die Aussage, es wäre in emotionalen Krisen sinnvoller, ‚Tavor‘ statt Cannabis zu nehmen.“  
„Es bestätigt die Aussage meiner Ärztin zu diesen Thema und war noch gepaart mit dem  
Ansatz einer Erklärung.“*

Weitere Kodierungen: 146,197 (3)

**48) Denkanstoß, Lebensweisheit**

Beispiel: Fragebogen Nr.72:

*„Hilfreich empfand ich, dass es einen mir völlig neuen Gedankengang angestoßen hat.“*

Weitere Kodierungen: 20,30,76, 105, 130,134,159,171,189,191 (11)

**49) Konfrontation; Provokation**

Beispiel: Fragebogen Nr.59:

*„Therapeut: ‘Sagten Sie, vielleicht könnte man? Können Sie eine selbstverbindliche Aussage  
machen?’“*

Weitere Kodierungen: 17,36,37,44,72,87,98,102,120,131,155,156,165,180,191 (16)

**50) Aufdecken ( von Spielregeln); Explikation impliziter Bedeutungen**

Beispiel: Fragebogen Nr.53:

*„In Kontakt gebracht mit einem unbearbeiteten Anteil, die damit verbundenen Emotionen  
geweckt.“*

Weitere Kodierungen: 38,42,87,72,107,119,131,132,143,155,159,193 (13)

**51) Paradoxe Intervention**

Beispiel: Fragebogen Nr.33:

*„Nach 15 Minuten brach er die Sitzung ab mit der Aussage: ‘Sie langweilen mich’.“*

Weitere Kodierungen: 22,124,211 (4)

**52) Warnung vor selbstschädigendem Verhalten**

Beispiel: Fragebogen Nr.84:

*„die Warnung des Therapeuten, meinen stabilen ausgeglichenen Gemütszustand in Verbin-  
dung zu den von mir regelmäßig genommenen Psychopharmaka zu sehen.“*

Weitere Kodierungen: 199, 202 (3)

**53) Dialogische Einsichtsförderung**

Beispiel: Fragebogen Nr.83:

*„Dass Herr Mallin mir deutlich und eindringlich klarmachte, dass ich meine Rechte selber  
einfordern muss.“*

Weitere Kodierungen: 77,140 (3)

54) aufgelöst

55) aufgelöst

**56) Bestätigung des Klientenweges (Bestätigung; Ermutigung; Akzeptanz der Selbstbe-  
stimmung)**

Beispiel: Fragebogen Nr.161:

*„Ermutigung, Angst vor Verlust zu überwinden. Ermutigung nicht akzeptables Verhalten als  
solches zu erklären.“*

Weitere Kodierungen: 34,38,62,67,86,114,118,121,138,148,150,160,179,196,212 (16)

**57) Erteilen einer Legitimation ( Entlastung; Erlaubnis)**

Beispiel: Fragebogen Nr.144:

*„(sinngemäßes Zitat, zur Ehefrau gesprochen) ‚Sie befinden sich in einem riesigen Haufen  
von Frauen mit den gleichen Gefühlen‘.“*

Weitere Kodierungen: 10,50,66,67,80,85,136,137,176,178,183 (12)

**58) Ermunterung zur Expression von Affekten**

Beispiel: Fragebogen Nr.150:

*„Wenn ich P. heute später treffe, sage ich ihr zuerst, dass mir ihr Verhalten von heute morgen nicht gefallen hat, dass ich es nicht in Ordnung fand. (Therapeut gibt präzise Anleitung, wie der Klient mit seiner Partnerin umgehen soll)“*

Weitere Kodierungen: 179,182,205 (4)

**59) Deeskalation**

Beispiel: Fragebogen Nr.85:

*„Sich Lebensqualität schaffen, Verantwortung abgeben im Falle einer Erblindung. Dass es immer Möglichkeiten gibt, sich sein Leben einzurichten, die positiven Aspekte einer körperlichen Einschränkung zu entdecken.“*

Weitere Kodierungen: 184,211 (3)

**60) Kompetenz (Therapeut erfasst schwierige Situation)**

Beispiel: Fragebogen Nr.68:

*„Auch sehr nützlich fand ich, dass der Therapeut meine Situation zu erfassen schien.“*

Weitere Kodierungen: 113,157,184,185,188 (6)

**61) Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte**

Beispiel: Fragebogen Nr.146:

*„...mit meinen Sprachschwierigkeiten verstanden worden zu sein ... (Modus agendi)“*

Weitere Kodierungen: 157 (2)

**62) Einbeziehung nonverbaler Kommunikation**

Beispiel: Fragebogen Nr.165(1):

*„und das Einbeziehen der Körperhaltung“*

**78) Beeindruckt von der therapeutischen Kompetenz:**

Beispiel: Fragebogen Nr.75(1):

*„Die klare und sehr bestimmte Aussage war sehr beeindruckend“*

n = 332 Kodierungen wurden in diesem zweiten Reduktionsschritt auf N=43 Codes reduziert.

### **3. Wie erlebt/empfindet der Klient die Intervention?**

**63) Entlastung**

Beispiel: Fragebogen Nr.2:

*„Der Therapeut hat liebevoll und väterlich dem Patienten seine Situation ins rechte Licht gerückt, den Patienten beruhigt, Hoffnung gegeben und entlastet, sowie ihm Mut gemacht.“*

Weitere Kodierungen: 10,66,67,71,100,105,127,136,138 (10)

**64) Ermutigung, Vertrauen zu sich selbst fassen**

Beispiel: Fragebogen Nr.10:

*„Das Einführen eines Rituals zur Begrüßung, welches damals vorhanden war und jetzt langsam wieder an Bedeutung gewinnt.“*

Weitere Kodierungen: 2,18,43,89,148,150,158,161,173 (10)

**65) Hoffnung**

Beispiel: Fragebogen Nr.2:

*„...den Patienten beruhigt, Hoffnung gegeben und entlastet.“*

Weitere Kodierungen: 43,64 (3)

**66) Stärkeerleben**

Beispiel: Fragebogen Nr.13.:

*„Aussage, dass auch ich über ‚Macht‘- Instrumente verfüge.“*

Weitere Kodierungen: 54,73,199 (4)

**67) Gemeinsame Erfahrung mit dem Therapeuten**

Beispiel: Fragebogen Nr.21:

*„Ich sah ihn als Leidensgenossen, konnte besonders gut nachvollziehen, dass er mich verstand.“*

Weitere Kodierungen: 44 (2)

**68) Herausforderung zur kritischen Selbstexploration**

Beispiel: Fragebogen Nr.24:

*„... mich mit meinen Gefühlen zu meiner Ehefrau auseinander setzen zu müssen“*

Weitere Kodierungen: 36 (2)

**69) Anerkennung, Angenommen-Werden**

Beispiel: Fragebogen Nr.43:

*„Anerkennung für kleinen Abgrenzungserfolg (Nachbarn)“.*

Weitere Kodierungen: 69,100,206 (4)

**70) Bestätigung**

Beispiel: Fragebogen Nr.81:

*„Hilfreich daran ist, dass es plausible Ursachen und so auch Hoffnung auf Abhilfe der Schlafstörungen gibt. Damit ist das Gefühl genommen, 'verrückt, überdreht' zu sein, sondern lediglich entsprechend zu reagieren.“*

Weitere Kodierungen: 18,43,106,125,142,145,158,189 (9)

**71) Erfahren von Verständnis**

Beispiel: Fragebogen Nr.95:

*„Ich fühlte mich ernst genommen und verstanden.“*

Weitere Kodierungen:

43, 95, 96, 97,100,146,184,186 (9)

**72) Trost, Beruhigung**

Beispiel: Fragebogen Nr.44:

*„Beruhigung, komme mir nicht mehr ‚verrückt‘ vor - zumindest nicht gefährlich.“*

Weitere Kodierungen: 44 (2)

**73) Zugang zu den eigenen Gefühlen**

Beispiel: Fragebogen Nr.52:

*„Konkrete Hilfestellung, den ‚Nerv‘ getroffen. Emotionen geweckt.“*

Weitere Kodierungen: 53,54,157,195 (5)

**74) Emotionale Betroffenheit**

Beispiel: lfd. Fragebogen Nr. 52 (1):

*„Konkrete Hilfestellung, den “ Nerv“ getroffen. Emotionen geweckt*

**75) Gefühl von Beschenkt-Sein**

Beispiel: Fragebogen Nr. 54 (1):

*„Mein Schreien und das Ringen mit einer Teilnehmerin, das anschließende Fühlen der Emotionen, das Gefühl von Beschenktsein, Stärke, Kraft, mich spüren, Lust auf mehr.“*

**76) Fühlt sich frei zur Selbstexploration**

Beispiel: Fragebogen Nr.69:

*„Besonders hilfreich an diesem Verhalten war für mich das Gefühl, frei in Gedanken und Emotionen zu bleiben und keinen Erwartungsdruck des Gegenübers zu spüren.“*

Weitere Kodierungen: 209 (2)

**77) Angstreduktion**

Beispiel: Fragebogen Nr.70:

*„Ich habe jetzt nicht mehr so viel Angst vor diesem Medikament.“*

Weitere Kodierungen: 74 (2)

**79) Aha-Erlebnis**

Beispiel: Fragebogen Nr. 90 (1):

*" (Zitat) ,Was würde passieren, wenn Sie die ganze Verantwortung nicht mehr übernehmen dürften?‘ Dass er das ganz konkret ausgesprochen hat.“*

**80) Bestärkung (Gefühl von Unterstützung, Halt, Sicherheit)**

Beispiel: Fragebogen Nr. 101:

*„Dass ich mich selbst auf den Weg machen muss. Dies führt zu der Erkenntnis, dass es einen Weg gibt. Ich bin nicht allein.“*

Weitere Kodierungen: 148 (2)

**81) Angeregt-Sein**

Beispiel: Fragebogen Nr. 104 (1) :

*„Ich habe die Sitzung insgesamt als aufregend und spannend empfunden. Viele Bilder (TAT) sind mir noch nachhaltig durch den Kopf gegangen.“*

n=70 Kodierungen reduziert auf N=19 Kodes

**4. Welche Erkenntnisse, welchen Gewinn, welche Strategien entwickelt der Klient aus der Intervention?**

**83) Selbstreflektion mit konsekutiver Einstellungsänderung** (Sichtweise korrigieren, Einsicht, realistische Selbstwahrnehmung, Notwendigkeit zur Selbstveränderung)

Beispiel: Fragebogen Nr.63:

*„Für mich war die Antwort vorher klar, aber ich verstehe, warum Sie fragten. Damit kommen eben mehr Fragen auf, die scheinbar völlig Klares hinterfragen.“*

Weitere Kodierungen: 1,29,34,37,46,58,61,62,92,107,109, 114,122,128,138,140,153,164,210 (20)

**84) Neuinterpretation des Problems/Konflikts möglich, Umdenken**

Beispiel: Fragebogen Nr.77:

*„Ihre Frage, worin, meiner Meinung nach, meine Schuld liegt. Ihre Art zu fragen, regt zum ‚anderen‘ Denken an.“*

Weitere Kodierungen: 5,103, 105, 147,156,166, 167,169 (9)

**85) Problemeinsicht und Problemverständnis**

Beispiel: Fragebogen Nr. 59:

*„Ich empfand Kritik und leichten Spott in dieser Formulierung, musste aber einsehen, dass es letztlich nur um mich geht und nicht darum, jemanden zu gefallen.“*

Weitere Kodierungen: 5,6,7,11,22,30,33,37,42,47,57,59,93,103,159,203,208 (18)

**86) Verdeutlichung von Verhaltenskontingenzen**

Beispiel: Fragebogen Nr.60:

*„Der Therapeut machte mir klar, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Kontrolle des eigenen Verhaltens und selbstbewussten Auftreten.“*

Weitere Kodierungen: 6,60,124,139 (5)

**87) Stärkung des Selbst** (Stärkung von Selbst -Wertgefühl, -Bewußtsein, -Achtung, -Bestimmung, -Organisation, -Vertrauen, -Verantwortung, -Erleben)

Beispiel: Fragebogen Nr. 212:

*„Die Erkenntnis, daß ich auch weiterhin die Dinge allein schaffen kann , daß ich grundsätzlich die Kraft habe, mich durchzusetzen.“*

Weitere Kodierungen: 9?,15,16,19,43, 50,64,83,99,110,112,147,178,193,206,207 (17)



**88) Angstüberwindung** (z.B. Stärkung des Fremdvertrauens)

Beispiel: Fragebogen Nr19:

*„Er hat mich gefühlsmäßig mit diesem Satz abgeholt und eine Brücke geschaffen, Vertrauen zu haben in die Gruppe und in mich, nicht immer alles allein bewältigen zu müssen. Ich habe erfahren, dass es viel Stärke erfordert, Schwächen zuzugeben und dass ich aufgefangen wurde und letztlich gewonnen habe.“*

Weitere Kodierungen: 17,20 (3)

**89) Selbstüberwindung**

Beispiel: Fragebogen Nr23:

*„Das Bild zeigte mir, dass meine Versuche, meine Frau festzuhalten, sie einengen und ich das Gegenteil erreiche. Ich muss andere, für mich beschwerlichere Wege gehen, um vielleicht mein Ziel zu erreichen.“*

Weitere Kodierungen: 23,31,84,182,205 (6)

**90) Vertiefung des Lernprozesses** (durch Kontexterweiterung, Selbstreflexion Lernbereitschaft)

Beispiel: Fragebogen Nr.34:

*„Durch sein Verhalten (in der vorherigen Sitzung) brachte er mich schon sehr ins Grübeln und ich wurde im Gegensatz zu sonst sehr aktiv. Mir wurde klar, dass ich etwas sehr wichtiges gelernt hatte.“*

Weitere Kodierungen: 40,195 (3)

**91) Lösungsorientierung, Zielformulierung**

Beispiel: Fragebogen Nr.39:

*„Der Therapeut gab mir Gelegenheit, die recht unspezifische Diskussion um allgemeine Themen zu verlassen um mich auf die eigentlichen Themen zu konzentrieren, wegen denen ich hier bin und an bisherige Gespräche anzuknüpfen.“*

Weitere Kodierungen: 72,101,154,163 (5)

**92) Gewinn an Rollenklarheit**

Beispiel: Fragebogen Nr.44:

*„Klärung von Verantwortung für Andere“*

Weitere Kodierungen: 170,172,183 (4)

**93) Handlungsfähigkeit zurückgewinnen**

Beispiel: Fragebogen Nr50:

*„Das nüchterne Beschreiben der Situation macht handlungsfähig.“*

Weitere Kodierungen: 149,187 (3)

**94) Konstruktive Kommunikation**

Beispiel: Fragebogen Nr.7:

*„Herr Mallin stellte unsere Tatsache so dar, dass ich das Gefühl bekam, dass Schwächen genau benannt werden konnten und somit für mich auch anzunehmen waren!“*

Weitere Kodierungen: 5,6,166,174 (5)

n=98 Kodierungen wurden reduziert auf N=12 Codes

### Selektives Kodieren

#### 5. Schritt: dritter Reduktionsschritt

In diesem Schritt geht es um den Prozess des Auswählens der s. g. *Kernkategorie* und des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit subsumierten Kategorien, wobei unter Kernkategorie das zentrale Phänomen verstanden wird, das die anderen Kategorien integriert. Insofern unterscheidet sich dieser Integrationsprozess nicht bedeutend vom axialen

Kodieren, er baut auf dem axialen Kodieren auf und wird lediglich auf einer höheren, abstrakteren Ebene der Analyse durchgeführt. Strauss und Corbin (1996) beschreiben mehrere Schritte, durch die das erreicht werden kann, wobei zu berücksichtigen ist, dass dies keine abgegrenzten Schritte sind, da man sich zwischen ihnen hin und her bewegt:

1. Herausschälen des *roten Fadens der Thematik*: zusammenfassen von Kodierungen zu Codes (bereits im vierten Schritt begonnen) und von Codes zu Kategorien
2. *Verbinden der ergänzenden Kategorien* rund um die *Kernkategorie* mithilfe des *Paradigmas*
3. Das *Validieren dieser Beziehungen durch die Daten*
4. *Auffüllen der Kategorien*, die einer weiteren Verfeinerung und/oder Entwicklung bedürfen

Ad1.) Bemerkenswert ist, dass viele Versuchspersonen bereits im ersten Bearbeitungsschritt des Fragebogens das Therapeutenverhalten von sich aus im Sinne dieser Kernkategorien beschrieben, ohne dass sie die korrespondierenden Fragestellungen aus dem quantitativen Teil des Fragebogens schon kennen konnten. Wie nachfolgend (im Kapitel ‚**Auswertung der skalierten Fragebogendaten (HILF) mittels Faktorenanalysen**‘) aufgezeigt werden wird, decken sich diese vier Kernkategorien mit den aus Theorie und Erfahrung deduktiv abgeleiteten und von mir vorgegebenen Fragestellungen (s. Hypothesenteil in Kap.3). Der "*rote Faden [meiner] Geschichte*" - wie es Strauss und Corbin (1996) formulieren - besteht also in der Untersuchung von Inhalt und Qualität von Therapeuteninterventionen und wie die angesprochenen Klienten damit umgehen.

Ad 2. - 4.) Diese Schritte lassen sich in der Ergebnisdarstellung wegen der damit verbundenen umfangreichen Zuordnungsprozesse, Korrekturen, Bewertungen und Neubewertungen, Benennungen und Umbenennungen nicht im Einzelnen darstellen. Daher wird an dieser Stelle lediglich das Modell der jeweiligen Kernkategorie dargestellt.

Wie bereits weiter oben beschrieben, schließt das Vorgehen nach der *Grounded Theory*, dass prinzipiell induktiv angelegt ist, auch deduktive Schritte mit ein. Induktiv habe ich mich von den vorausgehenden Kodierschritten, deduktiv von Überlegungen leiten lassen, die mir schon in der Planung der Untersuchung wichtig waren. Es ging mir darum, den Komplex *Hilfreiche Therapeuteninterventionen* unter verschiedenen Gesichtspunkten zu analysieren:

1. die Fragestellung: **was** macht der Therapeut? als **denotative** Botschaft,
2. die Fragestellung: **wie** macht der Therapeut das? sowohl als **konnotative** als auch als **denotative** Botschaft,
3. die Fragestellung: **wie** empfindet der Klient das? als **emotionale** Reaktion und
4. die Fragestellung: **welche** Konsequenzen zieht der Klient aus der Intervention? als **kognitive** Reaktion

zu betrachten. Der Übersichtlichkeit halber habe ich sie in der bisherigen Darstellung des Kodierens bereits verwendet, obwohl sie im Stadium des offenen Kodierens noch nicht emergent waren.

## Die Ergebnisse des letzten Reduktionsschrittes.

Die beiden ersten Kernkategorien ergeben sich unmittelbar aus den im Fragebogen explizit vorgegebenen Fragestellungen, lassen sich unabhängig davon aber auch aus den vorgefundenen Codes und Kategorien ableiten. Die beiden nachfolgenden Kernkategorien dagegen erschließen sich nur indirekt aus den vorgefundenen Antworten der Klienten, entsprechen aber den unter b) und c) formulierten Aussagenblöcken im quantitativen Teil des Fragebogens. Insgesamt gesehen ergeben sich zu den beiden nachfolgend beschriebenen Kernkategorien weniger Kodierungen als bei den vorangehenden. Dies erklärt sich schlicht aus der Tatsache, dass die Versuchspersonen lediglich aufgefordert worden waren, die Interventionen als solche zu beschreiben, während sie aus eigener Motivation und freier Gestaltung zusätzlich Empfindungen und Konsequenzen einfließen ließen.

In der Fertigstellung des letzten Reduktionsschrittes wurden in der Anzahl der Kodierungen noch einmal minimale, unbedeutende Veränderungen vollzogen, die sich aus einer nochmaligen sorgfältigen Überprüfung der ursprünglichen Kodierungen im Sinne korrekativer Zuordnungen ergaben.

Um die inhaltliche Bedeutung der im Nachfolgenden dargestellten Kategorien, Hauptkategorien und Kernkategorien angemessen einschätzen zu können, muss an dieser Stelle klargestellt werden, dass sich in ihnen lediglich die Häufigkeiten von erinnerten und als hilfreich empfundenen Therapeuteninterventionen widerspiegeln. Sie unterliegen keinen vertikalen oder horizontalen hierarchischen Verknüpfungen. Sie sind lediglich hypothetisch gemäß Erkenntnissen des Untersuchers aus Praxis und Wissenschaft induktiv durch schrittweise Gewinnung der (Haupt-)Kategorien als Begrifflichkeiten formuliert worden. Mit anderen Worten, es fehlt noch die Evaluierung dieses theoretischen Modells, das die möglichen Zusammenhänge des von mir heuristisch aufgestellten Ordnungsschemas bestätigen würde.

Zur Verdeutlichung noch einmal die Abfolge der Kodierungsschritte

**Kodierung → Kode → Kategorie → Hauptkategorie → Kernkategorie**

### I. Kernkategorie: „Methodik hilfreicher Therapeuteninterventionen“:

der Klient beschreibt Therapeuteninterventionen, die der Anleitung und Hilfestellung zur Modifikation von Einstellungen und Verhalten dienen, unter dem Gesichtspunkt: **was** macht der Therapeut?

Diese ‚Kernkategorie‘ beschreibt die Methodik therapeutischer Interventionen. Sie ergab sich induktiv aus der **schrittweisen Reduzierung von 177 Kodierungen** über 17 Codes zu 4 Kategorien. Diese Kernkategorie hat ihre Entsprechung in den Aussagen (1-47) des Skalierungsteils im HILF (Teil a), beantwortet also die Frage: **was** macht der Therapeut aus der Sicht des Klienten, welche Art von Interventionen produziert er? In dieser Methodik-Kategorie finden sich 169 unterscheidbare Interventionen wieder, die von den Klienten als hilfreich apostrophiert wurden. Sie unterscheiden sich im Hinblick auf die in der 2. Kernkategorie dargestellten Interventions-Qualitäten. Die Kernkategorie steht unter dem Zeichen der ‚Lotsenschaft des Therapeuten‘. Hier wird sozusagen das ‚Nähkästchen‘ des Therapeuten geöffnet, aus dem nach Möglichkeit dem Klienten mit einer auf ihn und die Situation optimierten Intervention ‚weitergeholfen‘ wird. Diese Kernkategorie unterscheidet sich deutlich von den drei anderen, die das ‚wie‘ der Interventionen sowie den korrespondierenden emotionalen Reaktionen und anvisierten Konsequenzen bezeichnen.

Die nachfolgend dargestellten Kategorien beschreiben Therapeuteninterventionen, mit denen der Therapeut den Rahmen in der Bearbeitung der Problem-/Konfliktanalyse setzt und die Herangehensweisen strukturiert. In der Benennung dieser Kernkategorie soll vor allem das Ziel dieser Art von Interventionen ausgedrückt werden, nämlich dass der Klient nur dann seine Konflikte und Probleme lösen kann, wenn er die Lösung nicht von außen bzw. durch eine Veränderung seiner Umwelt erwartet, sondern wenn er erkennt, dass der Königsweg über die Selbsterkenntnis, Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit seinen eigenen Anteilen gehen muss. Erst wenn der Klient sich selbst zu explorieren bereit und seinen anfangs coverten Motiven gegenüber achtsamer ist, ist er auch in der Lage, unter Anleitung des Therapeuten seine modifizierten oder neuen Sichtweisen vorsichtig schon in vivo zu erproben, das heißt im geschützten therapeutischen Rahmen der Therapiesitzung.

Das Hilfreiche an den in dieser Kernkategorie dargestellten Interventionen möchte ich als die ‚Lotsenschaft‘ des Therapeuten bezeichnen: Förderung von Problemverständnis, Perspektivenwechsel, Selbstexploration sowie Einsicht in die (Spiel)Regeln, Reaktionen und Erwartungen Anderer, Nutzen der eigenen Ressourcen, Entwicklung einer Selbstverantwortlichkeit und vorsichtiges Experimentieren mit neuen Erkenntnissen oder Sichtweisen.

Die vier Kategorien im Einzelnen:

A) *Kategorie* : **„Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt“** mittels:

**Regeln sichtbar, verständlich machen** (Kode 9: 10 Kodierungen) - **Vermittlung eines plausiblen Störungsmodells** (Kode 10: 7 Kodierungen) - **Konfliktanalyse** (Kode 11: 5 Kodierungen) – **Deuten** (Kode 13: 5 Kodierungen) - **Anleitung zur Prozessfantasie** (Kode 12: 4 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 5 Kodes mit insgesamt 31 Kodierungen zusammengefasst. Diese Kategorie beschreibt eine Prozessphase, in der vor allem der Einstieg in einen Konflikt oder eine Problematik im Rahmen einer Therapiesitzung markiert wird; sie ist besonders dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut strukturierend zusammen mit dem Klienten den Rahmen der weiteren Bearbeitung setzt. Er klärt einerseits mit dem Klienten die Regeln der gemeinsamen Problem- oder Konfliktanalyse und führt andererseits dem Klienten deutlich sein eigenes ‚Regelwerk‘ vor Augen, mit dem er immer wieder in die gleiche Problemschleife hineinsteuert. Dies heißt, dass der Therapeut erst einmal zusammen mit dem Klienten den zu Grunde liegenden Konflikt herausschält. Wichtig ist auch, dass der Therapeut seinem Klienten die Zusammenhänge deutlich macht, in denen er den Stellenwert und die Funktionsweise des Klientenproblems einordnen kann. Es wird vom Klienten durchaus als sehr hilfreich erlebt, wenn der Therapeut das der Behandlung zu Grunde gelegte Störungsmodell ihm verständlich vermittelt. Es geht hier um eine motivationale Klärung, in der der Therapeut dem Klienten hilft, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten oder unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden.

Die meisten Kodierungen erhielt der Kode **„Regeln sichtbar, verständlich machen“**. Ein Beispiel dafür, wenn der Therapeut die Spielregel des therapeutischen Miteinanders im Auge behält und darauf achtet, dass sich sein Klient nicht ins Uferlose verliert oder der Verfolgung des Themas ausweicht: *„Er moderiert konsequent und ‚greift durch‘, wenn etwas sich in eine falsche Richtung entwickelt. Aussage: ich hätte 80 Prozent Redeanteil!“* Ein Beispiel für eine Beziehungsregel, die dem Klienten in seinem persönlichen Umfeld nützlich sein könnte:

„Meine Familie so annehmen, wie sie sind mit allen ihren Tabus; keine Erwartungen mehr stellen und sie so entlasten.“ Auch missverstandene oder unangemessene Spielregeln können deutlich gemacht werden; dazu zitiert ein Klient: „Aussage [des Therapeuten] : keine Gleichberechtigung in der Paarbeziehung.“ Manchmal ist es wichtig, den Klienten auf covert Spielregeln aufmerksam zu machen, was ein Klient so zitiert: „ein Hinweis an mich: ich manipulierte die Umwelt durch meine Art der Hilfesuche: möchte ich wirklich Hilfe?“ Ein anderer Klient zitiert den Therapeuten so: "Versuchen Sie in Zukunft auf Situationen, die sie nerven, spielerisch zu reagieren und so dem Gesprächspartner den Wind aus den Segeln zu nehmen."

Die ‚**Vermittlung eines plausiblen Störungsmodells**‘ ist m.E. eine sehr bedeutsame therapeutische Intervention, auf die im Verlauf des Therapieprozesses in kritischen Situationen immer wieder zurückgegriffen werden kann. Ein Beispiel-Zitat dafür: „Gute Theorie/Praxisverknüpfung. Meine Aussage wurde vom Therapeuten praktisch verdeutlicht."

Dabei hilft eventuell auch vorsichtiges Interpretieren, ‚**Deuten**‘: „(Zitat) Offensichtlich braucht Ihr Chef das Gefühl der Kontrolle.“ Es kann auch als grundlegender Arbeitsschritt verstanden werden, um wiederholt auftretende, aber sich anders darstellende und in anderen Zusammenhängen auftretende Probleme jeweils auf den gemeinsamen Grundkonflikt zurückführen zu können. Dafür ein Beispiel: „dass ich aufgrund meiner Biografie, bzw. meiner heutigen Lebenssituation, nachvollziehbar meine Gelassenheit, Fähigkeit zu entspannen, verloren habe.“

So wird es für den Klienten im Verlauf der Therapie möglich werden, per ‚**Prozessfantasie**‘ bereits den möglichen Ablauf einer konflikthaften Situation vorwegzunehmen und sich entscheiden zu können, ob er seine Einstellung bzw. sein Verhalten irgendwie modifiziert. Hierfür ein Beispiel dafür, wie der Therapeut den Klienten mit einer Frage einlädt, ob er sich in seiner Fantasie der zu erwartenden Geschehensablauf vorstellen möge: "(Zitat) Was wollen Sie am liebsten machen, wenn Sie nach Hause kommen?"

Das Eigene dieser Kategorie ist dadurch gekennzeichnet, dass der Klient vom Therapeuten erst einmal von seiner voreingenommenen und ‚naiven‘ Sicht auf seine Problematik ‚abgeholt‘ wird, und ein erstes Verständnis von den Bedingungen seines Konflikts oder seiner Problematik entwickeln kann. Dazu gehört auch, dass der Klient lernt, sich und sein Problem im Gefüge seiner zwischenmenschlichen Beziehungen neu zu interpretieren und eine Vorstellung davon bekommt, wie seine Störung entstanden ist und wie sie aufrechterhalten wird.

*B)Kategorie: ‚Anleitung zur Suche nach alternativen Sichtweisen und Lösungen in sensu‘ mittels:*

**Umdeutung, Perspektivenwechsel** (Kode 1: 40 Kodierungen) - **Ermunterung zu Alternativverhalten** (Kode 2: 20 Kodierungen) - **Hilfe zur Inkongruenzbewältigung** (Kode 14: 11 Kodierungen) - **Anleitung zu Lösungsorientierung** (Kode 16: 11 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 4 Kodes mit insgesamt 82 Kodierungen zusammengefasst. Auch diese Kategorie spiegelt ein noch recht strukturierendes Therapeutenverhalten wieder, aber, nachdem ein gemeinsames Verständnis der Problematik erarbeitet worden ist, wird der Klient ermutigt, neue Sichtweisen in Hinsicht auf eine Lösung zu erproben. Ich spreche hier von *#in sensu* , weil einer der ersten und entscheidenden Schritte zur Einstellung- und Verhaltensänderung die Bereitschaft des Klienten ist, sich überhaupt erst einmal andere Perspektiven und alternatives Verhalten vorzustellen. Erst dann kann der Klient sich auch in Richtung auf Lösungen orientieren. Dabei sind oft Inkongruenzen zu bewältigen, da der Klient ja bisher von anderen Sichtweisen und Erfahrungen ausgegangen ist.

Der Therapeut bietet dem Klienten an, probeweise einmal die Perspektive auf seinen Konflikt oder seine Problematik (meist problematische soziale Interaktion) zu verändern, bzw. wird er ein anderes Gruppenmitglied oder den Ehepartner ermutigen, den Klienten darin zu unterstützen (**Perspektivenwechsel**). Dafür einige Beispiele: "[der Therapeut schlägt vor:] *dass der Partner den PC nicht als Konkurrenz sehen sollte.* "/>"*da ich mich in meiner derzeitigen Beziehung hilflos ausgeliefert fühle, war wohl die Aussage, dass auch ich über Macht-Instrumente verfüge, sie nur noch nicht zu nutzen weiß, hilfreich.*"/>"*hilfreich fand ich die Botschaft des vierten Gebots in neuem Licht durch die Ausführung des Therapeuten sehen zu können.* "

Aus der Sicht des Klienten ist es auch wichtig, Ermunterung zu dem aus seiner Sicht risikoreichen Schritt in Richtung **Alternativverhalten** zu erfahren. Ein Klient zitiert das so: "*Du musst nicht anderen gerecht werden, du musst dir selbst, deinem Leben, deinem Organismus, deinem Körper... gerecht werden.*"

Bei diesem für den Klienten schwierigen Schritt - ist er doch zumeist aufgrund seiner einstellungsprägenden Lebenserfahrungen auf seine dysfunktionale Sichtweise fixiert - sichert der Therapeut das Risiko des Klienten ab, indem er ihm hilft, die bei Perspektivenwechsel auftretenden **Inkongruenzen** abzufedern. Ein Beispiel dafür, wie der Therapeut dem Klienten hilft, mit Inkongruenzen umzugehen sei, hier als akzeptierende Erkenntnis des Klienten dargestellt: *„unterschiedliches Erleben des Erziehungsauftrags zwischen Vater und Mutter, ohne Wertung [des Therapeuten].“*

In einem weiteren Schritt gibt der Therapeut Unterstützung bei der Suche nach neuen Lösungen für den Konflikt des Klienten zu suchen (**Lösungsorientierung**), das heißt vor allem im Anfang eines solchen Therapieprozesses, Lösungswege zu imaginieren (*„Zitat, angenähert: es ist möglich, mich mit meiner Mutter im Geiste auseinanderzusetzen, ohne das Risiko eines persönlichen Zusammentreffens eingehen zu müssen.“*) und bereits *in sensu* (in der Vorstellung) sich erste Schritte in eine neue Richtung vorzustellen (*„Meine Familie so annehmen, wie sie sind, mit allen ihren Tabus; keine Erwartungen mehr stellen und sie so entlasten.“*)

Diese Kategorie unterscheidet sich von der vorherigen insoweit, als dass der Konflikt als solcher schon analysiert war und jetzt vom Therapeuten mehr oder weniger behutsam auf einen Perspektivenwechsel hingearbeitet wird. Inkongruenzen zwischen Fantasie, Einstellungen und Realität müssen geklärt und bearbeitet werden, Alternativverhalten *in sensu* geprobt und erste Ansätze zur Lösung gedacht/visualisiert werden. Hier wird also deutlich, dass die Herausforderung zur Überprüfung kognitiver Verzerrungen, zum Perspektivenwechsel, das Umschalten-Können von 'Figur' zu 'Hintergrund' und umgekehrt dem Klienten besonders hilft, wenn 'bewährte' Problemlösungen nicht mehr taugen.

*C)Kategorie: **„Anleitung zur Selbstachtsamkeit und –exploration“ mittels :***

**Anleitung zu Selbstachtsamkeit/Überprüfung der Selbstwahrnehmung** (Kode 6: 15 Kodierungen) - **Anleitung zur Aufmerksamkeit für innere Motive** (Kode 8: 7 Kodierungen) – **Anleitung zu Selbstexploration und Selbsterfahrung, zu empathischem Verstehen u. kreativer Gestaltung** (Kode 7: 5 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 3 Kodes mit insgesamt 27 Kodierungen zusammengefasst. Diese von mir mit **„Anleitung zu Selbstachtsamkeit und Selbstexploration“** umschriebene Kategorie erfasst die Förderung von Selbst-Wahrnehmung, Selbst-Achtsamkeit und kritischer Überprüfung in der Selbst-Wahrnehmung des Klienten. Dies sind auf seiner Seite wichtige Voraussetzungen dafür, dass er eine Bereitschaft entwickelt, die in ihm vorhandenen Ressourcen zu Einstellungs- und Verhaltensänderung auch zu nutzen. Die in dieser Kategorie gespiegelten Therapeuteninterventionen gehören meines Erachtens zu einem unverzichtbaren Repertoire,

wenn erreicht werden soll, dass die Klienten für ihre therapeutische Entwicklung die notwendige Eigenverantwortung übernehmen können.

Wie wichtig ist es ist, die ‚**Selbstwahrnehmung**‘ zu überprüfen, bzw. ‚**Selbstachtsamkeit**‘ wirken zu lassen, erkannten auch die Klienten meiner Untersuchung, zitiert mit folgenden Beispielen: „*Hinweis auf Anspruchsdenken/gefallen wollen, auch in der Therapie.*“, oder: „(Zitat) *‘Kontrollieren Sie, wie viel Zeit sie tatsächlich brauchen, vielleicht müssen sie ihre Arbeit neu bewerten’. Der Therapeut macht mir klar, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Kontrolle des eigenen Verhaltens und selbstbewusstem Auftreten.*“

Somit werden ihm auch seine ‚**inneren Motive**‘ bewusst, dafür ein Beispiel: „*Nicht das kleine Mädchen sein, dass ringsum abklopft, ob auch alle es in Ordnung finden, sondern selbstbestimmtes Frausein: Situationen deutlich gemacht, ermutigende Zielrichtung.*“

Auch dass der Therapeut die Aufmerksamkeit seines Klienten auf sein inneres Erleben lenkt, wird einige Male von Klient zitiert z.B.: „*der Therapeut forderte mich auf, den Satz ‚ich brauche Hilfe – wollt ihr mir helfen?’ zu den anderen Gruppenmitgliedern zu sagen.*“

Diese Kategorie beschreibt auch Interventionen des Therapeuten, mit denen der Klient von ihm bereits ‚in die Pflicht genommen‘ wird, sich selbst zu explorieren (‚**Anleitung zu Selbstexploration und Selbsterfahrung, zu empathischem Verstehen u. kreativer Gestaltung**‘). Dabei unterstützt der Therapeut den Klienten, indem er ihn an ein Selbst-Gewahrsam-Sein heranführt, des heißt, ihn bei der Wahrnehmung und Beobachtung seiner organismischen Prozesse anleitet, so dass er seine Gefühle zu beschreiben lernt, selbstachtsam mit sich umgeht, sich selbst hinterfragt und reflektiert, sich in das Erleben eines anderen hinein versetzt und so mit einer Beziehung flexibler umzugehen lernt.

Selbstachtsamkeit, Selbstexploration und Selbsterfahrung sind sozusagen die Katalysatoren für Problemverständnis und Entwicklung einer angemessenen Selbstsicht. Diese Fähigkeit wird im Normalfall nicht vom Klienten mitgebracht; sie müssen unter Anleitung des Therapeuten erst erlernt werden.

Wegen der Bedeutung der diese Fähigkeiten fördernden Therapeuteninterventionen habe ich diese Kategorie als eigenständige Kategorie von den beiden anderen abgegrenzt.

*D)Kategorie: ‚Erprobung in vivo: modifizierte und neue Sichtweisen und Selbsterfahrung per Ressourcennutzung und -förderung‘ mittels :*

**Ressourcennutzung** (Kode 3: 11 Kodierungen) - **Förderung von Selbstverantwortlichkeit** (Kode 4: 11 Kodierungen) - **Problemaktualisierung** (Kode 15: 8 Kodierungen) - **Anleitung zu selbstkritischer Überprüfung eigener Fähigkeiten** (Kode 5: 5 Kodierungen) - **Visualisierung durch symbolisches Rollenspiel** (Kode 17: 2 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 5 Kodes mit insgesamt 37 Kodierungen zusammengefasst.

Diese Kategorie hebt sich deutlich von den anderen drei Kategorien ab. Mit den unter ihr zusammengefassten Kodes wird deutlich, dass es im Rahmen dieser Therapeuteninterventionen in der Therapiesitzung bereits ‚zur Sache geht‘, deswegen die Bezeichnung ‚in vivo‘. Die vom Klienten in die Therapie bzw. therapeutische Sitzung mitgebrachten Einstellungen, Haltungen und Sichtweisen seiner Problematik sind (hoffentlich) mithilfe der vorgenannten Therapeuteninterventionen bereits schon etwas verändert. Er sieht sich und seiner Umwelt schon nicht mehr so ausgeliefert wie zu Anfang der Problempräsentation. Er hat seine Sichtweise modifiziert und steht sozusagen in den Startlöchern, um die neue Sichtweise in der Praxis auszuprobieren. Dabei kann er allerdings nicht einfach blindlings loslaufen, sondern muss sich über seine Ressourcen klar werden, seine Selbstverantwortlichkeit überprüfen, sich seiner Fähigkeiten vergewissern. Hierzu soll er vom Therapeuten mit entsprechenden hilfreichen Interventionen angeleitet werden.

Die Kategorie erfasst Anstöße des Therapeuten zum Experimentieren im Sinne von ‚**Ressourcennutzung**‘. Beispiele dafür: *"Zitat sinngemäß: es ist gefährlich, immer nach etwas besserem zu suchen, als das, was man schon hat. Dieser Ausspruch verschaffte mir Ruhe, Bestärkung, bei den Dingen zu bleiben, die mich umgeben und bereits zu mir gehören."*, oder: *„Mein Schreien und das Ringen mit einer Teilnehmerin, das anschließende Fühlen der Emotionen, das Gefühl von Beschenkt-Sein, Stärke, Kraft, mich spüren, Lust auf mehr."*

Im letzten Beispiel war der Klient z. B. im Sinne von ‚Probehandeln‘ aufgefordert werden, einmal laut zu schreien, damit er die Kraft, Stärke und Nachhaltigkeit seine Stimme spüren konnte. Oder er würde aufgefordert werden, seinem Partner, der Therapiegruppe oder sich selbst zu sagen, was an ihm gut und wertvoll sei (was verändert werden soll, muss auch tatsächlich erlebt werden, an bereits vorhandene Ressourcen wird angeknüpft, positive Seiten und Stärken des Klientenerlebens sollen gespürt werden!).

Auch der Mut oder das Risiko zu ‚**Selbstverantwortlichkeit**‘ wird vom Therapeuten gefördert, indem der Therapeut z. B. entsprechende Verhaltensschritte des Klienten würdigt. Beispiel: *„(Zitat) `Jochen, ich lade dich ein, hier auszuprobieren was du möchtest.´“*

‚**Problemaktualisierung**‘ nenne ich die Aufforderung des Therapeuten, eine Verhaltensalternative in einem konkreten Schritt (Grawe: "Prinzip der realen Erfahrung") sowohl in der Therapiesitzung durchzuleben als auch später danach auszuprobieren (*„Uwe half Monika Wut und Trauer auszudrücken“*).

In der von mir s. g. ‚**Anleitung zur selbstkritischen Überprüfung eigener Fähigkeiten**‘ wird in der Klient angeleitet, z.B. in einer Nachbesprechung kritisch sein Vorgehen und seine eingesetzten Ressourcen zu überprüfen; dabei werden ihm auch die eigenen Grenzen sowie seine Möglichkeiten aufgezeigt. Dies zitiert ein Klient so: *„Die Aussage des Therapeuten: ‚Sie haben Kraft‘“*. Gelegentlich kann hierfür auch ein ‚**Rollenspiel**‘ eingesetzt werden, um auf symbolischer Ebene die Konsequenzen seines Handelns oder Tuns zu visualisieren.

Unter dieser Kategorie habe ich alle diejenigen Interventionen zusammengefasst, die den Klienten dahin führen, dass er seine mitgebrachten Fähigkeiten und Qualitäten erkennt und vor allem (probeweise) bereits in konkreten Übungsschritten umsetzt. Allerdings wird er auch darin unterstützt, zu lernen, selbstkritisch mit ihnen umzugehen, unter Berücksichtigung seiner eventuellen Grenzen. Dabei ist es auch Anliegen des Therapeuten, in seinen Interventionen die Selbstverantwortlichkeit des Klienten zu fördern.

Fazit dieser Kernkategorie: 177 Kodierungen wurden reduziert auf 17 Codes, aus denen 4 Kategorien extrahiert wurden.

Nachfolgend sortiere ich die fünf Hauptkategorien hinsichtlich der Anzahl der in ihnen enthaltenen Codes. Hiermit führe ich eine Art Gewichtung der einzelnen Kategorien hinsichtlich ihrer Bedeutung im Zu-Stande-Kommen der ersten Kernkategorie ein; ich drücke diese Gewichtung durch die Reihenfolge aus.

**Tabelle 16: I. Kernkategorie, sortiert hinsichtlich der Anzahl der in ihnen enthaltenen Kategorien**

| Kategorie  | Anzahl Kodierungen |
|--|--------------------|
| Anleitung zur Suche nach alternativen Sichtweisen und Lösungen in sensu                                      | 82                 |
| In vivo-Erprobung modifizierter und neuer Sichtweisen / Selbsterfahrung per Ressourcennutzung und –förderung | 37                 |
| Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt   | 31                 |
| Anleitung zur Selbstachtung und –exploration   | 27                 |



## Interpretation und Kritik zur I. Kernkategorie

Ob die Anzahl der Codes die impliziten Klienten-Konzepte von hilfreichen Therapeuteninterventionen widerspiegelt oder mehr den Interventionsstil des hier zur Disposition stehenden Therapeuten, kann mit den Daten selbst nicht entschieden werden. Im ersten Falle würden die Klienten unabhängig vom Interventionsstil des (genauer: dieses) Therapeuten nur diejenigen Therapeuteninterventionen herausgefiltert haben, die sie entsprechend ihrer persönlichen Wahrnehmung für hilfreich hielten. Das hieße, dass die Klienten bei unterschiedlichen Therapeuten unterschiedlicher Schulenherkunft eine ähnliche Auswahl trafen, unabhängig davon, welches Konzept der jeweilige Therapeut verfolgen würde. Unter dieser Annahme ließe sich an dieser Stelle sagen, dass die hier herausgefilterte Kernkategorie ‚Methodik hilfreicher Therapeuteninterventionen‘ eine weit über diese spezielle Untersuchung hinausgehende Aussagekraft hätte.

Im anderen Falle wäre davon auszugehen, dass aufgrund des speziellen Interventionsstils des Therapeuten die Auswahl an hilfreichen Therapeuteninterventionen derart eingeschränkt gewesen sein würde, dass aufgrund mangelnder Optionen die Klienten wenig Möglichkeit gehabt hätten, eine andere, diversifizierende Auswahl von aus ihrer Sicht hilfreichen Therapeuteninterventionen zu treffen, so dass diese Kernkategorie eher als ein Therapeuten-Unikat anzusehen wäre.

Nur eine Replikation dieser Studie mit unterschiedlichen Therapeuten an unterschiedlichen Klientenkollektiven würde hier eine klare Antwort geben können. Von daher sehe ich weiteren Forschungsbedarf unter Anwendung der hier von mir vorgestellten Methodik.

Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass die unterschiedliche Anzahl von Codes, die den vier Kategorien zugeordnet werden können, die Gewichtungen der Klienten wiedergibt, die diese den von ihnen wahrgenommenen Therapeuteninterventionen hinsichtlich der in ihnen enthaltenen unterschiedlichen Angebote/Maßnahmen zumessen.

Zumindest in dieser Untersuchung und bei diesem Therapeuten zeigt sich sehr markante Gewichtung in der ersten Kategorie mit teilweise mehr als zweieinhalb mal soviel Nennungen wie in den beiden nachfolgenden Kategorien und mehr als dreimal soviel wie in der letzten Kategorie. **Dieses Ergebnis zeigt, dass die Klienten dieser Stichprobe in meinen therapeutischen Interventionen besonders die unterstützende Anleitung in der Suche nach alternativen Sichtweisen und Lösungen geschätzt haben.** Dabei gehe ich davon aus, dass die Auswahl seitens der Klienten nicht einschneidend durch Erinnerungsfehler verzerrt worden ist. Natürlich ist es möglich, dass es auf die Art und Qualität der Interventionen ankommt, ob die Klienten diese als solche explizit wahrnehmen. Möglicherweise liegt es in der Natur der Interventionen, die einer Anleitung zur Suche nach alternativen Sichtweisen und Lösungen dienen, dass diese den Klienten gegenüber eindringlicher erscheinen und deshalb wegen ihrer Prägnanz leichter wiedergegeben werden können. Eine weitere Erklärung könnte darin liegen, dass die Interventionen dieser Kategorie auch deutlich mehr den à priori Erwartungen der Klienten entsprochen haben.

## Welche Methodik von Therapeuten-Interventionen also wertschätzen die Klienten als hilfreich?

Zunächst einmal erwarten sie, dass der Therapeut ihnen hilft, ihre Problematik oder ihren Konflikt besser verstehen zu können, damit sie dann (mithilfe des Therapeuten) lernen, ihre Sichtweisen und Einstellungen zu modifizieren. Dies würde sie in der Folge befähigen, sich schon mal (unerwartete) Konflikt- und Problemlösungen vorstellen zu können. Dabei profitieren sie von der Erforschung ihrer Gefühle und Gedanken und deren Veröffentlichung vor den Ohren des Therapeuten. Sie profitieren auch von Selbst-erforschenden Prozessen, in denen sie

der Therapeut unterstützt, und sie probieren bereits erste Umsetzungen neuer Sichtweisen aus. Grawe (1995, S. 135ff) drückt es so aus: „*Der Therapeut knüpft an die positiven Möglichkeiten, Eigenheiten, Fähigkeiten und Motivationen des Patienten an, indem er das therapeutische Vorgehen darauf ausrichtet, dass sich der Patient auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann.*“ Er nennt diesen Wirkfaktor ‚Ressourcenaktivierung‘. Unter die Ressourcenaktivierung fällt vieles von dem, was in der Psychotherapieliteratur mit dem Begriff ‚unspezifische Wirkfaktoren‘ bezeichnet wird. Gemeint sind damit die Erweckung von Erwartungen beim Klienten, dass der Therapeut ihm helfen kann und wird, die Herstellung eines plausiblen Erklärungsmodells für seine Probleme, ‚die‘ Motivierung des Klienten, ‚die‘ gute Therapiebeziehung. Hierzu gehört nach Grawe auch die ‚Problemaktualisierung‘, die die Grundlage der von vielen Therapeuten geteilte Erfahrung ist, dass die „*problematischen Bedeutungen, die das Leiden des Patienten ausmachen, dann wirksam verändert werden können, wenn diese Bedeutungen in der Therapie real zum Erleben gebracht werden.*“. Grawe nennt dies auch das ‚Prinzip der realen Erfahrung‘.

Als weiteren wichtigen Faktor sieht er die ‚motivationale Klärung‘ im Sinne aller Vorgehensweisen, bei denen der „*Therapeut dem Patienten dabei hilft, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden.*“

**Der Therapeut hat also weniger eine begleitende, spiegelnde oder katharsische Funktion, dafür umso mehr eine vielleicht als pädagogisch zu bezeichnende, aktive Rolle!**

## **II. Kernkategorie: Quantitative Interventionsmuster des Therapeuten:**

diese Kernkategorie beschreibt den Beziehungs- und Führungsaspekt hilfreicher Therapeuteninterventionen, sowie die Haltung und die Techniken des Therapeuten zur Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre, unter dem Gesichtspunkt:

**Wie vermittelt der Therapeut seine Intervention?**

Diese ‚Kernkategorie‘ wird aus den Daten gewonnen, die die Qualität und die Gestaltung der Therapeuteninterventionen aus Sicht des Klienten beschreiben. Sie ergab sich induktiv aus der **schrittweisen Reduzierung von 311 Kodierungen** über 42 Kodes zu 7 Kategorien und 2 Hauptkategorien. Diese Kernkategorie entspricht ebenfalls den Aussagen (1-47) im Teil (a) des Skalierungsteils im HILF, beantwortet also die Frage: *wie* vermittelt der Therapeut seine Interventionen aus der Sicht des Klienten? In dieser Kernkategorie finden sich 307 unterscheidbare Beziehungs- und Führungsqualitäten von Interventionen wieder, die von den Klienten als hilfreich apostrophiert wurden. Sie ist als eine Art ‚Beziehungs‘- Metakategorien zu verstehen, weil in ihr weniger das ‚was‘, also die ‚Technik‘ der Therapeuteninterventionen zum Ausdruck kommt, sondern mehr das ‚wie‘, womit der Beziehungsaspekt und die Art und Weise der Übermittlung der therapeutischen Botschaft zum Ausdruck kommt.

Diese Art von Interventionen unterscheidet sich im Hinblick auf die in der 1. Kernkategorie dargestellte Methodik der Interventionen. Die hier dargestellte Kernkategorie spiegelt dagegen die ‚Feinmotorik‘ therapeutischer Interventionen wieder. Zwar würden sich diese Interventionsqualitäten vermutlich in den Analysen therapeutischer Interventionen bei der überwiegenden Anzahl aller Therapeuten wiederfinden, dennoch denke ich, dass gerade diese Wirkfaktoren mit der Therapieerfahrung des Therapeuten korrelieren. Es reicht eben nicht aus, dem Klienten mit einer auf ihn und die Situation optimierten Intervention ‚weiterhelfen‘ zu können (I. Kernkategorie), sondern es muss vom Therapeuten auch ein Gespür dafür entwickelt werden, wann und auf welche Weise er seinem Klienten die passende Intervention an-

bietet (der ‚Kairos‘ der Interventionen). Diese Kernkategorie dürfte am ehesten dem Wirkfaktor ‚*Therapeutische Beziehung*‘ von Grawe entsprechen.

**1) Hauptkategorie: ‚Beziehungsgestaltung‘ (konnotative Botschaft:** Schaffen eines förderlichen, vertrauensbildenden Umfelds) Das Beschreibungsmerkmal ‚*konnotative Botschaft*‘ soll auf den mittelbaren, eher intuitiven und affektiven Teil der Botschaft hinweisen, sozusagen die ‚Hintergrundmelodie‘.

A) *Kategorie* : ‚**Angebot von Vertrauensbildung**‘ *mittels* :

**Therapeut als Partner/Begleiter/Sprachrohr** (Kode 43: 16 Kodierungen) - **Selbstexploration des Therapeuten** (Kode 42: 6 Kodierungen) - **Weitere vertrauensbildende Maßnahmen durch den Therapeuten** (Kode 44: 3 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 3 Codes mit insgesamt 25 Kodierungen zusammengefasst. Ich habe diese Kategorie in Abgrenzung der weiteren Kategorien (B) u. (C) mit „Angebot von Vertrauensbildung“ überschrieben, weil aus den Niederschriften der Klienten hervorgeht, dass sie die in diesem Teil erfassten Kodierungen als vertrauensbildende Maßnahmen des Therapeuten wahrgenommen hatten. Gemeint ist damit, dass der Therapeut, der sie auf ‚Augenhöhe‘ begleitet, partnerschaftlich mit ihnen umgeht, auch mal für sie das ausspricht, was sie selbst nicht so formulieren konnten oder mitzuteilen wagten. Auch wird es von ihnen als ein Vertrauensbeweis angesehen, wenn der Therapeut sich gelegentlich und in angemessener Weise selbst exploriert.

Am häufigsten hervorgehoben wurde von den Klienten als hilfreich, wenn der Therapeut bei *in vivo* oder *in sensu* Explorierung oder Probehandlung den Klienten dabei verbal oder nonverbal unterstützend begleitete („*In Kontakt gebracht mit einem unbearbeiteten Anteil, die damit verbundenen Emotionen geweckt, unterstützend und stärkend in der Begleitung*“) und partnerschaftlich („*ich fühle mich einbezogen*“). Als sehr hilfreich zitierten die Klienten einige Male die Form der Unterstützung, in der sich der Therapeut als Sprachrohr an die Stelle des Klienten setzte, also für ihn aussprach, was er selbst noch nicht so formulieren konnte („*Meine Aussage wurde vom Therapeuten praktisch verdeutlicht.*“). Sechsmal wurde registriert, wie hilfreich es für den Klienten war, wenn der Therapeut über eigene Erlebnisse bzw. Empfindungen sprach, was sich z.B. in folgendem Zitat einer Therapeutenaussage in einer gruppentherapeutischen Sitzung ausdrückt: „*Das Beste was ich anbieten kann, ist die Gruppe. Alleine bin ich weniger.*“

B) *Kategorie*: ‚**Angebot von Empathie und Begleitung**‘ (empathischer Wahrnehmungs- u. Kommunikationsmodus) *mittels* :

**Empathie** (Kode 21: 10 Kodierungen) - **Begleitung** (Kode 30: 4 Kodierungen) - **Therapeut als Gleicher** (Kode 19: 2 Kodierungen) -- **Offenheit** (Kode 37: 1 Kodierung) - **Authentizität** (Kode 40: 1 Kodierung)

In dieser Kategorie sind 5 Codes mit insgesamt 18 Kodierungen zusammengefasst. Aus diesen Kodierungen habe ich eine eigene Kategorie extrahiert, die sich vor allem aus Kodierungen zusammensetzt, die Empathie und solchen, die eine begleitende Haltung des Therapeuten widerspiegeln. Diese beiden Aspekte gehören ebenfalls zur optimierenden Beziehungsgestaltung des Therapeuten. Empathie ist von zahlreichen Autoren als einer der wichtigsten unspezifischen Wirkfaktoren beschrieben worden. Der Klient spürt, dass der Therapeut an seiner

Seite mit ihm geht, sich in ihn einfühlen kann und nicht von oben herab besser weiß, was für ihn gut sei.

Besonders häufig sind Kodierungen entstanden, die ich mit ‚*Empathie*‘ bezeichne. Ich verstehe darunter, dass der Therapeut seinen Klienten von außen – ohne dessen persönliche Grenzen zu überschreiten – möglichst als ganze Person erfasst, dessen Gefühle versteht bzw. so fühlt, wahrnimmt und denkt, als wäre es der andere. Ein Klient beschreibt das so: *„er hat mich gefühlsmäßig mit diesem Satz abgeholt.“* Der Therapeut stellt z. B. einen emotionalen Bezug zu einer möglicherweise sehr rationalisierenden Mitteilung des Klienten her, zeigt Verständnis für Gefühle des Klienten, lässt durch Wärme und Zuwendung Akzeptanz erkennen, erkennt die Befindlichkeit des Klienten (Zitat Klient: *„der Therapeut formulierte wörtlich, wie ich mich wahrnehme“*) und ist in der Lage sich in sein Denken und Fühlen einzufühlen. Kritik wird so geäußert, dass der Klient merkt, dass der Therapeut auf seiner Seite steht. Dies beschreibt ein Klient so: *„Ich fand die Art, wie der Therapeut auf meine nonverbale Kommunikation eingegangen ist, hilfreich. Seine Nachfragen brachten mich näher an meine Gefühle“* Als hilfreich wurden auch einige Male Interventionen erlebt, bei denen der Klient wahrnahm, dass der Therapeut ihn durch Mimik und Haltung begleitete oder im bloßen Zuhören seine Akzeptanz erkennen ließ. Interessanterweise wurde lediglich zweimal erwähnt, dass der Klient den Therapeuten *auf gleicher Ebene* wie sich selbst erlebte (‚*Therapeut als Gleicher*‘). Als nur ein wenig wichtiger rangiert *das akzeptierende Zuhören* und das *Gefühl der Begleitung des Klienten durch den Therapeuten* während eines schwierigen Transformationsprozesses, wie z.B. in folgendem Zitat wiedergegeben ist: *„Wie Uwe Monika geholfen hat, ihr Problem/Last ,auszukotzen“*.

### C) Kategorie: ‚Angebot von Stützung und Sicherheit‘ (‚Be-Elterung‘) mittels :

**Bestätigung, Ermutigung** (Kode 34: 20 Kodierungen) – **Erteilen einer Legitimation** (Kode 57: 12 Kodierungen) - **Wertschätzung** (Kode 25: 10 Kodierungen) - **Sicherheit geben** (Kode 28: 4 Kodierungen) - **Ermutigung zur Expression von Affekten** (Kode 58: 4 Kodierungen) - **Liebevolle Haltung** (Kode 20: 3 Kodierungen) - **Geduld** (Kode 32: 2 Kodierungen) - **Behutsame Kritik** (Kode 29: 2 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 8 Kodes mit insgesamt 57 Kodierungen zusammengefasst. Hier finden sich Kodes wieder, die in erster Linie Bestätigung, Ermutigung und Erlaubnis seitens des Therapeuten widerspiegeln, nicht zuletzt auch Wertschätzung. Meiner eigenen Erfahrung nach ist es gar nicht so einfach, statt Kritik an den offensichtlichen Fehlern und Schwächen des Klienten zu üben, diesen vielmehr in seinem oft hilflosen Bemühen wertzuschätzen, ihn zu ermutigen, z.B. seine Gefühle auszudrücken, oder ihn gar zu bestätigen und eine liebevolle Haltung einzunehmen. Oft trauen sich die Klienten nicht, eine an für sich schon als richtig wahrgenommene Erkenntnis auch offen auszudrücken. In solchen Situationen bzw. Haltungen wird die Ermutigung durch den Therapeuten vom Klienten als besonders hilfreich wahrgenommen. Die hier aufgeführten Interventionsqualitäten geben letztlich den Klienten ein Gefühl von Stützung und Sicherheit. Es dürfte klar sein, dass der Therapeut, um diese Interventionen wirksam werden lassen zu können, die gleiche Augenhöhe mit dem Klienten vorübergehend verlassen muss. Er muss dann die Position einer guten Mutter oder eines guten Vaters, beide mit Erfahrung und Reife, einnehmen können.

Insgesamt 18-mal beschreiben die Klienten als Antwort auf die Frage: *was am Therapeutenverhalten ist hilfreich?* ein ‚*bestätigendes, ermutigendes*‘ Verhalten des Therapeuten, wie es z.B. ein Klient so ausdrückt: *„und er sagte, dass er nun überzeugt sei, dass ich die MPU bestehe.“*, oder ein anderer: *„er hat mir die Situation deutlich gemacht, ermutigend mit Zielrich-*

tung." **„Erteilen einer Legitimation, Entlastung, Erlaubnis“** folgt mit 12 Kodierungen an zweiter Stelle; ein Beispiel dafür: „*der Therapeut erteilte mir die Legitimation, Verpflichtungen/Verantwortung abzugeben, ohne anderen Schaden zuzufügen.*“, ein weiteres: „*Verdeutlichung, wie wichtig Eltern sind. Aber dass es um das Wohlergehen eines selbst geht.*“ Mit den Zitaten dieses Kodes drücken die Klienten aus, wie hilfreich es für sie ist, wenn der Therapeut ihnen die Erlaubnis gibt, das eigene Wohlergehen ernst zu nehmen und die Furcht dabei nimmt, sich anderen gegenüber zu ‚versündigen‘. Diese Art der Unterstützung wird von ihnen als entlastend erlebt

Immerhin noch 10 Kodierungen erhielt der Kode **„Wertschätzung“**. Die erlebte Wertschätzung ist in den beiden folgenden Zitaten von Therapeuteninterventionen wiedergegeben: „*Christine, du bist ein sehr spezieller Mensch und das ist nicht immer einfach. Einige Menschen wissen nicht damit umzugehen.*“ „*Er äußerte seine Empfindungen und Gefühle meiner Person gegenüber. Er beschrieb diese Gefühle und erklärte mir, wo ich bei ihm stehe (welchen Status ich habe). Es löste eine spürbare Welle der Traurigkeit und auch des Glücks aus.... Es hilft das öfter zu hören.*“

Nur noch viermal ist der Kode **„Sicherheit geben“** mit entsprechenden Kodierungen vertreten. Ein Beispiel dafür gibt folgendes Zitat: „*anschließend die Belohnung und Wärme auch durch die direkte Nähe des Therapeuten. Ein Zeichen wie: ich lass dich nicht fallen...*“ Die haltgebende Haltung des Therapeuten ist ganz zweifellos ein entscheidendes Merkmal therapeutischer Unterstützung im Hinblick auf das Wirksam-Werden seiner Interventionen. Wahrscheinlich ist diese Therapeutenintervention deswegen so selten kodiert worden, weil sie eher unterschwellig wahrgenommen werden könnte und daher im Rahmen der dem Klienten vorgegebenen Fragestellung weniger ‚ins Auge gesprungen‘ war.

Ebenfalls viermal wurde beschrieben, wie der Therapeut zum Ausdruck von Gefühlen ermutigte (**„Ermutigung zur Expression von Affekten“**), wie z.B. der folgende Klient schrieb: „... ich dachte: *endlich spricht mal einer das aus, was ich fühle. Endlich wieder atmen.*“

Das **„Entschärfen einer Furchtfantasie“** wurde nur zweimal aufgeführt, wie es mit folgendem Zitat ausgedrückt ist: „*dass es immer Möglichkeiten gibt, sich sein Leben einzurichten, die positiven Aspekte einer körperlichen Einschränkung entdeckt.*“

Die weiteren Kodes sind mit einer nur sehr geringen Anzahl von Kodierungen vertreten: **„liebevolle Haltung, Geduld und behutsame Kritik“**. Die liebevolle Haltung beschreibt ein Klient so: „*Der Therapeut hat liebevoll und väterlich dem Patienten seine Situation ins rechte Licht gerückt, den Patienten beruhigt, Hoffnung gegeben und entlastet, sowie ihm Mut gemacht.*“ Es ließe sich natürlich trefflich darüber streiten, ob sich wegen der geringen Repräsentativität dieser Kodes hier ein (ihm selbst bisher weniger bekanntes) Defizit des Therapeuten ausdrücken mag oder ob diese eher ‚leisen‘ therapeutischen Haltungen einfach als nicht so prägnant wahrgenommen werden (können) wie andere qualitativen Merkmale therapeutischen Verhaltens.

**2) Hauptkategorie: „Therapeutische Führung“ (denotative Botschaft):** Das Beschreibungsmerkmal *denotative Botschaft* soll auf den unmittelbaren, sicht- und hörbaren Handlungsaspekt der Therapeutenintervention hinweisen, der eine offene und klare Botschaft trägt.

#### **D) Kategorie : „Mit-Lenkung“ mittels :**

**Problemzentrierung** (Kode 45: 27 Kodierungen) - **Beharrlichkeit** (Kode 23: 18 Kodierungen) - **Das Wesentliche benennen** (Kode 31: 11 Kodierungen) - **Raumgebung** (Kode 27: 7 Kodierungen) – **Nähe-Distanz-Regulierung** (Kode 24: 6 Kodierungen) - **Aufklärung** (Kode 47: 3 Kodierungen) - **Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte** (Kode 61: 2 Kodierungen)

Der Begriff ‚Lenkung‘ wurde hier gewählt, weil die Kodierungen deutlich erkennen lassen, dass der Therapeut als aktiver ‚Mit-Lenker‘ im Therapieprozesse sehr gefragt ist, Mit-Lenker, weil selbstverständlich der Klient ebenfalls lenkenden Einfluss auf das Therapiegeschehen nimmt. Die Gewichtigkeit dieser Kategorie macht ersichtlich, wie sehr die Klienten die therapeutische Führung durch den komplexen Raum ihrer verstörenden und verunsichernden Erfahrungen und Erlebnisse, ihrer Erwartungen und Hoffnungen, ihrer Zerrissenheiten und Beziehungsverwirrungen wertschätzen. Hier ist der Therapeut gefragt, der in den Situationen, wo der Klient gerade dabei ist, sich wieder zu verlieren oder zu verirren, Raum gebend und behutsam, aber dennoch klar, beharrlich und auf den Punkt kommend, die gemeinsame Arbeit auf das eigentliche Problem oder den Konflikt zentriert, lenkend im Sinne der Klienteninteressen.

Im Verständnis der folgenden Darstellung von Kodes und Kategorien und den zitierten Beispielen muss ganz besonders beachtet werden, dass ja- wie weiter oben schon ausgeführt - die Therapeuteninterventionen nicht für sich allein stehen und isoliert wirksam sind, sondern dass sie im Kontext mit anderen Interventionen als positiv und als hilfreich erlebt werden. Die (hier nicht darstellbare) Einbindung in die Fülle der parallel dazu wirksamen Interventionen (und auch die Sicherheit gebenden Rahmenbedingungen) erlaubt es eben auch, z.B. direktive, paradoxe und konfrontative Interventionen wirksam werden zu lassen, ohne dass solche Interventionen vom Klienten als Gefährdung des eigenen Regelsystems wahrgenommen und abgewehrt würden.

In dieser Kategorie sind 7 Kodes mit insgesamt 74 Kodierungen zusammengefasst.

Der Kode ‚**Problemzentrierung**‘ mit 29 Kodierungen ist hier am häufigsten vertreten. Damit sind folgende Qualitäten von Interventionen beschrieben: Konfliktanalyse, Analyse komplexer Situationen, Zusammenfassen, Ordnen, Eingreifen in zirkuläre Diskussion, Verständlichmachen der Zusammenhänge, auf den Punkt bringen, Richtung gebende Hinweise, Aufforderung zur Präzisierung von Therapiezielen, Nachfragen, Hinterfragen, rhetorische Frage, Verdichtung, Mitschreiben. Hierzu einige Zitate zu Interventionen: *„Nicht immer in Diskussionen ausufern. Der Therapeut verdeutlicht, dass die Diskussionen und Wiederholungen über immer die gleichen Themen nicht zu einem gemeinsamen Ziel führen“* oder: *„Durch sein Verhalten (in der vorherigen Sitzung) brachte er mich schon sehr ins Grübeln und ich wurde im Gegensatz zu sonst sehr aktiv.“* Oder: *„Trotz anfänglicher Schwierigkeiten, die Initiative zu ergreifen, gibt mir der Therapeut die Gelegenheit, bisher Unbehandeltes zu ergründen, wenn er gut und intensiv nachfragt während des Gesprächs. Bei Wiederholung muss ich mir vorher überlegen, worüber ich reden will.“*

In diesen Zusammenhang gehört vermutlich auch die Kategorie #**Beharrlichkeit**‘ mit 18 Kodierungen; dazu zählen: Strenge und Nachdruck, Standhaftigkeit, Unnachgiebigkeit, konkretes Konfrontieren, konsequentes Moderieren. Einige Beispiele dafür: *„Der Therapeut lässt hier erkennen, dass er sich nicht mit oberflächlichen Gefühlen zufrieden gibt, sondern an den genauen Gründen interessiert ist und ein exaktes Verständnis meiner persönlichen Sicht und Gefühlslage bekommen möchte.“*

Auch, dass der Therapeut die Dinge auf den Punkt bringt (**Das Wesentliche benennen**) , einfache und verständliche Formulierungen benutzt, etwas durch Generalisierung verdeutlicht oder das Wesentliche einer Aussage und einer Darstellung herausschält/benennt, wird mit noch 11 Kodierungen zitiert. Einige Beispiele dafür: *„der Therapeut gab mir Gelegenheit, die recht unspezifische Diskussion um allgemeine Themen zu verlassen, um mich auf die eigentlichen Themen zu konzentrieren...“*, *„feste Stimme, Unbeirrbarkeit, Klarheit, einfache Worte, verständlich.“* Oder: *„(Zitat) zu Theo gesagt: ‚Du `verscheißerst´ uns. Verdaue das (erst mal), was Du in dir fühlst‘ (o.ä. formuliert).“*

Mit noch sechs Kodierungen ist die ‚*professionelle Regelung von Nähe und Distanz*‘ in dieser Kategorie vertreten. Ein eindringliches Beispiel dafür: *„in der heutigen Sitzung fand ich es besonders hilfreich, dass der Therapeut mich nicht unangenehm fixiert hat. Er hat nicht versucht, mit seinen Augen in meine Seele zu blicken. Er hat mich nicht durch ein solches Verhalten unter Druck gesetzt. Dennoch hatte er mich oft genug angesehen um mir das Gefühl zu geben, angenommen zu werden.“*

In engem Zusammenhang dazu stehen sieben Kodierungen, die ich mit dem Kode ‚*Raumgebung*‘ umschrieben habe; dazu ein Zitat: *„Besonders hilfreich an diesem Verhalten war für mich das Gefühl, frei in Gedanken und Emotionen zu bleiben und keinen Erwartungsdruck des Gegenübers zu spüren.“*

‚*Aufklärung*‘ („Hinweis auf die Konditionierung durch Eltern ... Eine Erklärung für meine seelische Anspannung zu bekommen“) und ‚*Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte*‘ („mit meinen Sprachschwierigkeiten verstanden worden zu sein ...“) sind beides Codes, die insgesamt nur fünfmal genannt wurden. Als mögliche Erklärungen auf die Frage, warum dies so ist, würde mir die folgende Überlegung am ehesten einleuchten: es könnte z. B. sein, dass diese Art von Interventionen sich der fokussierenden Wahrnehmung entziehen, weil sie als ein vermutlich selbstverständliches und häufig zum Tragen kommender Aspekt therapeutischer Interventionen vom Klienten meist gar nicht mehr überschwellig wahrgenommen werden.

#### E) Kategorie : ‚*Direktive Verhaltensregulation*‘ mittels :

**Direktives Intervenieren** (Kode 46: 39 Kodierungen) – **Konfrontation** (Kode 49: 16 Kodierungen) – **Aufdecken** (Kode 50: 13 Kodierungen) – **Paradoxe Intervention** (Kode 51: 4 Kodierungen) — **Dialogische Einsichtsförderung** (Kode 53: 3 Kodierungen) – **Warnung vor selbstschädigendem Verhalten** (Kode 52: 3 Kodierungen) – **Hinterfragen** (Kode 54: 1 Kodierung) – **Einbeziehung nonverbaler Kommunikation** (Kode 62: 1 Kodierung)

Der Begriff "Direktive Verhaltensregulation" wurde für eine Gruppe von Codes gewählt, die ein sehr direktes, konfrontatives, aufdeckendes, mehr oder weniger offen Einfluss nehmendes Therapeutenverhalten subsumieren. In dieser Kategorie sind 8 Codes mit insgesamt 80 Kodierungen zusammengefasst. Diese große Gruppe an Kodierungen spricht gerade nicht dafür, dass sich, aus Sicht der Klienten, ein Therapeut eher dezent zurückhalten und in erster Linie als einfühlsamer, vorsichtiger Begleiter verstehen sollte, der den Weg des Klienten ohne Eingreifen und Korrektur mitzugehen bereit wäre. Als hilfreich erleben die Klienten durchaus - und dies keinesfalls selten - das der Therapeut wachsam, alert, wenn es sein muss auch konfrontativ sie von ihren Irrwegen oder Missverständnissen wegführt.

‚*Direktives Intervenieren*‘, wie ich diesen Kode genannt habe, wurde von mir 39-mal, und damit am häufigsten, kodiert. Gemeint ist damit, dass der Therapeut instruiert, Handlungsanweisungen gibt, konkrete Lösungen anbietet, in die Problemanalyse oder die Konfliktanalyse lenkend eingreift, Aufgaben stellt, Tipps gibt, Ratschläge erteilt, appelliert, sogar auch Maßnahmen trifft. So zitierte ein Klient beispielsweise den Therapeuten: *„Versuchen Sie in Zukunft auf Situationen, die Sie nerven, spielerisch zu reagieren und so dem Gesprächspartner den Wind aus den Segeln zu nehmen.“*, ein anderer erinnert: *"Die Aussage hat eine klare Handlungsanweisung zum Inhalt. Durch sie habe ich mehr Mut, P. darauf anzusprechen, was mich gestört hat.“* Oder: *„Ich mag es sehr, dass mein Therapeut sehr schnell den Kern des Problems erkennt, teilweise sogar viel besser als ich selbst auf den Punkt bringt und präzise formuliert.“*

An zweiter Stelle stehen mit 16 Kodierungen solche, die sich am besten mit ‚**Konfrontation/Provokation**‘ umschreiben lassen. Hierzu ein Beispiel: *"Ich habe von dem Verhältnis zwischen meiner Schulleitung und mir erzählt. Uwe meint, ich würde die Bedürfnisse meiner Schulleitung nicht sehen können. Im ersten Moment habe ich nicht damit anfangen können. Ich wollte Zuspruch. Später (zwei Tage) gab ich ihm recht"* (frontale Konfrontation als Denkanstoß).

An dritter Stelle finden sich mit 12 Kodierungen Interventionen, die ich mit ‚**Aufdecken (von Spielregeln)/Explikation impliziter Bedeutungen**‘ beschrieben habe.

Ein Beispiel: *„Ein Hinweis an mich: ich manipulierte die Umwelt durch meine Art der Hilfe-suche: möchte ich wirklich Hilfe?“* (Aufdecken coverter Spielregeln des Klienten), ein weiteres Beispiel: (Therapeut wird zitiert:) *" ' Dein Weiterleben, aber auch dein Wunsch nach Suizid, sind ein Bedürfnis nach finaler Wiedervereinigung mit der Mutter.' Ich dachte bisher: Mein Suizid gehört mir! "*

Ein Klient beschrieb explizit, dass er die ‚**Einbeziehung nonverbaler Kommunikation**‘ als sehr hilfreich erlebte, wobei eine therapeutische Situation zugrundelag, in der sich der Therapeut explizit auf seine Wahrnehmung nonverbaler Signale des Klienten bezogen hatte. Auch hier stellt sich wieder die Frage, warum dies nicht öfters von Klienten als hilfreich bewertet wurde, da diese einmalige Hervorhebung keinesfalls die tatsächliche Frequenz solcher Interventionsart widerspiegeln dürfte. Möglicherweise dürfte es den Klienten eher unangenehm sein, dass der Therapeut aus ihnen wie aus einem offenen Buch lesen könnte, oder es könnte ein unangenehmes Diskrepanzerleben entstehen, wenn der Therapeut unter Auswertung seiner nonverbalen Signale ihre denotativen Botschaften infrage stellt oder uminterpretiert. Auch die Intervention ‚**Hinterfragen**‘ wurde nur einmal kodiert, obwohl die tatsächliche Vorkommenshäufigkeit deutlich größer sein dürfte. Vielleicht sollte dieses Ergebnis so interpretiert werden, dass es dem Klienten meist eher unangenehm ist, in der Darstellung seiner Sichtweise und dem Ausdruck seiner Emotionen vom Therapeuten hinterfragt zu werden. Dies wäre jedenfalls eine nachvollziehbare Erklärung dafür, dass nur ein Klient diese vom Therapeuten relativ häufig angewandte Intervention als hilfreich zitiert.

#### F) Kategorie : ‚**Routinierte Anwendung therapeutischer Technik**‘ mittels :

**Metaphorik** (Kode 26: 17 Kodierungen) – **Denkanstoß, Lebensweisheit** (Kode 48: 11 Kodierungen) – **Kompetenz zeigen** (Kodes 60,78: 6+1 Kodierungen) - **Gesprächsführungskompetenz** (Kode 33: 6 Kodierungen) – **Prägnanz** (Kode 22: 5 Kodierungen) – **Aktives Zuhören** (Kode 35: 3 Kodierungen) - **Klarheit** (Kode 39: 2 Kodierungen) – **Anknüpfung an Bekanntes** (Kode 18: 2 Kodierungen) – **Humor/Ironie** (Kode 36: 4 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 9 Kodes mit insgesamt 57 Kodierungen zusammengefasst. Die Benennung dieser ‚Sammel‘-Kategorie soll deutlich machen, dass schon einige Erfahrung auf Seiten des Therapeuten erforderlich ist, um z.B. mit Bildern Metaphern, Vermittlung von Lebensweisheiten und Denkanstößen in angemessener Dosierung und zum richtigen Zeitpunkt dem Klienten seiner Angebote "schmackhaft" zu machen, sie zu ‚würzen‘. Eine bildhafte, metaphorische Sprache kann den Klienten, wenn sie sicher und im geeigneten Zusammenhang eingesetzt wird, in einen Trancezustand versetzen. Einem erfahrenem Therapeuten wird es nicht schwer fallen, Lebensweisheiten und aus der Erfahrung extrahierte Denkanstöße einzubringen und sich so verhalten, dass der Klient ihn als kompetent erlebt.

In dieser Kategorie sticht vor allem die Kategorie ‚**Metaphorik**‘ hervor. Der Gebrauch von Bildern, Metaphern hilft dem Klienten, einen komplexen Zusammenhang auf einfache Weise



zu verstehen. Ein Klient drückte das so aus: „(Zitat) ‚*Beziehung bedeutet teilen. Mit-teilen ist ein Teil des Teilens*‘.“ Ein weiterer Klient schrieb: „*Plakativ, eingängig, einfach verständlich: (Therapeut wird zitiert:) ‚Ich werde Ihnen helfen, einen Weg zu finden. Aber ich bin nur der Lotse, Sie sind der Kapitän*‘.“

Hier noch ein weiteres Beispiel: „*Ich: ... schuldig durch meine Untreue, musste den Schwanz richtig einziehen. Therapeut ‚Ja, und das haben Sie ja dann auch gemacht... den Schwanz einziehen*‘.“

Die vom Klienten als hilfreich registrierten Therapeuteninterventionen werden manchmal als ‚*Denkanstöße*‘ vermittelt, gelegentlich auch verbunden mit ‚*Lebensweisheiten*‘; diese Beobachtungen konnten immerhin zwölfmal kodiert werden. Beispielsweise zitiert mich ein Klient so: „(Zitat) ‚*In solchen Situationen musst Du völlig anders reagieren, gut mit Humor. Im realen Leben musst du es umsetzen, konkret anwenden, eindeutig sein, Grenzen setzen. Baby kannst du hier nur ab und zu sein*‘.“

Einige Male wurde auch explizit das ‚*Kompetenz zeigen*‘ des Therapeuten festgehalten; hierfür steht folgendes Beispiel: „*Uwe half Monika Wut und Trauer auszudrücken. Das Erkennen der Befindlichkeiten der Gruppenmitglieder durch Uwe ist für mich immer wieder sehr beeindruckend. Er handelt dann immer sehr angemessen*.“ Es überrascht mich nicht, dass der Kode "Kompetenz zeigen" lediglich sechsmal in den Transskripten auftaucht. Vielmehr sehe ich es sogar als bemerkenswert an, dass diese Kodierungen überhaupt so oft explizit auftauchen, denn ich gehe davon aus, dass in gewisser Weise die Klienten alle von ihnen als hilfreich wahrgenommenen Interventionen als therapeutische Kompetenz verbuchen.

Die ‚*Gesprächsführungskompetenz*‘ mit noch sechs Kodierungen macht sich zum Beispiel durch beruhigende Tonlage und Mimik bemerkbar, aber auch durch Klarheit, Bestimmtheit und gelegentlich Provokation. Ein Klient drückt seine Einschätzung so aus: „*Feste Stimme, Unbeirrbarkeit, Klarheit, einfache Worte, verständlich*.“

In diesen Bereich gehört auch die ‚*Prägnanz*‘ einer Mitteilung, verstanden im Sinne von Deutlichkeit, präziser Formulierung, klar formulierter Erklärung. Ein Beispiel hierfür: „*Das nüchterne Beschreiben der Situation macht handlungsfähig*“ Oder: „*Hakte nach, wo es nötig war*.“

Die weiteren Codes, die einige Techniken des erfahrenen Therapeuten wiedergeben, sind nur schwach vertreten. Auch hier stellt sich natürlich die Frage, warum: fand der Klient keine oder wenig Gelegenheit, ‚*Klarheit*‘, ‚*Aktives Zuhören*‘, ‚*Anknüpfung an Bekanntes*‘ und schließlich ‚*Humor / Ironie*‘ beim Therapeuten wahrzunehmen oder fokussierte seine Aufmerksamkeit und Auswahl mehr auf andere Aspekte? Vielleicht erscheinen Interventionen dieser Art dem Klienten als etwas Selbstverständliches, was unterhalb seiner expliziten Wahrnehmungsschwelle abläuft. Humor, auch leichte Ironie jedenfalls scheinen mir als unverzichtbare Würze in möglichst jede Therapiesitzung zu gehören; mit ihr lässt sich nach meiner Erfahrung so manche Intervention in geschmeidiger Weise beim Klienten unterbringen.

**Fazit dieser II. Kernkategorie: 311 Kodierungen wurden reduziert auf 42 Codes, diese zu 6 Kategorien, aus denen wiederum zwei Hauptkategorien extrahiert wurden: ‚Beziehungsgestaltung‘ und ‚Therapeutische Führung‘ .**

Die 6 Kategorien sind in der nachfolgenden Tabelle noch einmal übersichtlich dargestellt.

**Tabelle 17: II. Kernkategorie, sortiert hinsichtlich der Anzahl der in ihnen enthaltenen Kategorien**

| Kategorie  | Anzahl Kodierungen |
|--|--------------------|
| E) Direktive Verhaltensregulation                      | 80                 |
| D) Mit-Lenkung   | 74                 |
| C) Angebot von Stützung und Sicherheit („Be-Elterung“) | 57                 |
| F) Routinierte Anwendung therapeutischer Techniken     | 57                 |
| A) Angebot von Vertrauensbildung                       | 25                 |
| B) Angebot von Empathie und Begleitung                 | 18                 |

### Interpretation und Kritik

Diese Kernkategorie ist eine Antwort auf die Frage: **wie** bringt der Therapeut die hilfreichen Interventionen dem Klienten nahe?

Die Zuordnung und die begrifflich-inhaltliche Abgrenzung der Kodierungen und Codes hinsichtlich der beiden bisher dargestellten Kernkategorien konnten natürlich nicht hundertprozentig eindeutig erfolgen, weil es aus Interpretationsgründen keine eindeutigen Zuordnungen geben konnte. Dennoch möchte ich das Ergebnis so verstehen, dass die gefundene Kodierungen die Qualität oder Art und Weise der Therapeuteninterventionen bzw. den Interventionsstil des Therapeuten widerspiegeln. Auch hier bleibt es offen, ob in den Ergebnissen lediglich der spezifische Interventionsstil meiner hilfreichen Therapeuteninterventionen wiedergegeben ist oder die impliziten Klienten-Konzepte von der Art und Weise der ‚Verabreichung‘ von hilfreichen Therapeuteninterventionen. Unter dieser Annahme ließe sich dieses Ergebnis so interpretieren, dass die hier herausgefilterte Kernkategorie eine weit über diese spezielle Untersuchung hinausgehende Aussagekraft hätte. Ich sehe dies so, weil die in ihr enthaltenen Beobachtungen sehr eindringlich deutlich machen, welchen ‚Wert‘ Klienten auf die Art und Weise legen, mit der Therapeut seine Interventionen vermittelt. Die ‚Verpackung‘ scheint eine noch größere Bedeutung zu haben als das Interventionsinstrument selbst. Ich möchte jedenfalls davon ausgehen, dass die unterschiedliche Anzahl von Codes, die den sechs Kategorien zugeordnet werden können, die Gewichtungen der Klienten wiedergibt, die diese den von ihnen wahrgenommenen Therapeuteninterventionen hinsichtlich der in ihnen enthaltenen qualitativ unterschiedlichen ‚Verpackungsangebote‘ zumessen.

Die Ergebnisse der II. Kernkategorie spiegeln Grawes Einteilung recht gut wieder. Nach seinen Erkenntnissen verhalten sich Therapeuten überwiegend

- verstehend/bestätigend (vergl. Kat. A, B, C)
- anleitend/unterstützend (vergl. Kat. C, F)
- führend/kontrollierend (vergl. Kat. D, E)

Zumindest in dieser Untersuchung und bei diesem Therapeuten zeigt sich eine überdeutliche Gewichtung in den ersten vier Kategorien. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Klienten dieser Stichprobe in meinen therapeutischen Interventionen besonders die Lenkung des Therapieprozesses und die direktive Verhaltensanleitung und unter Nutzung von routinierten, Erfahrung widerspiegelnden Techniken schätzen. Dieses Ergebnis muss mit den Ergebnissen aus der Konstruktion des Fragenteils im HILF verglichen werden. In seiner Vorform, dem PILOT-Fragebogen waren eine Reihe von *Items* enthalten, die direktives Therapeutenverhalten beschrieben, aber nicht in die Konstruktion des Hauptfragebogens HILF miteinbezogen

wurden, da sie von den Klienten als deutlich weniger hilfreich eingeschätzt worden waren. Dies legt somit die Erkenntnis nahe, dass zwar direktive Verhaltensanleitung und Lenkung von den Klienten dieser Studie geschätzt werden, aber dass es andererseits auch **nicht** als **zu direktiv** empfunden werden sollte. Hierzu passt auch, dass auf der anderen Seite sich im PILOT-Fragebogen zeigte, dass sehr zurückgenommenes Therapeutenverhalten ebenfalls als weniger hilfreich eingeschätzt wurde.

Dass das von mir s.g. ‚*Angebot von Stützung und Sicherheit*‘ gleichfalls noch hoch in der Wertschätzung der Klienten dieser Stichprobe rangiert, erscheint ebenfalls als sehr bemerkenswert. Die hierzu gehörenden Kodierungen scheinen deutlich zu machen, dass die Übertragungen des Klienten mit seinen elterlichen Projektionswünschen ein sicherlich hilfreiches Agens ist, das für die Akzeptanz der denotativen Therapeuteninterventionen durch den Klienten förderlich ist. Ich habe diese Kategorie auch ‚*Be-Elterung*‘ genannt, weil der Therapeut auch gefragt ist als jemand, der väterlich-mütterliche Sicherheit gewährt.

Vertrauensbildende Maßnahmen, Empathie und Begleitung durch den Therapeuten wurden weniger deutlich als hilfreich akzentuiert. Angebote mit (zu) großer Nähe wurden auch im PILOT als wenig hilfreich empfunden, ähnlich wie (eine möglicherweise als (zu) groß empfundene) Betroffenheit und Sorge um den Klienten, eine (zu) große Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Klient und (eine möglicherweise als zu groß empfundene) Neugierde. Aber auch dieser Befund wäre in der Weise zu interpretieren, dass diese Art von Interventionen möglicherweise weniger bewusst aufgenommen werden, weil sie vielleicht nicht so offensichtlich in Erscheinung treten oder möglicherweise eher nur von besonders ängstlichen Klienten ‚dankbar‘ als hilfreich aufgenommen werden könnten.

## **Interpretation und Kritik zur II. Kernkategorie**

An dieser Stelle möchte ich festhalten, dass direktives, lenkendes, aus großer Erfahrung schöpfendes und ‚*elterliches*‘ Therapeutenverhalten im Rahmen seiner Interventionen von den Klienten besonders geschätzt werden. Dies ist zwar für mich kein überraschendes Ergebnis - auch andere, berufserfahrene, ältere Kollegen sehen das ebenfalls so - aber ich glaube, dass dies in anderen relevanten Untersuchungen bisher noch nicht so deutlich zum Ausdruck gekommen ist. Es ist aber auch zu erkennen, dass Aspekte Vertrauen bildendenden Therapeutenverhaltens, therapeutischer Stützung und das Angebot des Therapeuten, den Klienten in der Therapie ein Partner zu sein, in der Wahrnehmung des Therapeuten als eines hilfreichen Therapeuten dazugehört. Es ist zu vermuten, dass diese Elemente therapeutischen Verhaltens erst die Bereitschaft des Klienten öffnen, sich vom Therapeuten *etwas sagen zu lassen*. Die Bedeutung einer von mir so genannten ‚Direktiven Verhaltensregulation‘ wird meinem Erachten nach von Therapeuten oft unterschätzt. Nicht wenige scheuen sich davor, auf die Therapiesitzung oder gar die Therapie in einer führenden und lenkenden Weise Einfluss zu nehmen, weil sie fürchten, den Klienten in seinen eigenen Ressourcen zu bevormunden bzw. in seiner Kreativität und Potenz zur Selbstfindung zu beschneiden. Dennoch scheinen es die meisten es prinzipiell für richtig zu halten (s. Kap.2 und Kap.6.5); sie tun es auch öfters, als es ihnen bewußt ist. Sie möchten davon ausgehen, dass der Klient schon intuitiv ‚weiß‘, was für ihn gut sei. Ich möchte diese mitgebrachten Fähigkeiten des Klienten durchaus respektieren und fördern, bin aber dennoch durch meine Erfahrungen mit Klienten, die aus oder nach permissiven Therapien zu mir gekommen sind, darin bestätigt worden, durchaus im Sinne der unter dieser Hauptkategorie beschriebenen Interventionen meine Klienten ‚an die Hand zu nehmen‘. Das hier vorliegende Ergebnis scheint mir diese Haltung zu bestätigen. Selbstverständlich ist im therapeutischen Prozess ein permanentes Abwägen zwischen direktivem und non-direktivem Vorgehen erforderlich; eine gute Prozessführung setzt den fließenden Einsatz beider Optionen voraus.

### III. Kernkategorie: Therapeuteninterventionen, die indirekt durch die Empfindungen des Klienten ausgedrückt bzw. beschrieben werden:

der Klient beschreibt die Qualität seiner **Empfindungen** während und kurz nach der Intervention (wahrgenommener emotionaler Zustand nach der Intervention).

Diese Kernkategorie setzt sich zusammen aus: 3 Kategorien, 19 Kodes, 78 Kodierungen. Sie wurde aus den Transskripten gewonnen, die die mehr oder weniger unmittelbaren Empfindungen der (spätestens am Ende einer Therapiesitzung erfassten) Therapeuteninterventionen aus Sicht des Klienten beschreiben. Sie ergab sich induktiv aus der **schrittweisen Reduzierung von 67 Kodierungen** über 19 Kodes zu 3 Kategorien. Diese Kernkategorie entspricht zum Teil der Frageformulierung im Abschnitt (b) des Skalierungsteils im HILF, in dem die dortige Frage: „*In wieweit passen die nachfolgenden Beschreibungen meines Empfindens auf das obige Therapeutenverhalten?*“ zu beantworten war. Wie später in Kap. 7.2 bestätigt wird, zeigt sich auch hier, wie die Klienten ihre Empfindungen mit den Therapeuteninterventionen in Verbindung bringen. Die qualitative Auswertung der Kodierungen im inhaltlichen Teil, die also in dieser Kernkategorie zusammengefasst sind, erschließt über das ‚Medium‘ der Empfindungen darüber hinaus auf indirekte Weise noch weitere Wirkfaktoren therapeutischer Interventionen. Wenn die Klienten zum Beispiel schreiben, dass sie sich entlastet oder bestärkt fühlen, dass sie Hoffnung gewinnen, ihre Angst reduziert wird oder sie Mut schöpfen, dann beschreibt dies zwar einerseits ihre Emotionen, macht andererseits aber auch deutlich, dass entsprechende Interventionen, die zu diesen Empfindungen geführt haben, von den Klienten als hilfreich erlebt wurden. Nur mit dem Unterschied, dass diese Art von Interventionen von den Klienten nicht explizit beschrieben werden konnten.

In dieser Kernkategorie finden sich 19 unterscheidbare Empfindungsqualitäten auf Seiten des Klienten auf solche Interventionen wieder, die von ihnen als hilfreich apostrophiert wurden. Ich habe sie mit ‚Empfindungen‘ überschrieben, weil in ihr die vom Klienten erlebte empfindungsmäßige Resonanz auf den Inhalt und die Art und Weise der Übermittlung der therapeutischen Botschaft zum Ausdruck kommt.

Diese Kernkategorie unterscheidet sich deutlich von den ersten beiden Kernkategorien, in denen es um die Therapeutenseite ging, nämlich um die Art und Qualität seiner Interventionen. Die hier dargestellte Kernkategorie spiegelt dagegen, wie auch die nachfolgende, die ‚innere Antwort‘ des Klienten auf die therapeutischen Interventionen wieder. In mehreren Arbeiten anderer Untersucher wurden zwar die Klienten nach ihren Eindrücken und Empfindungen zum Therapeutenverhalten befragt, aber dies geschah meist nach Beendigung der Therapie. Wenn die Befragung am Ende einer Therapiesitzung erfolgte, dann wurde sie zumindest nicht mit den in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Therapeuteninterventionen erhoben. Insofern dürften auch die in dieser Kernkategorie beschriebenen Daten einen neuen Forschungsbefund darstellen, indem sie einen Einblick in das mit einer Therapeutenintervention unmittelbar verbundene Klientenerleben bieten.

#### A) Kategorie: ‚Akzeptanz erleben‘ mittels :

**Entlastung** (Kode 63: 10 Kodierungen) - **Verstanden-fühlen** (Kode 71: 9 Kodierungen) - **Bestätigung** (Kode 70: 9 Kodierungen) - **Anerkennung, Angenommen-Werden** (Kode 69: 4 Kodierungen) **Bestärkung** (Kode 80: 2 Kodierungen)– **Trost/Beruhigung** (Kode 72: 2 Kodierungen) - **Gemeinsame Erfahrung (mit dem Therapeuten)** (Kode 67: 2 Kodierungen) – **Gefühl von Beschenkt-sein** (Kode 75: 1 Kodierung)

In dieser Kategorie sind 8 Kodes mit insgesamt 39 Kodierungen zusammengefasst. Entlastung, das Sich-Verstanden-Fühlen und die Bestätigung seines Denkens, Fühlens und Tuns sind die drei häufigsten Kodierungen, die in der Kategorie ‚Akzeptanzerleben‘ subsumiert sind. Ich habe diese Bezeichnung gewählt, weil alle Kodes eine annehmende und akzeptierende Haltung des Therapeuten ausdrücken, in der er sich bemüht, den Klienten in seinem Sosein zu verstehen und auch nicht verändern zu wollen. Diese 39 Kodierungen machen deutlich, wie wichtig das Akzeptanzerleben für den Klienten ist, um die Interventionen des Therapeuten annehmen und als hilfreich erleben zu können.

Ich habe eine Kodierung dem Kode ‚**Entlastung**‘ zugeordnet, wenn in ihr ein Gefühl/Erleben z.B. so ausgedrückt wurde: *„das aufklärende, direkte Gespräch mit meiner Frau (Gefühl der Erleichterung).“* Das Gefühl der Erleichterung ist auch in folgendem Zitat zu erkennen: *„Endlich spricht man einer dass aus, was ich fühle. Endlich wieder atmen.“*

Das ‚**Verstanden-Werden**‘ beschrieb ein Klient schrieb so: *„ich fühlte mich in meiner Not verstanden“*, ein anderer: *„Ich fühlte mich ernst genommen und verstanden.“* Auch: *„Ich empfand es als hilfreich, verstanden zu werden, der Therapeut formulierte wörtlich, wie ich mich wahrnehme.“* oder *„Dieselbe Wahrnehmung (durch mich,) was mein Problem anbetrifft.“*

Das Empfinden der **Bestätigung** wird z. B. so ausgedrückt: *„Es ist oft so, dass das, was man ahnt, stark wirkt, wenn ein anderer es anspricht.“*, oder: *„[...] damit ist das Gefühl genommen, ‚verrückt, überdreht‘ zu sein, sondern lediglich entsprechend zu reagieren.“*

Viermal konnte das Gefühl von ‚**Angenommen-Werden**‘ kodiert werden; dafür ein Beispiel: *„[...] er hat nicht versucht, mit seinen Augen in meine Seele zu blicken. Er hat mich nicht durch ein solches Verhalten unter Druck gesetzt. Dennoch hat er mich oft genug angesehen um mir das Gefühl zu geben, angenommen zu werden.“*

Die ‚**Gemeinsame Erfahrung (mit dem Therapeuten)**‘ beschrieb ein Klient so: *„Ich sah ihn als Leidensgenossen, konnte besonders gut nachvollziehen, dass er mich verstand“*

Interessanterweise wurden ‚**Trost/Beruhigung**‘ nur zweimal explizit benannt (Zitat: *„Beruhigung, komme mir nicht mehr ‚verrückt‘ vor - zumindest nicht gefährlich“*), was bedeuten könnte, dass im internen Ranking der Klienten hilfreicher Therapeuteninterventionen die anderen Formen von Akzeptanzvermittlung höher rangieren.

Die Kodierung ‚**Gefühl von Beschenkt-Sein**‘ wurde unmittelbar auch so vom Klienten formuliert.

## B) Kategorie: ‚**Mut schöpfen**‘ mittels :

**Vertrauen zu sich selbst fassen, Ermutigung** (Kode 64: 10 Kodierungen) – **Konstruktive Kommunikation** (Kode 94: 5 Kodierungen) - **Stärkeerleben** (Kode 66: 4 Kodierungen) - **Hoffnung** (Kode 65: 3 Kodierungen) - **Deeskalation** (Kode 59: 3 Kodierungen) - **Angstreduktion** (Kode 77: 2 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 6 Kodes mit insgesamt 27 Kodierungen zusammengefasst. Ich habe diesen Kode ‚Mut schöpfen‘ genannt, weil das Erleben von Stärke, Hoffnung, Deeskalation, Angstreduktion und Vertrauensbildung dem Klienten Mut machen.

Der Kode ‚**Ermutigung**‘ ist in dieser Kategorie am stärksten vertreten. Dies drückt ein Klient als seine Empfindung so aus: *„Vertrauen, Mut, Optimismus vermittelt! Nicht das Gefühl vermittelt, dass ich ‚falsch‘ bin, wie ich bin.“*

Die nachfolgenden Kodes sind deutlich schwächer vertreten. Der Kode ‚**Konstruktive Kommunikation**‘ lässt sich zum Beispiel durch folgendes Zitat verdeutlichen: *„Herr Mallin stellte unsere Tatsache so dar, dass ich das Gefühl bekam, dass Schwächen genau benannt werden konnten und somit für mich auch anzunehmen waren!“*

Der Kode ‚**Stärkeerleben**‘ ist immerhin noch viermal vergeben worden, z.B. für folgendes Zitat: „*die Aussage des Therapeuten: `Sie haben Kraft!`... die Möglichkeit, meine Fähigkeiten/Kraft selbst zu kennen (`schwarz auf weiß`).*“

Seine ‚**Hoffnung**‘ drückte ein Klient so aus: „*trotz Scham/Zweifel/Verunsicherung eröffnet es ein `vielleicht, irgendwann einmal`.*“

‚**Deeskalation**‘ durch den Therapeuten als Antwort auf eine Furchtfantasie des Klienten wurde z.B. so zitiert: „*Im schlimmsten Fall ist auch Trennung eine Lösung*“

‚**Angstreduktion**‘ lässt sich an dem folgenden Beispiel darstellen: der Therapeut beschreibt sich als Begleiter (*Trapper*) in einem schwierigen Gelände und der Klient sieht seine Angst vor dem genommen, was ihm noch bevorsteht: „*Solange ich vorwärts gehe, werde ich durch meinen Begleiter [Therapeut] beraten werden.*“

C) *Kategorie: ‚Bereitschaft, den Zugang zu den eigenen Gefühlen zu suchen‘ mittels :*

**Zugang zu den eignen Gefühlen** (Kode 73: 5 Kodierungen) – **Frei zu Selbstexploration** (Kode 76: 2 Kodierungen) – **Herausforderung zu kritischer Selbstexploration** (Kode 68: 2 Kodierungen) – **Angeregt-sein** (Kode 81: 1 Kodierung) **Emotionale Betroffenheit** (Kode 74: 1 Kodierung) - **Aha-Erlebnis** (Kode 79: 1 Kodierung)

In dieser Kategorie sind 6 Kodes mit insgesamt 12 Kodierungen zusammengefasst. Diese Kategorie beschreibt die Bereitschaft des Klienten, sich vom Therapeuten zur Auseinandersetzung mit seinen Emotionen anregen zu lassen. Die meisten Therapeuten würden wohl mit mir darin übereinstimmen, dass ohne diese Bereitschaft, sich mit seinen eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen, kaum ein nachhaltiger Veränderungsprozesses im Klienten angestoßen werden kann. Ich finde es deshalb bemerkenswert, dass in dieser Kategorie so wenige Kodierungen zusammengetragen werden konnten. Möglicherweise ist der Klient während der Therapie oder vielleicht ganz speziell während der therapeutischen Sitzung weniger bereit, sich mit seinen Gefühlen auseinanderzusetzen, als sich vom Therapeuten entlasten und ermutigen zu lassen. Die innere Auseinandersetzung bzw. Reflektion des soeben Erlebten benötigt bekannterweise Zeit. Die Klienten neigen - für mich sehr nachvollziehbar - dazu, möglichst viele Erklärungen, Anregungen und Erkenntnisse zunächst einmal aufzusaugen oder gar in sich hineinzustopfen, um dann zuhause bleiben alles in Ruhe wiederzukauen und zu verdauen. Aber diese Überlegung ist natürlich recht spekulativ. Möglicherweise ist die Erforschung und Reflektion der eigenen Gefühle/Empfindungen für die allermeisten Klienten auch sehr viel schwieriger, als wir Therapeuten das gerne hätten, zumal diese Schwierigkeit auch einer der entscheidenden Gründe ist, warum die Klienten zu uns kommen.

Der ‚**Zugang zu den eigenen Gefühlen**‘ wurde mit fünf Malen am häufigsten kodiert, wovon allein drei Kodierungen einem einzigen Klienten zuzurechnen sind. Ein Beispiel dafür: „*In Kontakt gebracht mit einem unbearbeiteten Anteil, die damit verbundenen Emotionen geweckt, unterstützend und stärkend in der Begleitung.*“

Mit ‚**Herausforderung zu kritischer Selbstexploration**‘ habe ich die folgende Klientenrückmeldung beschrieben: „*Die Aufgabe, meine Ehefrau an die Tafel zu malen. Den Druck, mich mit meinen Gefühlen zu meiner Ehefrau auseinander setzen zu müssen.*“ (Hervorhebungen durch den Klienten)

Für die Kodierung ‚**Frei zu Selbstexploration**‘ könnte folgende Beschreibung eines Klienten stehen: "Besonders hilfreich an diesem Verhalten war für mich das Gefühl, frei in Gedanken und Emotionen zu bleiben und keinen Erwartungsdruck des Gegenübers zu spüren."

**Fazit dieser III. Kernkategorie: 78 Kodierungen wurden reduziert auf 19 Kodes und diese zu 3 Kategorien.**

**Tabelle 18: III. Kernkategorie, sortiert hinsichtlich der Anzahl der in ihnen enthaltenen Kategorien**

| Kategorie  | Anzahl Kodierungen |
|--|--------------------|
| Akzeptanzerleben   | 39                 |
| Mut schöpfen   | 27                 |
| Bereitschaft, den Zugang zu den eigenen Gefühlen zu suchen | 12                 |

### Interpretation und Kritik zur III. Kernkategorie

Diese Kernkategorie kann als eine Antwort auf die Frage nach den ‚**Empfindungen** bei der beschriebenen Aussage oder Handlung des Therapeuten‘ (im Skalierungsteil des HILF unter (b) als ‚Empfindungen‘ formuliert) verstanden werden..

Ich habe für diese Kernkategorie die begriffliche Formulierung "Empfindungen" gewählt, weil es hier um das bewusste Erleben von Erfahrungen geht, die dann entstehen, wenn Gefühlszustände und Handlungstendenzen mit den sie auslösenden Gegebenheiten und dem Selbst verknüpft werden. Das Entstehen von Empfindungen setzt die Integration von Affekten und Gefühlen auf unterschiedlichen Verarbeitungsebenen voraus. Erst die bewusste Verarbeitung von Erleben ermöglicht es dem Klienten, den im therapeutischen Prozess erlebten Affekten und Gefühlen und den damit verbundenen Erfahrungen eine persönliche Bedeutung zu geben. Es sind die mit dem Erleben der Therapeuteninterventionen verknüpften Emotionen, die dem Klienten deutlich machen, um welche persönlichen Bedürfnisse, Werte oder Ziele es ihm im vorangegangenen Therapieprozess gegangen war. Die persönliche Bedeutung entsteht aus der Explikation der soeben bewusst gewordenen emotionalen Erfahrung auf dem Boden des gegebenen Selbst-Verständnisses. Therapeuteninterventionen zielen also auch darauf ab, dem Klienten sowohl die adaptiven als auch die maladaptiven Abläufe seiner emotionalen Schemata deutlich zu machen. Dies kann sich dann im Sinne einer neuen Selbstorganisation festigen. Die Empfindungen/Emotionen sind auch Voraussetzung dafür, dass zukünftige Handlungsabsichten und Zielprioritäten festgelegt werden können, die dann in der nachfolgenden Kernkategorie abzulesen sind.

In der Abgrenzung zur vierten Kernkategorie musste entschieden werden, ob eine Emotion des Klienten oder eine bereits avisierte Konsequenz zu kategorisieren war. Die in dieser Kernkategorie enthaltenen Kodierungen ergaben sich interessanterweise zunächst als eine Art ‚Nebenprodukt‘, da ja nicht explizit nach den Empfindungen gefragt worden war!

Dennoch fanden sich 67 Kodierungen, die sich auf die emotionale Verarbeitung der hilfreichen Therapeuteninterventionen beziehen lassen.

Die mit 39 Kodierungen stärkste Kategorie macht zweifelsfrei deutlich, dass die entscheidende innere emotionale Antwort des Klienten auf eine hilfreiche Intervention das hier als ‚Akzeptanzerleben‘ beschriebene Empfinden ist. Auch das Gefühl, Mut schöpfen zu können und die gewachsene Bereitschaft, sich mit den eigenen Gefühlen auseinander setzen zu wollen, lässt sich aus den Antworten erkennen.

Die emotionale Wirkung der Intervention ist ein notwendiger Bestandteil eines zufriedenstellend verlaufenden Therapieprozesses. Gelegentlich bekundet der Klient im Sinne eines Aha-Effekts vielleicht in direkter Weise: "Jetzt hab ich's verstanden!" Eher aber ist mit einer affektiven statt einer kognitiven Reaktion zu rechnen. Der gesamte Organismus des Klienten ist

mit der Neubewertung beschäftigt, die sich z. B. so anfühlen kann: „*Bin doch nicht so falsch, so wie ich bin*“ oder „*fühle mich verstanden*“ oder „*den Druck gespürt*“. Die Reaktion des Klienten ist ein emotional aufgeladenes Moment: in Anwesenheit des Therapeuten durchläuft der Klient eine bedeutsame Reorganisation, für die die Bemerkungen des Therapeuten katalytisch zielführend waren.

#### **IV. Kernkategorie: Erkenntnisse und Konsequenzen, die der Klient aus den als hilfreich erlebten Therapeuteninterventionen zieht oder ziehen will:**

es handelt sich bei dieser Kernkategorie um kognitive Reaktionen im Sinne von **Konsequenzen**. Der Klient beschreibt seine neuen **Erkenntnisse**, den erlebten oder spürbaren Gewinn und seine intendierten neuen Strategien als Folge der Interventionen des Therapeuten.

Diese Kernkategorie setzt sich zusammen aus 4 Kategorien, 12 Kodes, 94 Kodierungen. Diese Kernkategorie ist eine Antwort auf die Frage nach den ‚erwarteten oder vorweggenommenen oder bereits in Angriff genommen **Konsequenzen**‘, bezogen auf die beschriebene Aussage oder Handlung des Therapeuten. Auch hier musste genau hingeschaut werden, ob noch eine Empfindung des Klienten oder eine Erkenntnis bzw. bereits avisierte Konsequenzen kategorisiert war. Das ließ sich nicht in jedem Falle eindeutig entscheiden. Auch die in dieser Kernkategorie enthaltenen Kodierungen konnten nur indirekt aus den Antworten der Klienten entnommen werden, da nach den Erkenntnissen, dem Gewinn oder den avisierten Verhaltensänderungen nicht explizit gefragt worden war. Dafür stellt aber diese dazugewonnene Kernkategorie neben der vorherigen eine weitere Bereicherung der Datengewinnung dar. Sie wird aus den Daten gewonnen, die auf indirekte Weise einen Hinweis auf die Art der vorangegangenen Therapeuteninterventionen geben.

Die Kernkategorie entstand induktiv aus der **schrittweisen Reduzierung von 93 Kodierungen** zu 4 Kategorien. Sie entspricht dem Abschnitt (c) des Skalierungsteils im HILF, in dem die dortige Frage: „*In wieweit passen die nachfolgenden Beschreibungen meiner Konsequenzen auf das obige Therapeutenverhalten?*“ beantwortet wird. Beiden Datenerhebungen ist gemeinsam, dass die Klienten ihre avisierten Konsequenzen mit den Therapeuteninterventionen in Verbindung bringen. Die Klienten haben im ungebundenen Teil des HILF ungefragt eine Verbindung gezogen zwischen den Interventionen des Therapeuten und den Veränderungen in Einstellung und Verhalten. Sie beschreiben z.B. Problemeinsicht und Problemerkentnis, Selbstreflektion, die zu Einstellungsänderungen führen, Umdenken und Neuinterpretation eines Problems, aber auch eine vorweggenommene Stärkung des Selbst und verbesserte Kommunikationsfähigkeit. In ihren Niederschriften machen sie zum Teil deutlich, welche hilfreichen Interventionen zu diesen vermuteten Konsequenzen führen.

In dieser Kernkategorie finden sich bemerkenswerterweise 12 unterscheidbare Aspekte von Erkenntnissen und Konsequenzen. Ich habe sie mit ‚Erkenntnisse und Konsequenzen‘ überschrieben, weil in ihr die vom Klienten selbst im therapeutischen Verarbeitungsprozess geschaffene Resonanz auf den Inhalt und die Art und Weise der Übermittlung der therapeutischen Botschaft zum Ausdruck kommt. Diese Kernkategorie unterscheidet sich deutlich von allen anderen, insbesondere den ersten beiden Kernkategorien, da sie keine Therapeuteninterventionen als solche benennt.



A) *Kategorie: ‚Veränderungsinvolviertheit : ‚Aufbruch in sensu‘ mittels):*

**Selbstreflexion mit nachfolgender Einstellungsänderung** (Kode 83: 20 Kodierungen) - **Möglichkeit der Neuinterpretation des Problems/Konflikts, Umdenken** (Kode 84: 9 Kodierungen) - **Perspektivensuche per Lösungsorientierung und Zielformulierung** (Kode 91: 5 Kodierungen) - **Vertiefung des Lernprozesses** (Kode 90: 3 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 4 Kodes mit insgesamt 37 Kodierungen enthalten.

Die Namensgebung dieser Kategorie beschreibt den Prozess von Einstellungsänderungen beim Klienten, die als Voraussetzung zu neuem, experimentellen Handeln entwickelt werden müssen. Mit den hier erfassten Kodierungen wird deutlich, wie sich der Klient bemüht, per Selbstreflexion, Vertiefung seines Lernprozesses, Perspektivensuche, Umdenken und Neuinterpretation die Voraussetzungen dafür zu schaffen, wie er mit geänderten Einstellungen und Verhalten neue positive Erfahrungen machen kann. Veränderungsinvolviertheit meint hier, dass sich die Einstellungen sozusagen ‚in Arbeit‘ befinden, aber noch nicht für real ausführungsfähig gehalten werden; der ‚Aufbruch‘ erfolgt sozusagen vorläufig noch ‚m Geiste‘.

Die ‚**Selbstreflexion, die zur Einstellungsänderung führt**‘, ist mit 20 Kodierungen am stärksten vertreten. Diese Kodierungen fassen Erkenntnisse und Konsequenzen zusammen, die sich der Klient immerhin schon einmal vorstellen kann. Hier geht es darum, dass er seine Sichtweise korrigiert, zu Einsichten und zu einer realistischen Selbstwahrnehmung kommt und die Notwendigkeit einer Selbstveränderung akzeptiert. Es geht dem Klienten um die kognitive Kontrolle über sein Erleben und Tun. Beispiele:

„Gibt mir Anstoß, über mich nachzudenken.“, „Durch sein Verhalten (der Therapeut in der vorherigen Sitzung) brachte er mich schon sehr ins Grübeln ...“, „Aufforderung, etwas Konkretes zu tun und mir dadurch intensiver Gedanken zu machen.“

‚**Umdenken**‘ und ‚**Neuinterpretation eines Konflikts**‘ gehören ebenfalls zu dem, was ich ‚**Veränderungsinvolviertheit**‘ und ‚**Aufbruch im Geiste**‘ nenne. Dazu seien zwei Zitate angeführt: „Ihre Frage, worin, meiner Meinung nach, meine Schuld liegt. Ihre Art zu fragen, trägt zum ‚anderen‘ Denken an.“ ; „Der Therapeut machte mir die Situation im Detail deutlich! ... Appell ausgesprochen: wir sollten es anders machen! “

‚**Lösungsorientiertheit und Zielformulierung**‘ sind als ein Kode mit fünf Kodierungen vertreten. Dafür ein Beispiel: „Ich will, dass meine Handlungen meine eigenen sind, nicht mehr beeinflusst werden, weder durch meine Mutter, noch durch eine Projektion der Mutter, die ich in anderen Menschen finden könnte.“

Der Kode ‚**Vertiefung des Lernprozesses**‘ lässt sich gut durch folgendes Beispiel beschreiben: „Durch sein Verhalten (in der vorherigen Sitzung) brachte er mich schon sehr ins Grübeln und ich wurde im Gegensatz zu sonst sehr aktiv. Mir wurde klar, dass ich etwas sehr wichtiges gelernt hatte.“ (Hervorhebung durch den Klienten)

**B) Kategorie: ‚Problemverständnis‘ mittels:**

**Problemeinsicht und Problemverständnis** (Kode 85: 18 Kodierungen) -  
**Verdeutlichung von Verhaltenskontingenzen** (Kode 86: 5 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 2 Kodes mit zusammen 24 Kodierungen zusammengefasst. Diese Kategorie ist vor allem dadurch charakterisiert, dass der Klient Einsicht in sein Problem und ein besseres Verständnis Umgang mit ihm gewinnt. Die Klienten haben also 21-mal beschrieben, wie und auf welche Weise sie meinen, ihr Problem verstanden zu haben. Auch dies ist eine Konsequenz hilfreicher Therapeuteninterventionen.

**‚Problemeinsicht u. Problemverständnis‘** wird seitens des Klienten zum Beispiel so ausgedrückt: *„Andere Sichtweise. Für mich wurde die Situation klarer aufgrund dessen, dass ich aus einer anderen Perspektive das Problem betrachten konnte.“* Ein weiteres Zitat: *„Nicht immer in Diskussionen ausufern. Der Therapeut verdeutlicht, dass die Diskussionen und Wiederholungen über immer die gleichen Themen nicht zu einem gemeinsamen Ziel führen.“* Ich habe den zweiten Kode **‚Verdeutlichung von Verhaltenskontingenzen‘** als eigenen Kode aufgestellt, weil es eine eigene Erfahrung für sich darstellt, wenn der Klient erkennt, wie z. B. Verhaltensketten entstehen können, was im folgenden Zitat erkennbar wird: *„der Therapeut machte mir klar, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Kontrolle des eigenen Verhaltens und selbstbewusstem Auftreten.“*

**C) Kategorie: ‚Selbstwertgewinn‘ mittels :**

**‚Stärkung des Selbst‘** (Kode 87: 17 Kodierungen) – **‚Gewinn an Rollenklarheit‘** (Kode 92: 4 Kodierungen)

Diese Kategorie enthält 2 Kodes mit insgesamt 21 Kodierungen. Die Bezeichnung "Selbstwertgewinn" spiegelt vor allem den ersten Kode wieder. Wenn der Klient spürt, dass er, angestoßen durch die Intervention des Therapeuten, mehr Selbstwert gewonnen hat, so kann er einen entscheidenden Therapiegewinn verbuchen. Auch eine neu gefundene Rollenklarheit stärkt das Selbstwertempfinden.

In dieser Kategorie geht es überwiegend um die **‚Stärkung des Selbst‘**. Gemeint sind damit die Stärkung von Selbst-Wertgefühl, Selbstbewusstsein, Selbstachtung, Selbstbestimmung, Selbstorganisation, Selbstvertrauen, Selbstverantwortung und Selbsterleben. Dafür zwei Beispiele: *„auch mir soll es gut gehen beim Leben des [4.] Gebotes ... der Druck des Gebotes, immer brav und gehorsam zu sein, ist weniger geworden.“*; *„Gibt Sicherheit, Verstanden fühlen, Selbstvertrauen.“*

Der Kode **‚Rollenklarheit‘** kann an folgendem Beispiel verdeutlicht werden: *„Klärung von Verantwortung für andere.“*

**D) Kategorie: ‚Veränderungsinvolviertheit‘ : ‚Aufbruch zum Handeln‘ mittels:**

**Selbstüberwindung** (Kode 89: 6 Kodierungen) - **Angstüberwindung** (Kode 88: 3 Kodierungen) - **Handlungsfähigkeit zurückgewinnen** (Kode 93: 3 Kodierungen)

In dieser Kategorie sind 3 Kodes mit insgesamt 12 Kodierungen zusammengefasst. Im Gegensatz zur ersten Kategorie zeigt sich die Veränderungsinvolviertheit bereits im zaghaften Gefühl, die Handlungsfähigkeit bereits (zurück) gewonnen zu haben oder auch schon im erfolgreichen Experiment in der Umsetzung der Therapeutenintervention.

Es handelt sich hier um eine eher schwach repräsentierte Kategorie, was darin begründet sein mag, dass die Umsetzung des therapeutischen Gewinns durch den Klienten weniger bereits unmittelbar nach der Therapeutenintervention zu erwarten ist. Es mag dafür verschiedene Gründe geben, so z.B., dass sich ein Erkenntnis- und Handlungsgewinn erst nach einer Anzahl von Wiederholungen verankert, die sich im Verlauf eines sich über viele Stunden erstreckenden therapeutischen Prozesses ergeben würden. Nicht weniger nahe liegend wäre die Erklärung, dass sich die Klienten aus einer Situation der direkten ‚Betroffenheit‘ herauslösen bzw. Gefühls- und Erlebtes begrifflich erst auf eine Handlungsebene transponieren müssen, damit sie es uns (den Forschern/Therapeuten) auch formulieren und mitteilen können.

‚**Selbstüberwindung**‘ („Die wiederholte Aufforderung, Christine etwas ‚nettes‘ zu sagen. Das Ergebnis war hilfreich, das heißt, ich habe mich besser gefühlt, nachdem ich etwas gesagt habe“), ‚**Angstüberwindung**‘ („Ich habe erfahren, dass es viel Stärke erfordert, Schwächen zuzugeben und dass ich aufgefangen wurde und letztlich gewonnen habe“) und ‚**Handlungsfähigkeit zurückgewinnen**‘ („Das nüchterne Beschreiben der Situation macht handlungsfähig“) sind Konsequenzen, die der Klient auf die Interventionen des Therapeuten zurückführt. Sie geben ihm ein Gefühl der Stärke, Selbst-Sicherheit und Handlungsfähigkeit (zurück).

**Fazit dieser Kernkategorie: 93 Kodierungen wurden reduziert auf 12 Kodes und diese zu 4 Kategorien**

Tabelle 19: IV. Kernkategorie, sortiert hinsichtlich der Anzahl der in ihnen enthaltenen Kategorien

| Kategorie                                      | Anzahl Kodierungen |
|--|--------------------|
| Veränderungsinvolviertheit / Aufbruch in sensu | 37                 |
| Problemverständnis                             | 23                 |
| Selbstwertgewinn                               | 21                 |
| Aufbruch zum Handeln                           | 12                 |

Die mit 37 Kodierungen stärkste Kategorie habe ich mit ‚Veränderungsinvolviertheit‘ bzw. ‚Aufbruch in sensu (im Geiste)‘ bezeichnet. Sie drückt aus, dass ein wichtiger Veränderungsschritt auf der Seite des Klienten in einer Art *Probehandeln* oder *Probedenken in sensu* gesehen werden kann, indem der Klient erst einmal mögliche Einstellungsänderungen oder Veränderungsschritte im Geiste durchspielt. Zu dem darauf möglicherweise zu erwartenden folgenden Schritt, den ich ‚Aufbruch im Handeln‘ nenne, kommt es in diesem Zusammenhang deutlich weniger häufig, weil anzunehmen ist, dass so kurz nach der Therapeutenintervention zwar eine Veränderungsinvolviertheit vorhanden ist, aber konkrete Veränderungsschritte per konkretem Handeln noch nicht so recht vorstellbar sind. Dazu ist es vermutlich am Ende einer Therapiesitzung noch zu früh.

In dieser Kernkategorie beschreiben die Klienten ihren Erkenntniszustand nach der Intervention, als Folgewirkung der therapeutischen Intervention. Sie beschreiben Erkenntnisgewinn, Stärkung und „Aufbruchstimmung“ im Sinne einer Lösungsorientierung und Transformation des Erkenntnisprozesses.

Problemverständnis und Selbstwertgewinn werden ebenfalls unter unterschiedlichen Formulierungen als mögliche Konsequenzen aus den Therapeuteninterventionen gezogen.

### **Interpretation und Kritik**

Es fanden sich 94 Kodierungen, die sich im Sinne von Erkenntnisgewinn oder Konsequenzen interpretieren lassen, welche im Zusammenhang mit den hilfreichen Therapeuteninterventionen zu stehen scheinen und mit den vorher beschriebenen Empfindungen verknüpft sind. Die hier zusammengetragenen Kodierungen geben auf schöne Weise einen Einblick in die möglichen Wirkrichtungen der hier aufgefundenen Wirkfaktoren, indem sie aufzeigen, wie die Klienten die Interventionen des Therapeuten aufgenommen haben könnten und sie zukünftig umzusetzen gedenken. Aus den in dieser Studie gesammelten Daten gehen vor allen die Wichtigkeit der ‚Bindungserfahrungen‘ in den realen Interaktionen des Klienten, die Vielfalt seiner Motive/Bedürfnisse (Bindung, Exploration, Rückzug, Widerstand, Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz) hervor, aber auch seine neu gewonnene Aufmerksamkeit für seine Systemzustände und seine Aufmerksamkeit für ‚bedeutungsvolle Momente‘. Einige Klienten können (noch) sehr klar die Reparatur ihres Selbstsystems als avisierte Konsequenz definieren.

Natürlich lässt sich hieraus keine Ursache-Wirkungsrichtung ablesen, sondern lediglich ein Zusammenhang vermuten. Die Klientenaussagen dieser vierten Kernkategorie ließen sich möglicherweise in einem entsprechend angelegten Untersuchungsdesign als Prädiktoren für Therapieerfolg bestimmen. Ich denke, dass es durchaus sinnvoll wäre, am Ende einer jeden Therapiesitzung die Klienten in freier Form zu der Frage Stellung nehmen zu lassen, was sie mit den Therapeuteninterventionen anfangen zu können meinen. Dies würde dem Therapeuten immerhin eine Rückmeldung darüber verschaffen, inwieweit sein Klient seine Interventionen aufgenommen hat, inwieweit er schon Erkenntnisse daraus ziehen kann und in welcher Art er sie umzusetzen beabsichtigt.

Aus den Daten läßt sich allerdings nicht ableiten, ob die Stellungnahmen der Klienten als direkte Reaktionen auf die Therapeuteninterventionen zu verstehen sind oder als projizierte Umsetzung seiner Empfindungen.

Dass der Klient Konsequenzen aus unseren mehr oder weniger kunstvoll vorgebrachten Interventionen ziehen möge, ist sicherlich ein Herzenswunsch aller sich redlich abrackern den Therapeuten. So bemühe ich mich auch am Ende einer Sitzung, daran zu denken, meine Klienten nach dem möglichen Transfer des soeben Erfahrenen und Erlebten zu fragen. Auch wenn sie meist keine klare oder geordnete Antwort darauf geben können, wirkt diese Frage doch zumindest als mitgegebener Auftrag, sich im Nachhinein Gedanken über mögliche Konsequenzen zu machen. Ich bin sicher, dass diese Art von Reflektion ein Wirkfaktor an sich ist. Selbstverständlich müssen Interventionen in ähnlicher Weise oder Abwandlungen vielfach wiederholt werden, bis sich unter Beteiligung der korrespondierenden emotionalen Engramme die von beiden Beteiligten favorisierten Verhaltenskonsequenzen gefestigt haben.

*„Achte auf Deine Gedanken, denn sie werden Worte, achte auf Deine Worte, dann sie werden Taten.“ (Talmud)*

### Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse dieses Fragebogenteils zeigen, wie sehr die Klienten bemüht waren, ihr Erleben von Therapie oder Beratung kritisch zu reflektieren und ihre Sicht der Dinge offen mitzuteilen. Diese Bereitschaft der Klienten hat dazu beigetragen, eine Fülle von Daten zu sammeln, aus denen sich erschließen lässt, in welche Richtungen die Erwartungen der Klienten von dem gehen mögen, was sie von Seiten des Therapeuten als hilfreiche Interventionen erleben würden.

Die bisherigen Ergebnisse werden nachfolgend in einem Baumdiagramm veranschaulicht: es wurden insgesamt 642 Kodierungen auf 88 Kodes reduziert, diese zu 17 Kategorien zusammengefasst, die wiederum vier Kernkategorien zugeordnet wurden.

Tabelle 20: Hierarchischer Aufbau des Kategoriensystems

| 1.Kernkategorie |                |                |                | 2.Kernkategorie   |                |                |                |                |                | 3.Kernkategorie |                |                | 4.Kernkategorie |                |                |                |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
|                 |                |                |                | 2 Hauptkategorien |                |                |                |                |                |                 |                |                |                 |                |                |                |
| 4 Kategorien    |                |                |                | 3 Kategorien      |                |                | 3 Kategorien   |                |                | 3 Kategorien    |                |                | 4 Kategorien    |                |                |                |
| 5<br>Ko<br>des  | 4<br>Ko<br>des | 3<br>Ko<br>des | 5<br>Ko<br>des | 3<br>Ko<br>des    | 5<br>Ko<br>des | 8<br>Ko<br>des | 7<br>Ko<br>des | 8<br>Ko<br>des | 9<br>Ko<br>des | 8<br>Ko<br>des  | 5<br>Ko<br>des | 6<br>Ko<br>des | 4<br>Ko<br>des  | 2<br>Ko<br>des | 2<br>Ko<br>des | 4<br>Ko<br>des |
| 177 Kodierungen |                |                |                | 98                |                |                | 209            |                |                | 79 Kodierungen  |                |                | 93 Kodierungen  |                |                |                |
|                 |                |                |                | 311 Kodierungen   |                |                |                |                |                |                 |                |                |                 |                |                |                |

Eine etwas andere Darstellung soll den inneren Zusammenhang des Kodierungssystems mit seinen 4 resultierenden Kernkategorien und deren Zustandekommen verdeutlichen:

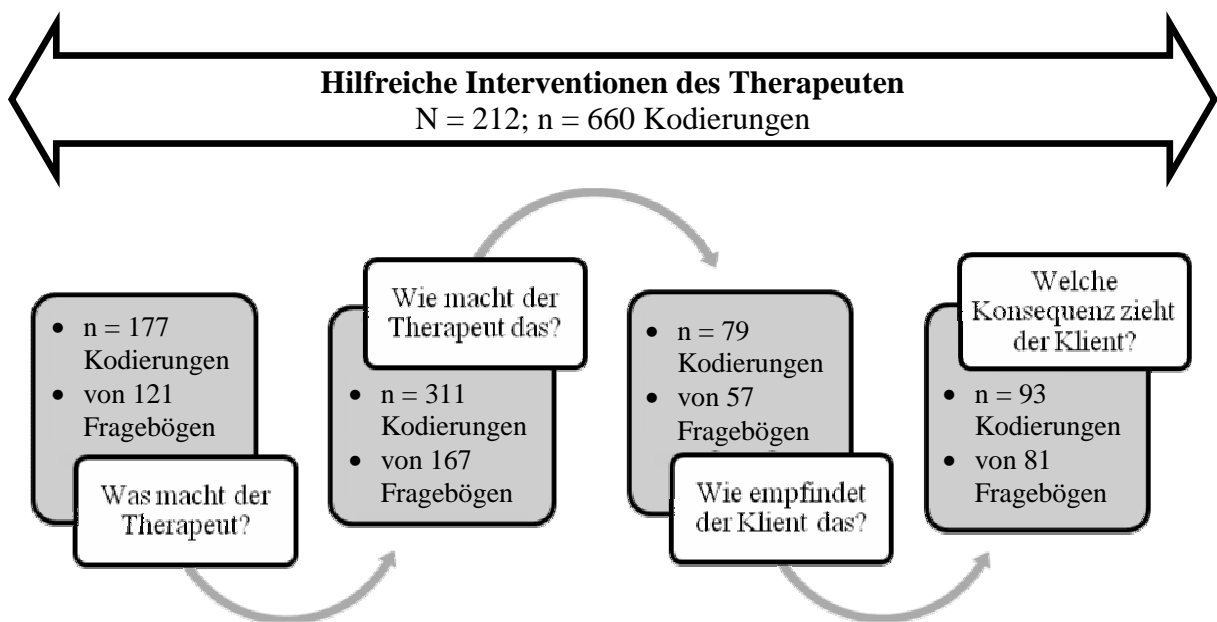
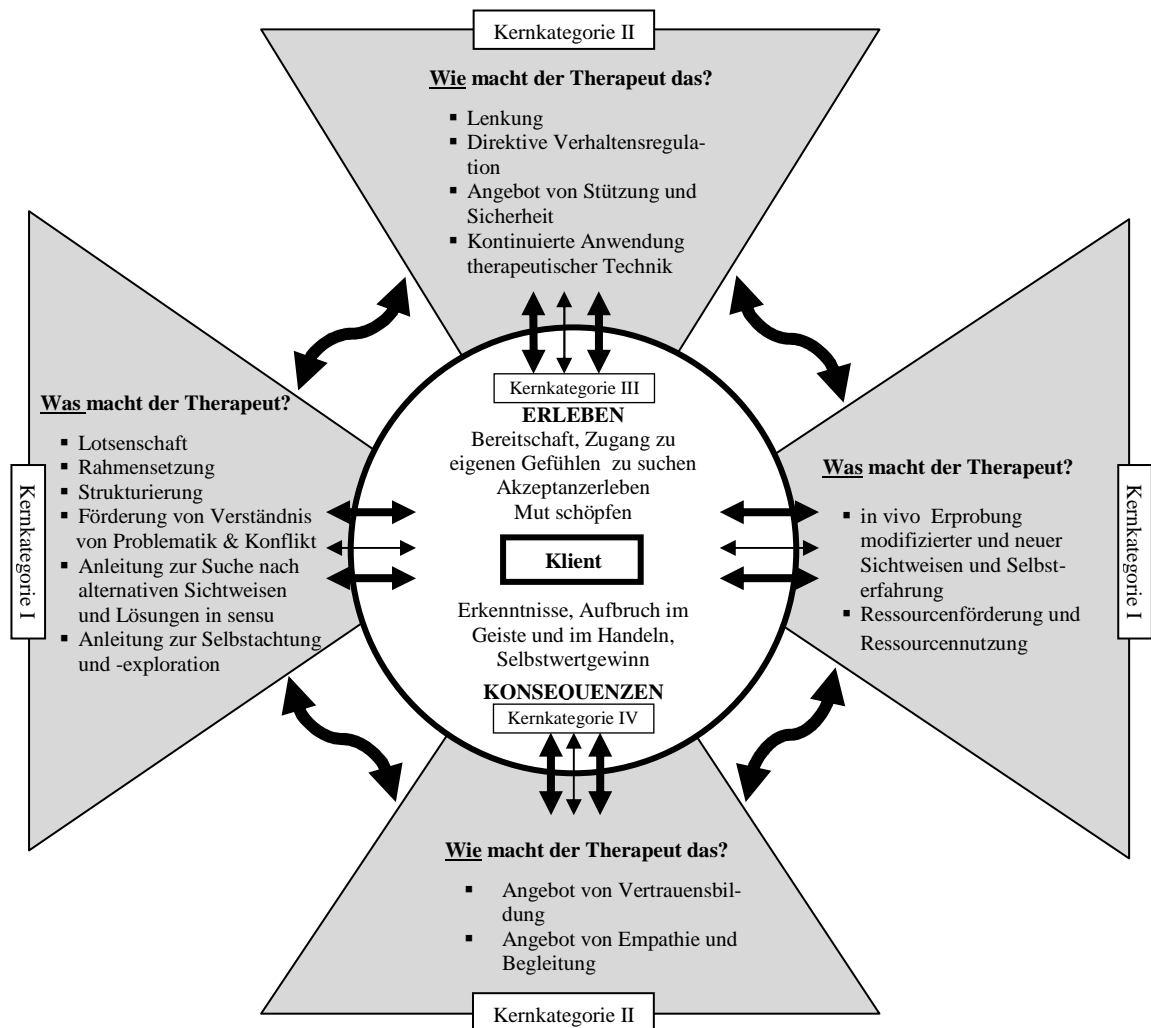


Abb. 10: lineares Modell der vier Kernkategorien

Der rote Faden der theoriegeleiteten Inhaltsanalyse der Klientenaussagen zu hilfreichen Therapeuteninterventionen soll im folgenden Schaubild verdeutlicht werden, in dem die in die zentrale Rolle des Klienten in der Therapeut-Klient-Interaktion hervorgehoben wird:



**Abb. 11: Schaubild der Wechselwirkung von Therapeuten-Interventionen und Klientenerleben**

In diesem Schaubild findet sich im Zentrum der Klient mit seinen auf die Interventionen des Therapeuten bezogenen Empfindungen/Erleben (Kernkategorie III) und den ihm schlüssig erscheinenden Konsequenzen (Kernkategorie IV) dargestellt. Darum herum gruppieren sich die beiden unterschiedlichen Aspekte hilfreicher therapeutischer Handlung (Kernkategorien I u. II). Dies ist nur scheinbar eine Umkehrung meiner bisherigen Darstellungsweise, denn in der Betrachtung des Forschungsdesigns und seiner Ergebnisse ist es lediglich eine Frage der Interpunktion, ob ich die Intervention des Therapeuten oder die Intervention (Reaktion, Angebot, Mitteilung) des Klienten beleuchte. Jedenfalls ist erkennbar, dass im Mittelpunkt der Therapeuteninterventionen immer der Klient steht, dem mit den unterschiedlichen Angeboten des Therapeuten schließlich geholfen werden soll, in dem Sinne, dass sich sein Erleben erweitert oder verändert und er durch diese Erfahrung in die Lage gerät, andere Konsequenzen zur Problem- bzw. Konfliktbewältigung zu ziehen als vorher. Es ist der Klient, welcher entscheidet, welche Therapeuteninterventionen er an sich heranlässt.

476 Kodierungen vermitteln ein gutes Bild von dem, was Klienten als hilfreiche Therapeuteninterventionen beschreiben könnten. Weitere 72 Kodierungen geben in indirekter Weise einen Hinweis darauf, auf welche Weise Therapeuteninterventionen sie erreichen, indem sie ihre Empfindungen auf die Interventionen widerspiegeln. 94 Kodierungen vermitteln einen Ausblick auf die avisierte Realisierung der durch die Interventionen gewonnenen Erkenntnisse. Ich meine, dass dieser Befund die Bedeutsamkeit unmittelbarer Klientenbefragungen zu Forschungszwecken sehr deutlich macht.

In der folgenden Abbildung sind die Zusammenhänge noch einmal anschaulich dargestellt.

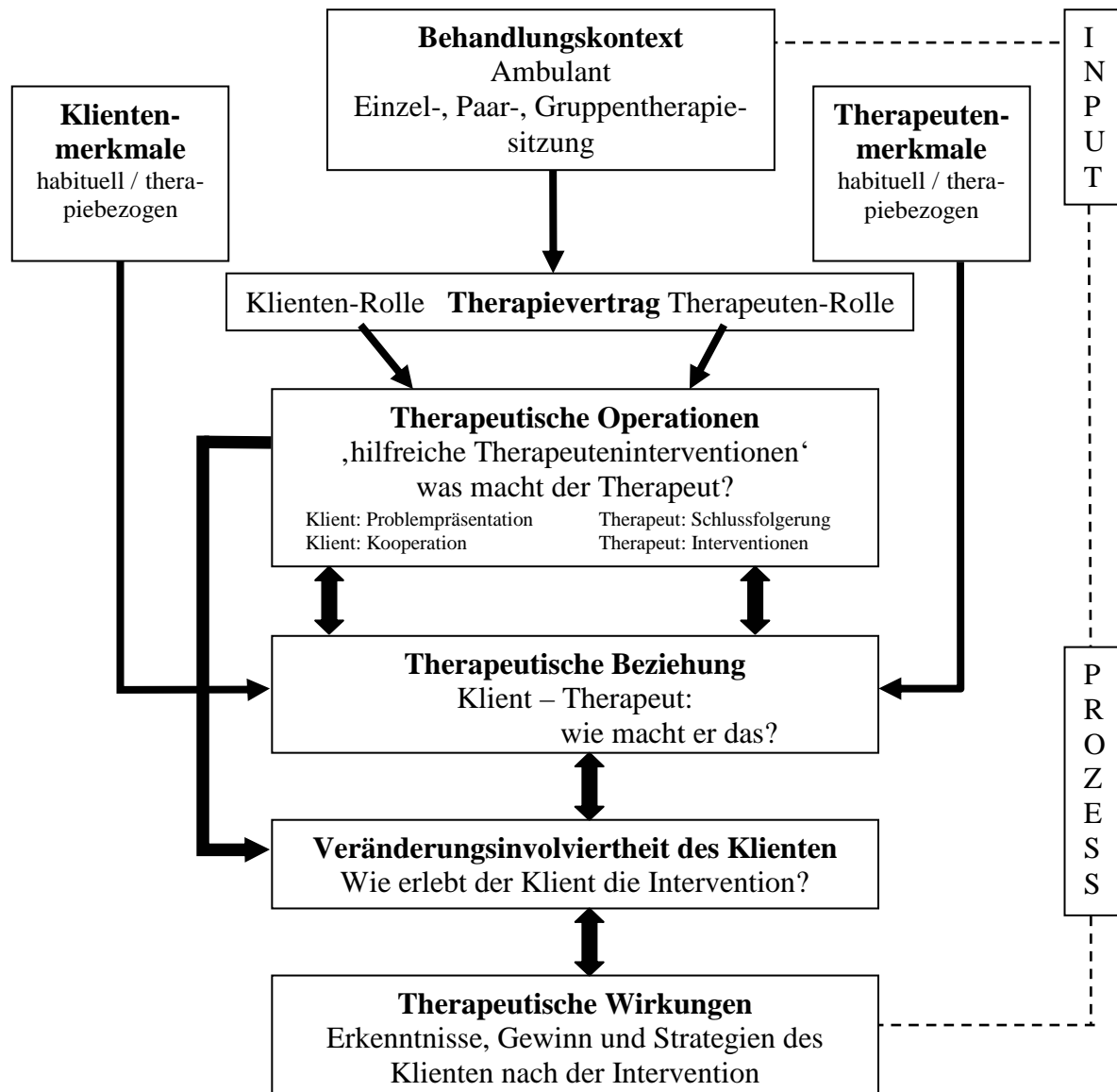


Abb. 12: Therapeuten-Interventionen und Klientenreaktionen (Modellanahmen unter Modifizierung des Modells von Orlinsky,1988)

Eine Zusammenfassung und kritische Stellungnahme zu den Ergebnissen aus dem Fragebogen HILF findet sich im 9. Kapitel.

## 7.2 Auswertung der skalierten Fragebogendaten (HILF) mittels Faktorenanalysen.

### Fragestellung:

Die Auswertung der in diesem Abschnitt zu klärenden Fragestellung, ob sich durch Fragebogenskalierung unterschiedliche Faktoren hilfreicher Interventionen und darauf bezogener Klientenreaktionen extrahieren lassen, und in wieweit sich diese eventuell mit den Ergebnissen der qualitativen Analyse vergleichen lassen, will ich im folgenden darstellen.

Kurze Darstellung des angewandten statistischen Auswertungsverfahrens.

Die Fragestellung soll faktorenanalytisch beantwortet werden. Ich stelle im folgenden kurz die Methodik der FA vor.

Die **Faktorenanalyse** ist ein Verfahren der multivariaten Statistik mit dem Ziel, aus empirischen Beobachtungen verschiedener manifester Variablen auf zugrunde liegende latente Variable („Faktoren“) zu schließen. Die Faktorenanalyse gehört somit zu den datenreduzierenden inferenz-statistischen Verfahren (Revenstorf, 1976).

Die in die Berechnung einbezogenen Items werden, geometrisch dargestellt, als Vektoren gesehen, die allesamt vom selben Ursprung ausgehen. Die Länge dieser  $p$  Vektoren wird durch die Kommunalität (Summe der quadrierten Faktorladungen, die durch das Faktorenmodell erklärt werden) der jeweiligen Items, und die Winkel zwischen den Vektoren werden durch deren Korrelation (Zusammenhangsmaß) bestimmt. Die Korrelation  $r$  zweier Items  $x_i, x_j$  kann als Winkel  $\alpha$  zwischen deren Vektoren folgendermaßen dargestellt werden:  $r(x_i, x_j) = \cos \alpha$ .

Eine Korrelation von 1 stellt also einen Winkel von  $0^\circ$ , eine Nullkorrelation hingegen einen rechten Winkel dar (Orthogonalität). Diese Korrelationen, die die Faktorladungen ausmachen, haben einen Wertebereich von -1 bis +1 und stellen im Sinne einer Gewichtung dar, inwieweit die jeweilige Indikatorvariable am Zu-Stande-Kommen des latenten Merkmals (Faktor) beteiligt ist. Ein Modell aus  $p$  Variablen spannt somit einen  $p$ -dimensionalen Raum auf. Ziel der Faktorenanalyse ist es, dieses Konstrukt geometrisch zu vereinfachen, also einen  $q$ -dimensionalen Unterraum zu finden. Durch das Extraktionsverfahren werden irrelevante Itemkorrelationen minimalisiert, also "ausgeblendet". Die Lösung dieses Verfahrens sind sogenannte "Punktwolken" (eine Menge diskreter Werte, die überwiegend oder gar vollständig in einer umschriebenen Umgebung liegen) in einem  $q$ -dimensionalen Koordinatensystem. Die Koordinaten dieser Punkte stellen die sogenannten Faktorladungen dar. Durch ein Rotationsverfahren sollen die  $q$  extrahierten Faktoren so nahe wie möglich in diese Punktwolken gedreht werden.

### Die Faktorenextraktion

Bei der Faktorenanalyse sollen nur diejenigen Faktoren extrahiert werden, die einen bedeutenden Teil der Varianz erklären (und somit einen hohen Eigenwert besitzen). Dies ist bei dem ersten Faktor der Fall, meist auch bei einigen weiteren Faktoren, wenngleich die Eigenwerte in der Regel stark abnehmen, sodaß die zusätzliche Varianz, die durch jeden weiteren Faktor erklärt wird, auf immer niedrigerem Niveau angesiedelt und zuletzt nur noch begrenzt sinnvoll interpretierbar ist. Die Auswahl der Faktoren dient in erster Linie der Gewinnung von aussagekräftigen, gut interpretierbaren Ergebnissen und ist damit nur eingeschränkt objektivierbar, da die verbleibenden, nicht interpretierbaren oder interpretierten Faktoren einen erheblichen Teil, wenn nicht gar den größeren, der Gesamtvarianz ausmachen können.

Wenn eine Faktorenanalyse mehrere substantielle Faktoren produziert, heißt dies, dass die Indikatoren kein eindimensionales Merkmal, sondern mehrere Dimensionen (Faktoren) erfassen, was für die Theoriebildung über das untersuchte Merkmal natürlich von sehr großem Interesse ist. Das komplexe Merkmal kann dann mit mehreren gewichteten Indices erfasst



werden, deren Gewichte durch die Ladungen der Indikatorvariablen zu den jeweiligen Faktoren dargestellt werden.

Im weiteren Verlauf werden mögliche Faktoren extrahiert („identifiziert“); danach wird entschieden, welche Anzahl von Faktoren als relevant betrachtet werden soll; ggfs. werden Faktoren ‚rotiert‘, um ihre Interpretation zu vereinfachen; zuletzt werden die Faktorvektoren für die einzelnen Realisationen von  $x$  (z. B. Skalierungswerte für einzelne *Items*) geschätzt.

Die so genannte explorative Faktorenanalyse (Bortz und Döring S. 147) setzt wechselseitige Zusammenhänge der einzelnen Indikatoren (in meinem Fragebogen die 71 *Items*) voraus, die als Korrelationen quantifizierbar sind; dies ergibt die Korrelationsmatrix. Nur dann, wenn Variablen (Einzelindikatoren) miteinander hoch korrelieren, das heißt, gemeinsame Varianzanteile aufweisen, lassen sie sich überhaupt erst als gemeinsame Indikatoren für ein komplexes Material verwenden. Aus der Korrelationsmatrix wird nun per Faktorenanalyse ein Faktor extrahiert, der die gemeinsame Varianz der beteiligten Variablen (bestehend aus mehreren *Items* oder Indikatoren) erfasst. Dies geschieht dadurch, dass zunächst für jede Variable die Faktorladung errechnet wird, der zu entnehmen ist, wie eng der Zusammenhang zwischen der Indikatorvariablen und dem Faktor (der ein latentes Merkmal bezeichnet) ist.

Der erste Schritt der Faktorenanalyse ist die Schätzung der Faktorladungen und der residuellen Varianzen, womit die Identifikation möglicher Faktoren ermöglicht wird.

Das "Gewicht" eines Faktors wird dadurch bestimmt, wie viele Messvariablen mit ihm korrelieren, wie hoch sie "auf diesem Faktor laden". Quantifiziert wird dies durch die Summe der Ladungsquadrate, die im orthogonalen Fall mit den Eigenwerten der Ladungsmatrix übereinstimmt. Hierbei kann man die Faktoren nach der Höhe der Ladungsquadratsumme sortieren. Der *Eigenwert* eines Faktors gibt an, welcher Betrag der Gesamtstreuung aller Variablen des Faktorenmodells durch diesen Faktor erklärt wird.

Findet man mehrere gut voneinander trennbare Gruppen von Korrelationen, solche mit hoher Ladungsquadratsumme und andere mit niedriger Ladungsquadratsumme, wird man die Anzahl der Faktoren des Modells mit der Anzahl der Faktoren gleichsetzen, die über hohe Ladungsquadratsummen verfügen.

### **Bestimmung der Faktorenzahl**

Die Bezeichnung ‚*Anfängliche Eigenwerte*‘ bezieht sich auf ein Anfangsstadium der Faktorextraktion, in dem so viele Faktoren wie Variablen vorhanden sind. Da es sinnlos wäre, so viele Faktoren im Modell zu berücksichtigen, wie es Variablen gibt, muss die Frage geklärt werden, wie viele Faktoren in dem Modell berücksichtigt werden sollen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der durch die Faktoren erklärten Streuungen der einzelnen Variablen mit abnehmender Faktorenzahl ebenfalls sinkt. Für eine solche Schätzung benötigt man eigentlich ein Gütekriterium. Diese essentielle theoretische Grundlage wird in weiten Teilen der Literatur nicht klar benannt. Es gibt also keine Formel dafür, die Anzahl der Faktoren auszuwählen, bei der noch ein hinreichend großer Teil der Varianzen erklärt werden kann, die andererseits zugleich eine sinnvolle Reduzierung der Datenkomplexität gewährleistet. Man hat sich quasi darauf geeinigt, nur Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$  zu berücksichtigen. Indem SPSS Programm, mit dem meine Daten gerechnet worden sind, wird diese sinnvolle Annahme vorausgesetzt. Als Entscheidungshilfe hierzu wird häufig eine als *Screeplot* bezeichnete Grafik herangezogen. Das *Screeplot* in Form einer Grafik zeigt die nach der Größe ihrer Eigenwert geordneten Faktoren und dabei für jeden Faktor die Höhe des Eigenwertes an; dabei gilt als Faustregel, bei der Anzahl an extrahierten Faktoren aufzuhören, wo der Knick in der Verteilungskurve der Eigenwerte auftritt.

Ein weiteres in dieser Arbeit angewandtes Kriterium ist, dass die Ladungsquadratsumme (LQS) eines gemeinsamen Faktors größer als die Varianz einer einzelnen Messvariablen sein sollte (weil sonst natürlich das Kriterium "gemeinsamer" Faktor keinen Sinn machen würde).

Damit sollte dann die LQS  $\geq 1$  sein (Kriterium nach Kaiser, Verfahren zur Bestimmung der optimalen Faktorenzahl).

Zur Berechnung der Faktoren einer Faktorenanalyse, der sog. Faktorextraktion, stehen mehrere Verfahren zur Verfügung. Ich habe mich für die Hauptkomponentenanalyse entschieden, weil 1.) die Analyse einen exploratorischen Charakter hat und die Gesamtvarianz aller Variablen einbezogen werden soll und 2.) das statistische Rechenprogramm SPSS per Voreinstellung das Verfahren der Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analysis) benutzt. Damit ist jedoch nicht gesagt, daß das Verfahren der Hauptkomponentenanalyse den übrigen Verfahren überlegen ist.

Die **Hauptkomponentenanalyse** ist ein Verfahren der multivariaten ( $n+2$  Variablen) Statistik. Mit ihr lassen sich umfangreiche Datensätze strukturieren, vereinfachen und veranschaulichen. Dies geschieht dadurch, dass eine Vielzahl statistisch aufbereiteter Variablen auf eine geringere Zahl übergeordneter, möglichst ‚*Hauptkomponenten*‘ reduziert wird. Sie ist von der o.g. Faktorenanalyse zu unterscheiden, mit der sie formale Ähnlichkeit hat und in der sie als Näherungsmethode zur Faktorextraktion verwendet werden kann. Der Unterschied der beiden Verfahren: In der Hauptkomponentenanalyse wird ein  $p$ -dimensionaler Zufallsvektor  $x$  durch eine Linearkombination von Zufallsvektoren dargestellt, die so gewählt werden, dass der erste Summand einen möglichst großen Anteil der Varianz von  $x$  erklärt, der zweite Summand möglichst viel von der verbleibenden Varianz, und so weiter. Auf den ersten Blick sieht das Vorgehen der Hauptkomponentenanalyse wie das beim linearen Modell der Faktorenanalyse aus. Jedoch sind die Komponenten der Hauptkomponentenanalyse miteinander korreliert, da sie von denselben Zufallsvektoren abhängen. Deshalb erhält man aus einer Hauptkomponentenanalyse (HKA) kein korrektes Faktorenmodell; man modelliert nur die Varianzen, nicht aber die Kovarianzen der Zufallsvektoren.

Mit der HKA werden aus den vorgegebenen Variablen **neue Variablen** konstruiert, die Dimensionen bzw. Hauptkomponenten. Diese bestehen aus **Linearkombinationen** aller vorgegebenen Variablen; sie sind damit abstrakte Konstruktionen, die sich inhaltlich nicht unmittelbar interpretieren lassen. Diese extrahierten Hauptkomponenten werden dann im Ladungsraum derart gedreht (rotiert), daß eine Verschiebung der Ladungen zur Erleichterung der Interpretation erreicht wird. Kriterium ist die Aufteilung der aufgeklärten Varianz unter den Variablen.

Neben der Einfachstruktur-Drehung – der **orthogonalen** Drehung – werden gerne auch **schiefwinklige** (oblique) Drehungen verwendet. Man hat dadurch mehr Interpretationsmöglichkeiten, verliert aber auch die Eigenschaft der Unabhängigkeit der Faktoren, die nun miteinander korrelieren können (Faktoren stehen nicht mehr notwendigerweise senkrecht aufeinander). Schweizer, Boller und Braun (1996, S. 89) schreiben in einem Aufsatz:

*„Neben den Ausprägungen der Populationskorrelationen wirkt sich die einem Datensatz zugrundeliegende dimensionale Struktur auf den Erfolg eines Verfahrens aus [...]. Die günstigste Voraussetzung für eine Untersuchung mit dem Ziel der Klassifikation von Variablen bietet eine orthogonale Struktur, da hierbei Zufallsfehler mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eine problematische Abweichung verursachen als bei obliquen Dimensionen. Bei echten Daten kann Orthogonalität jedoch nicht vorausgesetzt werden.“*

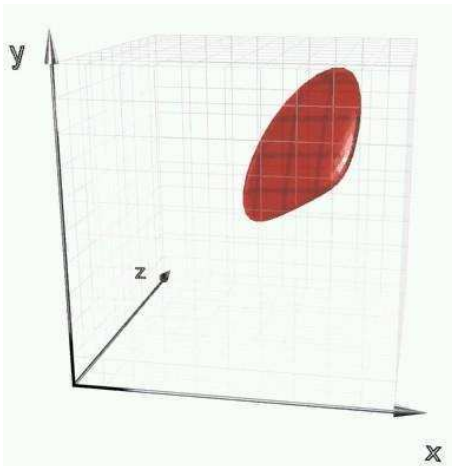
Die günstigsten Ergebnisse liegen für die Hauptkomponentenanalyse (HKA) vor. Für meine Wahl der HKA ist entscheidend, dass sie **explorativ** angewandt werden kann, um zu prüfen, mit welcher Zahl von Faktoren die von mir eingesetzten Variablen ausreichend gut beschrieben werden können. Im Falle einer weiteren Überprüfung meines Fragebogens, wenn es darum ginge, eine vermutete (latente) Faktorenstruktur zu überprüfen, würde in konfirmatorischer Absicht von der HKA über zur Faktorenanalyse übergegangen werden.

### Das Prinzip der Hauptkomponentenanalyse

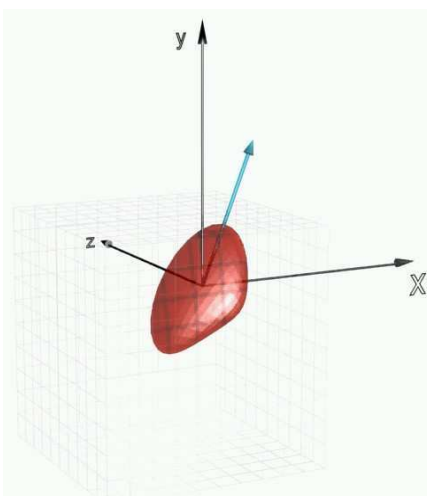
Als erste Hauptkomponente (= Faktor) der lineare Kombinationen der Variablen wird diejenige ausgewiesen, die den größten Teil der Gesamtstreuung aller Variablen im statistischen Sinne erklärt. Die zweite Hauptkomponente ist entsprechend diejenige, die den zweitgrößten Teil erklärt etc.. Zwar können so viele Hauptkomponenten und damit Faktoren berechnet werden, wie in dem Faktorenmodell Variablen enthalten sind, jedoch sollen dabei die beobachteten Variablen linear durch einige wenige sogenannte Hauptkomponenten erklärt werden. Die Hauptkomponenten sollten im Prinzip unkorreliert sein und nach fallendem Anteil der Gesamtvarianz der gemessenen Variablen, den sie jeweils erklären, geordnet sein. Im Unterschied zur Faktorenanalyse, bei der die Kovarianzen erklärt werden sollen, zielt die Hauptkomponentenanalyse auf eine Erklärung der Varianz. Die Hauptkomponentenanalyse besteht im Wesentlichen in einer Anwendung der Hauptachsentransformation.

Um diesen Vorgang zu verdeutlichen, soll im folgenden Beispiel eine dreidimensionale Datenmenge auf zwei Dimensionen reduziert werden, nachdem sie mittels einer Hauptkomponentenanalyse transformiert wurde.

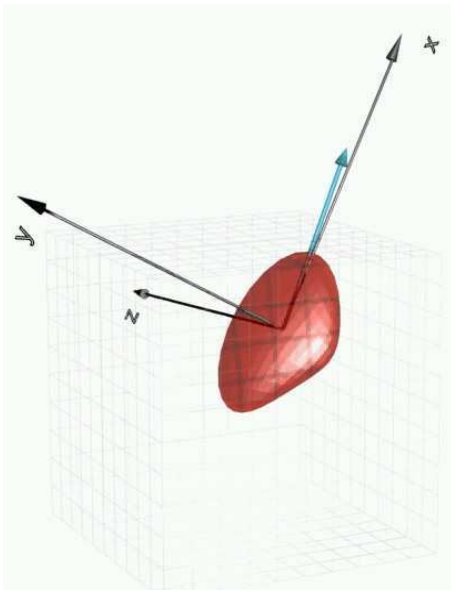
Die folgende Darstellung ist einem im Internet dargestellten Artikel von Jan Siegemund (2004) entnommen. Gegeben sei eine Reihe mehrdimensionalen Messungen (Datenmenge), die die abgebildete Punktwolke bildet.



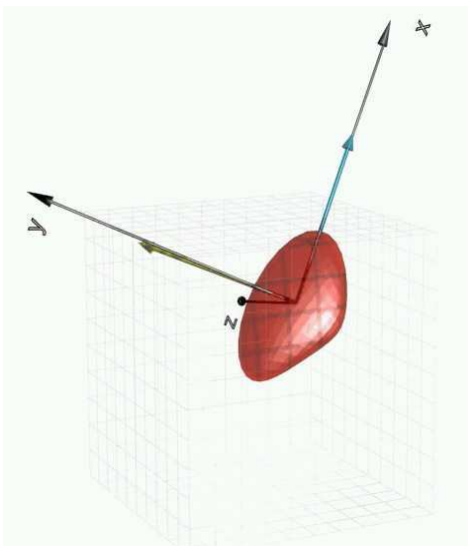
- 1) Als erstes wird der Ursprung des Koordinatensystems in den Schwerpunkt der Punktwolke gesetzt.



- 2) Danach wird das Koordinatensystem gedreht, so dass die Achse in Richtung der größten Abweichung bzw. der größten Varianz ausgerichtet ist (Pfeil zwischen  $y$  und  $x$ )



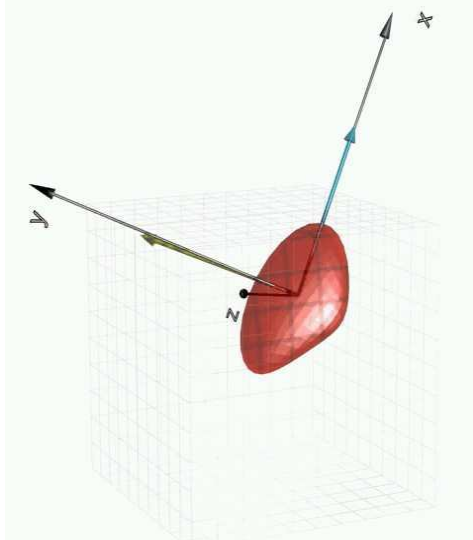
- 3) Der nachfolgende Schritt trägt die zweite Achse in Richtung der größtmöglichen Varianz unkorreliert zur ersten Achse (Pfeil nahe der  $y$ -Achse), d.h., die Drehung des Koordinatensystems richtet die zweite Achse in Richtung der größten Varianz aus, die möglich ist, ohne die Richtung der ersten Achse zu verändern (also Drehung des Systems um die erste Achse).



Das Verfahren wird fortgesetzt, bis die  $k$ -te Achse in Richtung der größten Varianz ausgerichtet ist, unkorreliert zu den ersten  $k-1$  Achsen. Die  $k$ -te Achse bezeichnet also die  $k$ -te Hauptkomponente. Dies führt zur geometrischen Interpretation der Hauptkomponenten als Hauptachsen eines Ellipsoids (Punktwolke).

Das Ziel der Hauptkomponentenanalyse ist, wie schon weiter oben beschrieben, eine Datenmenge durch die Bestimmung der Komponenten mit dem größten/kleinsten Einfluss interpretieren zu können. Sind diese Komponenten bekannt, kann eine geringere Anzahl von Basisvektoren für die Menge gefunden werden, so dass eine Reduzierung der in die Berechnung

eingehenden Variablen vorgenommen werden kann, so, dass nur ein möglichst kleiner Teil der in den Daten enthaltenen Informationen verloren geht.



Der von mir zu verarbeitende Datensatz wird in die Struktur einer Matrix übertragen: An  $n$  Versuchspersonen wurden jeweils  $p$  Merkmale gemessen. Ein solcher Datensatz kann als Menge von  $n$  Punkten im  $p$ -dimensionalen Raum dargestellt werden. Ziel der Hauptkomponentenanalyse ist es, diese Datenpunkte so in einem  $q$ -dimensionalen Unterraum abzubilden, dass dabei möglichst wenig Information verloren geht (die Varianz von Daten ist ein Maß für ihren Informationsgehalt).

Mathematisch gesehen werden die Korrelationen mehrdimensionaler Merkmale minimiert durch Überführung in einen neu aufgespannten Vektorraum (sog. Hauptachsentransformation). Die Hauptachsentransformation lässt sich durch eine orthogonale Matrix angeben, die aus den Eigenvektoren der Kovarianzmatrix gebildet wird. Die Rotation des Koordinatensystems wird so ausgeführt, dass die Kovarianzmatrix diagonalisiert wird, d. h. die Daten werden dekorreliert (die Korrelationen sind die nicht-diagonalen Einträge der Kovarianzmatrix). Für normalverteilte Datensätze bedeutet dies, dass die einzelnen Komponenten jedes Datensatzes nach der Hauptkomponentenanalyse voneinander statistisch unabhängig sind, da die Normalverteilung durch das nullte (Normierung), erste (Mittelwert) und zweite Moment (Kovarianzen) vollständig charakterisiert wird. Sind die Datensätze *nicht* normalverteilt, dann werden die Daten auch nach der Hauptkomponentenanalyse – obwohl nun dekorreliert – noch immer statistisch abhängig sein. Die Hauptkomponentenanalyse ist also nur für normalverteilte Datensätze eine „optimale“ Methode, allerdings sind Abweichungen von der Normalverteilung tolerierbar, wenn, wie im Falle meiner Daten, keine konfirmatorische FA angestrebt wird.

Zur weiteren Bestimmung abgrenzbarer Faktoren werden die Daten der Korrelationsmatrix in einer sog. Varimax-Rotation (eines von mehreren möglichen Verfahren) einer weiteren Analyse unterzogen; die Rotation soll Faktoren inhaltlich interpretierbar machen. Die Daten liegen als Punktwolke in einem  $p$ -dimensionalen kartesischen Koordinatensystem vor. Es wird nun ein neues Koordinatensystem in die Punktwolke gelegt und dieses neue Koordinatensystem wird rotiert: Die erste Achse soll so durch die Punktwolke gelegt werden, dass die Varianz der Daten in dieser Richtung maximal wird. Die zweite Achse steht auf der ersten Achse senkrecht. In ihrer Richtung ist die Varianz am zweitgrößten usw. Für die  $p$ -dimensionalen Daten gibt es grundsätzlich auch  $p$  viele Achsen, die aufeinander senkrecht stehen; diese sind orthogonal angeordnet. Die Gesamtvarianz der Daten ist die Summe der Varianzen pro Achse. Wird nun durch die ersten  $r'$  ( $r' < p$ ) Achsen der größte Prozentsatz der Gesamtvarianz abgedeckt, ergeben sich aus dem Gesamtinformationsgehalt der ursprünglichen Daten interpretierbare Faktoren, die durch die neuen Achsen repräsentiert werden.

**Wie wird die angemessene Faktorenzahl bestimmt?**

Grundlegender erster Schritt: man sucht die Spalte, auf der ein ‚Faktor‘ bei möglichst vielen unterschiedlichen Variablen die höchsten Ladungen aufweist, eine Variable wird eliminiert, wenn sie eine Ladung unter 0.5 besitzt bzw. wenn sie auf mehreren Faktoren eine ähnlich hohe Ladung besitzt (prinzipiell müßte dann eine neue FA gerechnet werden, da dies Fälle aber nicht oft vorkamen, wurde darauf verzichtet); man kann dann sagen, daß es sich um einen sog. ‚gemeinsamen Faktor‘ handelt; dieser bedeutet dann das den Variablen Gemeinsame, auf denen er höher lädt. Danach sucht man den Faktor mit den zweithöchst ladenden Variablen usw. Idealerweise könnte man bei spezifischen Faktoren folgendes erwarten: In jeder Spalte gibt es nur einen hohen Faktor. Die Faktorenladungen innerhalb einer Struktur, also zwischen den Variablengruppen, sollten höher als die gegenüber anderen Variablen sein. Eine mittlere Ladung sollte zwischen den Variablengruppen und der Struktur, zu der sie gehören, erwartet werden dürfen. Alle anderen Ladungen sollten nahe 0 sein. Dies ist natürlich in der Realität psychologischer Messungen nicht zu erwarten. Da Variablen z.T. auf mehreren Faktoren (meist unterschiedlich aber auch manchmal gleich hoch) laden, muß dann nach einem vorher festgelegten Kriterium entschieden werden, welche Ladungen (*Items*) zu welchem Faktor geschlagen werden.

Bei der Extraktion von Faktoren entstehen je nach Option und Verfahren sehr viele Faktoren. Nur wenige von ihnen erklären genug Variablenvarianz (von der Gesamtvarianz), um ihre weitere Verwendung rechtfertigen zu können. Da es sinnlos wäre, so viele Faktoren im Modell zu berücksichtigen, wie es Variablen gibt, muss die Frage geklärt werden, wie viele Faktoren in dem Modell berücksichtigt werden sollen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der durch die Faktoren erklärten Streuungen der einzelnen Variablen mit abnehmender Faktorenzahl ebenfalls sinkt. Für eine solche Schätzung benötigt man eigentlich ein Gütekriterium. Diese essentielle theoretische Grundlage wird in weiten Teilen der Literatur nicht klar benannt. Es gibt also keine Formel dafür, die Anzahl der Faktoren auszuwählen, bei der noch ein hinreichend großer Teil der Varianzen erklärt werden kann, die andererseits zugleich eine sinnvolle Reduzierung der Datenkomplexität gewährleistet. Man hat sich quasi darauf geeinigt nur Faktoren mit einem Eigenwert  $> 1$  zu berücksichtigen. Die Bezeichnung ‚Anfängliche Eigenwerte‘ bezieht sich auf ein Anfangsstadium der Faktorextraktion, in dem so viele Faktoren wie Variablen vorhanden sind. In dem SPSS Programm, mit dem meine Daten gerechnet worden sind, wird diese sinnvolle Annahme vorausgesetzt.

Als Entscheidungshilfe hierzu wird häufig eine als **Screeplot** (*Scree-Test*) bezeichnete Grafik herangezogen. Das *Screeplot* in Form einer Grafik zeigt die nach der Größe ihrer Eigenwert geordneten Faktoren und dabei für jeden Faktor die Höhe des Eigenwertes an; dabei gilt als Faustregel, bei der Anzahl an extrahierten Faktoren aufzuhören, weil der Knick in der Kurve auftritt.

Ein weiteres mögliches Kriterium setzt das **Kaiser-Gutmann** Kriterium: nach ihm werden keine Faktoren mehr interpretiert, deren Eigenwerte unter Eins gehen.

Insgesamt ist also festzuhalten, daß die Auswahl der Faktoren dient in erster Linie der Gewinnung von aussagekräftigen, gut interpretierbaren Ergebnissen und ist damit nur eingeschränkt objektivierbar, weil willkürlich. Streng genommen müsste auch bei der theorie- oder varianzgeleiteten Festlegung der Faktorenzahl diese anhand der genannten Kriterien auf Plausibilität geprüft werden.

Die Auswertung der skalierten Daten des Fragebogens HILF erfolgt in meiner Untersuchung mittels der Hauptkomponentenanalyse (HKA).

Für den methodisch nicht so bewanderten Leser zu Trost:

*Do not worry about your difficulties in mathematics; I can assure you that mine are still greater.* (A. Einstein)

Wie im Kapitel Theorie ausführlich dargestellt, fokussiert mein Forschungsinteresse auf die für sicherlich viele Therapeuten brennende Frage, ob es modale oder „typische“, von unterschiedlichen Klienten als besonders hilfreich erlebte Interventionen durch den Therapeuten gibt und wie diese sich umschreiben lassen.

Wie im Kap. 3 beschrieben, entwarf ich daher einen Fragebogen, der meine Klienten zum einen aufforderte, nach jeder Sitzung eine von ihnen erinnerte hilfreiche Intervention in freier Wortwahl aufzuschreiben, und außerdem, wenn möglich, in welcher Weise sie die Intervention als hilfreich erlebten. Zum anderen wurden sie anschließend gebeten, diese Intervention mittels 49 vorgegebener Aussagen (Items) hinsichtlich deren Passung bzw. Ausprägung zur Intervention zu **skalieren**. Sie sollten außerdem mit weiteren 12 Aussagen die Intensität ihrer Empfindungen bezüglich der Therapeutenintervention skalieren und ebenso mit zusätzlichen 10 Aussagen den Ausprägungsgrad möglicher Konsequenzen, die sie aus ihr ziehen würden. Die Auswertung der ersten, qualitativen Fragestellung habe ich im Kapitel 7.1 beschrieben. Die Hypothesen zur Frage, ob es unterschiedliche, häufig genannte Qualitäten von hilfreichen Therapeuteninterventionen gibt, konnten mit der im Sinne von Strauss und Corbin (1996) durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse bestätigt werden.

### Die Auswertung und ihre Ergebnisse

Vorweg soll noch einem möglichen methodischen Einwand begegnet werden: die der faktorenanalytischen Berechnung zu Grunde liegende Annahme von Normalverteilung könnte dadurch gestört sein, dass Teile der Daten von jeweils ein und demselben Klienten stammen. Das heißt, daß teilweise mehrere Sitzungen einer Therapie als statistisch unabhängige Daten (und nicht, wie es korrekterweise sein müsste, als Mehrfachmessungen) behandelt wurden. Man könnte daher vermuten, dass es innerhalb der Daten einer Versuchsperson eine geringere Antwortvariabilität gäbe als zwischen den Versuchspersonen und dass damit die Normalverteilung der Daten beeinträchtigt wäre. Dies könnte aufgrund der 'künstlichen Erhöhung' der Stichprobengröße aus rein statistischen Gründen zu einer häufigeren Ablehnung der 0-Hypothese und zu einer Überschätzung der statistisch abgesicherten Unterschiedlichkeit geführt haben. Diesem Einwand möchte ich zum einen auf der inhaltlichen Ebene widersprechen; es handelt sich bei der wiederholten Vorgabe des Fragebogens zur Erfassung von hilfreichen Therapeuteninterventionen nicht um eine Meßwiederholung im eigentlichen Sinne, sondern um unterschiedliche situationsgebundene Ausschnitte von Therapieprozessen, bei denen zu erwarten wäre, dass Klienten sie auch unterschiedlich beurteilen würden, ungeachtet möglicher Antworttendenzen. Zum anderen habe ich auf statistischem Wege die ‚Messwiederholungen‘ innerhalb der Datenbestände derjenigen Vpn untersucht, die den HILF mehrfach beantwortet hatten und sie mit dem Datenbestand aller Vpn verglichen:

Für den Teil (a) ‚der Therapeut‘ ist die Varianz der Mittelwerte der Variablen homogen ( $\alpha = ,081$ ). Im varianzanalytischen Vergleich der Mittelwerte ergibt sich keine Signifikanz ( $\alpha = ,153$ ).

Für den Teil (b) ‚meine Empfindungen‘ ist die Varianz der *Mittelwerte unterschiedlicher Messzeitpunkte* der Variablen inhomogen ( $\alpha = ,044$ ). Deshalb wird bei der weiteren Berechnung auf den Welch-Test und den Tamhane-Test<sup>16</sup> statt des Bonferroni-Tests als Post-hoc-

<sup>16</sup> Welch-Test: bei unbekanntem Varianzen. Diese Methode hält das Signifikanzniveau nicht exakt im Vergleich zum t-Test, ist aber nicht allzu weit entfernt davon. Nur wenn die Grundgesamtheits-Varianzen identisch sind oder im Falle eher kleiner Stichprobenumfänge wenigstens als nahezu identisch angenommen werden können, ist der gewöhnliche t-Test von Student die bessere Wahl.

Bonferroni-Test: Mit seiner Hilfe wird die Alphafehler-Kumulierung bei multiplen Paarvergleichen neutralisiert.

Tamhane-Test: kann als Post-Hoc-Test im Gegensatz zum Bonferroni-Test auch bei Varianzheterogenität verwendet werden.

Test zurückgegriffen. Im varianzanalytischen Vergleich der Mittelwerte (Welch-Test) ergibt sich ebenso eine Signifikanz ( $\alpha = 0,049$ ). Der Post-hoc-Test zeigt jedoch kein signifikantes Ergebnis an. Da die Unterschiede zwischen den *Mittelwerten unterschiedlicher Messzeitpunkte* nur knapp signifikant werden ( $\alpha = 0,049$ ) und der Post-Hoc-Test dieses Ergebnis nicht bestätigt, kann man die Unterschiede zwischen den Mittelwerten vernachlässigen.

Für den Teil (c) ‚die Konsequenzen‘ ist die *Varianz der Mittelwerte unterschiedlicher Messzeitpunkte* der Variablen wiederum homogen ( $\alpha = ,128$ ). Im varianzanalytischen Vergleich der Mittelwerte (VA) ergibt sich ebenso keine Signifikanz ( $\alpha = ,336$ ).

Schlussfolgerung: Unterschiede in den *Mittelwerten vrschiedener Messzeitpunkte* (lediglich in der Skala ‚meine Empfindungen‘) können vernachlässigt werden. Die Homogenität der Mittelwerte bezüglich der verschiedenen Messzeitpunkte kann angenommen werden, bzw. die Variabilität der skalierten Fragebogenantworten zwischen den Klienten unterscheidet sich nicht signifikant von den skalierten Daten innerhalb des gesamten (mit Messwiederholung gewonnenen) Datenbestands eines Klienten.

Der HILF ist (wie weiter oben schon ausführlich dargestellt) konstruktionsgemäß in drei Fragesegmente aufgeteilt:

HILF (a): Qualität (was war hilfreich?) der *Intervention* des Therapeuten,

HILF (b): unmittelbare Reaktion und *Erleben/Empfindung* des Klienten,

HILF (c): beabsichtigte Umsetzung des Erlebten/*Konsequenz*

Die Deskriptive Auswertung der Skalen-Mittelwerte und –Streuungen für die (jeweilige) Erstbearbeitung des HILF findet sich in der Tabelle 21

**Tabelle 21: Mittelwerte der HILF Skalen ‚Der Therapeut‘, ‚Empfindungen‘, ‚Konsequenzen‘**

|   | N  | Minimum | Maximum | Mittelwert | Standardabweichung |
|---|----|---------|---------|------------|--------------------|
| Mittelwert aller 3 Skalen HILF            | 68 | 1,06    | 3,90    | 2,6502     | ,54159             |
| Mittelwert der Skala ‚der Therapeut‘      | 68 | 1,18    | 3,88    | 2,7104     | ,53915             |
| Mittelwert der Skala ‚meine Empfindungen‘ | 68 | ,33     | 4,00    | 2,5051     | ,74596             |
| Mittelwert der Skala ‚die Konsequenzen‘   | 67 | ,50     | 4,00    | 2,5119     | ,73640             |
| Gültige Werte (Listenweise)               | 67 |         |         |            |                    |



## Die 1. Fragestellung

soll untersuchen, ob diese à priori vorgenommene Aufteilung per Faktorenanalyse replizierbar ist damit als sinnvoll bestätigt werden kann.

Lassen sich die in dieser Untersuchung skalierten *Empfindungen* und *Konsequenzen* in einer sinnvoll interpretierbaren Faktorenmatrix zusammen mit der Therapeutenvariablen (*der Therapeut*) abbilden, wobei erfaßt werden soll, ob die *Empfindungen* und *Konsequenzen* als eigene Faktoren erscheinen oder in den ‚Therapeuten‘- Faktoren mit aufgehen?

Es wird angenommen, dass sich aus den quantitativen Daten des HILF per Faktorenanalyse mindestens drei unterscheidbare Faktoren extrahieren lassen in den Bereichen:

‚Qualität (was war hilfreich?) der Intervention des Therapeuten‘; ‚unmittelbares Erleben und Empfinden des Klienten‘; ‚beabsichtigte Umsetzung des Erlebten/Konsequenz‘.

Alle 71 Aussagen des HILF (N = 181 ausgewertete Bögen) wurden einer Hauptkomponentenanalyse unterzogen. Da sich aus der graphischen Verteilungskurve der Eigenwerte abzeichnete, daß nach dem vierten Faktor nur noch sehr geringe Zuwächse je Faktor zu erwarten waren, wurde danach eine 4-Faktorenanalyse gerechnet, die insgesamt zwar nur 40% der zu erklärenden Gesamtvarianz erfaßt, dafür allerdings gut erkennen läßt, wie die 3 Fragebogenteile zusammenhängen. (Cronbachs Alpha<sup>17</sup> über alle 71 Items beträgt 0,956).

Im Folgenden werden nur die Ergebnisse der Faktorenanalysen dargestellt, die Matrizen der Kommunalitäten, Eigenwerte, erklärten Gesamtvarianz. Die Kommunalität einer Variablen gibt an, in welchem Ausmaß diese Variable durch die Faktoren aufgeklärt bzw. erfaßt wird. Interessant ist diese Angabe, bei einer vorgegebenen Faktorenzahl, da man erkennen kann, in wie weit die Items in den Faktoren enthalten sind. Eine Kommunalität kann maximal bei 1 liegen, je stärker sie davon abweicht, desto schlechter repräsentiert die gewählte faktorielle Lösung die Variable.

Zuerst wurden alle 71 Variablen einer unrotierten Hauptkomponentenanalyse unterzogen. Mit 18 Komponenten (die darunter errechneten Eigenwerte fallen unter den Wert 1) lassen sich 70% der kumulierten Varianz erklären. Die erste Komponente erklärt ca. 25% der Gesamtvarianz, die zweite Komponente nur noch 6.4% . Das 50%-Kriterium wird nach 7 Faktoren erreicht. Daß die Kommunalitäten insgesamt erwartungsgemäß weniger hoch als in den FA-Lösungen für nur die 49 Items des HILF (a. ‚der Therapeut‘) ausfallen, liegt u.a. darin begründet, dass es sich bei dem gesamten Fragbogen um ein inhomogenes Konstrukt (bestehend aus 3 Teilen) handelt.

---

<sup>17</sup> Cronbachs (*Alpha*), eine Maßzahl aus der multivariaten Statistik, stellt fest, inwieweit eine Gruppe von Test-Items als Messung einer einzelnen latenten (verborgenen) Variablen angesehen werden kann. Das heißt es gibt an, inwiefern verschiedene Items im Grunde das gleiche messen. Cronbachs Alpha auch als Maß der internen Konsistenz einer Skala bezeichnet. Cronbachs Alpha hängt zusammen mit dem Ergebnis einer Varianzanalyse der Itemdaten hinsichtlich der Varianz zwischen den Testpersonen und der Varianz zwischen den Items. Je höher die proportionale Varianz zwischen den Testpersonen, desto höher ist auch Cronbachs Alpha.

**Die Kommunalitäten<sup>18</sup>:**

liegen in der unrotierten 18-Komponentenextraktion zwischen 0,807 (*verhielt sich warm und verständnisvoll*) und 0,594 (*formulierte einfach und verständlich*), in der unrotierten 4-Komponentenmatrix zwischen 0,644 (*ich bin ermutigt, das, was ich im Umgang mit anderen gerade fühle, zu beachten*) und 0,092 (*brachte mich dazu, mir selbst Gedanken zu machen*). Die Kommunalitäten zeigen, dass die 71 Items insgesamt sehr hoch auf einem Generalfaktor laden.

Mit einer mehr als 4-Komponentenlösung ließe sich kein weiterer bedeutsamer Erkenntnisgewinn mehr verzeichnen, was sich auch an der Verteilungskurve der Eigenwerte (,screeplot‘) ebenfalls sehr deutlich ablesen läßt. Bei einer 4-Komponentenstruktur wurden 40,68% der Varianz erklärt, wobei der erste Faktor ca. 25%, der 2. Faktor 6,4%, der 3. Faktor 4,1% und der 5. Faktor 3,1% der Gesamtvarianz erklären würden. Die rotierte Komponentenmatrix (Varimax mit Kaiser-Normalisierung) ergab bei 4 vorher festgelegten Komponenten entsprechend 4 gut interpretierbare Faktoren, wobei die ersten beiden Komponenten mit jeweils ca. 11%, die dritte mit ca. 10% und die vierte mit ca. 8% die meisten Variablen binden. Die Einschränkung auf 4 Faktoren ergibt sich aus der Betrachtung der Tabelle der ,erklärten Gesamtvarianz‘, aus der hervorgeht, daß ab den nächsten beiden Faktoren nur noch ab 3% und weniger der Gesamtvarianz erklärt werden, während sich beim 2. Schritt vom 2. auf den 3. Faktor noch knapp 4% , vom 3. auf den 4. noch 3% der Gesamtvarianz erfassen lassen (so auch die Item-Varianz-Kurve im ,Screeplot‘). Natürlich ist diese Grenzziehung sehr willkürlich. Es ließe sich auch gut argumentieren, daß man hier ebenfalls z.B. die ersten 7 Faktoren einer weiteren Analyse hätte unterziehen sollen, da sich dann ca. 50% der extrahierten Gesamtvarianz hätten erklären lassen. Aber erstens wäre die weitere Darstellung der Ergebnisse dann deutlich unübersichtlicher geworden, wie eine versuchsweise gerechnete 7-Komponenten-Analyse zeigte und zweitens soll es hier lediglich um die Untersuchung der ersten Fragestellung gehen: spiegelt sich das à priori Konstrukt ,der Therapeut‘, ,die Empfindungen‘, ,die Konsequenzen‘ faktorenanalytisch wieder bzw., ob die *Empfindungen* und *Konsequenzen* als eigene Faktoren erscheinen oder in den ,Therapeuten‘- Faktoren mit aufgehen?

**Die rotierte Komponentenmatrix mit 4 Komponenten**

Ergebnis der rotierten Faktorenmatrix mit vier Komponenten (alle 71 Items des HILF: Interventionen, Empfindungen, Konsequenzen). Die ersten 4 Komponenten erklären 41 % der Gesamtvarianz (Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, rotierte Komponentenmatrix). Cronbachs Alpha über alle 71 Items: 0,956 .

---

<sup>18</sup> *Kommunalität* und *Eigenwert* können leicht verwechselt werden, da beide den Betrag einer erklärten Streuung angeben. Der Unterschied zwischen beiden Maßen: der *Eigenwert* gibt an, welcher Teil der Gesamtstreuung **aller Variablen** durch **einen bestimmten Faktor** erklärt wird, die *Kommunalität* gibt an, welcher Teil der Streuung **einer Variablen** durch **alle Faktoren**, die im jeweiligen Modell berücksichtigt wurden, erklärt wird.

**Faktor I Basisqualität therapeutischen Verhaltens: ‚Der empathische Therapeut als Partner‘**

18 Items, davon 14 mit Faktor I der 3-Komponentenanalyse (a) ‚der Therapeut‘ übereinstimmend

**Geduldig, akzeptierend, unvoreingenommen, respektvoll, sorgt für stimmige Atmosphäre**

Im folgenden die Darstellung der einzelnen Items und ihre Faktorenladungen (linke Spalte). In der rechten Spalte werden zum Vergleich die Faktorenladungen derselben Items aus der 3-Komponentenanalyse mit den 49 Items der Skala ‚Der Therapeut‘ dargestellt.

**Tabelle 22: Items und Faktorladungen Komponente I**

| Item | Kurzfassung des Items  | Faktorladung |          |
|------|--|--------------|----------|
|      |  | 4 Komp.      | 3 Komp.  |
| 14   | nahm sich viel Zeit zum Zuhören                                  | 0,781        | I 0,771  |
| 39   | hörte geduldig zu  | 0,777        | I 0,757  |
| 45   | war wirklich offen für mich                                      | 0,666        | I 0,610  |
| 20   | verhielt sich warm und verständnisvoll                           | 0,640        | I 0,659  |
| 30   | stellte eine Stimmigkeit zwischen uns her                        | 0,639        | I 0,650  |
| 19   | war einfühlsam   | 0,579        | I 0,585  |
| 41   | schwieg im richtigen Moment                                      | 0,540        | I 0,484  |
| 29   | ließ viel Akzeptanz erkennen                                     | 0,528        | I 0,528  |
| 13   | war ganz unvoreingenommen  | 0,519        | I 0,544  |
| 43   | zeigte eine ganz persönliche (authentische) Reaktion             | 0,496        | I 0,499  |
| 8    | sprach psychologisch-professionell                               | 0,495        | I 0,484  |
| 9    | würdigte meine Person  | 0,477        | I 0,516  |
| 18   | gliederte und ordnete regelmäßig zwischendurch das, was er sagte | 0,473        | II 0,455 |
| 54   | ich merkte, dass ich alles sagen konnte                          | 0,462        |          |
| 10   | verhielt sich unparteiisch                                       | 0,457        | I 0,462  |
| 6    | ging sachlich auf mich ein                                       | 0,455        | I 0,406  |
| 34   | zeigte Verständnis für meine Ängste                              | 0,440        |          |
| 40   | wirkte aufrichtig  | 0,440        |          |

**Faktor II „Erfahrung und Kompetenz des Therapeuten; Problemverständnis beim Klienten“** (Items 50,51,53,57,59 finden sich im HILF, Teil b)

18 items, wobei 10 items mit Faktor III der 3-Komponentenanalyse (49 Items) übereinstimmen.

**Strukturierung und Kompetenz des Therapeuten, Erkenntnisgewinn u. Einstellungsänderung beim Klienten**

Dieser Faktor lädt sowohl Therapeutenverhalten als auch in 5 Items (Nrn. 53, 51, 57, 59, 30) *Empfindungen* des Klienten in Bezug auf hilfreiche Therapeutenintervention und in einem item (Nr. 64) eine *Konsequenz*. Zum Vergleich die Faktorladungen der 3-Komponentenanalyse.

Tabelle 23: Items und Faktorladungen Komponente II

| Item | Kurzfassung des Items  | Faktorladung     |         |
|------|--|------------------|---------|
|      |  | 4 Komp.          | 3 Komp. |
| 53   | ich merkte, dass mir der Therapeut eine große Hilfe war                                  | 0,719            |         |
| 51   | etwas Wichtiges wurde klar   | 0,683            |         |
| 31   | ging mit dem Thema (Problem oder Konflikt) kompetent um                                  | 0,617            | 0,712   |
| 2    | machte die Zusammenhänge des Problems oder Konflikts verständlich                        | 0,598            | 0,618   |
| 57   | der Kern meines Problems wurde sichtbar  | 0,569            |         |
| 59   | ich erkannte die Zusammenhänge zwischen meinem Denken und Verhalten und meinen Problemen | 0,564            |         |
| 26   | Erkannte rasch, worum es ging  | 0,563            | 0,606   |
| 25   | formulierte seine Äußerung einfach und verständlich                                      | 0,554            | 0,637   |
| 17   | zeigte mir eine neue Perspektive im Umgang mit dem Problem                               | 0,553            | 0,562   |
| 15   | sagte oder tat etwas genau an der richtigen Stelle                                       | 0,549            | 0,635   |
| 33   | arbeitete am gleichen Ziele wie ich  | 0,547            | 0,590   |
| 50   | ich fühlte mich gut verstanden   | 0,552            |         |
| 24   | lag mit seiner Aussage / seinem Tun richtig  | 0,473            | 0,552   |
| 64   | ich werde meine Art, zu handeln, prüfen und ändern                                       | 0,451            |         |
| 38   | Formulierte / verhielt sich so, dass ich auf einmal eine Lösung sah                      | 0,439<br>FII.440 | 0,466   |
| 6    | ging sachlich auf mich ein   | 0,421            | 0,480   |
| 32   | war aktiv und direkt   | 0,404            | 0,512   |
| 1    | formulierte präzise  | 0,544            | 0,553   |

**Faktor III ‚Zielorientiertes therapeutisches Vorgehen‘**

18 items, dabei 14 items mit Faktor II der 3 -Komponentenanalyse übereinstimmend

**Der aktive , zielorientierte Therapeut ; selbstkritisches Hinterfragen und Akzeptanz der inneren Widersprüche beim Klienten**

Dieser Faktor lädt sowohl *Therapeutenverhalten* als auch in 4 Items (Nr. 58,52,60,56) *Empfindungen* (Teil b des HILF) des Patienten. Zum Vergleich die Faktorladungen der 3-Komponentenanalyse.

**Tabelle 24: Items und Faktorladungen Komponente III**

| Item | Kurzfassung des Items   | Faktorladung |                       |
|------|---|--------------|-----------------------|
|      |   | 4 Komp.      | 3 Komp.               |
| 37   | ließ nicht locker, wo ich ausweichen wollte   | 0,699        | 0,726                 |
| 21   | hinderte mich an der Flucht vor dem unangenehmen Thema                              | 0,653        | 0,656                 |
| 49   | übte konstruktive Kritik  | 0,653        | 0,624                 |
| 27   | holte mich aus meinem Versteck heraus   | 0,599        | 0,637                 |
| 48   | Konnte gut mit meinem Schweigen umgehen   | 0,567        | 0,594                 |
| 47   | ertrug Kritik   | 0,557        | 0,598                 |
| 44   | Analysierte mit mir, was gerade passiert war  | 0,535        | 0,536                 |
| 35   | machte mir meine Schwächen deutlich   | 0,533        | 0,477                 |
| 3    | zeigte unterschiedliche Lösungen auf  | 0,529        | 0,553                 |
| 4    | zeigte mir, dass das halb leere Glas Wasser auch halb voll sein kann                | 0,496        | 0,577                 |
| 58   | ich merkte, dass ich mir etwas vormachte  | 0,479        |                       |
| 7    | ging das Problem auf unterschiedlichen Wegen mit mir an                             | 0,478        | 0,494                 |
| 52   | ich konnte die Widersprüche in meinem Erleben als gegenwärtige Gegebenheit annehmen | 0,475        |                       |
| 60   | ich konnte die Gegensätze in mir in Einklang bringen                                | 0,443        |                       |
| 42   | stimmte mit mir hinsichtlich der nächsten Schritte überein                          | 0,437        | 0,538                 |
| 46   | wich nicht aus  | 0,436        | I 0,421<br>II 0,428   |
| 16   | gab mir viele Anregungen mit  | 0,414        | II 0,433<br>III 0,433 |
| 56   | ich konnte meine Schwächen in diesem Moment gut akzeptieren                         | 0,410        |                       |

**Faktor IV “die Konsequenzen, die der Klient aus den Therapeuteninterventionen zieht/ziehen will“**

8 von 10 Items zur Frage nach den *Konsequenzen* (Teil c des HILF), die der Klient aus der Intervention des Therapeuten zieht.

**Ermutigung und Selbstvertrauen des Klienten**

Tabelle 25: Items und Faktorladungen Komponente IV

| Item | Kurzfassung des Items  | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 69   | Ich bin ermutigt, das, was ich fühle, während ich handele, zu beachten   | 0,756        |
| 71   | Ich bin ermutigt, das, was ich im Umgang mit anderen gerade fühle, zu beachten                                 | 0,753        |
| 68   | Ich bin ermutigt, meine Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren  | 0,649        |
| 67   | Ich bin ermutigt, meine Stärken und Möglichkeiten zu nutzen  | 0,641        |
| 65   | Ich werde mit Mut an neue oder auch an alte Herausforderungen herangehen                                       | 0,627        |
| 62   | Ich kann jetzt mit Vertrauen auf meine Stärken blicken   | 0,621        |
| 66   | Ich weiß jetzt, was ich später auch ohne Berater/Therapeut tun könnte, ohne in ein altes Muster zurückzufallen | 0,608        |
| 70   | Ich werde mich auf mein Selbstvertrauen stützen können   | 0,608        |

Die Ergebnisse zur 1. Fragestellung bestätigen zum Teil meine Annahme, nämlich, dass die Konsequenzen, die der Klient aus den Therapeuteninterventionen zieht, als eigenständiger Faktor in der Faktorenanalyse emergiert. Der Fragebogenteil Erleben/Empfindungen dagegen bildet sich nicht als eigenständiger Faktor ab, sondern interkorreliert hoch mit dem Fragebogenteil Therapeuteninterventionen.

**Interpretation:**

Die rotierte 4-F-Lösung über alle 71 Items (Teile a,b,c) erfaßt zwar nur 41% der Gesamtvarianz des Fragebogens, zeitigt aber ein interessantes Ergebnis:

Die vom Klienten skalierten ‚*Empfindungen*‘ (HILF Teil b) finden sich in zwei (Faktor II und III) der vier Komponenten gemeinsam mit einem Teil der Therapeuteninterventionen (‚*der Therapeut*‘) wieder. Dies zeigt, daß die dem Klienten vorgegebenen Aussagen zu seinen Empfindungen auf die Therapeuteninterventionen eher mit solchen Interventionen einhergehen, die in erster Linie Erfahrung, Kompetenz und zielorientiertes therapeutisches Vorgehen erkennen lassen und weniger mit empathischen und partnerschaftlichen Verhalten (Faktor I). Die Konsequenzen (HILF Teil c), die der Klient aus der Therapeutenintervention ziehen will, bilden einen eigenen weitgehend unabhängigen 4. Faktor (IV). Dies bedeutet, daß die vom Klienten skalierten Konsequenzen eher als eigenständiger Faktor, losgelöst von sowohl den Therapeuteninterventionen als auch von den Empfindungen, gesehen wurden. Ich vermute

daher, daß die Klienten bei der Beantwortung des Fragebogens weniger die beschriebene Therapeutenintervention sondern eher ihren Erkenntnisstand vor Augen hatten, den sie in der gesamten Sitzung oder sogar - davon losgelöst – im gegenwärtigen Therapieabschnitt gewonnen hatten. Dieses Ergebnis schränkt natürlich auch die Brauchbarkeit einer solchen Skala ein, wenn man damit gezielt untersuchen wollte (wie ein Skalierungsteil des HILF ja beabsichtigt), welche Konsequenzen ein Klient aus einer spezifischen therapeutischen Intervention, die er als hilfreich erlebt, ziehen würde. Vermutlich sind Versuchspersonen prinzipiell mit einer solchen Aufgabenstellung überfordert, weil es kaum möglich sein dürfte, zwischen der aktuellen Erfahrungsqualität und der Prozessqualität unterscheiden zu können.

## **Die 2. Fragestellung**

untersucht, ob die in den Fragenkatalog aufgenommenen potentiell hilfreichen Interventionen auch unterschiedliche Komponenten (Faktoren) von Therapeutenverhalten widerspiegeln. Es wird angenommen, dass sich eine sinnvoll interpretierbare Faktorenmatrix findet, mit der sich die in dieser Untersuchung skalierten ‚hilfreichen Therapeuteninterventionen‘ (HILF a: ‚der Therapeut‘) abbilden lassen, so dass sie einen bedeutsamen Teil der Gesamtvarianz der skalierten Aussagen erfassen.

Nacheinander wurden Faktorenanalysen mit der Vorgabe von 7, 5 und 3 Faktoren gerechnet. Entscheidungsgrundlage war die Matrix der ‚erklärten Gesamtvarianz‘, aus der einerseits ersichtlich ist, wieviele Faktoren erfaßt werden müssen, um das Abbruchkriterium von ca. 50% der Gesamtvarianz zu erreichen, also der Hälfte der durch den 1. Fragebogenteil (‚Interventionen‘) abbildbaren Varianz; und andererseits, bis zu welcher Anzahl von Faktoren überhaupt noch ein wesentlicher Varianz- und damit Informationszuwachs zu gewinnen ist. Als ‚wesentlich‘ wird definiert: ca. 45 - 50% der extrahierten Gesamtvarianz.

Begründung: dieses Kriterium ergibt sich daraus, dass weitere Faktorenextraktionen nur noch sehr geringe Varianzanteile erklären.

Es wurden Analysen mit unterschiedlichen Vorgaben hinsichtlich der zu extrahierenden Faktoren gerechnet, damit die Zielvorgabe der Erfassung eines möglichst hohen Anteils der Gesamtvarianz einerseits und sinnvoll unterscheidbarer Faktoren andererseits erreicht werden konnte.

Die extrahierten Hauptkomponenten wurden im Ladungsraum derart gedreht (rotiert, wie weiter oben beschrieben), dass eine Verschiebung der Ladungen zur Erleichterung der Interpretation erreicht wurde. Im Folgenden werden nacheinander eine

7-Faktoren-Lösung, eine

5-Faktoren-Lösung und eine

3-Faktoren-Lösung

für die 49 *Items* (‚der Therapeut‘) dargestellt und anschließend interpretiert.

**Die rotierte Komponentenmatrix mit 7 Komponenten** (*der Therapeut* - 49 Items, N = 190 Fragebögen, 54% der Gesamtvarianz) wird nachfolgend in den prozentualen Anteilen der einzelnen extrahierten Faktoren dargestellt.

**Tabelle 26: Faktorvarianz der 7-Komponentenanalyse**

|                  | <b>Faktorvarianz</b> | <b>Gesamtvarianz</b> |
|------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Faktor 1:</b> | <b>26,45 %</b>       |                      |
| <b>Faktor 2:</b> | <b>7,26 %</b>        |                      |
| <b>Faktor 3:</b> | <b>5,52 %</b>        |                      |
|                  |                      | <b>39,22 %</b>       |
| <b>Faktor 4:</b> | <b>4,31 %</b>        |                      |
| <b>Faktor 5:</b> | <b>4,04 %</b>        |                      |
|                  |                      | <b>47,57 %</b>       |
| <b>Faktor 6:</b> | <b>3,43 %</b>        |                      |
| <b>Faktor 7:</b> | <b>2,84 %</b>        |                      |
|                  |                      | <b>53,84 %</b>       |

**Kommunalitäten:**

Liegen zwischen .756 (verhielt sich warm und verständnisvoll) und .238 (schuf eine Atmosphäre...), damit höher als in der 5-F-Lösung.

34 von 49 Aussagen haben in dieser Faktorenlösung eine Faktorladung von  $r \geq 0,5$ .

Die nachfolgend dargestellten Faktoren haben, wie auch in den anschliessenden Interpretationen weiterer Faktorenanalysen, heuristische Benennungen erhalten, bei denen ich mich bemüht habe, die unterschiedlichen begrifflichen Inhalte der sie repräsentierenden *Items* in einem übergeordneten Sinne zu erfassen.

**F I : „Therapeut als Freund und Partner“**, Therapeutische Grundhaltung: empathisch, kongruent; gibt Raum zur Entfaltung

9 Items, davon finden sich 7 auch in der 3-F-Lösung (F I); 8 in der 5-F-Lösung (F II) wieder. Zwar haben nur 7 items eine Faktorladung von  $\geq .5$ , ich habe aber die übrigen zwei dennoch dazu genommen, weil sie die Beschreibung des ersten Faktors gut ergänzen.

**Tabelle 27: Items und Faktorladungen Komponente I**

| <b>Item</b> | <b>Kurzfassung des Items</b>              | <b>Faktorladung</b> |
|-------------|---|---------------------|
| 14          | Nahm sich viel Zeit beim Zuhören          | 0,792               |
| 20          | Warm und verständnisvoll                  | 0,757               |
| 39          | Hörte geduldig zu                         | 0,737               |
| 19          | Einfühlsam                                | 0,726               |
| 45          | Wirklich offen für mich                   | 0,638               |
| 30          | Stellte Stimmigkeit her                   | 0,577               |
| 43          | Ganz persönliche (authentische ) Reaktion | 0,575               |
| 34          | Verständnis für meine Ängste              | 0,471               |
| 40          | Wirkte aufrichtig                         | 0,412               |



**F II : ‚Therapeut ermutigt, sucht mit dem Klienten neue Wege‘**, Angebot und Ermutigung zu Lösungssuche u. Perspektivenwechsel

8 Items, davon finden sich in der 3-F-Lösung, 6 items in F II und 1 Item in F III,

7 Items in der 5 F-Lösung (F IV) wieder.

Auch hier habe ich noch ein Item  $\leq .5$  dazu genommen, weil es die Beschreibung dieses Faktors passend ergänzt.

**Tabelle 28: Items und Faktorladungen Komponente II**

| Item | Kurzfassung des Items                                      | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 3    | Zeigte unterschiedliche Lösungen auf                       | 0,665        |
| 42   | Stimmte mit mir hinsichtlich der nächsten Schritte überein | 0,636        |
| 4    | Zeigte mir das... halbleere Glas halbvoll...               | 0,549        |
| 38   | Formulierte so, dass ich auf einmal eine Lösung sah        | 0,527        |
| 22   | Machte mir Komplimente für schon Erreichtes                | 0,512        |
| 5    | ... passendes Beispiel, Wortbild oder eine Geschichte      | 0,505        |
| 49   | Übte konstruktive Kritik                                   | 0,503        |
| 7    | Ging Problem auf unterschiedlichen Wegen an                | 0,492        |

**F III : ‚Der Therapeut als Herausfordernder‘**, Konfrontation, Therapeut aktiv, hartnäckig, Klient wird ‚am Ball gehalten‘

5 items, diese finden sich in F II der 3-F-Lösung, bzw. F III der 5-F-Lösung wieder.

**Tabelle 29: Items und Faktorladungen Komponente III**

| Item | Kurzfassung des Items                              | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 27   | Holte mich aus meinem Versteck hervor              | 0,746        |
| 37   | Ließ nicht locker, wo ich ausweichen wollte        | 0,737        |
| 48   | Konnte gut mit meinem Schweigen umgehen            | 0,718        |
| 21   | Hinderte mich an der Flucht ... unangenehmen Thema | 0,682        |
| 46   | Wich mir nicht aus                                 | 0,531        |

**F IV : ‚Therapeut als kompetenter Lehrer‘**, Therapeut zeigt Kompetenz, verdeutlicht, regt an, strukturiert, zeigt Zusammenhänge auf.

8 Items, davon finden sich 7 Items in der 3-F-Lösung in F III; 6 Items in der 5-F-Lösung (F I) wieder. Auch hier wurde ein Item  $\leq .5$  beibehalten, da es diesen Faktor gut beschreibt.

**Tabelle 30: Items und Faktorladungen Komponente IV**

| Item | Kurzfassung des Items                               | Faktorladung |
|------|---|--------------|
| 31   | Ging mit dem Thema kompetent um                     | 0,577        |
| 2    | Mach die Zusammenhänge des Problems deutlich        | 0,570        |
| 32   | Aktiv und direkt                                    | 0,569        |
| 35   | Macht mir meine Schwäche deutlich                   | 0,566        |
| 1    | Formuliert präzise                                  | 0,562        |
| 6    | Ging sachlich auf mich ein                          | 0,559        |
| 25   | Formulierte seine Äußerung einfach und verständlich | 0,518        |
| 16   | Gab viele Anregungen mit                            | 0,443        |

**F V : ‚Therapeut als Coach‘**, aufmerksamer Begleiter und Wegweiser

7 Items, davon finden sich in der 3-F-Lösung 6 Items in F III und 1 Item in F II; 5 Items in der 5-F-Lösung (F I) wieder. Drei Items  $\leq .5$  wurden beibehalten, weil sie diesen Faktor nicht weniger gut beschreiben, als die übrigen Items.

**Tabelle 31: Items und Faktorladungen Komponente V**

| Item | Kurzfassung des Items                                | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 15   | Sagte oder tat etwas an der richtigen Stelle         | 0,731        |
| 28   | Zeigte ... Zuversicht in meine Chancen, ... zu lösen | 0,641        |
| 33   | Arbeitet am gleichen Ziel wie ich                    | 0,580        |
| 26   | Erkannte rasch warum es ging                         | 0,560        |
| 17   | Zeigte mir eine neue Perspektive ...                 | 0,498        |
| 24   | Lag mit seiner Aussage/seinem Tun richtig            | 0,465        |
| 23   | Achtete mit Botschaft auf richtigen Zeitpunkt        | 0,450        |

**F VI „Unvoreingenommenheit des Therapeuten“**, Therapeut zeigt Professionalität, Wertschätzung, gibt sicheren Raum zur Entfaltung

4 Items, alle nicht in der 3-F-Lösung enthalten, jedoch in der 5-F-Lösung (F V);

**Tabelle 32: Items und Faktorladungen Komponente VI**

| Item | Kurzfassung des Items                                 | Faktorladung |
|------|---|--------------|
| 13   | War ganz unvoreingenommen                             | 0,742        |
| 10   | Verhielt sich unparteiisch                            | 0,688        |
| 8    | Sprach psychologisch-professionell                    | 0,587        |
| 11   | Gab mir die Freiheit, auf sein Angebot einzugehen ... | 0,475        |

**Tabelle 33: Items und Faktorladungen Komponente VII**

| Item | Kurzfassung des Items                              | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 18   | Gliederte und ordnete regelmäßig zwischendurch ... | 0,549        |
| 5    | Benutzte ein geeignetes, passendes Beispiel ...    | 0,494        |

**Die rotierte Komponentenmatrix mit 5 Komponenten** (*der Therapeut* - 49 Items, N = 190 Fragebögen, 47,6% der Gesamtvarianz erklärt). 33 von 49 Aussagen haben in dieser Faktorenlösung Faktorladungen von  $r \geq 0,5$

**Tabelle 34: Faktorvarianz der 5-Komponentenanalyse**

|                  | Faktorvarianz  | Gesamtvarianz  |
|------------------|----------------|----------------|
| <b>Faktor 1:</b> | <b>26,45 %</b> |                |
| <b>Faktor 2:</b> | <b>7,26 %</b>  |                |
| <b>Faktor 3:</b> | <b>5,52 %</b>  |                |
|                  |                | <b>39,22 %</b> |
| <b>Faktor 4:</b> | <b>4,31 %</b>  |                |
| <b>Faktor 5:</b> | <b>4,04 %</b>  |                |
|                  |                | <b>47,57 %</b> |

Die Kommunalitäten liegen zwischen .710 (Zeit beim Zuhören) und .193 (selbst Gedanken)

**F I : ‚Therapeut direkt, strukturierend, Akzente setzend, zielorientiert, kompetent‘**

11 Items, davon alle 11 mit der 3-F-Lösung (FIII) , 5 Items aus F IV und V der 7-F-Lösung übereinstimmend.

**Tabelle 35: Items und Faktorladungen Komponente I**

| Item | Kurzfassung des Items                               | Faktorladung |
|------|---|--------------|
| 31   | Ging mit dem Thema ... kompetent um                 | 0,735        |
| 25   | Formulierte seine Äußerung einfach und verständlich | 0,644        |
| 15   | Sagte oder tat etwas genau an der richtigen Stelle  | 0,599        |
| 2    | Machte mir die Zusammenhänge ... verständlich       | 0,586        |
| 26   | erkannte rasch, worum es ging                       | 0,575        |
| 33   | Arbeitete am gleichen Ziel wie ich                  | 0,571        |
| 1    | Formulierte präzise                                 | 0,548        |
| 32   | War aktiv u. direkt                                 | 0,542        |
| 24   | lag mit seiner Aussage/seinem Tun richtig           | 0,512        |
| 17   | Zeigte mir eine neue Perspektive ...                | 0,489        |
| 6    | Ging sachlich sachlich auf mich ein                 | 0,457        |

Zwei Faktoren  $\leq .5$  wurden diesem Faktor zugeschrieben, weil sie inhaltlich mit dem Faktor übereinstimmen.

**F II : ‚Therapeut gibt Raum zur Entfaltung, zeigt sich partnerschaftlich, wohlwollend‘**

10 Items , alle mit F I der 3-F-Lösung; 8 Items mit F I der 7-F-Lösung übereinstimmend.

**Tabelle 36: Items und Faktorladungen Komponente II**

| Item | Kurzfassung des Items                                | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 14   | Nahm sich viel Zeit beim Zuhören                     | 0,807        |
| 39   | hörte geduldig zu                                    | 0,764        |
| 20   | Verhielt sich warm u. verständnisvoll                | 0,725        |
| 19   | War einfühlsam                                       | 0,696        |
| 45   | War wirklich offen für mich                          | 0,666        |
| 30   | Stellte eine Stimmigkeit zwischen uns her            | 0,590        |
| 43   | Zeigte eine ganz persönliche (authentische) Reaktion | 0,578        |
| 34   | Zeigte Verständnis für meine Ängste                  | 0,480        |
| 41   | Schwieg im richtigen Moment                          | 0,435        |
| 9    | Würdigte meine Person                                | 0,417        |

Ausser den 7 items mit einer Faktorladung  $\geq .5$  wurden 3 items mit einer Faktorladung von  $\leq .5$  beibehalten, da sie diesen Faktor ebenfalls gut repräsentieren.

**F III : ‚Therapeut zupackend, fordernd, präsent, läßt Kritik zu‘**

9 Items, davon alle mit F II der 3-F-Lösung ; 5 Items aus F III der 7-F-Lösung übereinstimmend

**Tabelle 37: Items und Faktorladungen Komponente III**

| Item | Kurzfassung des Items                              | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 37   | Ließ nicht locker, wo ich ausweichen wollte        | 0,759        |
| 21   | Hinderte mich an der Flucht ... unangenehmen Thema | 0,696        |
| 27   | Holte mich aus meinem Versteck hervor              | 0,691        |
| 48   | Konnte gut mit meinem Schweigen umgehen            | 0,665        |
| 46   | Wich mir nicht aus                                 | 0,574        |
| 49   | Übte konstruktive Kritik                           | 0,533        |
| 47   | Ertrug Kritik                                      | 0,476        |
| 35   | Machte mir meine Schwächen deutlich                | 0,468        |
| 33   | Analysierte mit mir, was gerade passiert war       | 0,450        |

**F IV: ‚Therapeut strukturierend‘** (aufbauend, verdeutlichend, ermutigend, anregend)

8 Items, davon 5 mit F II und 2 mit F III der 3-F-Lösung übereinstimmend, 7 Items mit F II der 7-F-Lösung übereinstimmend.

**Tabelle 38: Items und Faktorladungen Komponente IV**

| Item | Kurzfassung des Items                                       | Faktorladung |
|------|---|--------------|
| 5    | Benutzte ein geeignetes, passendes Beispiel ...             | 0,648        |
| 4    | Zeigte mir, daß das halbleere Glas ... halbvoll sein kann   | 0,643        |
| 42   | Stimmte mit mir hinsichtlich der nächsten Schritte überein  | 0,575        |
| 3    | Zeigte unterschiedliche Lösungen auf                        | 0,571        |
| 22   | Machte mir Komplimente für das, was ich schon erreicht...   | 0,542        |
| 38   | Formulierte/verhielt sich so, daß ich auf einmal Lösung ... | 0,541        |
| 7    | Ging das Problem auf unterschiedliche Wegen mit mir an      | 0,506        |
| 28   | Zuversicht in meine Chancen                                 | 0,505        |

**F V: ‚Therapeut als Lotse an Bord, Klient bleibt Kapitän‘**, Therapeut unvoreingenommen, zeigt hohe Akzeptanz

6 Items, davon 2 mit F I der 3-F-Lösung übereinstimmend, 2 ‚neue‘ Items, die weder in der 3-F-Lösung noch in der 7-F-Lösung eine höhere Ladung aufzeigten ; 4 Items aus F VI der 7-F-Lösung

Dieser Faktor konstituiert sich aus lediglich drei items mit Faktorladungen  $\geq .5$ ; ich habe daher 2 weitere Items mit zum Teil deutlich niedrigeren Ladungen dazu genommen, da sie m.E. diesem Faktor gut beschreiben.

Tabelle 39: Items und Faktorladungen Komponente V

| Item | Kurzfassung des Items                                 | Faktorladung |
|------|---|--------------|
| 13   | War ganz unvoreingenommen                             | 0,739        |
| 10   | Verhielt sich unparteiisch                            | 0,734        |
| 8    | Sprach psychologisch-professionell                    | 0,556        |
| 11   | Gab mir die Freiheit, auf sein Angebot einzugehen ... | 0,428        |
| 29   | Ließ viel Akzeptanz erkennen                          | 0,399        |
| 12   | Brachte mich dazu, mir selbst Gedanken zu machen      | 0,328        |

**Die rotierte Komponentenmatrix mit 3 Komponenten** (*„der Therapeut“*- 49 Items, N = 190 Fragebögen, 39% der Gesamtvarianz extrahiert).

30 von 49 items haben in dieser Faktorenlösung Faktorladungen von  $r \geq 0,5$

Tabelle 40: Faktorvarianz der 3-Komponentenanalyse

|                  | Faktorvarianz  | Extrahierte Gesamtvarianz |
|------------------|----------------|---------------------------|
| <b>Faktor 1:</b> | <b>26,45 %</b> |                           |
| <b>Faktor 2:</b> | <b>7,26 %</b>  |                           |
| <b>Faktor 3:</b> | <b>5,52 %</b>  |                           |
|                  |                | <b>39,22 %</b>            |

Kommunalitäten :

liegen zwischen .628 (*Zeit beim Zuhören*) und .103 (*selbst Gedanken*). Damit sind sie (deutlich) niedriger als in der 5-F- und der 7-F-Lösung.

**F I: ‚Der empathische Therapeut als Partner‘**, Grundhaltung des Therapeuten: gibt sicheren Raum zu Entfaltung, zeigt seine Präsenz.

11 items, 2 items knapp  $\leq .5$  wurden einbezogen, da sie inhaltlich mit dem faktoriellen Konstrukt übereinstimmen.

**Tabelle 41: Items und Faktorladungen Komponente I**

| Item | Kurzfassung des Items                                 | Faktorladung |
|------|---|--------------|
| 14   | nahm sich viel Zeit beim Zuhören                      | 0,771        |
| 39   | hörte geduldig zu                                     | 0,757        |
| 20   | verhielt sich warm und verständnisvoll und ermutigend | 0,659        |
| 30   | stellte eine Stimmigkeit zwischen uns her             | 0,650        |
| 45   | war wirklich offen für mich                           | 0,610        |
| 19   | war einfühlsam  | 0,585        |
| 13   | war ganz unvoreingenommen                             | 0,544        |
| 29   | ließ viel Akzeptanz erkennen                          | 0,528        |
| 9    | würdigte meine Person                                 | 0,516        |
| 43   | zeigte eine ganz persönliche (authentische) Reaktion  | 0,498        |
| 41   | schwieg im richtigen Moment                           | 0,484        |

**F II ‚Der aktive, zielorientierte Therapeut‘**, setzt sich mit dem Klienten auseinander, fordert heraus, strukturiert und macht Angebote.

16 items, 6 items knapp  $\leq .5$  wurden in diesen Faktor einbezogen, da sie inhaltlich mit dem faktoriellen Konstrukt übereinstimmen.

**Tabelle 42: Items und Faktorladungen Komponente II**

| Item | Kurzfassung des Items   | Faktorladung |
|------|---|--------------|
| 37   | ließ nicht locker, wo ich ausweichen wollte                         | 0,726        |
| 21   | hinderte mich an der Flucht vor dem unangenehmen Thema              | 0,656        |
| 27   | holte mich aus meinem Versteck heraus                               | 0,637        |
| 49   | übte konstruktive Kritik  | 0,624        |
| 47   | ertrug Kritik   | 0,598        |
| 48   | konnte gut mit meinem Schweigen umgehen                             | 0,594        |
| 4    | zeigte mir, dass das halbleere Glas Wasser auch halb voll sein kann | 0,577        |
| 3    | zeigte unterschiedliche Lösungen auf                                | 0,553        |
| 42   | stimmte mit mir hinsichtlich der nächsten Schritte über ein         | 0,538        |
| 44   | analysierte mit mir, was gerade passiert war                        | 0,536        |
| 7    | ging das Problem auf unterschiedlichen Wegen mit mir an             | 0,494        |
| 35   | machte mir meine Schwächen deutlich                                 | 0,477        |
| 18   | gliederte und ordnete regelmäßig zwischendurch das, was er sagte    | 0,455        |
| 23   | achtete mit seiner Mitteilung/Botschaft auf den richtigen Zeitpunkt | 0,433        |
| 46   | wich nicht aus  | 0,428        |
| 22   | machte mir Komplimente für das, was ich schon erreicht habe         | 0,422        |

**F III ‚Der erfahrene und lösungsorientierte Therapeut‘**, zeigt sich kompetent und lösungsorientiert.

14 *items*, auch hier wurden 3 *items*  $\leq .5$  miteinbezogen, die inhaltlich diesen Faktor repräsentieren.

**Tabelle 43: Items und Faktorladungen Komponente III**

| Item | Kurzfassung des Items  | Faktorladung |
|------|--|--------------|
| 31   | ging mit dem Thema (Problem oder Konflikt) kompetent um  | 0,712        |
| 25   | formulierte seine Äußerungen einfach und verständlich  | 0,637        |
| 15   | sagte oder tat etwas genau an der richtigen Stelle   | 0,635        |
| 2    | machte die Zusammenhänge des Problems oder Konflikts verständlich  | 0,618        |
| 26   | erkannte rasch, worum es ging  | 0,606        |
| 33   | arbeitete am gleichen Ziele wie ich  | 0,590        |
| 17   | zeigte mir eine neue Perspektive im Umgang mit dem Problem   | 0,562        |
| 1    | formulierte präzise  | 0,553        |
| 24   | lag mit seiner Aussage/seinem Tun richtig  | 0,552        |
| 28   | zeigte mit seiner Aussage bzw. seinem Handeln Zuversicht in meine Chancen, meine Probleme und Konflikte zu lösen | 0,521        |
| 32   | war aktiv und direkt   | 0,512        |
| 6    | ging sachlich auf mich ein (korr. 0,406 m. F I)  | 0,480        |
| 38   | formulierte/verhielt sich so, dass ich auf einmal eine Lösung sah (korr. 0,440 m. F II)                          | 0,466        |
| 16   | gab mir viele Anregungen mit (korr. 0,433 m. F II)   | 0,433        |

**Die in der 2. Fragestellung formulierte Annahme konnte in allen drei Faktorenlösungen bestätigt werden: mit 45% - 50% der erklärten Gesamtvarianz lassen sich sinnvoll interpretierbare Faktorstrukturen errechnen, die unterschiedliche, (wenn auch, wie methodisch und inhaltlich zu erwarten, zusammenhängende) Komponenten von Therapeutenverhalten widerspiegeln.**

Exkurs:

Nachdem die Hauptkomponentenanalyse die Zusammenhänge (Interkorrelationen) zwischen den einzelnen Variablen dargestellt und einen bedeutsamen Teil (bis zu 50%) der durch die Beantwortung des HILF abgebildeten Gesamtvarianz in den von den Klienten abgegebenen Beantwortungen dargestellt hat, soll jetzt ein Blick darauf geworfen werden, welche Aussagen (Items) von den Klienten höher skaliert wurden und welche niedriger als das Gros der Aussagen. Dann werden diese Aussagen verglichen mit den extrahierten Faktoren aus den drei unterschiedlichen Faktorenlösungen.



Dabei ergibt sich folgende Aufteilung:

Die nachfolgenden Aussagen wurden im Fragebogen („der Therapeut“) am höchsten skaliert ( $\geq 3,0$  bei maximal 5,0); sie sind am ehesten vergleichbar mit F I der 5-F-Lösung und F IV und V der 7-F-Lösung):

- brachte mich dazu, mir selbst Gedanken zu machen
- würdigte meine Person
- formuliert präzise
- ging sachlich auf mich ein
- lag mit seiner Aussage/seinem Tun richtig
- formulierte einfach u. verständlich
- erkannte rasch, worum es ging
- ging mit dem Thema kompetent um
- war aktiv u. direkt
- arbeitete am gleichen Ziel wie ich
- wirkte aufrichtig
- schuf eine Atmosphäre, in der ich keine Angst hatte und mich nicht schämen musste

Diese Aussagen erhielten die niedrigste Skalierung ( $\leq 2,0$  bei minimal 1,0) sie sind am ehesten vergleichbar mit F IV der 5-F-Lösung):

- zeigte unterschiedliche Lösungen auf
- zeigte mir, dass das halbleere Glas auch halbvoll sein kann
- ging das Problem auf unterschiedlichen Wegen mit mir an
- machte mir Komplimente für das, was ich schon erreicht habe
- holte mich aus meinem Versteck heraus
- benutzte ein geeignetes, passendes Beispiel, Wortbild oder eine Geschichte
- formulierte, verhielt sich so, dass ich auf einmal eine Lösung sah

### **Interpretation:**

dieses Ergebnis lässt sich so interpretieren, dass die Klienten (dieser Untersuchung und zumindest bei diesem Therapeuten) die von ihnen bemerkten und erkannten hilfreichen Therapeuteninterventionen am ehesten mit einer aktiven, Akzente setzenden, kompetente und partnerschaftliche Haltung des Therapeuten verbinden, gegenüber einer mehr ‚technischen‘, konfrontativen und lösungs anbietenden, vom Therapeuten recht aktiv gestalteten Arbeitsatmosphäre!

### **Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der faktorenanalytischen Berechnungen.**

Die Ergebnisse der oben dargestellten explorativen Faktorenanalyse basieren auf den wechselseitigen Zusammenhängen zwischen den Einzelindikatoren (Behauptungen bzw. Statements bzw. *Items*) meines Fragebogens; aus diesen errechnete sich die Korrelationsmatrix. Und nur dann, wenn Variablen untereinander hoch korrelieren, ist es sinnvoll, diese als gemeinsame Indikatoren für ein komplexes Merkmal zu verwenden. Aus dieser Korrelationsmatrix konnten per Hauptkomponentenanalyse jetzt mehrere Faktoren extrahiert werden, die

inhaltlich das jeweils Gemeinsame der Indikatoren erfassen. Die sog. Faktorladungen einer jeden Variablen geben die Enge des Zusammenhangs zwischen den jeweiligen Indikatorvariablen und dem latenten gemeinsamen Merkmal (Komponente/Faktor) an. Wenn eine Faktorenanalyse mehrere substantielle Faktoren liefert, kann dies als Beleg dafür angesehen werden, dass die in die Analyse eingehenden Indikatoren kein eindimensionales Merkmal, sondern mehrere Faktoren erfassen, was im Sinne der Theoriebildung über das interessierende Merkmal im Sinne der Fragestellung aufschlussreich sein kann.

## Vergleich inhaltsanalytischer mit quantitativer Auswertung

Es soll versucht werden, einen ergebnisorientierten Vergleich zwischen beiden Methoden zu ziehen. Dies ist vor allem aus den Gründen schwierig, dass die Methodik der Datengewinnung unterschiedlich war.

Beide Daten-Auswertungen wurden unabhängig voneinander, im Abstand von ca. 1 Jahr, vorgenommen. Die faktorenanalytische Auswertung erfolgte zuerst, danach die inhaltsanalytische Auswertung. So entstanden auch die heuristischen Benennungen der Faktoren bzw. Kodierungen/Haupt-/Kernkategorien völlig unabhängig voneinander, was semantischen Abweichungen natürlich einen größeren Spielraum verschafft.

Beim interpretierenden Vergleich der beiden Vorgehensweisen ist auch deswegen Vorsicht geboten, weil per Inhaltsanalyse deutlich mehr Kodierungen gefunden wurden als Aussagen (*Items*) in den Fragebogen eingingen. Dies schafft für die inhaltsanalytische gewonnene Datensammlung natürlich eine deutlich größere Vielfalt (Varianz) an unterschiedlichen Kategorien möglicher hilfreicher Interventionen, damit verbundenen Empfindungen und avisierten Konsequenzen als im Skalierungsteil des Fragebogens.

Selbstverständlich muß bewußt bleiben, daß die Benennungen der Faktoren, Kategorien und Kodierungen heuristischer Natur sind, also einer gewissen Willkür unterworfen sind. Bei Replikationen dieser Studie könnten sie durchaus bedeutsame semantische Verschiebungen erfahren (wären also nicht ‚reliabel‘), was natürlich ganz besonders für die Auswertung mehrerer unabhängiger Beobachter zuträfe!

Dem nachfolgenden Vergleich liegen die **7-Komponenten-** und die **5-Komponenten Lösung** nur der ‚Interventionen‘ des Therapeuten, nicht auch der Empfindungen und Konsequenzen zugrunde.

### **7-Faktoren-Lösung (‚Interventionen des Therapeuten‘)**

Zunächst werden die Faktoren der 7-Komponenten-Lösung mit den Kategorien der Inhaltsanalyse verglichen. Die 6 ladungsstärkeren Faktoren spiegeln einen Teil des Kollektivs der inhaltsanalytischen gewonnenen Kodierungen wieder:

**Faktor I beschreibt die therapeutische Grundhaltung** (Empathie, Kongruenz, Raum zur Entfaltung) und findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien wieder (‚**Sicherheit gebendes Angebot**‘, ‚**Vertrauen bildendes und Partnerschaftliches Angebot**‘).

**Faktor II beschreibt den seinen Klienten ermutigenden, mit ihm neue Wege suchenden Therapeuten** (Angebot und Ermutigung zu Lösungssuche u. Perspektivenwechsel) und findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien ‚**Techniken des erfahrenen Therapeuten**‘, ‚**Anleitung zur Suche nach alternativen Sichtweisen und Lösungen in sensu**‘ wieder.

**Faktor III beschreibt die herausfordernde Haltung** des Therapeuten (Konfrontation, Therapeut ist aktiv, hartnäckig; Klient wird „am Ball gehalten“) und entspricht am ehesten der inhaltsanalytischen Kategorie **„Direktive Verhaltensregulation“** und **„Lenkung“**.

**Faktor IV beschreibt den Therapeuten als kompetenten Lehrer** (zeigt Kompetenz, verdeutlicht, regt an, strukturiert, zeigt Zusammenhänge auf und findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien **„Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt“** und **„Techniken des erfahrenen Therapeuten“** wieder.

**Faktor V beschreibt den Therapeuten als Coach** (aufmerksamer Begleiter und Wegweiser) und findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien **„Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt“** und **„Technik des erfahrenen Therapeuten“** wieder.

**Faktor VI beschreibt den Therapeuten als unvoreingenommen** (professionell, unvoreingenommen, gibt sicheren Raum zur Entfaltung) und findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien **„Sicherheit gebendes Angebot“** wieder.

**Faktor VII** wird mangels ‚Masse‘ von höher ladenden Items nicht interpretiert.

### **5 - Faktoren -Lösung (,Interventionen des Therapeuten‘)**

Als nächstes werden die Faktoren der 5- Faktoren -Lösung mit den Kategorien der Inhaltsanalyse verglichen. Alle 5 Faktoren spiegeln einen Teil des Kollektivs der inhaltsanalytischen gewonnenen Kodierungen wieder.

**Faktor I beschreibt die ,Techniken des erfahrenen Therapeuten‘** (Therapeut aktiv, strukturierend, Akzente setzend, zielorientiert, kompetent) und findet sich in der inhaltsanalytischen Kategorie **„Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt“** wieder.

**F II beschreibt einen empathischen Therapeuten, der seinem Klienten Raum zur Entfaltung gibt** (zeigt sich partnerschaftlich, wohlwollend) und findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien **„Väterliches Angebot“**, **„Stützendes Angebot“**, **„Partnerschaftliches Angebot“** und **„Vertrauen bildendes Angebot“** wieder.

**F III beschreibt einen ,zupackenden, fordernden, präsenten Therapeuten‘, der aber auch Kritik zulässt.** Dieser Faktor findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien **„Direktive Verhaltensregulation“**, **„Lenkung“** wieder.

**F IV beschreibt einen ,aktiven, strukturierenden (aufbauenden), ermutigenden, anregenden Therapeuten‘.** Dieser Faktor findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien **„Anleitung zur Suche nach alternativen Sichtweisen und Lösungen in sensu“**, **„In vivo-Erprobung neuer oder modifizierter Sichtweisen und Selbsterfahrung“** und **„Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt“** wieder.

**F V beschreibt einen Therapeuten, der dem Klienten auf dessen eigenen Weg als Begleiter zur Verfügung steht** (‚Lotse an Bord, Klient bleibt Kapitän‘, Therapeut unvoreingenommen, zeigt hohe Akzeptanz). Dieser Faktor findet sich in den inhaltsanalytischen Kategorien **„Partnerschaftliches Angebot“**, **„Anleitung zur Selbstexploration“**, **„Lenkung“** wieder.

#### **4 - Faktoren -Lösung (,Interventionen‘ + ,Empfindungen‘ + ,Konsequenzen‘)**

Zum Schluss werden die Faktoren der 4- Faktoren -Lösung des gesamten Fragebogens (Teile a,b,c ; 71 Items) mit den Kategorien der Inhaltsanalyse verglichen. 3 Faktoren spiegeln einen Teil des Kollektivs der inhaltsanalytischen gewonnenen Kodierungen wieder. Bei diesem Vergleich sollen lediglich die vermuteten Korrespondenzen zwischen den skalierten ,Empfindungen‘ des Klienten (HILF Teil b) und den skalierten avisierten ,Konsequenzen‘ (HILF Teil c) einerseits und den korrespondierenden inhaltsanalytischen Kategorien andererseits untersucht werden. Es zeigt sich, dass die im

**Faktor I ,Basisqualität therapeutischen Verhaltens: Der empathische Therapeut als Partner‘** abgebildeten Items 9, 13, 14, 19, 20, 29, 39, 30, 34, 40, 41, 45, 54 den Therapeuten als jemanden beschreiben, der großen Wert auf die Beziehungsgestaltung zum Klienten legt, ein förderliches, vertrauensvolles Umfeld schafft, authentisch, warm und offen ist, sich viel Zeit zum Zuhören nimmt und eine partnerschaftliche, wertschätzende Einstellung in die Beziehung zum Klienten mitbringt. Damit entspricht dieser Faktor sehr deutlich den Kategorien ,Angebot von Vertrauensbildung‘, von ,Empathie und Begleitung‘ sowie ,Stützung und Sicherheit‘ in der inhaltsanalytischen Hauptkategorie `Beziehungsgestaltung`.

**Faktor II ,Problemverständnis beim Klienten‘ / ,Erfahrung und Kompetenz des Therapeuten‘.** Die abgebildeten Items Nr. 50, 51, 53, 59 (aus der Skala ,Empfindungen‘) korrespondieren mit den inhaltsanalytischen Kategorien ,Akzeptanz erleben‘ und ,Bereitschaft, den Zugang zu den eigenen Gefühlen zu suchen‘ (Zu diesem Faktor gehören ebenfalls Items, die zum Bereich der Konsequenzen zählen.

**Faktor III ,Zielorientiertes therapeutisches Vorgehen‘.** Die abgebildeten Items Nr. 52, 56, 58, 60 (aus der Skala ,Empfindungen‘) korrespondieren mit den inhaltsanalytischen Kategorien ,Bereitschaft, den Zugang zu den eigenen Gefühlen zu suchen‘.

**Faktor IV ,Ermutigung und Selbstvertrauen‘.** Die abgebildeten Items Nr. 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71 (alle ausschließlich aus der Skala `Konsequenzen`) korrespondieren mit den inhaltsanalytischen Kategorien ,Veränderungsinvolviertheit /Aufbruch im Geiste‘, ,Selbstwertgewinn‘ und ,Aufbruch im Handeln‘ .

Im Vergleich mit der inhaltlichen Auswertung scheint mir aus den folgenden Gründen die 7-Komponentenanalyse besonders angemessen zu sein:

- **Über 50% der Gesamtvarianz** kann interpretiert werden,
- **6 von 7 Faktoren** lassen sich **gut unterscheiden**,
- Eine ausreichend hohe Zahl von Aussagen (Items) haben eine **Faktorladung von  $\geq 0,5$**  (entsprechend der 3-F-Lösung, deutlich mehr als in der 5-F-Lösung).
- **Im Vergleich der Kommunalitäten schneidet die 7-F-Lösung am besten ab.** (Die Kommunalität einer Variablen gibt an, in welchem Ausmaß diese Variable durch die Faktoren aufgeklärt bzw. erfasst wird. Bei einer vorgegebenen Faktorenzahl lässt sich erkennen, in wieweit die Items in den Faktoren enthalten sind. Eine Kommunalität kann maximal bei 1 liegen, je stärker sie davon abweicht, desto schlechter repräsentiert die gewählte faktorielle Lösung die Variable.)

### **Zusammenfassung und Interpretation des Vergleichs inhaltlicher (Kern-)Kategorien mit der faktorenanalytisch gewonnenen Faktorenstruktur:**

Die inhaltsanalytisch extrahierten *Kernkategorien* ‚**Empfindungen/emotionale Reaktion**‘ und ‚**kognitive Reaktion im Sinne einer Konsequenz**‘ auf hilfreiche Therapeuteninterventionen (als unmittelbare und Folgewirkung der Therapeutenintervention in der Wahrnehmung des Klienten) finden sich auch - eingeschränkt – in den faktorenanalytisch gewonnenen Kategorien wieder. Anders ausgedrückt: es macht also einen Sinn, in der Erfassung hilfreichen Therapeutenverhaltens auch nach den damit verknüpften Empfindungen und nach den avisierten Konsequenzen zu fragen. Die Aufteilung des quantitativen Teils des Fragebogens in die Unterteilungen a) ‚der Therapeut‘, b) ‚die Empfindungen‘ und c) ‚die Konsequenzen‘ bestätigt sich sowohl in der faktorenanalytischen als auch in der inhaltsanalytischen Auswertung als sinnvoll.

### **Diskussion dieses Untersuchungsteils**

“*Wise researchers will strive to balance the need for simplicity and control with a realistic respect for the complex integrity of the therapeutic process.*”  
(Orlinsky et al., 2003, S. 263)

Beim Einsatz des HILF als Selbstbeurteilungsverfahren müssen natürlich mögliche zu erwartende Fehlerquellen in Betracht gezogen werden. Es kann sich hier um

- Fehlerquellen aufgrund von Besonderheiten der Testkonstruktion handeln (z.B. uneindeutige Item-Formulierungen);
- Unwissentliche Fehler aufgrund von Erinnerungs-, Motivations-, Voreinstellungs- oder Selbstbeobachtungseinflüsse und -verzerrungen;
- Gezielte Verfälschungen (z.B. Bagatellisierung, Aggravation, Abwertung);
- Antworttendenzen, unbewusster Art (z.B. Acquieszenz)

Allerdings sind diese möglichen Fehlerquellen nicht gravierend genug, um auf den Einsatz derartiger Fragebögen verzichten zu müssen. Es geht in der Psychotherapieprozessforschung ja nicht um absolute ‚Wahrheiten‘, sondern um Tendenzen.

Die statistische Auswertung des Fragebogens HILF beantwortet die beiden w.o. formulierten Fragestellungen in der Weise, dass sie unterschiedliche Komponenten *hilfreichen Therapeutenverhaltens* belegt, die Verbindung dieser mit den *Empfindungen*, die der Klient dabei hat, und eine unabhängige Komponente von angestrebten *Konsequenzen* aufzeigt.

Sie zeigt auch, dass diese Komponenten inhaltlich das (inhaltsanalytisch ausgewertete) Kollektiv der ungebundenen Beschreibungen hilfreichen Therapeutenverhaltens im ersten Teil des HILF repräsentieren.

Sowohl in der 7-Faktoren- als auch der 5-Faktoren-Lösung der Interventionen des Therapeuten spiegelt sich die Bedeutung der auf Empathie gründenden Kommunikationen des Therapeuten wieder. Einfühlende, kongruente, partnerschaftliche und gewährende Kommunikation werden heute von allen Therapieschulen übergreifend als therapeutisch förderlich angesehen. Ich denke auch daran, diesen Faktor als die ‚Präsenz des Therapeuten‘ zu bezeichnen. Mit Zinker und Nevis (1994, S. 355), die schreiben: *“wenn wir über die Präsenz des Therapeuten sprechen, dann meinen wir, dass der Therapeut eine Dimension des Selbst kommuniziert, die jenseits verbaler Interventionen liegt.”*

Reflektierende Äußerungen des Therapeuten vor allem zu Beginn der Therapie führen dazu, dass sich der Klient verstanden fühlt, was in späteren Sitzungen zunehmend auch mit anderen Verhaltensweisen erreicht werden kann.

Weiterhin zeigt sich in den Ergebnissen, dass Unterstützung, Zuspruch, Bestätigung und positive Verstärkung als eine zentrale therapeutische Verhaltensklasse verstanden werden kann. Diese Art und Weise therapeutischer Interventionen wird insgesamt als positiv und hilfreich erlebt. „*Dieses Verhalten dient entweder der emotionalen Unterstützung oder der positiven Rückmeldung an den Klienten*“ (Schindler, 1991, S. 100). Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass ausformulierte Unterstützungen häufig nur einen relativ geringen Anteil einnehmen (3% – 10%), wohingegen minimale Unterstützungen einen merklich häufigeren Anteil in der Therapeutenkommunikation ausmachen, das sind kurze bestätigende Einwüfe oder Bemerkungen des Therapeuten (über 40%). Die Patienten reagieren auf Unterstützungen überzufällig häufig mit Änderungsvorschlägen und Einsichten.

Sehr uneinheitlich werden in der Literatur Forschungsergebnisse zu den mehr aktiven, strukturierenden, anleitenden und direktiven Interventionen des Therapeuten mitgeteilt. In einer Studie von Hill et.al.(1988) zeigte sich, das die Selbstexploration des Therapeuten auf einer von unabhängigen Beobachtern ausgefüllten Skala, die hilfreiches Therapeutenverhalten erfassen sollte, durchweg den höchsten Wert erhielt, obwohl dieses Verhalten nur sehr selten von den Therapeuten gezeigt wurde (0,8% aller Kodierungen). In meiner Untersuchung wurde diese Art der Intervention insgesamt nur sechs mal kodiert, was meiner Beobachtung nach darauf hinweist, dass Selbstöffnungen des Therapeuten nur in wenigen Fällen angebracht sind bzw. auch als hilfreich wahrgenommen werden.

Ein in den bisherigen und mir bekannten Stand der Forschung schwer integrierbares Ergebnis meiner Untersuchung sehe ich darin, dass Interventionen wie Herausforderung, zupackende, fordernde, aktive, strukturierende, direktive und lenkende Interventionen einen hohen Stellenwert bei meinen Klienten erhalten haben. Man könnte dies auch als Verhaltensweisen ansehen, die eher einem Lehrer zugeschrieben würden. Schindler (1991) berichtet, dass solche Interventionen, mit denen der Klient zu bestimmtem Verhalten während oder außerhalb der Sitzung motiviert werden soll, nur sehr selten auftreten würden (1 – 4%), während sich für informative Fragen ein deutlich höherer Anteil am Gesamtverhalten des Therapeuten zeigen würde (7 -18%). Der Klient reagiere überwiegend im Sinne einer Antwort mit Problembeschreibungen, wobei offene Fragen beim Klienten neue Einsichten hervorrufen könnten. Zu Erklärungen und Strukturierungen finden sich nach Schindler recht widersprüchliche Ergebnisse, ebenso hinsichtlich interpretativen und konfrontativen Interventionen. Eine Studie von Hill et al. (1988) machte deutlich, dass interpretative Interventionen von den Klienten als überdurchschnittlich hilfreich beurteilt werden und bei ihnen Perspektivenwechsel, Sich-Klar-Werden und Übernahme von Verantwortlichkeit einleiten.

### 7.3 Diskussion: Nutzen der Forschungsergebnisse

#### **Diskussion der Ergebnisse des qualitativen und quantitativen Teils, Einordnung in den theoretischen Zusammenhang und den bisherigen Forschungsstand, Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen**

Dieses Kapitel beschreibt zusammenfassend die Ergebnisse zu den drei Hauptfragestellungen (s.Kap.3) dieser Untersuchung:

- Was macht der Therapeut, wenn seine Interventionen als hilfreich erlebt werden?
- Wie vermittelt der Therapeut seine Interventionen?
- Lassen sich wesentliche Therapeuteninterventionen als Wirkfaktoren in einem Fragebogen abbilden?

In den folgenden Unterkapiteln soll der Forschungsbefund so aufbereitet werden, dass er für den weiteren Forschungsgebrauch anderer Forscher transparent und nachvollziehbar wird. Im ersten Unterkapitel (Kap. 7.3.1) stelle ich zunächst in geraffter Form Überlegungen von Buchholz (2006a) vor, die den von mir untersuchten situativen Wirkmoment als *Gegenwartsmoment* beschreiben. Dieser ist nach Stern (2005) als ein höchst fruchtbarer Moment therapeutischen Wirkens zu verstehen, indem "alles oder nichts" beim Klienten wirksam werden kann. Ich hoffe, dass ich damit sowohl auf die Möglichkeiten als auch auf die Grenzen der Erforschung von therapeutischen Wirkmomenten und damit der Begrenzung des Ansatzes meiner Studie aufmerksam machen kann, da jegliche hilfreichen intervenierenden therapeutischen Strategien letztlich nur im heuristischen Gebrauch wirksam werden können.

Im zweiten Unterkapitel soll versucht werden, meine Befunde in den mir bekannten Stand der Forschung einzufügen. Im dritten Unterkapitel sollen in komprimierter Form die wichtigsten Ergebnisse aus qualitativer und quantitativer Auswertung des HILF resümiert und ihre Bedeutung für die Erfassung hilfreicher Therapeuteninterventionen im Sinne von therapeutischen Wirkfaktoren dargestellt werden. Im vierten Unterkapitel, der Schlußbetrachtung, soll die Bedeutung der Ergebnisse dieses Untersuchungsteils für meine Fragestellungen ausgeleuchtet werden.

#### **7.3.1 Die therapeutische Intervention als Momentaufnahme (Gegenwartsmoment, *Kairos*). Überlegungen zu den Grenzen ihrer wissenschaftlichen Verwertung im Sinne einer verallgemeinerungsfähigen Handlungsanweisung.**

Buchholz (2006a, S. 446) schreibt:

*„der Therapeut überlebt nur wenn er zugleich immer auch Patient ist, wenn er also bei sich etwas findet, das dem nachkommt, wovon sein Patient spricht, etwas das er versteht und kennt und dessen Andersheit er dennoch annehmen kann.“*

Mit meiner Studie wollte ich etwas von dem in Erfahrung bringen, was in den Köpfen meiner Klienten vorging, und deswegen wollte ich mich nicht mit ihren Einschätzungen etwa auf den Skalen meines Fragebogens zufrieden geben, sondern auch erfahren, was eine Therapeutenintervention für sie ‚ganz persönlich‘ (und mit ihren eigenen Worten) bedeutet und wie ihre Reaktionen darauf, wie auch immer motiviert, in ihre Vorstellung von sich selbst als menschlichen Wesen in dieser Welt passen. Und damit bin ich bei den ‚persönlichen‘ Konstrukten

meiner Klienten. Ich machte mir also zunutze, daß viele Menschen neugierig sind, etwas über sich selbst herauszufinden, wenn man ihnen Gelegenheit dazu gibt und sie dazu ermuntert. Natürlich hängt das, was sie über sich herausfinden können und wollen, von dem Rahmen ab, in dem ihr Erkenntnisprozess geleitet, gefördert (und auch blockiert) wird. Dieser Rahmen wird auch vom Therapeuten mitbestimmt. Alle Therapeuten entwickeln unabhängig von ihren theoretischen Überzeugungen und ihren bewährten Behandlungsinstrumenten, derer sie sich bedienen, mit jedem ihrer Klienten eine charakteristische Form der Zusammenarbeit und damit einen für den Therapeuten und die Dyade einzigartigen Kommunikationsstil. Dies bedeutet natürlich auch, dass die hier vorgestellten Faktoren hilfreicher Therapeuteninterventionen grundsätzlich nicht auf alle Therapeuten und Therapiesituationen generalisierbar sein können. Ich bin somit auch der Ansicht, dass sich spezifische Wirkfaktoren therapeutischen Intervenierens deshalb auch nicht trainieren lassen. Lediglich - und das ist schon sehr viel - ließe sich eine Richtung angeben, in der Therapeuten sich optimieren könnten, wenn sie darauf achten wollten, was ihre Klienten als hilfreich ansehen.

Die Erfassung dessen, was Klienten im therapeutischen Prozess in unmittelbaren Momenten als hilfreich erleben, kann bedauerlicherweise nicht in demselben Moment geschehen, indem sich die Klienten zum ersten Mal sich ihrer korrespondierenden Eindrücke bewusst werden, sondern erst in einer nachträglichen, zeitlich verzögerten Bearbeitung (eine Revision post factum nach Stern, 2005). Diese Erfahrung muss außerdem in Sprache transponiert werden, eine Transformation und sprachliche Rekonstruktion des Erlebnisprozesses durch Verbalisierung. Dadurch wird das Erlebnis und Verständnis des eigentlichen Vorgangs in nicht kontrollierbarer Weise verändert.

Für die folgende Darstellung möchte ich kurz einige Begriffe (nach Stern, 2005) einführen.

Als einen *Gegenwartsmoment* lässt sich die Zeitspanne (zwischen 1-10 Sekunden, durchschnittlich 3-4 Sekunden) bezeichnen, in der sich psychische Prozesse aus sehr kleinen Wahrnehmungseinheiten zu kleinsten globalen Einheiten (zu einer Gestalt) verbinden, die im Kontext einer Beziehung eine Bedeutung erhalten. Subjektiv gesehen sind sie das, was wir als fortlaufendes ‚Jetzt‘ erleben. Sie ist damit also ein bewusstes Phänomen, wenn auch nicht unbedingt reflexiv bewusst.

Ein *Begegnungsmoment* ist im Zusammenhang dieser Studie ein Gegenwartsmoment zwischen Therapeut und Klient, der die durch einen *Jetzt-Moment* herbeigeführte (produktive) Krise potentiell löst. Er verlangt eine Reaktion auf die Krise, muss ihr gerecht werden. Aus diesem Grunde kann der Begegnungsmoment keine allgemeine technische Intervention des Therapeuten sein, sondern muss sich durch ein spezifisches, authentisches Verhalten verwirklichen, das ganz besonders diesem Therapeuten eigen ist. Beide Seiten teilen ihre affektiven Erfahrungen des Augenblicks und erweitern somit ihre Intersubjektivität, so dass sich die von beiden Seiten wahrgenommene Beziehung im Vergleich zu der vor dem Begegnungsmoment unvorhergesehen verändert. Diese Veränderung des intersubjektiven Feldes kann auf der nonverbalen Ebene bleiben und dennoch dauerhaft wirksam bleiben.

Ein *Jetzt-Moment* ist ein hochaffektiver Moment in der Sitzung, da er sowohl die Beziehung und die gewohnte Art des Miteinander zwischen Klient und Therapeut als auch den gewohnten Rahmen und die üblichen Regeln der Zusammenarbeit unerwartet infrage stellt. (Stern, 2005, S. 174):

„Ein *Jetzt-Moment* heißt *Jetzt-Moment*, weil ganz akutes das Gefühl auftaucht, dass das bestehende intersubjektive Feld bedroht ist, dass eine wichtige Veränderung (zum Gu-



*ten oder Schlechten) in der Beziehung möglich ist und dass deren bisherige Charakter zur Neuverhandlung auf dem Tisch liegt. Diese Erkenntnisse (die zumeist gefühlsmäßig wahrgenommen, aber nicht ausgesprochen werden) bewirken eine starke affektive Aufladung der dyadischen Atmosphäre. Der Therapeut fühlt sich entwaffnet, und die Angst wächst, weil er wirklich nicht weiß, was er tun soll“*

Er ist damit ein *Gegenwartsmoment*, der sich im therapeutischen Prozess unvermutet als emergente Eigenschaft vorangehender Interaktionsprozesse einstellt. Die konstruktive Lösung kann sich als Begegnungsmoment oder als (eher distanzierte) Deutung einstellen.

Weiter schreibt Stern (2005, S. 175):

*„Es handelt sich dann um eine Art Neubewertung, die sich auch als konzeptuelle Revision [impliziten Wissens] bezeichnen ließe. Verloren gehen dabei die meisten Gegenwartsmomente, die den Rahmen eines intersubjektiven Kontakts konstituieren: Blickkontakt, ein bestimmter Gesichtsausdruck, Veränderung von Körperhaltung, Atmung, Tonfall, Lautstärke oder Festigkeit der Stimme. Es sollte nicht vergessen werden, dass die gesamte paralinguistische Formgebung gesprochener Laute auf motorischen Akten beruht, die von einem Zuhörer, der an der vokalen propriozeptiven Erfahrung des Sprechers teilhat, wahrgenommen werden.“*

Stern (2005, S. 182):

*„In Begegnungsmomenten vollziehen sich zentrale Erfahrungen, die in einer Psychotherapie verändernd wirken, [...] wenn die beiden Psychen, die etwas zusammen machen, jene partielle Durchlässigkeit aufweisen, die die Intersubjektivität fördert; wenn die Erfahrung der Auf-den-Anderen-konzentrierten-Beteiligung aus dieser Intersubjektivität hervorgeht; wenn der Gegenwartsmoment des Zusammen-Etwas-Machens affektiv aufgeladen ist und ein besonders starker Kairos ist, so dass er sich aus den übrigen Schritten und Gegenwartsmomenten hervorhebt; wenn das, was zusammen gemacht wird, während einer Zeitreise erfolgt, auf der Vitalitätsaffekte die Dauer eines Gegenwartsmomentes ausfüllen. Wenn all diese Bedingungen erfüllt sind, vollzieht sich ein Schlüsselereignis, das [sogar] ein ganzes Leben verändern kann.“*

Ich habe im einleitenden Teil meiner Arbeit vom *Kairos* gesprochen, den

*„Jetzt-Moment, ein Gegenwartsmoment, der plötzlich auftaucht und überaus gewichtige unmittelbare Konsequenzen mit sich bringt [...] er ist aufgeladen durch Gegenwärtigkeit und durch die Notwendigkeit zu handeln.“ (Stern, 2005, S. 159)*

Kairoi können als neue *“Zustände“* in der Transformation von Erlebtem zu Erkenntnis verstanden werden.

*„Etwas Neues stellt sich ein, ‚Unruhe‘ macht sich bemerkbar, und damit einhergehend wächst die emotionale Intensität. Diese Situation taucht unerwartet auf und erfordert, dass etwas getan wird (wobei es auch die Option gibt, nichts zu tun). Ein Zusammentreffen solcher Elemente führt zum Auftauchen von Jetztmomenten und Begegnungsmomenten.“ (Stern, 2005, S. 173)*

Eine Therapiesitzung konstituiert sich aus Sequenzen von Gegenwartsmomenten, die dem beiderseitigen Ziel dienen, einen interpersonalen Kontakt herzustellen und damit das gemeinsame intersubjektive Feld zu erweitern. Während sich fortlaufend Gegenwartsmomente mit-

einander verbinden, kann sich auf diesem Wege eine neue Art des Mit-dem-Anderen-Zusammenseins entwickeln. Beide Beteiligte werden sich dieser neuen Erfahrungen gewahr, was nicht bedeuten muss, dass sie ihnen auch (auf der begrifflichen Ebene) bewusst werden. Die dadurch auftretenden Transformationen des Erlebens und Erkennens verändern das Spektrum impliziten Wissens beider Beteiligten. Sie dauern zwar jeweils nur einige Sekunden, verbinden sich aber im Laufe des therapeutischen Prozesses zu einer Gestalt und erklären vermutlich den größeren Teil der therapeutischen Wirksamkeit in einem sich allmählich, progressiv und unauffällig vollziehenden abwickelnden Therapieprozess.

Auf dem Boden dieser Entwicklungsschritte können an bestimmten Punkten des therapeutischen Prozesses besondere *Jetzt-Momente* wirksam werden. Unvorhergesehen und unbewusst tauchen bisher noch covert wirkende Stränge therapeutischer Interaktion im Bewusstsein des Klienten auf und stellen das bis dahin unausgesprochen akzeptierte intersubjektive Feld infrage; dies sind die *Kairoi*, die die geballte Interventionsfähigkeit des Therapeuten herausfordern und den Erlebens- und Erkenntnisprozess des Klienten auf eine neue Ebene heben können. Dies setzt voraus, dass der Therapeut stets seine Aufmerksamkeit sowohl auf den expliziten verbalen Inhalt als auch gleichzeitig auf die implizite Wahrnehmung dessen richtet, was der Klient nonverbal mitteilt. So kann eine zunächst unspektakulär erscheinende implizite Verhaltensweise ebenso zu einer erfolgreichen Intervention führen wie eine Verbalisierung bzw. Explikation impliziter Erlebnisinhalte (Stern, 2005).

Ich hatte in der Konzeption meiner Studie angenommen, dass eine hilfreiche Therapeuten-Intervention vor allem solche Gegenwartsmomente implizieren würde. Viele der Klientenbeschreibungen scheinen diesen *Kairos* auch wiederzugeben, aber eben *scheinen*, weil ich ja nicht sicher sein kann, welche Revisionen oder Rekonstruktionen des eigentlichen Erlebnisprozesses zwischen dem Gegenwartsmoment und der Niederschrift inzwischen stattgefunden haben. Ein Großteil der niedergeschriebenen hilfreichen Therapeutenäußerungen dürften allerdings Verdichtungen aus einer Reihe von Erfahrungen typischer Interventionsmomente sein, die sich den Klienten als markante, mit positiven Empfindungen besetzten Therapeutenaktionen eingeprägt haben.

(Stern, 2005, S. 172) beschreibt fünf unterschiedliche Entwicklungen des therapeutischen Prozesses („Vorangehens“):

*„(1) der Prozess führt zu plötzlichen, dramatischen therapeutischen Veränderungen; (2) er zieht negative therapeutische Konsequenzen nach sich, weil Gelegenheiten zur Veränderung verpasst wurden; (3) er mündet in progressive implizite Veränderungen der therapeutischen Beziehung ein, die erwünschte Veränderungen unterstützen; (4) er bereitet den Weg für neue Untersuchungen des expliziten Materials; (5) er bereitet den Weg für Deutungen.“*

Erfolgreiche Therapien sind also nicht über Interventionsmanuale zu ‚gewinnen‘. Vielmehr basieren sie auf den Gestaltungskompetenzen, mit denen sich der Therapeut anpassungsfähig auf die Wahrnehmung und Interpretation der jeweiligen Therapiesituation einstellen kann. Jede Form von Psychotherapie basiert auf unspezifischen Wirkfaktoren, die am gesamten therapeutischen Prozess mit unterschiedlichen Anteilen beteiligt sind, zusammenwirken und gemeinsam für den Therapieprozess verantwortlich sind. Meine Studie zeigt auf, dass es die Aufgabe des Psychotherapeuten ist, diesen Prozess zu unterstützen, indem er dem Klienten hilft, zu erkennen, wie er gegenwärtig funktioniert. Er zeigt ihm, wie er seine Kompetenzen erweitern kann, damit er trotz seiner Angst seine verdrängten bzw. blockierenden Emotionen durcharbeiten kann. Da der Therapeut nicht in die Psyche seines Klienten blicken kann und

daher auch nicht weiß, was dieser im Moment verarbeiten und umsetzen kann, muss er sich damit begnügen, dem System Klient Anregungen für akkomodative Prozesse zu geben. Selbstverständlich wünscht sich der Klient, um Schmerzen zu vermeiden, am liebsten ein komplementäres Verhalten des Therapeuten; dieser soll ihn z. B. verstehend trösten, wenn er ausführlich über sein Schicksal klagen möchte. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, sich in den Interaktionen und in seinen Interventionen im richtigen Moment gerade *nicht* komplementär zu verhalten und damit die hilfreichen Interventionen der Vereinnahmung durch den Klienten zu entziehen. So können die Klienten korrigierende, ihre Autonomie fördernde Erfahrungen machen, die Veränderungsprozesse entscheidend anstoßen können. Dies funktioniert nur, wenn der Therapeut sein Verhalten ständig neu kalibriert und seine Interventionen auf dem Boden des gegenwärtigen Verständnisses für die Situation des Klienten entsprechend gestaltet. Dieses Vorgehen erfordert flexible *heuristische Strategien*. Ich gehe davon aus, dass heutzutage fast alle Therapeuten heuristisch arbeiten. Dieses Arbeiten entspricht den Erfordernissen des komplexen psychodynamischen Prozesses im Rahmen einer Psychotherapie, solange es auf einem Modell der psychischen Funktionen der Klienten gründet. Es muss beständig neu evaluiert werden und dient vor allem dazu, sich in der jeweiligen Therapiesituation zurecht zu finden. Die Konzepte der Therapieschulen mit ihren Methodiken können als Basis für die Interventionsalternativen von Therapeuten genutzt werden. Dieser Konzepte werden sich Therapeuten bedienen, um sie auf dem Boden ihrer Berufserfahrung in Verbindung mit den allgemein wirksamen Faktoren den jeweiligen Erfordernisse des therapeutischen Prozesses angemessen anzupassen.

Aber wir dürfen davon ausgehen - und dafür scheinen die Ergebnisse meiner Untersuchung zu sprechen - dass wir als Therapeuten den Therapieprozess dann besonders konstruktiv beeinflussen, wenn es uns gelingt, im richtigen Moment, im richtigen Zusammenhang, die richtige Interventionen wirksam werden zu lassen. Dies sind die besonderen (spezifischen) Wirkmomente von ausgewählten Therapeuteninterventionen. Die Intuition des Therapeuten scheint mir eine ganz wichtige Rolle in der Entwicklung einer heuristischen Vorgehensweise und dem jeweiligen konkreten Vorgehen zu spielen.

Meine in ihren wesentlichen Teilen qualitativ angelegte Arbeit ist im Sinne eines heuristischen Forschungsgedankens als ein erprobender und suchender Prozess zu betrachten. Für die Gültigkeit der mittels dieser Forschung gefundenen Antworten oder Aussagen gelten andere Kriterien als in der quantitativen Forschung. So ist die Validierung meist eine subjektive, da nur der Forscher in der Lage ist, sich Rechenschaft über ein sorgfältiges Vorgehen ablegen zu können. Ich zitiere hierzu Moustakas (1990, S. 33) der hier für die heuristische Vorgehensweise spricht:

*"The heuristic researcher returns again and again to the data to check the depictions of the experience to determine whether the qualities or constituents that have been derived from the data embrace the necessary and sufficient meanings. The heuristic researchers' constant appraisal of 'significance' and 'checking and judging' facilitate the process of achieving a valid depiction of the experience being investigated. They enable the researcher to achieve repeated verification that the explication of the phenomenon and the creative synthesis of essences and meanings actually portray the phenomenon investigated. [...] The synthesis of essences and meanings inherent in any human experience is a reflection and outcome of the researcher's pursuit of knowledge. What is presented as truth and what is removed as implausible or idiosyncratic ultimately can be accredited only on the grounds of personal knowledge and judgment"*

Moustakas (1990, S. 39) stellt die quantitative (er nennt sie *phänomenologische* Forschung) der heuristischen Forschung gegenüber:

*“(1)Whereas phenomenology encourages a kind of detachment from the phenomenon being investigated, heuristic emphasizes connectedness and relationship.(2)Whereas phenomenology permits the researcher to conclude with definite descriptions of the structures of experience, heuristic leads to depictions of essential meanings and portrayal of the intrigue and personal significance that imbue the search to know.(3)Whereas phenomenological research generally concludes with the presentation of the distilled structures of experience, heuristics may involve reintegration of derived knowledge that itself is an act of creative discovery, a synthesis that includes intuition and tacit understanding.(4)Whereas phenomenology loses the persons in the process of descriptive analysis, in heuristics the research participants remain visible in the examination of the data and continue to be portrayed as whole persons. Phenomenology ends with the essence of experience; heuristics retains the essence of the person in experience.”*

Für die Therapeuten bedeutet das, dass sie ihr Verständnis für die sich in stets neuen Ordnungsprozessen organisierenden Interaktionen beständig weiter entwickeln müssen. Das angemessene Therapeutenverhalten ist dabei mehrfach bestimmt; der Therapeut muss im Prozess der Konstruktion seiner nächsten Interventionen möglichst viele relevante Faktoren gleichzeitig berücksichtigen. Dabei versucht der Therapeut, die Veränderungen von Schemata zu fördern da, wo sie den therapeutischen Prozess am erfolgreichsten unterstützen können.

Auch die hier vorliegenden Forschungsergebnisse können nur eingeschränkt die anfangs aufgeworfenen Fragen erhellen, deswegen, weil Forschungsansatz und Forschungsmethodik auf vielfältigen fraglichen Vorannahmen beruhen und nur eine der möglichen w.o. beschriebenen experimentellen Variationen der Herangehensweise umsetzen. Aber immerhin können sie dazu beitragen, sich mit einer neuen Sichtweise auseinander zu setzen und bisheriges klinisches ‚Wissen‘ aus anderer Perspektive zu beleuchten. Alle psychotherapeutische Intervention ist ein einmaliges Experiment: es gibt Interaktionen, Einschätzung des Prozesses, Annahmen über das, was wirksam sein könnte, es gibt ein Arbeitsbündnis, Empathie, vertieftes Verständnis, Widerstand, Klienten(un)zufriedenheit, um nur einige der kaum kontrollierbaren Variablen zu nennen. Die Forschung, wie die hier vorliegende, ist lediglich eine systematisierte Form von Experiment.

Auch die Auswahl der folgenden ‚eingebauten‘ methodischen Schwächen (siehe hierzu Aveline, Strauss & Stiles, 2005) relativieren die Aussagen zusätzlich, die aus einer Untersuchung wie dieser getroffen werden können:

**Reduktionismus:** die Essenz der natürlichen Komplexität menschlicher Probleme wird in problematischer Weise reduziert durch die pragmatischen Erfordernisse eines Forschungsansatzes. So geht unter der Lupe des Micro-Focusses der Blick auf das Ganze verloren.

**Problem der Repräsentativität:** sowohl zur Kontrolle der Variablen als auch wegen der eingeschränkten Möglichkeiten, die interessierende Merkmale zu erfassen, müssen z. B. im Hinblick auf die Erfassung der Kompetenz des Therapeuten methodische Einschränkungen getroffen werden, die die Komplexität des Geschehens so weit vereinfachen, dass nicht repräsentative Befunde mit fraglicher Generalisierbarkeit resultieren.

**Kontext:** die vorliegenden Daten erfassen nur eine momentane Sequenz, die z.B. die Intervention des Therapeuten in nur einem bestimmten Moment widerspiegelt.

**Missverständnis:** was untersucht wird, soll auch von Bedeutung sein.

**Falsch positiv:** die gewählte Methodik könnte das Risiko bergen, das von außen fokussierte Geschehen für das relevante zu halten, während man es, von innen, aus der Sicht des Beteiligten, betrachtet, mit einem gänzlich subjektiven und idiosynkratischem Geschehen zu tun hat. Dazu passt das nachfolgende Zitat von Orlinsky (2006, S. 5):

*“Thus when researchers seek to assess the (hopefully positive but sometimes negative) impact of psychotherapy on patients, they routinely focus their observations on componential individuals abstracted from life-contexts, and on the constituent components of individuals toward which therapeutic treatments are targeted—symptomatic disorders and pathological character traits. They do not generally assess individuals as essentially embedded in sociocultural, economic-political and developmental life-contexts. A componential view of psychotherapy and of the individuals who engage in it is implicit in the dominant research paradigm, and produces a comforting sense of cognitive control for researchers—but does it do justice to the realities we seek to study or does it distort them?”*

Diese Informationen gehen bedauerlicherweise in einer retrospektiven *Post*-Erhebung (nach den jeweiligen Therapeuteninterventionen) verloren. Sie in *statu nascendi* zu erheben und auszuwerten, sollte weiteren Untersuchungen überlassen bleiben. So läßt sich z.B. mit dem MRT nachweisen, wie das Gehirn reagiert, wenn es gerade neue Erfahrungen macht: der nucleus accumbens im limbische System aktiviert als eine Art Belohnungszentrum dopaminproduzierende Zellen, was als eine Art ‚Vorfreude‘ auf den zu erwartenden Lustgewinn (‚Aha-Erlebnis‘) zu interpretieren wäre.

Es wird hier in der Interpretation der Daten auch keinesfalls übersehen, dass das nachträgliche Protokollieren einer hilfreichen Intervention durch den Klienten verständlicherweise starken subjektiven Einflüssen und Gedächtnisfehlern und - wie in dieser Arbeit schon an anderer Stelle aufgezeigt - auch verzerrenden Antworttendenzen z.B. im Sinne einer Aquieszenz unterliegen kann. Auch ist zu berücksichtigen, daß die Klienten die offene Frage nach hilfreichen Interventionen sehr unterschiedlich beantwortet haben bzw. in sehr unterschiedlicher Weise in der Lage waren, sie zu beantworten. Einige wenige konnten oder wollten gar keine Antwort geben, anderen wiederum fiel es offensichtlich schwer, das Wahrgenommene oder Erlebte angemessen zu beschreiben und entsprechend schwierig war es, ihre Formulierungen zutreffend zu kategorisieren. Es gab jedoch auch eine ganze Reihe von Klienten, die sowohl mehrere Fragebögen in nachfolgenden Sitzungen ausfüllten als auch ausführlich antworteten. Dies könnte möglicherweise zur Folge haben, dass es in den aufeinander folgenden Fragebögen bei ein und demselben Klienten ähnliche Antworttendenzen gegeben haben mag, und dies wiederum könnte (bei allerdings ganz wenigen Kodes) dazu geführt haben, dass die unter einem Kode subsummierten Kodierungen überwiegend oder zu einem Teil von nur einem Klienten stammen würden. Mit anderen Worten: Hätte es diesen Klienten nicht gegeben, wäre möglicherweise die Kodierung oder gar der Kode gar nicht entstanden. Die vorgenannten seltenen ‚Tendenzfehler‘ dürfen als Zufallsfehler behandelt werden, die lediglich durch wiederholte Studien mit dem Ziel eines größeren Versuchspersonenpools ausgeglichen werden könnten. Die von mir hier so apostrophierten Tendenzfehler könnten allerdings auch Gegenstand neugieriger Forschung sein: mithilfe des *Q-Sort*-Verfahrens ließen sich Klienten-Merkmalstypen erfassen (die sich jeweils voneinander hinsichtlich der Einschätzung hilfreicher Therapeutenintervention unterscheiden).

Trotz dieser o.g. methodischen Einschränkungen gehe ich davon aus, dass die hier dargestellten Untersuchungsergebnisse wissenschaftlich interpretierbar sind und in ihrer Aussagekraft zumindest weiteren Forschungsvorhaben dienlich sein können.

**7.3.2 Methodische Überlegungen zur Einbettung des Forschungsbefunden ‚hilfreiche Therapeutenintervention‘ in ein theoretisches Konzept.** Vergleich beider Datengewinnungsprozeduren (qualitative und quantitative Ergebnisse) mit anderen Forschungsergebnissen.

### 1. Wirkfaktoren und Therapieerfolg.

Da, wie weiter oben dargestellt, unspezifische Wirkfaktoren wichtig für den Erfolg einer therapeutischen Behandlung sind, geht es in der Prozess-Wirksamkeitsforschung darum, dass Erklärungen gefunden werden, die schulenübergreifend zu einer allgemeinen Theorie der Psychotherapie formuliert werden können. Eine solche Erklärung kann keine konkrete Aussage über Therapeuten- und Klientenmerkmale treffen, auch nicht über deren Beziehungsstrukturen, zumal es unterschiedliche Formen von Beziehungsgestaltung geben muss, die für unterschiedliche Arten von Klienten angemessen sind. Daher ist es erforderlich, eine hinreichend weit gefasste Psychotherapetheorie zu formulieren, die solche Phänomene berücksichtigt. Erfolgreiche Therapien bedürfen vermutlich flexiblere Formen von Interventionen seitens des Therapeuten, die sich auf den jeweiligen Klienten und die jeweilige Therapiesituation einstellen müssen.

Bevor ich meine eigenen Ergebnisse würdige, möchte ich noch eine **kurze Auswahl einiger ausgewählter Forschungsergebnisse** aus der entsprechenden Literatur voranstellen:

Nach Lambert (1992) lässt sich die Wirkung von Psychotherapie zu 40% auf der Klienten selbst, zu 30% auf die Beziehung zwischen Klient und Therapeut, zu 15% auf die eingesetzte Technik und zu weiteren 15% auf einen Faktor zurückführen, der als Placebo, Hoffnung und Erwartung umschrieben wird.

Ein wichtiger Faktor scheint der Einfluss der therapeutischen Beziehung zu sein, der mit am häufigsten untersucht worden ist. Die umfassende Qualität der Beziehung weist einen robusten Zusammenhang mit dem Therapieergebnis auf, unabhängig davon, wie gemessen wurde oder zu welchem Zeitpunkt und aus welcher Perspektive die Beziehung erfasst wird. Die Höhe des Zusammenhangs scheint jedoch deutlich geringer zu sein als von Lambert angenommen. Sie schwankt zwischen 7% Varianzaufklärung nach der Meta-Analyse von 24 Studien durch Horvath und Symonds (1991) und 17% Varianzaufklärung nach der Meta-Analyse von 28 Studien zwischen 1990 und 2000 von Beutler et al. (2003, S. 282). Beutler et al. schließen aus ihrem Überblick zu Therapeutenvariablen, dass sowohl die theoretische Orientierung als auch die therapeutische Beziehung jeweils zuverlässig 10% der Varianz des Therapieergebnisses aufklären. Um eine größere Varianzaufklärung zu erzielen, plädieren sie für eine insgesamt integrativere Betrachtungsweise von therapeutischen Prozeduren, Beziehungsaspekten sowie Klienten- und Therapeutenvariablen.

Shilts, Rambo und Hernandez (1997) berichten, was Klienten auf die Frage zu hilfreichen Therapeutenverhalten angaben: an erster Stelle stand die Antwort (54,4%), dass sie „unterstützt und bestätigt“ worden wären, gefolgt von den „nützlichen Rückmeldungen“ (35,1%). An dritter Stelle der Antworten wurde der „Fokus auf positive und nützliche Ziele“ erwähnt (33,3%). Danach wurden die „Möglichkeit zu sprechen“ (26,3%) sowie „gute Fragen, die halfen nachzudenken“ (26,3%) genannt.

Grencavage und Norcross (1990) untersuchten 50 Publikationen zwischen 1936-1989 hinsichtlich allgemeiner Therapiefaktoren und kamen zu folgendem Ergebnis: 6 % der von ihnen gefundenen Faktoren führen sie auf Charakteristika der Klienten, 41 % auf Veränderungsprozesse, 17 % auf die Art der Behandlung, 15 % auf Beziehungsaspekte und 21 % auf die Therapeutenqualitäten zurück.

Lambert und Bergin (1994) teilten die von ihnen aus verschiedenen Untersuchungen herauskristallisierten allgemeinen Wirkfaktoren, soweit sie mit Therapieerfolg korreliert sind, auf in

- **unterstützende Faktoren** (wie z. B. Katharsis, Identifikation mit dem Therapeuten, positive Beziehung, Selbstvergewisserung, Entspannung, Therapeutenkompetenz, Vertrauen u. a.)
- **Lern-Faktoren** (wie z. B. Ratschlag, Erfahrung mit Gefühlen, Exploration des inneren Bezugsrahmens, Feedback, Einsicht, Veränderung der Erwartungshaltung bezüglich der eigenen Effektivität) und
- **Handlungs-Faktoren** (u.a. Ermutigung zur Konfrontation mit Furchtobjekten, Risiken eingehen, Übung, Realitätserprobung, Durcharbeiten)

Nach Grawe (1998) zeigen erfolgreiche Therapeuten überwiegend

- Verständnis und Bestätigung
- Anleitung und Unterstützung
- Führung und Kontrolle

und nach Luborsky et al. (1985) scheinen drei Qualitäten generell Psychotherapieerfolg voraussagen zu können: gut funktionierende Arbeitsbeziehung (overall adjustment), Fähigkeit/Kompetenz (skill) und ein Interesse daran, dem Klienten helfen zu wollen. Der Zusammenhang zwischen dem therapeutischen Arbeitsbündnis und dem Therapieergebnis bleibt sowohl über verschiedene therapeutische Interventionstechniken als auch Diagnosen hin bestehen. Die Einschätzungen hinsichtlich des Arbeitsbündnisses durch Klienten einerseits und Therapeuten andererseits scheinen konstant zu sein, aber wenn Unterschiede gefunden werden, dann taugen die Einschätzungen der Klienten als bessere Prädiktoren für Therapieerfolg als die der Therapeuten (Horvath & Symonds, 1991)

Im Gegensatz zu dem monadischen Therapieverständnis Ideologie-geleiteter Therapieschulen sprechen diese Hinweise eher für ein eklektisches Vorgehen, worunter ich einen empirischen Behandlungsansatz verstehe, der Einstellungs- und Verhaltensänderung unter spezifischen Therapiegegebenheiten anstrebt. Dieses Vorgehen würde nicht primär den Anforderungen von Modellvorstellungen entsprechen bzw. von ihnen abgeleitet sein.

Ohne Überzeugung hinsichtlich der Wirkungsweise des eingeschlagenen Weges auf beiden Seiten (Klient - Therapeut) und eine gut funktionierende Arbeitsbeziehung kann ohnehin eine Therapie nicht fruchtbar werden. Wichtiger ist es für den erfahrenen Therapeuten, auf jeden Fall, danach zu schauen, w a s für ein Klient vor ihm sitzt als darauf, welche Störung dieser Klient in die Therapie mit bringt. Im Laufe seiner Berufserfahrung wird der Therapeut seine eigene Passung zu dem Arbeitsstil entwickelt haben, mit dem er dem jeweiligen Klienten am ehesten gerecht zu werden meint. Auf jeden Fall entscheiden die Klienten darüber, was ihnen gut tut.

Die Diskussion über die richtige ‚Psychotherapie‘, einhergehend mit dem Streit über die ‚richtige‘ Forschungsweise, ist eng verbunden mit einem vorwissenschaftlichen, individuellen Menschenbild und Ethos des Therapeuten, der sich zu dieser besonderen Aufgabe entschließt, einem anderen Menschen dabei zu helfen, sich aus seinen Verstrickungen, Ängsten und Konflikten zu befreien. Ich halte es für besonders bedeutsam, die Voraussetzung explizit festzuhalten, dass es ganz gewiss kein Wert- und interessenfreies Engagement im Rahmen einer Psychotherapie geben kann und sollte. In diesem Sinne möchte ich auch die nachfolgende Ergebnisdarstellung meiner Untersuchung verstanden wissen.

## 2. Therapeuteninterventionen und Klienteneinschätzungen.

Der Einsatz des Fragebogens HILF sollte deutlich machen, dass und wie der Therapeut über das Mittel kommunikativer Therapeuteninterventionen auf die internen Selbstregulationssysteme des Klienten gezielt und systematisch Einfluss nimmt.

Die Art der Datenerhebung begrenzte das inhaltliche Zielkonstrukt auf Mikroziele und Mikroergebnisse. Unter Mikrozielen verstehe ich therapieprozessbezogene Ziele für die jeweiligen *Begegnungsmoment* (z.B. Erhöhung der Selbstexploration oder Verminderung von Angst beim Sprechen über tabuisierte Inhalte) und mit Mikroergebnissen die unmittelbaren Empfindungen und die vom Klienten mental avisierten Konsequenzen (z.B. eine konkrete soziale Konfliktsituation im Zusammenhang besser verstehen zu können). Die Mikroergebnisse werden in sehr schön nachvollziehbarer Weise in den Ergebnissen der HILF-Kernkategorien III und IV (im inhaltsanalytischen Teil meiner Untersuchung) im Sinne erster möglicher Veränderungsebenen persönlicher Schemata wiedergespiegelt. Sie beschreiben neu gewonnene Empfindungen/Emotionen und die Vorstellungen (Bilder) der Klienten von neuen Handlungsebenen, auf denen sie ihre durch die Therapeuteninterventionen angestoßenen Erkenntnisse in die Tat umsetzen wollen. In der Konzeption meiner Arbeit war ich davon ausgegangen, dass meine Klienten wie alle Individuen die Tendenz haben, ihre psychischen Aktivitäten ständig neu zu organisieren und in der fortlaufenden Interaktion mit sich verändernden Umgebungsbedingungen zu ändern. Dies geschieht im Rahmen ihrer persönlichen Schemata (siehe hierzu Grawe, 1998).

Die Bereitschaft des Klienten, Therapeuteninterventionen aufzunehmen, ist natürlich von seiner Kooperationsbereitschaft abhängig. Nach einer Studie von Schindler (1991) zeigen sich in 69 % von 50 Therapien positive Zusammenhänge zwischen Aufnahmebereitschaft des Klienten und den Therapieergebnisbefunden.

Nach Ambühl (1993) dürfte die Aufnahmebereitschaft des Klienten für Therapeuteninterventionen durchaus gezielt beeinflussbar sein, vor allem wenn die förderlichen emotionalen Reaktionen des Klienten angesprochen werden (siehe HILF-Metakategorie III). Und dies hängt wiederum von der Art der therapeutischen Beziehung ab. Zu dessen Rolle liegen die weitaus meisten Befunde vor. Orlinsky et al. (1994, S. 273) schreiben: "*The strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond or alliance, reflecting more than 1000 process-outcome findings.*"

Mit Grawe (1992a) wäre anzunehmen, daß Klienteneinschätzungen am stärksten mit dem Therapieerfolg korrelieren. Dies macht deutlich, dass es weniger drauf ankommen könnte, welche Beziehungsangebote der Therapeut für angemessen hält, sondern wie der Klient den Therapeuten (oder den therapeutischen Prozess) erlebt.

Sachse (1999, S. 146) beschreibt eine Studie mit vier untersuchten Therapieformen, in der sich zeigte, dass der Therapeut einen deutlichen Einfluss auf die beim Klienten ablaufenden Prozesse nimmt. Er schreibt:

*„ein hoher Steuerungseffekt weist auf eine hohe Prozeßdirektivität hin, er bedeutet, dass therapeutische Interventionen, die eine Vertiefung, ein Gleichbleiben oder eine Verflachung des Explizierungsprozesses anregen, von Klienten in hohem Maße umgesetzt werden.“*

Ein Überwiegen vertiefter Bearbeitungsangebote durch den Therapeuten verringert den Steuerungseffekt, während weniger tiefgehende Bearbeitungsangebote den Steuerungseffekt erhöhen.

Die hier dargestellten (und auch weiteren) Befunde können zum größeren Teil mit den Ergebnissen der inhaltlichen und faktorenanalytischen Auswertung meiner Untersuchung in Verbindung gebracht werden, wenn eben auch nicht ganz. Dass es Widersprüche und zum Teil



auch andere Schwerpunkte in den Ergebnissen der zitierten Untersuchungen gibt, liegt daran, dass die Daten auf entscheidend andere Weise als in meiner Untersuchung gewonnenen wurden. In meiner Studie wurden nach meiner Kenntnis zum ersten Mal Klienten nach jeder Sitzung zu den unmittelbar vorangegangenen Interventionen ihres Therapeuten in sowohl freier als auch gebundener Form befragt. In den zitierten Untersuchungen dagegen wurden Klienten allgemein, d.h. fast immer mit vorgegebenen Fragen - meist sogar erst nach Therapieende - nach ihrem Eindruck vom Therapeutenverhalten befragt.

Die vorliegende Untersuchung lebt davon, dass die Klienten bereit waren, einmal ein Stück weit in die umgekehrte Rolle zu schlüpfen, das heißt, die Arbeit ihres Therapeuten zu reflektieren und ihm eine Rückmeldung geben. Aber Therapeuten wissen ohnehin, dass ihre Klienten mit Vergnügen ihren Therapeuten deuten, „*wenn auch meist versteckt und in Andeutungen und Anspielungen, oder ihn gar zu 'heilen' versuchen (von dem 'verrückten' Wunsch andere Menschen ändern zu wollen*“ (Buchholz, 2003)

Die Erfassung von Therapeuteninterventionen in meiner Arbeit ist der Versuch, die Zusammenhänge zwischen den flüchtigen Momenten eines subtilen Prozesses und ihrer Rezeption und Bedeutungsgebung durch den Klienten zu ermitteln.

### 3. Einordnung meiner Studie in das theoretische Konzept von Orlinsky et al.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal das ‚Generic Model of Psychotherapy‘ von Orlinsky und Howard (s. Kap. 2.3) heranziehen, um die Zuordnung der nachfolgend dargestellten Auswertungsergebnisse des HILF im Gesamtzusammenhang therapeutischen Geschehens zu verdeutlichen. Der 1. Teil (*input*) und der 3. Teil des Modells (*output*) werden der besseren Verständlichkeit halber weggelassen.

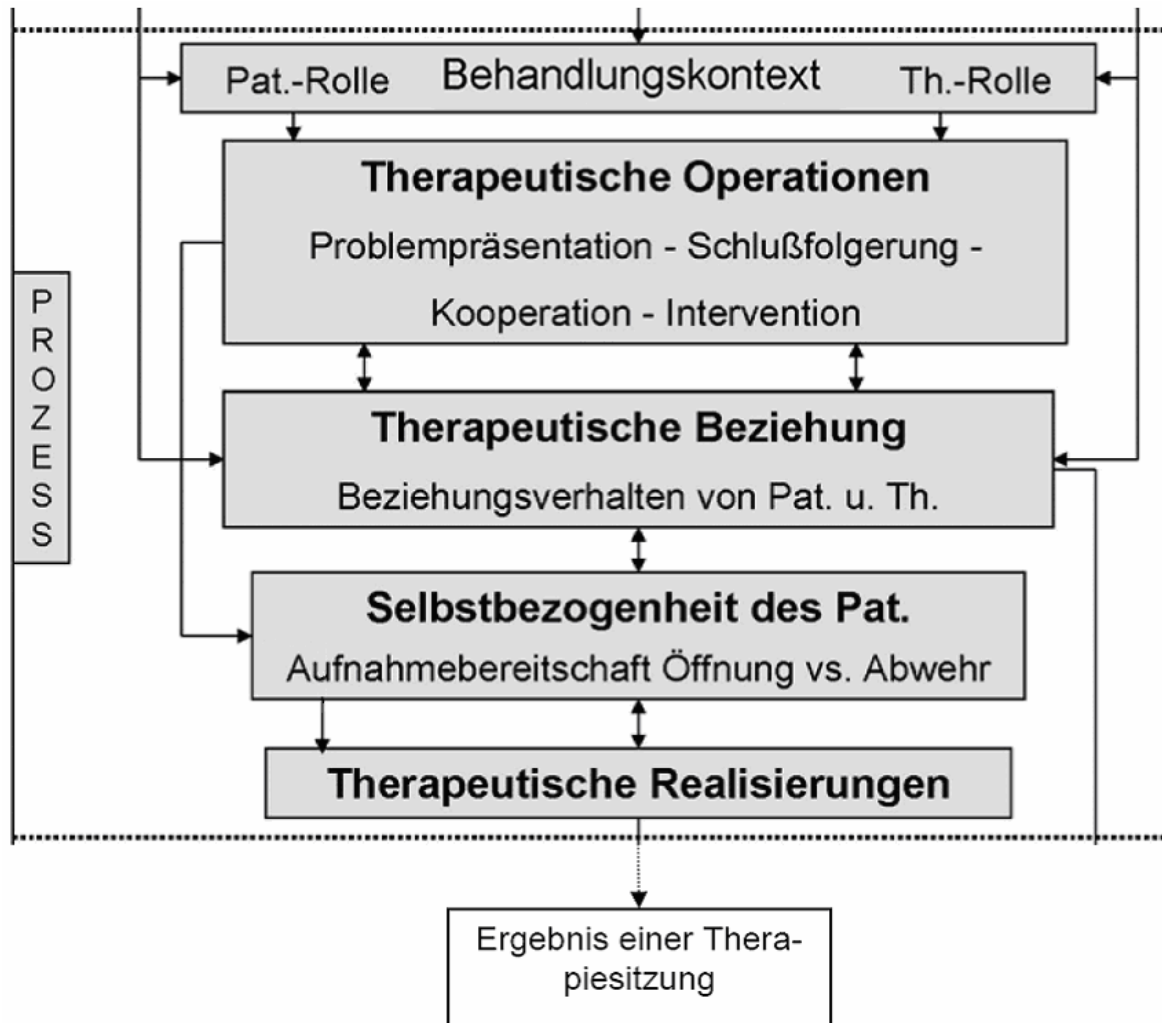


Abb. 13: Generic Model of Psychotherapy“ (nach Orlinsky, 1994)

In der auf der nächsten Seite befindlichen Abbildung wird das auf mein Untersuchungsdesign hin abgewandelte Schema dargestellt. Es zeigt einen auf den eigentlichen Therapieprozess bezogenen, von mir modifizierten, Ausschnitt des „Generic Model of Psychotherapy“ (nach Orlinsky, 1994)

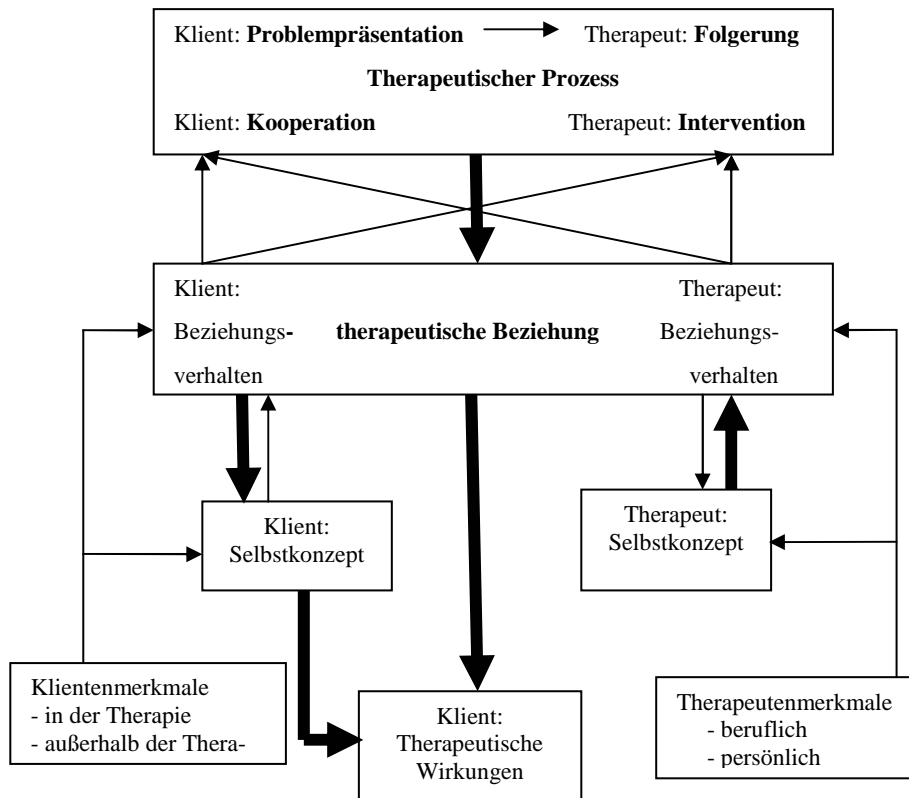


Abb. 14: Modifiziertes Modell nach Orlinsky (nur Prozessebene)

In der Abbildung 15 wird dieses Schema nochmals verändert, um meinen Forschungsschwerpunkt zu verdeutlichen.

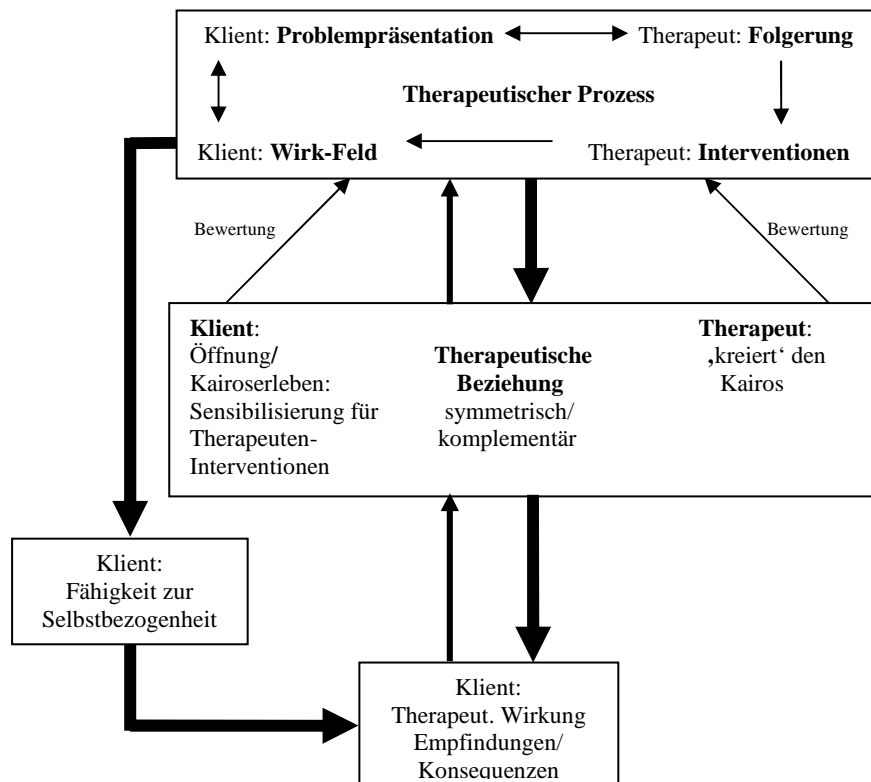


Abb. 15: Modifiziertes Modell nach Orlinsky. Therapeuten-Interventionen, der ‚Kairos‘ und die Wirkungen beim Klienten

Die bedeutsamen von mir vorgenommenen Veränderungen in meiner Darstellung gegenüber dem Schema von Orlinsky bestehen darin, dass aus der ‚Kooperation‘ das (von der therapeutischen Intervention beeinflusste) ‚Wirk-Feld‘ (eben dieser Intervention) wird. Die Ebene "Beziehung und Beziehungsverhalten" wird bei mir durch den ‚Kairos‘ und die Sensibilisierung des Klienten für die Therapeuteninterventionen ersetzt. Die „therapeutischen Wirkungen“ im Modell von Orlinsky werden bei mir als ‚Empfindungen‘ und ‚Konsequenzen‘ dargestellt. Diese Veränderungen in meiner Darstellung sollen deutlich machen, dass in meiner Untersuchung der Klient statt einer Rolle als eher rezeptiver Interaktionspartner in einer mehr aktiven, interaktionellen Rolle auf gleicher Ebene mit dem Therapeuten gesehen wird. Das interaktive Verhalten der beiden am Therapieprozess beteiligten Partner wird unter diesem Gesichtspunkt auf den Augenblick der Wirksamkeit der therapeutischen Interaktion fokussiert: der Therapeut reagiert auf die Problemrepräsentation seines Klienten mit einer wirksamen, hilfreichen Intervention im richtigen Moment (Kairos), der Klient ist für diesen Moment sensibilisiert und aufnahmebereit. Er reagiert auf die Therapeutenintervention mit Empfindungen und prospektiven Konsequenzen.

Die Fülle des Datenmaterials im inhaltlichen Teil des HILF wurde in einem induktiven Vorgehen über mehrere nachfolgende Reduktionsschritte kompromittiert. Das Datenmaterial des quantitativen Teils des HILF wurde auf deduktive Weise einer Analyse unterzogen. Beiden Vorgehensweisen dienten dem Ziel, Wirkfaktoren, Wirkkategorien und wirksame Methodiken hilfreicher Therapeuteninterventionen zu erhellen.

#### 4. Die Ergebnisse meiner Studie im Zusammenhang mit anderen Forschungsergebnissen.

Die nachfolgende Darstellung orientiert sich an den vier im Kap. 7.4 beschriebenen Metakategorien der inhaltaanalytischen Auswertung.

##### **I. Kernkategorie: Die Methodik hilfreicher Therapeuteninterventionen**

Die vom Klienten beschriebenen Therapeuteninterventionen werden erörtert, unter dem Gesichtspunkt:

**was macht der Therapeut?**

Die Wirkung von Interventionen hängt entscheidend davon ab, dass der Klient die reale Erfahrung machen kann, mit einer kritischen Situation *in sensu* oder *in vivo* im Sinne seiner Erwartungen besser zurechtzukommen. Um den Klienten angemessen unterstützen zu können, muß der Therapeut ein umfassendes problem- und situationsorientiertes Erfahrungswissen mitbringen.

Die unter dieser Fragestellung erfassten Kategorien bzw. Faktoren beziehen sich sozusagen auf das weite Feld der kognitiven Problemlösung. Ein ganz entscheidender Aspekt therapeutischen Wirkens ist die ‚*Förderung von Verständnis von Problematik und Konflikt*‘ (Kernkategorie I-A). Der Therapeut erkennt und bearbeitet problematische Beziehungsmuster, die sich in der therapeutischen Beziehung manifestieren. Durch Unterstützung in der Entwicklung einer neuen Selbstsicht und Einsicht in das Verhalten anderer und vor allem durch Verständnis dafür, wie seine Problematik und sein Konflikt beschaffen sind, fördert der Therapeut einen für den Klienten unumgänglichen Klärungsprozess, der ihm überhaupt erst ermöglicht, Einstellungen und Verhalten angemessen zu verändern. Es geht also nicht um aktive Hilfe zur Problembewältigung, sondern um Unterstützung von Selbsterkenntnis und Selbstheilungskräften des Klienten. Der Therapeut vermeidet geradezu, seinen Klienten mit spezifischen

Maßnahmen aktiv bei der Überwindung konkreter Schwierigkeiten anzuleiten. Mit Grawe geht es darum, dass der Therapeut den Klienten dabei hilft, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens mit Hinsicht auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klar zu werden. Dahinter steht die Frage: was empfindet der Klient, warum empfindet er so und warum verhält er sich so und nicht anders? Hier geht es um die Explikation impliziter Bedeutungen, die Förderung der Motivation des Klienten, über sich selbst klarer zu werden, sich besser annehmen zu können. Grawe nennt diesen Aspekt "Klärungsperspektive bzw. therapeutische Klärung".

Im nächsten Prozessschritt werden die Kodes *„Regeln sichtbar, verständlich machen“* (Kernkategorie I-A) und *„Umdeutung, Perspektivenwechsel“* (Kernkategorie I-B) wirksam. Zu den in diesen Kodes im weitesten Sinne erfassten Interpretationsangeboten des Therapeuten passt eine Untersuchung zu Sprechhandlungen (*response modes*) von Hill et al. (1988). In der Auswertung von meist psychodynamisch orientierten Kurztherapien zeigte sich, daß Interpretationen des Therapeuten von den Klienten als besonders hilfreich gewertet wurden (ebenso auch von den Therapeuten!).

Dem empirisch breit abgestützten Wirkfaktor „*Problemaktualisierung*“ sensu Grawe entspricht am ehesten die von mir als wirksam herauskristallisierte Kategorie *„In vivo Erprobung modifizierter und neuer Sichtweisen per Selbsterfahrung und per Ressourcennutzung und -förderung“* (Kernkategorie I-D). Auch die *„Anleitung zur Selbstachtung und Selbstexploration“* (Kernkategorie I-C, bei Grawe: *Ressourcenaktivierung*) erwies sich in den Ergebnissen meiner Studie als ein bedeutsamer Aspekt therapeutischer Unterstützung. Die Bereitschaft, die eigenen Ressourcen zu nutzen, setzt ein spezifisch auf die individuellen Möglichkeiten und Voraussetzungen des Klienten zugeschnittenes therapeutisches Angebot voraus. Dieses erfordert, dass der Therapeut im Therapieprozess weitaus mehr noch als dessen Probleme und Defizite fortlaufend die vom Klienten mitgebrachten Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Ziele ausmacht, die für den Veränderungsprozesses gezielt genutzt werden können.

Es geht hier um das „Prinzip der realen Erfahrung“, d. h., was verändert werden soll, muss in der Therapie auch real erlebt werden. Dies ist ein zentrales Element fast aller therapeutischen Konzeptionen. So sind zum Beispiel der Gestalttherapie zahlreiche Techniken entwickelt worden, die das reale Erleben problematischer Bedeutungen über den verbalen Dialog hinaus unterstützen sollen. Auch das Psychodrama legt großen Wert darauf, problematische Beziehungskonstellationen erlebnismäßig zu reaktualisieren. In der Psychoanalyse werden in der Übertragungsneurose die als zentral vermuteten Problemstrukturen erlebnismäßig ausgetragen und prozessual durch das reale Erleben veränderter Bedeutungen der Therapiebeziehung dauerhaft verändert. Auch in der Verhaltenstherapie sorgt der Therapeut dafür, dass die problemrelevanten Ängste und Deutungen des Klienten ständig zum Erleben kommen. Durch die Inszenierungen problemrelevanter Bedeutungen wird der Klient darin unterstützt, diese in einer veränderten Weise real erleben zu können. Dass der Klient real erlebt, worum es in seinem Problem /Konflikt geht, ist ein entscheidendes Element fast aller Therapiekonzeptionen.

## **II. Kernkategorie: Der Interventionsstil des Therapeuten**

Unter diesem Ordnungspunkt werden die Ergebnisse zum Beziehungs- und Führungsaspekt hilfreicher Therapeuteninterventionen reflektiert.

Dargestellt werden Haltung und Techniken des Therapeuten zur situationsangemessenen Gestaltung und Vermittlung seiner Interventionen unter dem Gesichtspunkt:

**Wie** vermittelt der Therapeut seine Intervention?

Hier geht es um darum, daß der Therapeut mit dem Klienten Rollen definiert und gemeinsame Ziele formuliert und sich komplementär zu seinen jeweiligen Bedürfnissen und Befürchtungen verhält. Sehr uneinheitlich werden in der Literatur Forschungsergebnisse zu den in meiner Arbeit belegten mehr *„aktiven, gestaltenden, anleitenden und mit-lenkenden Interventionen“* (Kernkategorie II, 2. *Hauptkategorie*) des Therapeuten mitgeteilt.

Der Therapeut unterstützt den Klienten mit geeigneten Maßnahmen darin, dass er mit einem bestimmten Konflikt/Problem besser fertig wird. Dieses Wirkprinzip kommt in sehr vielen und ganz unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen zum Zuge, z. B. beim Kommunikations- und Problemlösetraining mit Paaren. Strukturierung vermittelt dem Klienten ein Gefühl von Sicherheit, wenn es besonders zu Therapieanfang das Bedürfnis des Klienten nach Entlastung und Mitteilung nicht frustriert. Es ist wahrscheinlich das durch die größte Anzahl von Forschungsbefunden abgestützte Wirkprinzip. Die Rolle des Therapeuten liegt darin, dass er das, was der Klient als sein Problem erlebt, als solches ernst nimmt. Er gesteht dem Klienten verständnisvoll zu, dass er bisher nicht anders konnte, ohne diesem Nichtkönnen irgendwelche anderen Bedeutungen zu unterstellen. Grawe nennt diese Perspektive auf die Probleme/Konflikte eines Klienten *„Bewältigungsperspektive“* (bzw. *„aktive Hilfe zur Problembewältigung“*). Es ist eine Hilfe zur Selbsthilfe: geleitetes Entdecken.

Ein in den bisherigen und mir bekannten Stand der Forschung schwer integrierbares Ergebnis meiner Untersuchung sehe ich darin, dass Interventionen wie Herausforderung, zupackende, fordernde, aktive, strukturierende, direktive und lenkende Interventionen (Kernkategorie IID,E) einen hohen Stellenwert bei meinen Klienten erhalten haben, also Strategien, die geeignet sind, lagerorientierte<sup>19</sup> Denkroutinen der Klienten zu unterbrechen und einen handlungsorientierten Umgang mit ihren Anliegen zu forcieren. Man könnte dies auch als Verhaltensweisen ansehen, die eher einem Lehrer zugeschrieben würden.

*„Direktive Verhaltensregulation“* durch den Therapeuten (Kernkategorie II-E), wie ich eine Kategorie benannt habe, spielte in den Beschreibungen der Klienten zum Interventionsstil des Therapeuten eine sehr große Rolle. Sie werteten vor allen Dingen direktives Intervenieren, Konfrontieren und Aufdecken von coverten Spielregeln bzw. Explikation impliziter Bedeutungen als hilfreicher Therapeuteninterventionen. Dies macht deutlich, dass Klienten es durchaus zu schätzen wissen, wenn der Therapeut ihnen Vorgaben macht und ihnen hilft dem mühseligen Weg der Erkenntnis- und Selbstfindung abzukürzen.

In der faktorenanalytischen Auswertung findet sich durchaus eine Bestätigung für diese Kategorie im Faktor II der 7-Faktoren-Lösung und im Faktor I der 5-Faktoren-Lösung: der Therapeut geht mit dem Thema kompetent um, interveniert an der richtigen Stelle, zeigt Zusammenhänge auf, setzt Akzente, erkennt rasch worum es geht, strukturiert, ermöglicht Lösungssuche und Perspektivenwechsel, ermutigt, macht Angebote, zeigt unterschiedliche Lösungen auf, übt konstruktive Kritik und benutzt passende Beispiele, geht Probleme zielorientiert, sachlich und auf unterschiedlichen und neuen Wegen an und formuliert einfach, verständlich und präzise das Gesagte des Klienten so, dass dieser auf einmal eine Lösung sehen kann und zeigt seinen Klienten auch, dass er mit ihm hinsichtlich der nächsten Schritt übereinstimmt.

In einer Darstellung von Schulte, Hartung und Wilke (1997) zeigt sich in Sequenzanalysen, daß Therapeuten ihre Klienten zu einer stärkeren Handlungsorientierung anregen können,

<sup>19</sup> Die **Handlungskontrolltheorie** von Kuhl trifft eine zentrale Unterscheidung zwischen Handlungs- vs. Lageorientierung. Damit werden zwei verschiedene Zustände des Selbstregulationssystems (hier: vom Klienten) bezeichnet: Handlungsorientierung meint eine zielorientierte Fokussierung auf die Realisierung von Absichten und Lageorientierung eine Fokussierung auf die aktuelle Situation bzw. Problematik.

wenn sie gezielt handlungsorientierte Äußerungen des Klienten aufgreifen und verstärken (konfirmatorische Strategie) und indem sie neutralen Aussagen des Klienten einen handlungsorientierten Impuls geben (impulsgebende Strategie). Wenig hilfreich schienen konfrontative Interventionen zu sein, in dem Sinne, daß der Therapeut auf eine lageorientierte Äußerung des Klienten mit einer handlungsorientierten antwortete. Diese Art von Therapeutenintervention wurden von den Klienten meiner Untersuchung auch nicht berichtet. Orlinsky et al. (1994) kommen dagegen zu dem Ergebnis, dass konfrontative Interventionen in 70% von zwei 22 Befunden mit dem Therapieerfolg korrelierten, Interpretationen in 63% von 38 Befunden und paradoxe Interventionen in allen von 13 Befunden positiv mit der Therapieerfahrung korrelierten.

Direktive Therapeuteninterventionen korrelieren nach Schulte (1992) allerdings eher negativ mit dem *Therapieerfolg*, was vor allem für die Schlussphase der Therapie gelte. Auch Schindler (1991) ist der Ansicht, dass direktive Therapeuteninterventionen überdurchschnittlich häufig zu gehemmten Patientenverhalten führen. Anleitungen und Ratschläge geben, wird auch bei Orlinsky et al. (1994) als nicht positiv oder sogar negativ beurteilt. Wahrscheinlich aber sind dies nur scheinbare Widersprüche zu den Ergebnissen meiner Untersuchung, weil es sich vermutlich um sehr unterschiedliche Formen direktiven Therapeutenverhaltens handelt. In diesen Zusammenhang gehört auch ein Ergebnis einer Untersuchung von Metcalf und Thomas (1994), aus der hervorgeht, dass die Rolle des Therapeuten von den Klienten weit mehr als aktiv und direktiv empfunden wird, als von den Therapeuten selbst. Die Autoren führten eine qualitative Untersuchung zur Klienten- und Therapeutenwahrnehmung einer lösungsorientierten Kurzzeitpaartherapie durch. Es ergaben sich folgende Ergebnisse:

Die Therapeuten attribuieren die Veränderung hauptsächlich auf die von ihnen verwendeten Techniken (z.B.: Exploration von Annahmen, Komplimente zurückmelden, Hervorheben von Ressourcen im Gespräch). Die Klienten berichteten ebenfalls häufig von „positiven Kommentaren“, zusätzlich aber äußerten fünf der sechs Paare, dass sie Beziehungsfaktoren (z.B.: Therapeut erzählte von sich; der Therapeut überließ den Klienten die Platzwahl) als sehr hilfreich für den Veränderungsprozess empfunden hätten, während nur zwei Therapeuten dies so sahen.

Schindler (1991) berichtet, dass solche Interventionen, mit denen der Klient zu bestimmten Verhalten während oder außerhalb der Sitzung motiviert werden soll, nur sehr selten auftreten würden (1 – 4%), während sich für informative Fragen ein deutlich höherer Anteil am Gesamtverhalten des Therapeuten zeigen würde (7 -18%). Der Klient reagiere überwiegend im Sinne einer Antwort mit Problembeschreibungen, wobei offene Fragen beim Klienten neue Einsichten hervorrufen könnten. Zu Erklärungen und Strukturierungen finden sich nach Schindler recht widersprüchliche Ergebnisse, ebenso hinsichtlich interpretativen und konfrontativen Interventionen. Orlinsky et al. (1994) stellen u.a. fest, dass therapeutische Explorationen in nur 39 % von 41 Befunden mit Therapieerfolg positiv korrelierten.

Die Studie von Hill et al. (1988) legt nahe, dass interpretative Therapeuteninterventionen von Klienten als überdurchschnittlich hilfreich beurteilt werden und bei ihnen Perspektivenwechsel, Sich-Klar-Werden und Übernahme von Verantwortlichkeit einleiten.

**Konfrontationen** und **Provokationen** (Kernkategorie II-E) wurden in meiner Untersuchung durchaus als sehr hilfreich bewertet: der Therapeut macht zum Beispiel auf sehr direkte Weise seinen Klienten auf verdeckte Spielregeln oder Manipulationen aufmerksam oder er lockt (provoziert) ihn so weit, dass der Klient seine Affekte zeigt. Auch in den Faktoren III der 7-Faktoren-Lösung und 5-Faktoren-Lösung spiegelt sich ein recht direktives, herausforderndes Intervenieren des Therapeuten wieder, indem der Therapeut hartnäckig bleibt, seinen Klienten ‚am Ball hält‘, ihn aus seinem Versteck holt, nicht locker lässt, nicht ausweicht und ihn an der Flucht vor sich selbst hindert, konstruktive Kritik übt, die Schwäche des Klienten deutlich macht, aber auch gut mit seinem Schweigen umgehen und Kritik ertragen kann.

Bei Orlinsky et al. (1994) werden Konfrontationen dagegen als wenig hilfreich befunden. Nach ihren Erkenntnissen werden Konfrontationen relativ häufig mit einer negativen Reaktion beantwortet, während die Therapeuten selbst einen größeren Wert auf dieses Mittel der Prozessförderung legen.

Überhaupt wurden in meiner Studie Therapeuteninterventionen im Sinne von **direktiver Verhaltensregulation** (Kernkategorie II-E, FIII in der 7-F.-Lösung) sehr häufig als hilfreich beschrieben, während z.B. in der Darstellung von Hill et al. (1988) Patienten direkte Führungen als am wenigsten hilfreich beurteilten, Therapeuten dagegen sie als deutlich hilfreicher bewerteten. Bei diesen externen Befunden muss berücksichtigt werden, dass sich zwischen den zur Untersuchung herangezogenen Therapien teilweise große Unterschiede zeigen. Meine eigene persönliche Erfahrung spricht deutlich gegen eine Verallgemeinerung der Darstellung von Hill et al., wie sich schließlich auch in der Auswertung meines Fragebogens zeigt.

Man könnte diese Kernkategorie auch mit dem Begriff „Machtgebrauch des Therapeuten“ umschreiben (Jüngst, 2002). Der Therapeut behält die Initiative.

Die therapeutische Führung und Mit-Lenkung des Therapieprozesses nimmt aus der Sicht der Klienten im Hinblick auf meine Fragestellung eine bedeutende Rolle ein. Dies könnte aber schwerlich der Fall sein, wenn sie nicht mit Angeboten von ‚**Vertrauensbildung**‘ (Kernkategorie II-A), ‚**Empathie**‘ und ‚**Begleitung**‘ (Kernkategorie II-B), ‚**Stützung**‘ und ‚**Sicherheit**‘ (Kernkategorie II-C) verbunden wären.

‚**Unterstützung, Zuspruch, Bestätigung, Ermutigung, Erteilen von Legitimation und Wertschätzung und positive Verstärkung**‘ durch den Therapeuten (Kernkategorie II-C) erscheinen in den Ergebnissen meiner Untersuchung als eine zentrale therapeutische Verhaltensklasse. Diese Art von therapeutischen Interventionen wird insgesamt als positiv und hilfreich erlebt. „Dieses Verhalten dient entweder der emotionalen Unterstützung oder der positiven Rückmeldung an den Klienten“ (Schindler, 1991, S. 100).

Affirmative Äußerungen des Therapeuten werden zwar vom Klienten als hilfreich beurteilt, aber die Therapeuten selbst beurteilen Zustimmungen interessanterweise jedoch als wenig hilfreich! Offene Fragen werden sowohl vom Klienten als auch vom Therapeuten als hilfreicher beurteilt als geschlossene Fragen.

In der Untersuchung von Shilts, Rambo und Hernandez (1997) antworteten auf die Frage, was in der Therapie hilfreich gewesen sei, 54 % der Klienten, dass sie „unterstützt und bestätigt“ worden wären, gefolgt von „nützlichen Rückmeldungen“ mit 35 %. An dritter Stelle der Antworten wurden „Fokus auf positive und nützliche Ziele“ mit 33 % aufgeführt, gefolgt von „Möglichkeit zu sprechen“ mit 26 % und „gute Fragen, die halfen, nachzudenken“ mit ebenfalls 26 %.

Die faktorenanalytischen Ergebnisse bestätigen die inhaltsanalytischen. In zwei Faktoren (F-II, F-V) der 7-Faktoren-Lösung und einem Faktor (F-IV) der 5-Faktoren-Lösung wird der Therapeut als ‚**Freund und Partner**‘ und als ‚**Coach**‘ wahrgenommen. Er gibt den notwendigen Raum zur Entfaltung, zeigt sich partnerschaftlich und wohlwollend, aufbauend, anregend, gibt passende Beispiele. Die Klienten sehen ihn als jemanden, der gemeinsam mit ihm die Probleme auf unterschiedlichen Wegen angeht und im vor allen Dingen unterschiedliche Lösungen aufzeigt, mit ihm hinsichtlich der nächsten Schritt übereinstimmt, das halb leere Glas halb voll sieht, konstruktive Kritik übt, Probleme auf unterschiedlichen Wegen angeht, seine Erkenntnisse so formuliert, dass der Patient eine Lösung erkennen kann. Er macht den Klienten auch Komplimente und zeigt ihm Zuversicht hinsichtlich seiner Chancen, sein Problem/seinen Konflikt zu lösen.

Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass ausformulierte Unterstützungen häufig nur einen relativ geringen Anteil einnehmen (3 – 10%), wohingegen minimale Unterstützungen einen merklich häufigeren Anteil in der Therapeutenkommunikation ausmachen (über 40%), d.h.



kurze bestätigende Einwürfe oder Bemerkungen des Therapeuten. Die Patienten reagieren nach Schindler auf Unterstützungen überzufällig häufig mit Änderungsvorschlägen und Einsichten. Und bei Orlinsky et al. (1994) findet sich das Ergebnis, dass in nur 34% von 38 Befunden Unterstützung mit Therapieerfolg positiv korrelierte (keiner negativ).

In meiner eigenen Studie finde ich allerdings den durch die Literaturdurchsicht entstandenen Eindruck bestätigt, dass es für ein gutes Therapieergebnis eine sehr wichtige Rolle spielt, in welchem Ausmaß die Klienten ihre Therapeuten als sie unterstützend, aufbauend, in ihrem Selbstwert positiv bestätigend erlebt. Dabei ist vor allem wichtig, inwieweit sich der Klient selbst als fähig zu einer guten Beziehung erleben kann. Es leuchtet unmittelbar ein, dass eine gelungene Aktivierung dieser wichtigen Ressource für das Therapieergebnis förderlich ist. Wird ein in seinem Selbstwertempfinden geschwächter Klient in seinen positiven Fähigkeiten und Zielen bestätigt und unterstützt, statt auf seine problematischen Schwächen reduziert, kann er alleine schon dadurch seinem Selbst eine positivere Bedeutung zumessen, und vor allem wird er zu einer größeren Aufnahmebereitschaft für veränderungsrelevante therapeutische Intervention zugänglich sein.

Die Studie von Hill et al. (1988) ergab, dass die ‚*Selbstexploration*‘ des Therapeuten auf einer von unabhängigen Beobachtern ausgefüllten Skala, die hilfreiches Therapeutenverhalten erfassen sollte, durchweg den höchsten Wert erhielt, obwohl dieses Verhalten nur sehr selten von den Therapeuten gezeigt wurde (0,8% aller Kodierungen). Bei Orlinsky et al. (1994) findet sich ein Hinweis darauf, dass die Selbstexploration des Therapeuten u. a. in einem nicht positiven bzw. sogar in einem negativen Zusammenhang mit Therapieerfolg stehe. In meiner Untersuchung wurde diese Art der Intervention insgesamt nur sechs mal kodiert (Kernkategorie IIA), was meiner Beobachtung nach mehr auf die tatsächliche Auftretenswahrscheinlichkeit hinweist statt darauf, dass Selbstöffnungen des Therapeuten als weniger hilfreich wahrgenommen wurden. Ich bezweifle aus persönlicher Erfahrung die Ergebnisse von Orlinsky.

‚*Empathie und Begleitung*‘ (Kernkategorie II-B) durch den Therapeuten wurden im Vergleich zu anderen Beschreibungen hilfreichen Therapeutenverhaltens relativ selten genannt, möglicherweise, weil sie wie andere ähnliche Interventionsmodi sich der bewussten Aufmerksamkeit des Klienten entziehen, weil sie vielleicht begrifflich schwer erfassbar waren oder auch, weil sie eher als Hintergrund denn als Figur empfunden werden. Jedoch: sowohl in der 7-Faktoren- (F-I) als auch der 5-Faktoren- (F-II) Lösung spiegelt sich die Bedeutung der auf *Empathie* gründenden Kommunikationen des Therapeuten wieder: der Therapeut würdigt die Person des Klienten, nimmt sich viel Zeit beim Zuhören, ist warm und verständnisvoll, hört geduldig zu, ist einfühlsam, offen, authentisch und aufrichtig, bemüht sich um Stimmigkeit und zeigt Verständnis für die Ängste seines Klienten. Einfühlende, kongruente, partnerschaftliche und gewährende Kommunikation werden heute von allen Therapieschulen übergreifend als therapeutisch förderlich angesehen. Reflektierende Äußerungen des Therapeuten vor allem zu Beginn der Therapie führen dazu, dass sich der Klient verstanden fühlt, was in späteren Sitzungen zunehmend auch mit anderen Verhaltensweisen erreicht werden kann. Empathie ist erforderlich, um die spezifisch persönlichen Bedeutungen sprachlicher Mitteilungen und des Interaktionsangebots des Klienten zu erfassen und zu verstehen. Der Therapeut geht dabei klärungsorientiert vor, versucht, eine gemeinsame Sprache zu finden, um die möglicherweise impliziten Motive und Ziele des Klienten zu erfassen; dabei vermeidet er Wertungen, Moralisieren, Interpretationen, Ausfragen und Bagatellisierungen.

Orlinsky et al. (1994, S. 326) stellen fest, dass empathisches Verstehen durch den Therapeuten bei 54% von 115 Befunden in einem positiven Zusammenhang mit dem Therapieergebnis steht und in keinem Fall in einem negativen. Die Kommunikationen des Therapeuten sollten demnach so gestaltet sein, dass sie den Klienten auf der richtigen Wellenlänge empathisch

ansprechen und zu Selbstexploration anregen. „*When there is a good communicative contact, patient and therapist are on the same wavelength; when there is not, they simply talk past each other*“ (S. 326). Die Rolle der Therapeuten wurde in der Untersuchung von Orlinsky et al. (1994) von den Klienten weit mehr als aktiv und direktiv (im Sinne von Lenkung/Führung und Vorschlägen) empfunden, als von den Therapeuten selbst. Die Beschreibungen der Therapeuten reichen von „Vermittler“ bis „Retter“. Damit wird ein Widerspruch zu den Grundannahmen deutlich, den die Therapeuten so nicht wahrgenommen hatten. Ihre Sicht stimmte mit den Prinzipien der Therapie überein. Die Klienten wurden als Experten betrachtet, deren Stärken und Erfolge hervorgehoben und verstärkt wurden.

In den faktorenanalytischen Ergebnissen zeigt sich darüber auch, dass auch die **Unvoreingenommenheit** des Therapeuten einen bedeutsamen Faktor (7-Faktoren-Lösung: F-VI /5-Faktoren-Lösung: F-V) darstellt. Der Therapeut wird als psychologisch-professionell und unparteiisch wahrgenommen, was vor allen Dingen in einer Paartherapie und der Gruppentherapie eine Rolle spielt; zu Unvoreingenommenheit gehört auch die Freiheit, die der Klient haben muss, auf das Angebot des Therapeuten einzugehen. Der Therapeut zeigt eine hohe Akzeptanz des Klienten und bringt auch den Klienten dazu, sich selbst Gedanken zu machen. Ich formuliere das gegenüber meinen Klienten gerne so: der Therapeut kommt als Lotse an Bord, der Klient bleibt der Kapitän.

Trijsburg et al. (2005a) fanden mithilfe ihrer ‚*Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale*‘ die folgenden allgemeinen Faktoren aus einer konfirmatorischen 20 Faktorenanalyse:

**Unterstützung:** Empathie, Akzeptanz, Involvierung, Wärme, Rapport.

**Sicherheit gebende Unterstützung (Authoritative support):** Zusammenarbeit, unmittelbare Bestätigung Verantwortlichkeit für den Klienten auch außerhalb der Therapiesituation, Neuformulierung eines Problems.

**Coaching:** unterstützendes Ermutigen, Therapeut als Experte, Therapierationale, overte Führung, aktive Kontrolle, Rat und Lenkung, didaktische Unterstützung.

**Direktives Vorgehen:** Selbstoffenbarung, Exploration von Aktivitäten, Zusammenfassen, Herausfordern, Erklären der Vorgehensweise.

**Strukturgebung:** Festlegung des Themas und beim Thema bleiben, Hausaufgabe, bearbeitende Hausaufgabe, Planung und Strukturierung von Aktivitäten, Anleitung zum *self-monitoring*. Die von Trijsburg et al. o.g. Faktoren bestätigen die von mir gefundenen Ergebnisse sowohl der inhaltsanalytischen als auch der faktorenanalytischen Auswertungen zusammen mit den von Perrez (1991) darüber hinaus aufgeführten vier Aspekten methodenübergreifender Therapeutenvariablen, nämlich

- die Fähigkeit , zum Klienten eine warme, wertschätzende und angstfreie Beziehung aufzubauen,
- die Modellfunktion des Therapeuten (z.B. persönliche Sicherheit, Selbstakzeptanz, Angstfreiheit, Frustrationstoleranz) ,
- positive Erwartungen und Einstellungen des Therapeuten zum Klienten und zum möglichen Behandlungsergebnis,
- therapeutische Erfahrung, v.a. im Hinblick auf die Steuerung längerfristiger therapeutischer Prozesse

---

20 *Konfirmatorische FA:* ein Faktorenladungsmuster wird als Hypothese vorgegeben, im Gegensatz zur explorativen FA, die ohne Vorannahmen gerechnet wird.

Meine Studie macht deutlich, dass es sinnvoll ist, die Klienten sowohl mit ihren Problemen zu konfrontieren, aber gleichzeitig auch deren emotionale Belastung zu reduzieren. Dabei ist es vor allem wichtig, den Fokus auf die Ressourcen der Patienten zu richten und nicht bei den Problemen zu verharren, d. h., die Klienten auf einer emotionalen Ebene anzusprechen, die die Auseinandersetzung mit ihren Konflikten erträglich macht. Nonverbale und paraverbale Signale müssen beachtet; die Kommunikation muss prägnant gestaltet werden. Die Anpassung von Therapeutenverhalten an seinen Klienten ist natürlich nicht alleine nur eine strategische Maßnahme des Therapeuten, sondern sie wird genauso durch den Klienten gesteuert, der - je nach den Voraussetzungen, die er mitbringt - seinen Therapeuten dahingehend beeinflusst, dass er sich nach Möglichkeit auf ihn kalibriert. Hier kann und sollte der Therapeut lediglich aktiv stützend oder passiv gewährend ausgleichen, so dass die Klientenressourcen optimal genutzt werden können. Ein zu großes Maß an Gewähren-lassen könnte einen wenig initiativen Klienten sich im therapeutischen Prozess verlieren lassen!

Bereits Lambert, Shapiro und Bergin (1986, S. 201) sahen als gesichert an, daß viele Psychotherapien zwar klinisch und statistisch bedeutungsvolle positive Effekte bewirken, daß dies aber weniger auf spezielle Methoden und Techniken zurückzuführen sei, sondern auf die Persönlichkeit bzw. Haltung des Therapeuten: *it „can be assured that a broad range of therapies, when offered by skillfull, wise, and stable therapists, are likely to result in appreciable gains for the client”*.

Es zeigte sich, dass der Klient einer komplementären Haltung des Therapeuten bedarf. Diese sollte die interpersonellen Bedürfnisse und Identitätsziele des Klienten positiv zurückspiegeln und unter Wahrung der therapeutischen Distanz auch partiell befriedigen. Fühlt sich der Klient in der therapeutischen Beziehung vertrauensvoll und sicher, kann er sich auch auf die Interventionen seines Therapeuten einlassen. Die Ergebnisse bestätigen auch, dass der Therapeut die komplementäre Spiegelung der Wünsche des Klienten auf unterschiedliche Weisen erreichen kann, nicht nur mit verbalen Mitteln. Wirkungsvoller noch kann das körpersprachlich kongruent ausgedrückte Verständnis und die so ausgedrückte Verbundenheit des Therapeuten mit seinem Klienten sein.

### **III. Kernkategorie: Erleben/Empfinden des Klienten, das mit den Therapeuteninterventionen verbunden ist**

Eigentlich müßte die Frage geklärt werden können, ob die Motivation zu Therapieveränderung und die mit diesen verbundenen Affekte als Einflussvariablen im Sinne von Kontrollparametern oder im Sinne von intrinsisch ablaufenden kognitiven und affektiven Einstellungs- und Verhaltensprogrammen fungieren. Dies dürfte sich aber als äußerst schwierig gestalten. Es ist jedoch eher nicht anzunehmen, dass - wie in den klassischen Verhaltenstherapien angenommen - der Therapeut einseitig als Auslöser von eigenständigen affektiven und Verhaltensprogrammen fungiert sondern vielmehr in Wechselwirkung steht mit einem Teil eines sozialen Systems, das im Einvernehmen der beteiligten Teilnehmer beider Seiten Rollen im Rahmen einer Psychotherapie zugewiesen hat und das somit eigene Strukturen und Dynamiken entwickelt. Durch die sich wechselseitig beeinflussenden und auf einander abstimmenden psychischen interaktiven Prozesse zwischen Klient und Therapeut generiert es stets neu auftauchende interaktive Prozesse auf einer jeweils höheren Ordnung, zumindest dann, wenn eine Therapie 'gut läuft'. Entscheidend sind jedenfalls das Gewahrwerden des Therapeuten für die im Klienten ablaufenden Prozesse und dessen Aufnahmebereitschaft für seine Interventionen (*Compliance*) wie auch umgekehrt eines jeden Klienten für die Aufnahmebereitschaft seines Therapeuten. Im optimalen Falle sprechen wir vom ‚Kairos‘ (in der griechischen Mythologie ist **Kairos** der Gott der günstigen Gelegenheit, der besonderen Chance und

Chance und des rechten Augenblicks), in dem sich Intervention des Therapeuten und Aufnahmebereitschaft des Klienten optimal treffen.

Erreicht die Intervention des Therapeuten den Klienten im günstigen Augenblick, so lassen sich Empfindungen beobachten, wie sie in der dritten Kernkategorie beschrieben werden. In erster Linie beschreiben die Klienten als unmittelbare Folge therapeutischer Interventionen, daß sie sich angenommen und gestärkt erleben.

Eine besondere Rolle spielt hierbei die Bedeutung des ‚*Akzeptanzerlebens*‘ (Kernkategorie IIIA). Wenn der Therapeut seine Klienten entlastet, sie bestätigt, ihnen Anerkennung gewährt, ihnen das Gefühl gibt, verstanden und angenommen zu werden, ihnen Trost und Beruhigung gewährt oder sie während der Sitzung mit dem Therapeuten eine gemeinsame Erfahrung teilen können, dann trägt dies erheblich zu dem Gefühl bei, vom Therapeuten akzeptiert zu werden. Auch ‚*Mut schöpfen*‘ (Kernkategorie III-B) zu können, hat für die Klienten einen großen Stellenwert. Dies gelingt ihnen, wenn der Therapeut hilft, Vertrauen zu sich selbst zu fassen, wenn er sie ermutigt, ihnen ein Stärkeerleben vermittelt, und Hoffnung macht, auch wenn er ihre Befürchtungen entkräften kann. Die ‚*Bereitschaft, einen Zugang zu den eigenen Gefühlen zu suchen*‘ (Kernkategorie III-C), wird ebenfalls von den Klienten als Folge hilfreicher Therapeuteninterventionen verstanden.

Diese Kernkategorie spiegelt auch Aspekte der therapeutischen Beziehung wieder. Die Fähigkeit, eine gute zwischenmenschliche Beziehung aufzubauen, ist die wichtigste wirksame Ressource. Wie in zahlreichen Forschungen nachgewiesen, spielt es für den Therapieerfolg eine wesentliche Rolle, ob der Patient seinen Therapeuten als ihn unterstützend, aufbauend, in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt. Entscheidend ist auch, ob sich der Patient selbst als zu einer guten Beziehung fähig erlebt. Zahlreiche Befunde belegen den Zusammenhang von therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg. Dies betrifft das wechselseitige Engagement (die Arbeitsbeziehung), die empathische Resonanz (Kommunikation ‚auf der gleichen Wellenlänge‘) und die wechselseitige Bejahung (Fürsorge und Respekt). Das Konstrukt „therapeutische Beziehung“ stellt den zwischenmenschlichen Anteil der gesamten Interaktion dar. Studien zeigen, dass die Beiträge sowohl des Klienten als auch des Therapeuten zur Gestaltung der Beziehung von entscheidender Bedeutung für das Therapieergebnis sind (Orlinsky et al., 2003, S. 345).

Greenberg (2002) möchte den Therapeuten gar als einen Emotionscoach (*Emotion Coach*) sehen, dessen Aufgabe darin besteht, Problembewältigung in ein emotionszentriertes Vorgehen einzubetten, um seinen Klienten zu einer Bewusstwerdung, einem Verstehen und einer Akzeptanz seiner emotionalen Erfahrung zu führen.

I.D. Yalom fasste es einmal in etwa so zusammen: „*Alle meine eleganten Interpretationen hat sie damals gar nicht mal gehört. Was sie wahrgenommen hat und sehr schätzte, war der intime Austausch, das Gefühl geschätzt und ernst genommen zu werden*“.

#### **IV. Kernkategorie: Erkenntnisse und Konsequenzen, die der Klient aus den als hilfreich erlebten Therapeuteninterventionen zieht oder ziehen will**

An dieser Stelle will ich noch nachtragen, dass selbstverständlich die an meinen Klienten erhobenen Daten keinen ‚Wahrheiten‘ sind; immer sind auch die Gegenwahrheiten möglich. Da ihre Mitteilungen in dieser Arbeit, insbesondere zu den von ihnen gezogenen Konsequenzen, nicht überprüfbar sind, muss sich auch damit rechnen, dass es sich in den Mitteilungen meiner Klienten auch um Selbsttäuschungen ‚auf Zeit‘ gehandelt haben könnte.

Anders als unter dem vorangehenden Aspekt der emotionalen Reaktion des Klienten, seiner Empfindungen, geht es hier um kognitive Reaktionen im Sinne von Konsequenzen. Diese will der Klient aus den ihm bewusst gewordenen Erkenntnissen ziehen, im Sinne eines erlebten oder spürbaren Gewinns aus der Akzeptanz der therapeutischen Intervention. Er beschreibt Erkenntnisgewinn, Stärkung und Veränderungsabsicht im Sinne einer Lösungsorientierung

und Transformation des Erkenntnisprozesses. In dieser Kernkategorie (IV) werden seine intendierten neuen Strategien festgehalten. Ich habe 12 unterscheidbare Aspekte von Erkenntnissen und Konsequenzen gefunden, mit denen die Klienten ihre Erkenntnisse umsetzen wollen. Dieser Befund stellt einen in der Untersuchungsplanung nicht vorhergesehenen, jedoch forschungsrelevanten Erkenntnisgewinn dar, da ja nach den avisierten Verhaltensänderungen nicht explizit gefragt worden war.

Eine der wichtigsten Konsequenzen aus den Erkenntnissen im Rahmen einer hilfreichen Intervention seines Therapeuten dürfte das ‚**Problemverständnis**‘ (Kategorie IVB) als solches sein. Der Klient hat erkannt, dass er mithilfe der Therapeutenintervention eine Einsicht in die Struktur seines Problems bekommen und die Zusammenhänge zu seinen Emotionen und den Reaktionen seiner Umwelt verstanden hat. Eine wichtige Erkenntnis für ihn ist jetzt, dass er weiß, mit welchen Konsequenzen in seinem täglichen Umfeld sein Verhalten verbunden ist.

Die am stärksten repräsentierte Kategorie (IVA) erfasst Reaktionen des Klienten, die sich bereits mit den vorweggenommenen Änderungen seines zukünftigen Verhaltens oder seiner Einstellungen beschäftigen. Ich habe dies ‚**Veränderungsinvolviertheit**‘ bzw. ‚**Aufbruch im Geiste**‘ genannt. Der Klient ist in der Lage, Einstellungen und Verhalten kritisch zu reflektieren und sich auszumalen, wie er zukünftig ‚besser damit umgeht‘. Dies setzt voraus, dass er bereit ist umzudenken und sein Problem/Konflikt neu zu interpretieren. Er versucht lösungsorientiert neue Perspektiven zu suchen und sie mit Zielformulierungen zu verbinden. Auch die Absicht, seinen Lernprozess zu vertiefen, wird beschrieben. Mit diesem neu gewonnenen veränderten Einstellungen und Verhaltensweisen kann der Patient auch neue Erfahrungen im Therapieprozess, vor allem aber auch *in vivo* machen. Mit dem Begriff ‚Veränderungsinvolviertheit‘ soll ausgedrückt werden, dass sich die avisierten Veränderungen noch im Projektionsstadium befinden, dass der ‚Aufbruch zu neuen Ufern‘ vorläufig sozusagen noch ‚im Geiste‘ abspielt.

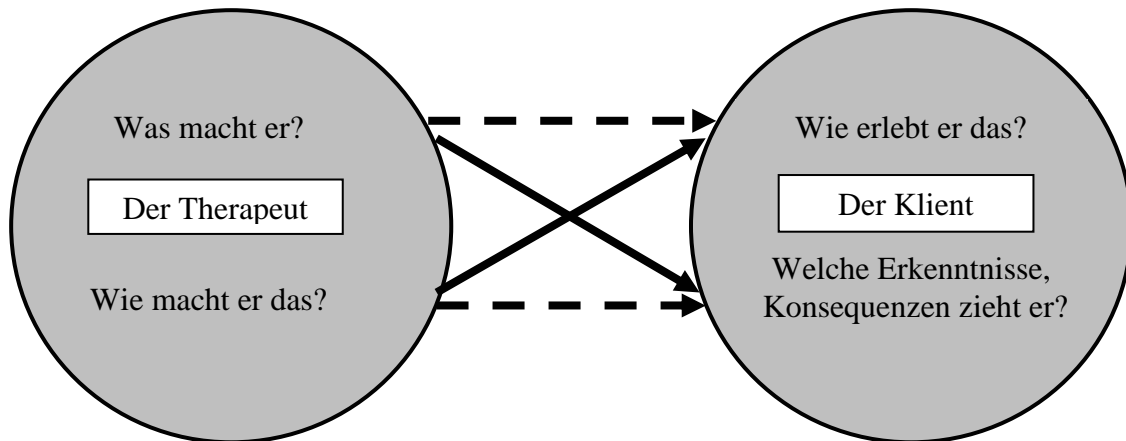
Einige Klienten gehen in den Konsequenzen, die sie aus den Interventionen ziehen, noch ein Stück weiter; sie experimentieren bereits mit ihnen unmittelbar nach der therapeutischen Intervention. Ich habe diese Konsequenzen ebenfalls mit ‚**Veränderungsinvolviertheit**‘, allerdings im Sinne eines ‚**Aufbruchs zum Handeln**‘ bezeichnet. Indem sie z. B. eine Einladung oder Aufforderung des Therapeuten in der Therapiesitzung umsetzen, lernen sie, sich selbst bzw. ihre Ängste zu überwinden und Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen. Allerdings werden diese unmittelbaren Konsequenzen aus der Therapeutenintervention nur von einigen wenigen Klienten beschrieben, was durchaus zu erwarten ist, da zwischen Probehandeln im Geiste und dem mutigen Experiment in der realen therapeutischen Situation für den Klienten durchaus noch Welten liegen und es mehrerer Wiederholungen bedarf, um den Mut zum Handeln aufzubringen. Immerhin zeigen diese Ergebnisse, wie die Klienten ihre Potentiale und die Ressourcen ihres Umfeldes zu nutzen verstanden haben, dass die Interventionen Besserungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen induziert und verstärkt haben. Die Ergebnisse aus der IV. Kernkategorie bleiben im Rahmen dieser Ergebnisdarstellung für sich stehen, da ich keine kompatiblen Forschungsergebnisse aus anderen Studien gefunden habe, mit denen ich sie vergleichen könnte. Ich kann mir jedoch gut vorstellen, dass es im Rahmen einer Therapiekontrolle für beide, sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten, nützlich wäre, am Ende einer Sitzung den Klienten zu bitten, die jeweils avisierten Konsequenzen aufzuschreiben.

### 7.3.3 Schlußbetrachtung

Der lediglich zu Forschungszwecken konstruierte Fragebogen HILF liefert für weitere Forschung recht brauchbare Ergebnisse auf der Suche nach solchen unspezifischen Wirkfaktoren, die sich in hilfreichen Therapeuteninterventionen auffinden lassen. Im von den Klienten frei beantworteten Teil des Fragebogens liessen sich mit einer inhaltsanalytischen Auswertetechnik eine Fülle von Wirkfaktoren (hier *Kodes* und *Kategorien* genannt) aufzeigen. Es zeigte sich, dass es doch recht deutlich abgrenzbare Kategorien bzw. Metakategorien therapeutischen Verhaltens gibt, welche von Klienten als hilfreich geortet werden. Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis ist darin zu sehen, dass sich diese Wirkkategorien im Wesentlichen auch in der faktorenanalytischen Auswertung des gebundenen Antwortteiles widerspiegeln. Auch hier gibt es Cluster von ‚Therapeutenvariablen‘, die sich recht deutlich voneinander unterscheiden. Einschränkend muss zu den faktorenanalytischen Ergebnissen bemerkt werden, dass lediglich knapp 50 % der Gesamtvarianz auf den Faktoren (Hauptkomponenten) abgebildet wurden. Dieses zwar hinreichende aber nicht umfassende Ergebnis lässt sich zum Teil aus der angewandten Methodik der Hauptkomponentenanalyse erklären, zum Teil auch mit der Auswahl der den Fragebogen konstituierenden *Items*. Davon abgesehen, liegt es zum einen in der mathematischen Konstruktion faktorenanalytischer Modelle, dass immer nur ein Teil der Gesamtvarianz sinnvoll aufgeklärt werden kann, und zum anderen auch implizit in der Fragestellung begründet, die nach wesentlichen, übergreifenden Faktoren/Kategorien des fraglichen Verhaltens sucht. Das bedeutet automatisch, dass nicht alle Varianten des untersuchten Verhaltens als eigene Faktoren oder Kategorien in Erscheinung treten sollen.

Die drei im Kap. 3.3 aufgestellten Haupthypothesen konnten bestätigt werden. Die erste Haupthypothese lautete, dass die von den Klienten beschriebenen hilfreichen Interventionen im Wesentlichen anleitende und Ressourcen aktivierende Methodiken des Therapeuten widerspiegeln würden. Die zweite Haupthypothese lautete, dass die Art und Weise der Vermittlung von Interventionen vor allem gestaltende, ‚elterlich‘ lenkende, Erfahrung vermittelnde und stützende Verhaltensweisen Wirkfaktoren enthalten würden. Die dritte Haupthypothese lautete, dass sich mit einem nach klassischen Konstruktionsprinzipien erstellten Fragebogen Wirkfaktoren hilfreicher therapeutischer Interventionen ‚messen‘ lassen, allerdings in sehr reduzierter Form.

Aus den hier vorliegenden Ergebnissen kann demnach der Schluss gezogen werden, dass sich das Konstruktionsmodell dieses Fragebogens für replizierende Studien zur Untersuchung von Therapeuten-faktoren unter Verwendung der inhaltsanalytisch gewonnenen Prozess-Kategorien sinnvoll einsetzen lässt, wenn auch unter dem w.o. dargestellten Einschränkungen. Ein erfreuliches Ergebnis ist darüber hinaus, dass sich weitere nicht erwartete, aber sehr interessante Befunde ergaben, nämlich Kategorien von Empfindungen, die durch die Interventionen beim Klienten ausgelöst wurden, und Kategorien von Konsequenzen, die die Klienten unmittelbar aus der Erfahrung der Interventionen ziehen wollten. Diese beiden inhaltsanalytisch extrahierten Kern-(Meta)kategorien sind auch Teil des Skalierungsteils des HILF. Die Bestätigung dieser beiden Komponenten durch die inhaltsanalytische Auswertung sollte eine Aufforderung dazu sein, auch diese beiden Komponenten in die Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung hilfreicher Therapeuteninterventionen zukünftig mit aufzunehmen. Ich möchte diesen Zusammenhang mit der folgenden kleinen Graphik verdeutlichen:



**Abb. 16: Einfluß von Methodik und Interventionsstil des Therapeuten und ihre Rezeption durch den Klienten**

Die durchgezogenen Linien sollen die vermuteten unmittelbaren denotativen Einflüsse auf den Klienten deutlich machen, die gestrichelten Linien die vermuteten mittelbaren konnotativen Einflüsse der Therapeuteninterventionen.

Ganz sicher belegen die Ergebnisse dieser Studie alles andere als das von Analytikern lange Zeit vertretene prolongierte Schweigen in der therapeutischen Sitzung! Merton Gill, ein renommierter amerikanischer Analytiker, erzählte von einem seiner analytischen Lehrer folgende Anekdote, die ich einem Vortrag von Müller (1998) entnehme:

*„In meinem ersten Kurs in analytischer Technik sagte der Dozent, dessen Name ich gnädig verschweige, dass der Analytiker in einer idealen analytischen Situation hinter einem Bildschirm wäre und seine Stimme so verändert würde, dass der Patient das Geschlecht des Analytikers nicht kennen würde. Allerdings (...) wäre diese Entstellung für die ersten paar hundert Stunden kaum notwendig, weil der Analytiker vorzugsweise ohnehin nichts sagen sollte in dieser Zeit“ (Gill 1994, 53 – dt. Übers. R.M.). Dieses Verhalten verstand der Dozent als Taktik, welche „den Patienten frustriert, so dass er regredieren sollte, damit das verlangte analytische Material erscheine. In seiner eigenen Arbeit las er (der Dozent) übrigens oft seine Post und spielte Fernschach während den analytischen Stunden!“*

Wenn man die Therapeuten selbst fragt, was ihrer Meinung nach in der Psychotherapie wirkt, kann man zu dem folgenden Ergebnis kommen, wenn man sich den Untersuchungsergebnissen eines deutsch-schwedischen Psychologenteams anschließen will. Klug et al. (2008) befragten 81 psychodynamisch orientierte Therapeuten, 82 Analytiker und 162 Verhaltenstherapeuten. Die Psychotherapeuten sahen ‚Anpassung‘ als bedeutsamsten Wirkfaktor, der eine Anerkennung des Symptoms impliziert. Psychoanalytiker sahen ‚Einsicht‘ und eine Hinterfragung des Symptoms als den Faktor, der zu einer stabilen Veränderung führt. Die Verhaltenstherapeuten bekannten sich auch am ehesten zu den eher unspezifischen Faktoren wie ‚Freundlichkeit‘. Auf die therapeutische Technik bezogen gaben sie in erster Linie ‚Unterstützung‘ an, womit ein aktives Ordnen, Strukturieren, Nachfragen und Ermutigen gemeint ist. Psychoanalytiker und psychodynamische Therapeuten gestalten den therapeutischen Prozess weniger strukturierend. Die von ihnen hauptsächlich eingesetzte Technik nannten sie eher ‚Neutralität‘. Die Therapeuten unterschieden sich erwartungsgemäß entsprechend ihren theoretischen Orientierungen. Interessant ist jedoch, dass trotz der unterschiedlichen Annahmen über die Wirkfaktoren sich die eingesetzten Techniken eher ähneln. Die Autoren leiten

daraus ab, dass die Effektivität einer Behandlung mehr von den speziellen Überzeugungen und Werten eines Psychotherapeuten als von einem bestimmten Verfahren abhängt.

Die in dieser Untersuchung gezeigten Ergebnisse zu Faktoren oder Komponenten hilfreichen Therapeutenverhaltens sollten keinesfalls dahingehend missverstanden werden, dass die am häufigsten genannten Variablen trainiert werden sollten oder könnten. Man könnte ja Manuale aufstellen, an denen der Therapeut sich abzarbeiten hätte. Jedoch scheint es so zu sein, dass die Variabilität therapeutischer Interventionen eher die Regel als die Ausnahme ist. Trijsburg et al. (2005b) stellen fest, in Einklang mit Luborsky et al. (1985), dass interaktive Variablen, besonders die Qualität des Arbeitsbündnisses, für die Unterschiede zwischen den Therapien deutlich mehr verantwortlich waren als die Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Therapien. Sie folgern daraus, dass unabhängig vom Therapiemodell die Rolle des einzelnen Therapeuten und sein Arbeitsbündnis mit dem Klienten im Sinne einer Anpassung des therapeutischen Vorgehens an den Klienten keinesfalls in der Einschätzung von Psychotherapieerfolg vernachlässigt werden darf.

Wenn es uns gelingt, die verborgenen Motive und Erwartungen (implizite Aufträge) unserer Klienten zu erkennen und darauf zu achten, was sie uns - verbal und nonverbal - an Selbstdefinitionen, Bedürfnissen und Beziehungserwartungen mitteilen, werden wir auch ihre Veränderungsfähigkeit und Eigenarbeit entscheidend beeinflussen können. Wie stark sich ein Klient in der therapeutischen Arbeit engagiert, steht in Zusammenhang mit der positiven Einschätzung der Therapiebeziehung und den positiven Erwartungen und Hoffnungen, mithilfe des Therapeuten seine Ziele zu erreichen. In den Ergebnissen dieser Untersuchung bestätigt sich, dass die Arbeit des Therapeuten vermutlich dann erfolgreich ist, wenn sie auf die Entfaltung eines Selbstveränderungs- und Entwicklungspotenzials des Klienten abzielt und wenn sie die Selbstwirksamkeitserwartungen des Klienten auslösen und verstärken.

Meine Untersuchung zeigt, daß der Therapeut über direkte und indirekte Kommunikation systematisch die Steuerung der internen Verarbeitungsprozesse beim Klienten (sein Selbstregulationssystem) Einfluß nimmt. Sachse (1999) bestätigt dies in seiner Untersuchung an vier Therapieformen (Einzelfallanalysen); er fand heraus, daß bei einem Therapeuten mit ausgeprägter Steuerung auch eine hohen Prozessdirektivität zu finden ist, dass also je nachdem, ob therapeutische Interventionen die Vertiefung, das Gleichbleiben oder eine Verflachung des Verarbeitungsprozesses beim Klienten anregen, von diesem auch entsprechend weitgehend umgesetzt wird: mit vertiefenden Bearbeitungsangeboten reduziert der Therapeut den Steuerungseffekt, mit gleichbleibenden Bearbeitungsangeboten erhöht er ihn. Ich denke, dass bei allen direkten Einflüssen (Interventionen), die dem Therapeuten auf den therapeutischen Prozess zu zuschreiben sind, vor allem nicht außer acht gelassen werden darf, dass auch eben diese therapeutischen Wirkfaktoren/Wirkkategorien lediglich als prägnant gewordene Zustände der Selbstbezogenheiten der Klienten zu betrachten sind. Dies deswegen, weil es ja gerade der Klient ist, der die im Therapieprozess situativ aktivierten Wirkelemente oder Wirkfaktoren verbalisiert und damit für den Therapeuten und Forscher ‚greifbar‘ macht. Somit sind die dem Therapeuten/Forscher mitteilbaren Wahrnehmungen des Klienten (z.B. im Hinblick auf die Interventionen des Therapeuten) sprachlich erfassbare Erscheinungsformen seiner jeweiligen Veränderungsinvolvertheit. Allerdings gelingt dies nur, wenn die Wahrnehmung des Klienten hinsichtlich der Wirkung(sweise) einer Intervention bei ihm eine gewisse Bedeutungsschwelle überschreitet.

Diese Untersuchung zeigt auf, dass unter dem Aspekt hilfreicher Therapeuteninterventionen zwei eng miteinander zusammenhängende Wirkweisen zu bestehen scheinen: methodisch-strukturierende Wirkfaktoren (Kernkategorie I) und begleitende, stützende, vermittelnde Wirkfaktoren (Kernkategorie II). Beide können von den Klienten als Therapietechniken und



Therapeutenhaltung erkannt und beschrieben werden. Mit Frank (1997) ließe sich sagen, dass wirksame Therapieprozesse nicht auf die Art der Therapeutentechnik zurückzuführen sind, sondern darauf, dass sie vom Klienten als "strukturierte Heilungszeremonie" erlebt werden. Und das gelingt nur, wenn der Klient vom Therapeuten darauf "eingestimmt" werden konnte (Kairos).

Die vier der fünf „Schlüsselaspekte“ therapeutischer Wirkprinzipien nach Grawe (2000) finden sich auch in den Beschreibungen der I. Kernkategorie (Methodik hilfreicher Therapeuteninterventionen) meiner Untersuchung wieder:

1. Realisierung von Intentionen (Zielfindung): die Klientenerwartungen (z.B. bzgl. der Wirksamkeit eigenen Verhaltens) werden verdeutlicht und ggf. verändert.
2. Veränderung von Intentionen (Motivation zur Zielerreichung): mittels motivationaler Klärungsprozesse und anderen Interventionen, die auf die Handlungsabsichten der Klienten Einfluss nehmen.
3. prozessuale Aktivierung: die bearbeiteten Einstellungen und Konflikte werden unmittelbar im Therapieprozess modifiziert und erfahren.
4. Ressourcenaktivierung: der Therapeut knüpft an die Fähigkeiten, konstruktive Möglichkeiten und Eigenarten des Klienten an und hilft unterstützend in der Integration der vorhandenen Ressourcen.

Mit dem sehr bedeutenden 5. Schlüsselaspekt, der „Therapeutischen Beziehung“, korrespondieren die Befunde der II. Kernkategorie (,Interventionsstil‘) Auf der Seite des Patienten sieht Grawe als Wirkfaktoren (1.) die Einsicht, insbesondere die (2.) affektive Einsicht, (3.) die Verinnerlichung und (4.) die neue Beziehungserfahrung (beschrieben in meiner 3. Kernkategorie).

Es dürfte bis hierhin deutlich geworden sein, daß die genannten Wirkfaktoren innerhalb einer intrapsychischen Perspektive allein, also vor dem Hintergrund einer ‚Ein-Personen-Psychologie‘ (die beteiligten Akteure als Monaden), nicht angemessen zu verstehen sind. Vielmehr ist die Betrachtung in einem interaktiven oder auch ‚intersubjektiven‘ Bezugsrahmen beider am Therapieprozess Beteiligten angeraten. Damit aber verlagert sich das Forschungsinteresse in der Untersuchung von Wirkfaktoren eher weg von der Betrachtung ausschließlich der verbalen Interaktion zwischen Therapeut und Klient hin zu einer Analyse der ‚Hintergrundbedingungen‘, die wesentlich daran beteiligt sind, psychische Veränderungen zu initiieren.

Die Ergebnisse meiner Untersuchung können dazu anregen, den Fokus der Forschung zukünftig verstärkt auf die Klientenperspektive zu richten und dabei mehr der Frage nachzugehen, was die Klienten hilfreich bzw. wirksam finden, als darauf, das Werkzeugarsenal des Therapeuten nach Maßgabe schulenspezifischer Konstrukte zu verfeinern. Die Wahrnehmungen der Klienten sollten immer wieder eingeholt werden, um diese für die Weiterentwicklung der Therapie nutzbar zu machen.

Sehr schön beschreibt Yalom (2006, S. 206) in seinem Buch „Die Schopenhauer-Kur“ die Unverzichtbarkeit auf die Klientensicht dessen, was hilfreich sein könnte:

*Schließlich gab er [der Therapeut] nach und fragte:*

*„Und welche zwei Äußerungen?“*

*"Naja, die erste hört sich nach nichts besonderem an, aber sie tat ihre Wirkung. Ich hatte Ihnen von einem meiner typischen Abende erzählt - Sie wissen schon, irgendwo eine Frau aufgabeln, sie zum Essen einladen, die Verführungsszene in meinem Schlafzimmer immer nach demselben Schema und mit derselben stimmungsvollen Musik in Gang setzen. Ich erinnere mich, dass ich Sie um Ihre Meinung dazu bat und wissen wollte, ob Sie das Ganze geschmacklos oder unmoralisch fänden."*

*"Ich weiß nicht mehr, was ich geantwortet habe."*

*„Sie sagten, Sie fänden es weder geschmacklos noch unmoralisch, sondern nur langweilig. Der Gedanke, ein langweiliges, monotones Leben zu führen, versetzte mir einen Schock."*

*"Ah, interessant. Das war also die eine Äußerung. Und die andere?"*

*"Wir sprachen über Grabinschriften. Ich weiß nicht mehr, warum, aber ich glaube, Sie stellten die Frage, welche Inschrift ich für mich selbst wählen würde..."*

*"Gut möglich. Die Frage greife ich gerne auf, wenn ich das Gefühl habe, in einer Sackgasse gelandet zu sein und eine aufrüttelnde Intervention zu benötigen. Und...?"*

*"Nun, Sie schlugen vor, ich sollte den Satz: ‚er fickte gern‘ auf meinen Grabstein gravieren zu lassen. Und dann fügten Sie hinzu, diese Inschrift könnte ich ohne weiteres auch für meinen Hund nehmen - ich könnte den gleichen Stein für mich und mein Hund verwenden."*

*„Ziemlich hart. War ich wirklich so grob?"*

*„Ob grob oder nicht, ist irrelevant. Wichtig sind Effektivität und Wirkungsdauer Ihrer Äußerung. Ich habe sie mir später, vielleicht zehn Jahre danach, zu Nutzen gemacht."*

*„Zeitlich verschobene Interventionen! Ich hatte immer eine Ahnung, dass sie bedeutungsvoller sind, als man gemeinhin annimmt. Wollte immer eine Studie darüber machen. Aber für unser heutiges Anliegen möchte ich nur wissen, warum Sie bei unserem letzten Treffen zögerten, sie zu erwähnen, anzuerkennen, dass ich Ihnen, und sei es nur in geringem Maße, irgendwie doch geholfen habe."*

### **Ausblick auf zukünftige Forschung:**

In diesem Teil meiner Studie ging es darum, herauszufinden, welche Interventionen ihres Therapeuten Klienten als hilfreich empfinden. Mit dem Einsatz einer Weiterentwicklung des vorliegenden Instrumentes liesse sich verdeutlichen, durch welche ‚Massnahmen‘ des Therapeuten das Erleben unserer Klienten lebendiger und bewußter würde und sie mehr Klarheit über sich selbst finden könnten, was sie in der Arbeit mit ihrem Therapeuten fühlen und was ihre Reaktionsweisen in ihrer gegenwärtigen Situation sind.

Selbstverständlich könnte einentsprechend entwickeltes Instrument auch so konstruiert sein, das es sowohl erhebt, inwieweit Klienten manche Interventionen als hilfreich, andere als nicht hilfreich beurteilen. Viele Klienten haben keine Schwierigkeiten, zu erkennen, wie ihre Probleme oder Konflikte begründet sind, aber sie wissen nicht, welche Art von Unterstützung sie suchen sollen und welche ihnen weniger gut tut. Hier Instrumente zu entwickeln, die dem Therapeuten Rückmeldung über das zu verschaffen, was ‚hilfreich‘ ist und was nicht, ist die Aufgabe des Forscher-Praktikers.

Ich stelle mir eine konsequente Weiterverwertung der hier vorgestellten Forschungsergebnisse in etwa so vor:

Analog der Konstruktion des qualitativen Erfassungsmodus des HILF könnte ein Fragebogen entwickelt werden, der die Klienten in ungebundener Form nach ihren Eindrücken von hilfreichen Therapeuteninterventionen entsprechend den hier bearbeiteten vier Fragestellungen (Was macht der Therapeut? Wie macht der Therapeut das? Welche Empfindungen? Welche Konsequenzen?) befragt.

Bei Nutzung der in dieser vorgestellten Methodik könnte ein einsatzfähiger Forschungsfragebogen entwickelt werden.

1. **Schritt:** Sammlung narrativer Daten aus einzelnen Therapiesitzungen (N Therapeuten, N+X Klienten). Offene Fragen nach ‚hilfreichen‘ Therapeuteninterventionen

(z.B. „Beschreiben Sie die Interventionen Ihres Therapeuten, die Sie als hilfreich erlebt haben.“ und „Was genau fanden Sie an diesen Interventionen hilfreich?“)

2. **Schritt:** Datenanalyse nach der ‚Grounded Theory‘. Kodierungen reduziert zu Codes (z.B. ‚Therapeut benennt das Wesentliche‘). Weiteres Vorgehen : **a)** Auswertung im inhaltsanalytischen Ablaufmodell zur Validierung meiner Ergebnisse, auf einer breiteren Basis. Die Codes würden in Ausschöpfung des inhaltsanalytischen Ablaufmodells zu Kategorien und Metakategorien transformiert, analog zu meiner Studie. Der Gewinn bestünde darin, dass die Erforschung von wirksamen Therapeuteninterventionen auf eine valide Basis gestellt würde und damit eine Lücke in einer noch zu entwickelnden Theorie von einer ‚Allgemeinen Psychotherapie‘ schließen würde. **b)** Codes werden in Fragebogen-Items transformiert zur Erstellung eines Vorfragebogens.
3. **Schritt (weiter nach b):** Nach Itemselektion aus dem Vorfragebogen Konstruktion des endgültigen Fragebogens. Z.B. („Skalieren Sie bitte, inwieweit Sie die folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre vorherige Therapiesitzung als hilfreich empfanden?“)
4. **Schritt:** Einsatz des Forschungsfragebogens bei N Therapeuten unterschiedlicher Therapiemethodiken, N+X Klienten. Faktorenanalytische Auswertung.
5. **Schritt:** Auf Grundlage der Faktorenstruktur werden aus den hoch ladenden Items Skalen gebildet, die das endgültige Skalierungsinventar bilden. Dieses Inventar kann zum Methodenvergleich, aber auch zur Therapeuten-Selbstkontrolle eingesetzt werden.

In diesem Sinne wäre der so entwickelte Fragebogen als ein Forschungsinstrument zur Evaluierung von unterschiedlichen Konzepten von prozessgebundenen Wirkfaktoren geeignet. Andererseits ließe sich dieses Frageninventar relativ einfach und in kurzer Zeit von den Klienten bearbeiten und wäre somit (z.B. für den einzelnen Therapeuten oder auch im Rahmen von Therapieausbildung) als Kontrollinstrument für Therapiesitzungen einsetzbar.

## 8. KLIENTENPROFIL

### 8.1 Einführung in die Fragestellungen

#### **„THERAPIEOPTIMALE“ KLIENTEN AUS THERAPEUTENSICHT**

In diesem Kapitel geht es um die Perspektive des Therapeuten. Der Therapeut schätzt seine Klienten intuitiv hinsichtlich der von ihm vermuteten therapielevanten Fähigkeiten ein.

Auch in diesem Abschnitt der vorliegenden Arbeit wird auf einen Aspekt des psychotherapeutischen Interaktionsprozesses fokussiert.

Hier geht es um das Bild, das sich der Therapeut zu Therapiebeginn von den ‚Therapie-Qualitäten‘ seines Klienten macht, im Sinne eines intuitiven Erst-Eindrucks; ich habe hierzu die provokative Formulierung ‚therapieoptimal‘ gewählt. Dabei werden auch einige hypothetische Zusammenhänge zwischen dem Therapeuten-Ersteindruck und Klientenvariablen wie Erwartungen, Befürchtungen, Therapieerfahrung und Motivation untersucht. Es sollen also die Zusammenhänge zwischen beiden Sichtweisen unter partiellen Aspekten näher erforscht werden.

Nicht alles, was das innere Erleben des Klienten ausmacht, ist für ihn aus verschiedenen Gründen auf der sprachlichen Ebene mitteilbar. Dennoch nimmt der Therapeut über nonverbale Wege vieles an diffusen Gefühlen, Reaktionen und Botschaften vom Klientenerleben auf. Dies kann über Informationskanäle geschehen, die in ihren impliziten Bedeutungen per Körpersprache, Akzentuierungen, Symptomatiken und andere Botschaften wirksam werden. Hier ist seine Sensibilität und Aufmerksamkeit (awareness), vor allem aber seine Erfahrung und sein Können gefragt, alles unabdingbare Voraussetzungen, um die implizit im denotativen Kontext eingebetteten, weitgehend unbewussten Botschaften aufnehmen und mit passender Intervention im *Kairos* beantworten zu können. Die durch die unausgesprochenen Botschaften des Klienten beim Therapeuten ausgelösten Gefühle, Gedanken und Reaktionen nannte Freud ‚Gegenübertragung‘ (Freud, 1975).

Zu den Reaktionen von Therapeuten auf Ersteindrücke von ihren Klienten scheint bisher wenig geforscht worden zu sein. Allerdings hat sich das im tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Arbeitsfeld verwendete Konzept der Gegenübertragung offensichtlich gewandelt. Bei Freud und seinen Nachfolgern bestand die ‚klassische‘ Sicht der Gegenübertragung eher in einer negativ gefärbten Einstellung, da man davon ausging, dass diese lediglich eigene ungelöste neurotische Konflikte des Therapeuten widerspiegeln würde. Und dies war unerwünscht, weil dadurch der Heilungsprozess des Klienten gefährdet werde. Daher sollte der Therapeut möglichst nur eine weiße Wand darstellen, auf der der Klient projizieren, aber die Person des Therapeuten möglichst in keiner Weise erkennen sollte. Erst nach und nach wurde die Gegenübertragung als sinnvolles diagnostisches Instrumentarium erkannt. Die Einbahn-Sichtweise in der Klient-Therapeut-Dyade ist inzwischen weitgehend durch eine interpersonale Perspektive ersetzt worden. In ihr wird sowohl der Einfluss vom Klienten als auch vom Therapeuten auf die Einstellungen des Therapeuten berücksichtigt wird (siehe auch Kiesler, 2001).

### **Einige Befunde aus der Literatur zum Einfluss des Klienten auf das ‚Mitschwingen‘<sup>21</sup> des Therapeuten.**

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern unterschiedliche therapeutische Reaktionen auslösen (z.B. Faller, 1999). Depressive Patienten scheinen eher positive Gefühle wie Sympathie, Fürsorge und Unterstützung auszulösen; sie werden als freundlicher wahrgenommen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen dagegen lösen eher negative Gefühle wie z. B. Ärger und Ungeduld aus; sie werden als dominanter und feindseliger wahrgenommen.

Colson et al. (1986) kam zu dem Ergebnis, daß Therapeuten umso mehr und intensiver die Gefühle ihrer Klienten wahrnahmen, je höher sie den Schweregrad der Klienten-Problematik einschätzten, gemessen an den Problemen im Prozess der Betreuung bzw. der Therapie. Allerdings gibt es auch Untersuchungen, in denen kein Zusammenhang zwischen Schweregrad der Symptomatik oder Persönlichkeitsstörungen und den Therapeutenreaktionen gefunden wurden (Najavits, 2000). Zumindest in meiner Untersuchung bestätigt sich letzteres. Und wenn Therapeuten ihren Klienten gegenüber Gefühle von Zuneigung und Sympathie empfanden, schätzten sie diese dagegen als sich selber ähnlicher - und zwar positiver - ein (McClure & Hodge, 1987).

Emotionale Reaktionen gegenüber Klienten dürften vermutlich auch Indikation und Prognose beeinflussen. Dies scheinen zumindest die Studien von Faller (1999) und Köpp et al. (2002) zu zeigen. Patienten, die Sympathie und Zufriedenheit auslösen, wird die eigene Behandlungsmethode sehr nahe gelegt und und sie erhalten auch eine günstigere Prognose. Patienten, die weniger positive Gefühle auslösen, werden dagegen eher andere Behandlungsangebote gemacht, und es wird weniger Therapieerfolg prognostiziert.

Dagegen wiederum legt die Untersuchung von McIntry (1998) nahe, dass erfahrene Therapeuten Patienten als weniger problematisch in ihrem Beziehungsverhalten einschätzten und sich im Gegensatz zu unerfahrenen Therapeuten als weniger verunsichert in Bezug auf die Behandlung zeigten und weniger Schwierigkeiten sahen. Dies ließe sich mit der Annahme erklären, dass erfahrene Therapeuten zwar ähnliche Reaktionen gegenüber Patienten wahrnehmen wie unerfahrene Therapeuten, dass sie mit ihnen aber professioneller umgehen können, so dass die Gefahr der eigenen perspektivischen Verzerrungstendenz in der Wahrnehmung ihrer Klienten möglicherweise geringer ist.

Wampold (2001) kritisiert, dass über die Einflüsse von Vor-Einstellungen des Therapeuten auf die Beziehungsgestaltung recht wenige Überlegungen angestellt worden sind, wohingegen viel über das Beziehungsangebot des Klienten nachgedacht und auch geforscht worden ist. Eigentlich wäre davon auszugehen, dass eine interpersonale Theorie aus ihrem Selbstverständnis heraus auch die Prozesse zwischen den beiden Interaktionspartnern einer therapeutischen Dyade gleichberechtigt im Auge behalten müsste. So wird - unter Nichtbeachtung dieser eigentlich selbstverständlichen Voraussetzung - wie selbstverständlich und unhinterfragt davon ausgegangen, dass Psychotherapeuten keine problematischen Wahrnehmungsverzerrungen in den Therapieprozess einbringen und à priori fähig seien, sich unvoreingenommen zu ihren Klienten in Beziehung zu setzen.

---

<sup>21</sup> Um von vornherein Missverständnissen hinsichtlich des Gegenübertragung-Konzeptes zu entgehen, habe ich meinem eigenen Fragebogen diesen Begriff vermieden, zumal in der Literatur keinesfalls die Vorstellungen von Gegenübertragung einheitlich verwendet werden.

Mein Fragenkatalog KLIENTENPROFIL soll in dieser Hinsicht als ein Vorschlag verstanden werden, wie sich mit der Fragestellung methodisch umgehen ließe.

Ich habe diesen Fragenkatalog KLIENTENPROFIL genannt, weil ich das Bild des kriminalistisch arbeitenden *Profilers* vor Augen hatte, der sich aus zunächst unsystematisch ins Auge fallenden potentiellen Hinweisen (clues) ein erstes Bild seines Forschungsgegenstands (des Täters) macht.

## 8.2 Fragestellungen

Die entsprechenden Fragestellungen zu dieser Fragenkatalogkonstruktion lauten:

1. Wie lässt sich das erste vorläufige implizite Konstrukt beschreiben, das sich der Therapeut intuitiv hinsichtlich der ‚Therapiequalität‘ von seinem Klienten macht?

2. Welche Zusammenhänge gibt es zwischen den vom Therapeuten angenommenen Therapie-Qualifikationen des Klienten mit anderen vom Klienten erhobenen Daten zu Therapieerwartungen, Therapieeinstellungen und Einschätzungen hilfreicher Therapeuteninterventionen?

## 8.3 Deskriptive Auswertungen der Skalierungen

Der Aufbau des KLIENTENPROFILs ist in Kap.4.1.1 (S.100 ff) dargestellt. Von insgesamt 69 Klienten, die an der Untersuchung teilnahmen, standen 59 KLIENTENFRAGEBÖGEN zur Auswertung zur Verfügung, da für 4 Klienten keine Daten erhoben wurden und die die übrigen Fragebögen auf Klientenseite unvollständig ausgefüllt worden waren.

### Statistiken:

Die Mittelwerte aller Items mit Ausnahme des Items ‚Schweregrad der Problematik‘ liegen mit Werten zwischen 3,08 und 3,83 deutlich über dem Skalenmittelwert (2,5), d. h., dass die Einschätzungen des Therapeuten hinsichtlich des Bildungsgrads, der beruflichen Stellung und der Therapiepassung der Klienten dieser Stichprobe auf überdurchschnittliche Voraussetzungen hinweisen. Zwei Items (Nr.23 u. Nr.24) sind wegen nachträglich erkannter Irrelevanz nicht in die Untersuchung eingegangen.

## 8.4 Korrelationsstatistische Auswertungen

### 8.4.1. Messen die einzelnen Items des KLIENTENPROFILs unterschiedliche Aspekte von Vor-Einstellungen des Therapeuten?

Der aus den Items 13 – 22 und 25 -27 sich konstituierende Fragenkatalog zur ‚Therapeut-Klient-Passung‘ hat entsprechend seiner Konstruktionsmerkmale, wie zu erwarten, eine **hohe interne Konsistenz**. Die Interkorrelationen des KLIENTENPROFILs fallen in dieser Untersuchung vermutlich höher aus, als wenn ein repräsentatives Klientenkollektiv untersucht worden wäre, da mein Kollektiv aus eher ‚bürgerlichen‘, städtischen Schichten stammt.

Es lohnt sich allerdings, die Korrelationen der Items untereinander hinsichtlich ihrer Höhe und Richtung genauer zu betrachten. Gemessen werden paarweise Korrelationen der 16 Items. Als im Sinne eines Anker-Effekts bedeutsamste Variablen sehe ich sowohl das "*Mitschwingen*" als auch die "*Sympathie für den Klienten*" an, die wiederum beide mit der "*Prognose*" hoch korrelieren müssten. Ich habe daher für alle drei Variablen deren Korrelationen untereinander und mit den übrigen 13 Variablen berechnet.

Die ersten fünf Hypothesen sind nicht als statistische Hypothesen formuliert, da die statistische Überprüfung einen im Rahmen dieser Arbeit nicht vertretbaren Aufwand bedeutet hätte.

**(statistische) Hypothese 8.1 :**

Die drei Variablen ‚*Mitschwingen*‘, ‚*Sympathie für den Klienten*‘ und ‚*Prognose*‘ korrelieren paarweise hoch positiv miteinander.

Begründung: Anker-Effekt; als sympathisch empfundene Menschen erfahren eine positive Gegenübertragung und im therapeutischen Zusammenhang eine eher positive Prognose.

**Ergebnisse:**

**Tabelle 44: Interkorrelationen zwischen den Variablen Mitschwingen, Sympathie und Prognose im KLIENTENPROFIL (N=59)**

| Korrelationen zwischen   | Korrelationskoeffizient r |
|--------------------------|---------------------------|
| Mitschwingen – Sympathie | 0,80                      |
| Mitschwingen – Prognose  | 0,61                      |
| Sympathie – Prognose     | 0,58                      |

**Interpretation:**

**Die Hypothese wurde bestätigt.** Es gibt jedoch deutliche Unterschiede in der Höhe der Korrelationen.

Sehr hoch ist der Zusammenhang zwischen dem *Mitschwingen* auf Seiten des Therapeuten und dem *Sympathieempfinden* für den Klienten! Dieser Befund bedeutet, daß positiv erlebtes Mitschwingen und Sympathie für den Klienten eng zusammenliegen, vielleicht einfach nur, weil das Mitfühlen und -Erleben des Therapeuten mit den Affekten des Klienten eigene affektive Saiten zum Schwingen und ihn damit dem Klienten menschlich sehr nahe bringt. Das Gefühl von Nähe macht den anderen oft sehr sympathisch.

Nicht ganz so hoch, eher im mittleren Bereich, ist der Zusammenhang zwischen einem positiven *Mitschwingen* seitens des Therapeuten und der Einschätzung des zukünftigen Profits (*Prognose*) durch seine Therapie beim Klienten. Nicht zu klären ist an dieser Stelle, ob hier nur das Wohlbehagen des Therapeuten in der Interaktion mit dem Klienten ‚die Feder führt‘ oder ob der Therapeut das Mitschwingen als einen bedeutsamen Indikator für den Therapieerfolg intuitiv einschätzt!

Ebenfalls ergibt sich ein mittlerer Zusammenhang zwischen *Sympathie* und *Prognose*. Dieser relativ hohe Zusammenhang macht deutlich, wie wichtig es für den Klienten ist, von seinem Therapeuten als sympathisch erlebt zu werden, weil vermutlich die positive prognostische Einschätzung durch den Therapeuten dessen therapeutischen Einsatz fördert. Andererseits könnte dieses Ergebnis als beruhigend gesehen werden, besagt es doch, daß die Sympathie für den Klienten nicht alles ist, was den Therapeuten zu einer positiven Therapieprognose veranlaßt.

Um die Frage zu klären, in welchen Zusammenhängen die drei Variablen **Sympathie**, **Mitschwingen** und **Prognose** zu den Variablen der ‚**Klient-Therapeut-Passung**‘ stehen, habe ich deren Korrelationen jeweils mit den Variablen 13 – 22 berechnet.

Die folgenden Paarkorrelationen zwischen ‚Sympathie‘, ‚Mitschwingen‘ und ‚Prognose‘ auf der einen Seite und den übrigen items der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ sind hochsignifikant ( $\alpha=.000$ , bei 1-seitigen Niveau;  $N = 57 - 59$ ).

### **Hypothese 8.2:**

Das **Sympathieempfinden** des Therapeuten korreliert mit der Wahrnehmung emotionaler Intelligenz beim Klienten höher als mit dessen intellektuellen und verbalen Qualitäten.

Begründung: auch als Therapeut neige ich zu der sehr elementaren menschlichen Haltung, Menschen als sympathischer zu empfinden, wenn sie ähnlich empfinden wie ich, das heißt wenn ihre wahrgenommene emotionale Struktur sich von der meinigen nicht erheblich unterscheidet!

**Hypothese 2 kann beibehalten werden:** die Sympathie des Therapeuten für seinen Klienten korreliert am höchsten mit der (am Klienten wahrgenommenen) ‚*emotionalen Intelligenz*‘ ( $r = .74$ ) und der ‚*emotionalen Passung*‘ zwischen Therapeut und Klient ( $r = .83$ , die höchste Korrelation im KLIENTENPROFIL überhaupt) . Hinzu kommt noch die hohe Korrelation mit der am Klienten wahrgenommenen ‚*Neugier*‘ ( $r = .81$ ), auf die sich die Hypothese nicht bezogen hatte. Am geringsten korreliert ‚*Sympathie*‘ mit der am Klienten wahrgenommenen ‚*Qualität sprachlichen Ausdrucks*‘ ( $r = .39$ ), ‚*Qualität verbaler Kommunikation*‘ ( $r = .46$ ) und ‚*intellektuellem Verständnis*‘ ( $r = .53$ ) und auf Therapeutenseite der ‚*Prognose*‘ ( $r = .58$ ).

### **(statistische) Hypothese 8.3:**

Das ‚**Mitschwingen**‘ des Therapeuten korreliert höher mit den emotionalen Qualitäten des Klienten, seiner Mitarbeit und seiner Offenheit/Neugier als mit verbalen Qualitäten des Klienten.

Begründung: als Therapeut lege ich in erster Linie Wert darauf, daß der Klient meine Interventionen „auf gleicher Wellenlänge“ empfängt, wie sie von mir „gesendet“ wurden, statt sie lediglich „per Einsicht“ intellektuell zu akzeptieren. Dies erleichtert die affektiv-emotionale Akzeptanz und Umsetzung und fördert den therapeutischen Entwicklungsprozess

**Hypothese 3 kann beibehalten werden:** das Mitschwingen des Therapeuten für seinen Klienten korreliert am höchsten mit ‚*Neugier*‘ ( $r = .71$ ), ‚*emotionalen Intelligenz*‘ ( $r = .66$ ), ‚*Reflektionsfähigkeit*‘ ( $r = .66$ ) und ‚*Kooperationsbereitschaft*‘ ( $r = .66$ ) einerseits und der ‚*emotionalen Passung*‘ ( $r = .84$ ) andererseits.

Am geringsten korreliert ‚*Mitschwingen*‘ mit der am Klienten wahrgenommenen ‚*Qualität verbaler Kommunikation*‘ ( $r = .34$ ) und ‚*Qualität sprachlichen Ausdrucks*‘ ( $r = .36$ ). (Bei Klienten, bei denen ich weniger mitschwinge, schätze ich auch deren verbale Kommunikationsfähigkeit nicht so hoch ein?)

Die Korrelation von ‚*Mitschwingen*‘ und der ‚*verbalen Passung*‘ ( $r = .57$ ) liegen im mittleren Bereich.

### **(statistische) Hypothese 8.4:**

Die **prognostische Einschätzung des Therapeuten** korreliert höher mit einer guten Kooperation seitens des Klienten, mit dessen Offenheit für neue Erfahrungen sowie emotionaler Intelligenz und intellektuellem Verständnis als mit verbalen Qualitäten des Klienten.

Begründung: nicht verbale und auch weniger die intellektuellen Fähigkeiten des Klienten, sondern emotionale Intelligenz und der Eindruck emotionaler Passung, aber auch Kooperationsbereitschaft und Offenheit beim Klienten verleiten mich dazu, dem Klienten eine positive Prognose zu geben.

**Hypothese 4 kann beibehalten werden:** Die **prognostische Einschätzung des Therapeuten** korreliert am höchsten mit der am Klienten wahrgenommenen ‚*Kooperationsbereitschaft*‘ ( $r = .80$ ) und ‚*Neugier*‘ ( $r = .71$ ) und der ‚*emotionalen Passung*‘ ( $r = .68$ ) andererseits. Am geringsten korreliert ‚*Prognose*‘ mit der am Klienten wahrgenommenen ‚*Qualität verbaler*



*Kommunikation*‘ ( $r = .32$ ) und *verbale Passung*‘ ( $r = .36$ ) sowie dem *intellektuellem Verständnis*‘ ( $r = .34$ ) zwischen Therapeut und Klient.

#### **Interpretation der Ergebnisse aus den Hypothesen 8.2 – 8.4:**

**Sympathie** und **Mitschwingen** stehen in einem sehr hohen positiven Zusammenhang, **Sympathie** und **Prognose** in einem mittleren Zusammenhang, ebenso **Mitschwingen** und **Prognose**. Mit anderen Worten: der erwartete hohe Zusammenhang entsprechend den obigen Definitionen von Sympathie und Mitschwingen wurde bestätigt. Nicht bestätigt wurde der vermutete hohe Zusammenhang zwischen Sympathie und Prognose und Mitschwingen und Prognose, er liegt eher im mittleren Bereich. Dieses Ergebnis ist jedoch deswegen einleuchtend, weil im Gegensatz zur eher intuitiven und emotional wahrgenommenen Sympathie und Gegenübertragung bei der Prognose offensichtlich auf der intuitiven Ebene eher kognitive, diagnostische Erkenntnisse hinzugezogen werden.

Die am Klienten wahrgenommene *Neugier* und der Eindruck interaktiver *emotionaler Passung* (Therapeut-Klient-Passung‘, *zusammenhängen* beim Therapeuten sowohl mit den höchsten **Sympathieempfindungen**, dem höchsten **Mitschwingen** als auch mit einer günstigen **Prognose** für den Klienten.

Darüberhinaus korrelieren die wahrgenommene *emotionale Intelligenz* des Klienten sowohl mit einer hohen **Sympathieempfindung** als auch mit einem sehr ausgeprägten **Mitschwingen**.

Hohe Werte von wahrgenommener *Reflexionsfähigkeit* und *Kooperationsbereitschaft* des Klienten korrelieren mit positivem **Mitschwingen** des Therapeuten.

Hohe Werte von wahrgenommener *Kooperationsbereitschaft* beim Klienten korrelieren beim Therapeuten mit dem Eindruck einer günstigen **Prognose** für den Klienten.

Dagegen:

Die Qualität *sprachlichen Ausdrucks*, die Qualität *verbaler Kommunikation* einerseits und das **Sympathieempfinden** und das Gefühl von positivem **Mitschwingen** des Therapeuten andererseits stehen in einem weniger engen Zusammenhang.

Ebenso hat das *intellektuelle Verständnis* einen nur geringen Einfluss auf das Gefühl von positivem **Mitschwingen**.

Die Qualität *verbaler Kommunikation*, das *intellektuelle Verständnis*, und die *verbale Passung zwischen Klient und Therapeut* korrelieren am geringsten im Bereich der erhobenen Variablen auf die **Prognose**.

Diese Ergebnisse erscheinen bemerkenswert, da sie deutlich machen, dass bei differenzierter Betrachtung der einzelnen Variablen subjektiver, intuitiv-diagnostischer Wahrnehmung des Klienten durch den Therapeuten *Neugier*, *emotionale Passung*, *emotionale Intelligenz*, *Reflexionsfähigkeit* und *Kooperationsbereitschaft* am engsten mit dem **Sympathieempfinden**, dem **Mitschwingen** und der **prognostischen Einschätzung** des Klienten zusammenhängen. Diese drei Variablen dürften nach meiner eigenen therapeutischen Erfahrung einen wesentlichen Anteil der Haltung des Therapeuten gegenüber seinem Klienten ausmachen! Selbstverständlich spürt der Klient seinerseits diese Haltung, und dieses Gespür wiederum dürfte einen Einfluss auf die generelle Wahrnehmung des Klienten in der therapeutischen Interaktion hinsichtlich hilfreicher therapeutischer Interventionen und Unterstützung haben. Daraus ließe sich generell die Hypothese formulieren, dass diejenigen Klienten die Arbeit des Therapeuten, den Therapieerfolg und die hilfreichen Interventionen positiver wahrnehmen und einschätzen, die vom Therapeuten als besonders sympathisch erlebt werden, bei denen er ein sehr positives Mitschwingen empfindet und ihnen eine besonders günstige prognostische Einschätzung hinsichtlich ihres Therapie-Profits zuschreibt. Letzteres wird in dieser Arbeit an nachfolgender Stelle untersucht. Ob sie auch tatsächlich von der Beratung/Therapie mehr profitieren, ist in dieser Arbeit nicht Gegenstand der Untersuchung.

Mich interessiert nun, welche der Items aus dem KLIENTENPROFIL mit dem Konstrukt von „Therapeut-Klient-Passung“ am engsten verbunden (korreliert) sind. Dieses Konstrukt setzt sich aus dem Gesamtwert der Interkorrelationen der Items 18 bis 22 zusammen.

**(statistische) Hypothese 8.5:**

**in den Korrelationen der einzelnen Items mit dem Konstrukt (Mittelwert aller Items) der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ bestehen keine erkennbar deutlichen Unterschiede.**

Begründung: die Skala hat eine hohe interne Konsistenz.

Die ‚Therapeut-Klient-Passung‘ ist aus den Skalenwerten der Items 13-22 und 25-27 zusammengesetzt, stellt also deren Mittelwert dar. Diese Items beschreiben die entscheidenden Merkmale der vom Therapeuten subjektiv erlebten Passung mit seinem Klienten. Nachfolgend wurden die internen Konsistenzen) berechnet, d.h. also, die Item-Skala-Korrelationen, nicht die Interkorrelationen.

**Ergebnisse:**

Mit der **Therapeut-Klient-Passung**

korrelieren am höchsten die *Neugier* ( $r = .87$ ), die *Reflexionsfähigkeit* ( $r = .86$ ), *Sympathie* ( $r = .84$ ), die *emotionale Passung* ( $r = .83$ ), die *emotionale Intelligenz* ( $r = .78$ ), das *Mitschwingen* ( $r = .79$ ), die *verbale Passung* ( $r = .77$ ), *Kooperationsbereitschaft* ( $r = .75$ );

korrelieren am niedrigsten das *intellektuelle Verständnis* ( $r = .66$ ), die *verbale Kommunikationsfähigkeit* ( $r = .62$ ), der *sprachliche Ausdruck* ( $r = .58$ ),

**Die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Trotz der hohen internen Konsistenz der Skala ist die Hypothese nicht zu halten. Einige items der Skala können besonders gut die ‚Therapeut-Klient-Passung‘ widerspiegeln. Interessant dabei ist, dass intellektuelles Verständnis und sprachlich-kommunikative Aspekte deutlich weniger zur ‚Therapeut-Klient – Passung‘ beitragen. Interessant ist auch, dass die *Neugier* des Klienten am höchsten mit dem Kriterium korreliert. Neugier ist ja eine wichtige Komponente für das persönliche Wohlbefinden eines Menschen. Befragte mit dieser Eigenschaft waren in einer Untersuchung von Gallagher und Lopez (2007) nicht nur glücklicher, sondern auch psychisch stabiler, sie fühlten sich in zwischenmenschlichen Beziehungen wohler. Es ist zu vermuten, dass der Charakterzug Neugier den Betroffenen sogar noch zu weiterer Zufriedenheit verhelfen kann, wenn er sie zum Beispiel in der Psychotherapie für seinen Erkenntnis- und Veränderungsprozess einsetzt. Und weil Neugier ein angenehmes Gefühl ist, das Menschen genießen, fühlen sich andere in Gegenwart von Neugierigen wahrscheinlich wohler, was Letztere noch beliebter macht, auch bei den Therapeuten.

Im nächsten Kapitel werden weitere Fragestellungen zu Zusammenhängen von Items des KLIENTENPROFILs untereinander und mit dem Item 3 des ERST dargestellt.

#### 8.4.2 Fragestellung: welche Zusammenhänge bestehen zwischen ‚Schweregrad der Problematik‘ (KLIENTENPROFIL Item 10) mit ausgewählten Items der ‚Therapiepassung‘ sowie mit Items anderer Fragenkataloge?

Mit *Schweregrad der Problematik* ist gemeint, daß der Therapeut wahrgenommene strukturelle Defizite und Leidensdruck des Klienten in die von ihm vermutete Erfordernis kürzerer oder längerer Beratungen/Behandlungen transformiert. Als „kürzer“ gelten die Skalierungen „1“ (einmalige Sitzung) und „2“ (wenige, bis zu 10 Sitzungen), als „länger“ Skalierungen von „3“ bis „5“ (mehr als 10 Sitzungen).

**Deskriptive Auswertung** der Skalierungen:

Mittelwert (2,03) und Standardabweichung (0,83) dieses Items haben den niedrigsten Wert von allen Items des Fragebogens, das heißt, dass der Schweregrad der Problematik der Klienten dieser Stichprobe vom Therapeuten im Mittel eher niedrig eingeschätzt wurde. Dies wiederum weist auf die Zusammensetzung der Stichprobe hin, die sich aus eher reaktiv belasteten Klienten zusammensetzt, kaum aus strukturell gestörten.

Mich interessierte zunächst die Frage,

**ob die Therapeuten-Einschätzung des Schweregrades der Problematik mit dem vom Klienten selbst empfundenen Ausmaß des Leidensdrucks übereinstimmt.**

Zur Beantwortung der Frage wurden Item 10 aus dem KLIENTENPROFIL mit Item 3 des ERST korreliert.

**(statistische) Hypothese 8.6:**

**Zwischen Item 10 KLIENTENPROFIL (Schweregrad der Problematik) und Item 3 ERST (Leidensdruck) besteht ein hoch signifikanter Zusammenhang.**

Begründung:

Klienten kommen umso wahrscheinlicher in eine Beratung/Therapie, wenn ihre Problematik ein Ausmaß angenommen hat, das sie wegen seiner Komplexität oder Gewichtigkeit selbst nicht mehr kontrollieren können oder zu können meinen. Zu diesem Zeitpunkt wird der Leidensdruck das entscheidende Motiv zur Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten sein.

**Ergebnis :**

**Die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Es ergab sich eine Korrelation von  $r = -.009$  (bei  $N = 59$ ), d. h., kein signifikanter Zusammenhang. Daraus ließe sich schließen, **daß Therapeut und Klient hinsichtlich der anfänglichen Einschätzung des Schweregrads der Problematik vermutlich wenig oder gar nicht übereinstimmen.** Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß sich die beiden impliziten Konzepte von „Schweregrad der Problematik“ auf Seiten des Therapeuten mit dem vom „Leidensdruck“ seitens des Klienten vermutlich nur teilweise decken.

Im Folgenden sollen einzelne Zusammenhänge zwischen Items der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ und weiteren, bisher nicht berücksichtigte Items des KLIENTENPROFILs dargestellt werden.

**(statistische) Hypothese 8.7:**

**Item 10 KLIENTENPROFIL (Schweregrad der Problematik) korreliert negativ mit Item 22 KLIENTENPROFIL (Kooperationsbereitschaft)**

Begründung: „Klienten haben doch deswegen schwerwiegendere Probleme, weil sie sich so schwer auf Andere einstellen könne.“

**Ergebnis: die Hypothese kann beibehalten werden.** Je ausgeprägter der ‚*Schweregrad der Problematik*‘ wahrgenommen wird, desto geringer wird die ‚*Kommunikation mit Therapeut*‘ eingeschätzt, (allerdings in einem eher schwachen Zusammenhang:  $r = -,265$ , sign. auf 0,45% Niveau).

**(statistische) Hypothese 8.8:**

**Item 10 KLIENTENPROFIL (Schweregrad der Problematik) korreliert bedeutsam negativ mit Item 25 KLIENTENPROFIL (Sympathie)**

Begründung: „Mit solchen schwierigen Klienten werde ich mich wahrscheinlich nicht so wohl fühlen, da sie vermutlich erwarten, dass ihnen sehr schnell geholfen und ihr Leidensdruck deutlich verringert werde. Sie werden also kaum die Geduld haben, sich auf meine Interventionen und die notwendige Zeitdauer einzulassen, in welchen Veränderungen stattfinden können.“

**Ergebnis: die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Der wahrgenommene *Schweregrad der Problematik* spielt keine Rolle hinsichtlich der für den Klienten empfundenen *Sympathie* ( $r = -0.97$ ,  $\alpha = 0.14$ )

**(statistische) Hypothese 8.9:**

**Item 10 KLIENTENPROFIL (Schweregrad der Problematik) korreliert negativ mit Item 26 KLIENTENPROFIL (Mitschwingen )**

Begründung: „Klienten haben doch deswegen schwerwiegendere Probleme, weil sie so wenig mitschwingungsfähig sind“

**Ergebnis: die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Der eingeschätzte *Schweregrad der Problematik* spielt keine Rolle hinsichtlich des wahrgenommenen *Mitschwingens* beim Klienten ( $r = -0,039$ ,  $\alpha = 0.771$ ).

**(statistische) Hypothese 8.10:**

**Item 10 KLIENTENPROFIL (Schweregrad der Problematik) korreliert negativ mit Item 27 KLIENTENPROFIL (Prognose)**

Begründung: „Der Therapeut erwartet bei schwerer Problematik innerhalb eines begrenzten Therapiekontingents wenig greifbare und hinreichende Veränderungen.“

**Ergebnis: die Hypothese kann beibehalten werden.** Je ausgeprägter der ‚Schweregrad der Problematik‘, desto schlechter wird die Prognose eingeschätzt ( $r = -0,42$ , bei  $\alpha = 0,001$ ).

**Im Weiteren stelle ich ausgewählte Zusammenhänge zwischen items des KLIENTENPROFILs mit Schulausbildung und beruflicher Stellung (Klientenangaben im FPI) dar.**

### 8.4.3 Fragestellung: Stimmt die seitens des Therapeuten eingeschätzte ‚Ausbildungsqualifikation des Klienten‘ (KLIENTENPROFIL Item 11) mit der vom Klienten selbst angegebenen (Schul-)ausbildung (FPI 1- 8) überein?

Mit *Ausbildungsqualifikation* ist die subjektive Einschätzung des Therapeuten bezüglich der Schul- und Weiterbildung gemeint, wogegen die Schulbildung im FPI-R vom Klienten selbst angekreuzt wird. Diese Kategorien haben eine Rangordnung von ‚vor der letzten Hauptschulklasse abgegangen‘ bis zu ‚abgeschlossener Hochschulausbildung‘. Der Mittelwert der KLIENTENPROFIL-Variable 11 liegt mit 3,8 (bei einer Streuung von 0,85) deutlich über dem Skalenmittelwert von 2,5.

#### (statistische) Hypothese 8.11:

**Der Therapeut schätzt die Qualifikation der (Schul-)ausbildung des Klienten ebenso ein, wiesie vom Klienten selbst im Fragebogen (FPI -R) angekreuzt wird. Anders ausgedrückt: die implizite Einschätzung per Skalierung seitens des Therapeuten entspricht der vom Klienten angegebenen Position auf der Rangskala im FPI -R.**

Begründung: der Therapeut schätzt unwillkürlich aufgrund seiner Erfahrung im Verlaufe der ersten Sitzung die Ausbildungsqualifikation des Klienten realitätsentsprechend ein.

#### Ergebnis:

Zur Beantwortung der Frage wird eine einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet. Unabhängige Variable: Schulausbildung, gruppiert nach FPI-Kategorien, abhängige Variable: Einschätzung der ‚Ausbildungsqualifikation‘ (KLIENTENPROFIL)

Die ersten beiden Kategorien ‚1“ u. ‚2“ des FPI ebenso wie die Kategorie ‚10“ sind in der Stichprobe nicht vertreten. Die Verteilung sieht dann so aus:

**Tabelle 45: Verteilungsparameter der Klienten-Selbsteinschätzung zur (Schul-)Ausbildung im FPI-R**

| Ausbildung                                    | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| FPI 3 – Real-/Handelsschule ohne Abschluß     | 2      | 4 %     |
| FPI 4 – Real-/Handelsschule mit Abschluß      | 8      | 15 %    |
| FPI 5 – Gymnasium ohne Abitur                 | 3      | 6 %     |
| FPI 6 – Abitur ohne Studium                   | 2      | 4 %     |
| FPI 7 – Abitur mit nicht abgeschloss. Studium | 10     | 20 %    |
| FPI 8 – Abitur mit abgeschloss. Studium       | 25     | 50 %    |
|   | N=50   |         |

Der Schwerpunkt der Verteilung der von den Klienten angegebenen (Schul-) Ausbildungsqualifikation liegt deutlich im qualitativ oberen Bereich, d.h. von Klienten mit Studium.

Zunächst wurden die Varianzen auf Homogenität getestet: unterscheiden sich die Varianzen der Variablen ‚Einschätzung der Ausbildungsqualifikation‘ (KLIENTENPROFIL Item 11) in den verschiedenen FPI- (Schul-)Ausbildungsgruppen?

Die Levene-Statistik wurde gerechnet, um zu prüfen, ob eine Varianzanalyse gerechnet werden kann, da sonst der unempfindlichere Welch-Test gerechnet werden müsste.

**Tabelle 46: Ausbildungsqualifikation (KLIENTENPROFIL) als abhängige Variable**

| Levene-Statistik | df1 | df2 | Signifikanz |
|------------------|-----|-----|-------------|
| 10,743           | 5   | 45  | 0,000       |

**Ergebnis:**

die Varianzen der Therapeuten-Einschätzung sind hochsignifikant inhomogen, das heißt, pro Untergruppe der im FPI anzukreuzenden Variable ‚Schulabschluss‘ ist die Varianz der subjektiven Einschätzung der Ausbildungsqualifikation durch den Therapeuten unterschiedlich groß. Da Varianzhomogenität (= keine signifikant unterschiedlichen Varianzen) eine Voraussetzung für eine Varianzanalyse ist, müsste streng genommen hier auf die VA verzichtet und müßte stattdessen der Welch-Test gerechnet werden. Dies ist allerdings nicht möglich, da in zwei Gruppen eine Varianz von 0 auftritt. Deswegen wurde dieser Test zunächst unter Auslassung der ersten beiden leer gebliebenen FPI-Kategorien und unter Auslassung der Kategorien 3, 5 und 6, in denen eine Null-Varianz auftrat, gerechnet. Für die verbliebenen FPI-Kategorien ergaben sich demnach signifikante Unterschiede.

Ich habe dann jedoch entschieden, die Mittelwertunterschiede per Varianzanalyse unter Auslassung der ersten beiden leeren Kategorien zu rechnen, weil mit dem Welch-Test (wg. der Null-Varianz in 3 Kategorien) nicht alle Gruppen verglichen werden können und der Fehler durch die Null-Varianzen der zwei anderen Kategorien bei der errechneten sehr hohen Signifikanz statistisch vernachlässigbar ist.

Als nächstes wurden die Mittelwerte der Ausbildungsqualifikation in der Selbsteinschätzung der Klienten (FPI-R) geprüft.

**Tabelle 47: Prüfung von Mittelwertsunterschieden per (einfaktorieller) Varianzanalyse<sup>22</sup>**

|                         | Quadratsumme | df | Mittel der Quadrate | F      | Signifikanz |
|-------------------------|--------------|----|---------------------|--------|-------------|
| Zwischen den 6 Gruppen  | 18,094       | 5  | 3,619               | 11,115 | 0,000       |
| Innerhalb der 6 Gruppen | 14,651       | 45 | 0,326               |        |             |
| Gesamt                  | 32,745       | 50 |                     |        |             |

**Ergebnis:**

die Mittelwerte der subjektiven Einschätzung sind hoch signifikant unterschiedlich, das heißt, pro Untergruppe der FPI Variablen ‚Schulabschluss‘ variiert die Einschätzung seitens des Untersuchers in der Kategorie ‚Ausbildungsqualifikation‘ (KLIENTENPROFIL) signifikant. Dieses Ergebnis lässt noch keine Aussage darüber zu, ob der Untersucher die Ausbildungsqualifikation umso ‚umfassender‘ einschätzt, je höher die Schulbildung von den Klienten selbst im FPI angegeben wird.

Allerdings wurde zur Vergleichbarkeit eine ‚verkürzte‘ Varianzanalyse gerechnet: es wurden die Gruppen mit Null-Varianz herausgenommen; so konnten wegen der jetzt bestehenden

<sup>22</sup> Eine einfaktorielle VA lässt sich wie der t-Test bei zwei unabhängigen Stichproben rechnen. Geprüft wird die Nullhypothese geprüft, dass die Mittelwertsunterschiede in beiden Gruppen gleich seien ( $H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$ ). Mit einer gewissen Irrtumswahrscheinlichkeit ( $\alpha$ ) kann die Alternativhypothese ( $H_1$ ) akzeptiert werden, die besagt, dass sich die beiden Gruppen systematisch voneinander unterscheiden.

Varianzhomogenität für die verbliebenen 4 Schulbildungsklassifikationen (FPI-4, -5, -7 u. -8) eine Varianzanalyse mit  $N = 43$  gerechnet werden.

Die 4 Klassifizierungen unterscheiden sich signifikant, d.h. der Therapeut konnte in seiner Einschätzung einmal zwischen Real- oder Handelsschülern mit Abschlussprüfung und Abiturienten mit Abschlussprüfung, zum anderen zwischen Gymnasiasten ohne Abitur und Abiturienten mit abgeschlossenem Studium im Sinne der Rangordnung unterscheiden; über die anderen möglichen Unterscheidungen kann wegen der o.g. Gründe ja keine Aussage gemacht werden.

Nachdem die Signifikanz der Unterschiede in den Mittelwerten festgestellt worden ist, konnten jetzt Post-Hoc-Tests gerechnet werden. Diese Tests prüfen, wo die Unterschiede in den Mittelwerten bei allen Gruppen genau liegen. Es handelt sich um Mehrfachvergleiche, die testen, wo sich die Gruppen (FPI-Gruppen) hinsichtlich der Mittelwerte der KLIENTENPROFIL-Variablen ‚*Einschätzung der Ausbildungsqualifikation*‘ unterscheiden.

**Ergebnis:**

der Mittelwert der Gruppe ‚FPI Schulabschluß 4‘ unterscheidet sich hochsignifikant ( $\alpha=0,000$ ) von Mittelwert der Gruppe "FPI Schulabschluß 8" hinsichtlich der Variable 11 (KLIENTENPROFIL).

**Inhaltliche Bedeutung:** Personen mit abgeschlossener Realschulausbildung (oder Handelsschule mit Abschlußprüfung) werden in ihrer Ausbildungsqualifikation (Variable Profil 11) niedriger eingeschätzt als Personen mit abgeschlossener Hochschulausbildung.

Der Mittelwert der Gruppe ‚FPI Schulabschluß 5‘ unterscheidet sich hochsignifikant ( $\alpha=0,002$ ) von Mittelwert der Gruppe FPI Schulabschluß 8 hinsichtlich der Variable 11 (KLIENTENPROFIL).

**Inhaltliche Bedeutung:** Personen mit ‚Gymnasium ohne Abi‘ werden in ihrer Ausbildungsqualifikation (Variable KLIENTENPROFIL 11) niedriger eingeschätzt als Personen mit abgeschlossener Hochschulausbildung.

Weitere Mittelwertvergleiche sind nicht signifikant.

**Fazit:**

**Hypothese 8.11 muss verworfen werden.** Die Selbstangaben der Klienten bezüglich ihrer Schul- und Weiterbildungen unterschieden sich weitgehend von den Einschätzungen des Therapeuten hinsichtlich der vermuteten Ausbildungsqualifikationen seiner Klienten. Das kann entweder heißen, daß die Einschätzung des Therapeuten sehr ungenau ist oder aber auch, daß die (Schul)Bildung der Klienten wenig darüber aussagt, wie „gebildet“ sie auf den Therapeuten wirken.

#### 8.4.4 Fragestellung: unterscheidet sich die seitens des Therapeuten eingeschätzte ‚Rangordnung beruflicher Stellung‘ (KLIENTENPROFIL Item 12) von der vom Klienten selbst angegebenen Berufsgruppe (FPI)?

(statistische) Hypothese 8.12:

**Die Rangfolge (auf Ordinalskalenniveau) hinsichtlich der vom Klienten angegebenen beruflichen Stellung unterscheidet sich nicht signifikant von der Einschätzung (mittels Intervallskalierung) der beruflichen Stellung durch den Therapeuten.**

Begründung: Der Therapeut macht sich während des Erstgesprächs ein Bild vom beruflichen Erfolg seines Klienten und damit von der (möglichen) beruflichen Stellung. Bei einer Diskrepanz zwischen seiner impliziten Einschätzung und den Angaben des Klienten selbst könnte er eine erste Hypothese zu einer eventuellen Leistungs- oder Motivationsproblematik des Klienten bilden.

Hypothese 12 wird in folgenden statistischen Schritten überprüft:

Der Mittelwert der geschätzten beruflichen Qualifikation der Klienten in KLIENTENPROFIL liegt mit 3,27 (SD = .89) deutlich über dem Skalenmittelwert von 2,5. Dieser Wert gibt an, dass der Therapeut die beruflichen Qualifikationen seiner Klienten eher im oberen Bereich vermutet hat. Die Verteilung der Berufsgruppen (FPI), wie sie in der nachfolgenden Tabelle dargestellt ist, lässt ebenfalls erkennen, dass die meisten Klienten meiner Stichprobe eine höhere berufliche Stellung einnehmen. Ich habe versucht, die unterschiedlichen Berufsgruppen in eine Art Rangfolge der Anforderungsqualifikationen zu bringen. Ich bin mir bewusst, dass dies ein riskantes Unterfangen ist, weil diese Aufteilung von Berufsgruppen im FPI nur äußerst grobe Anhaltspunkte liefert, wenn überhaupt. Besonders schwierig war die Zuordnung zu einer Rangposition der Gruppe ‚nicht leitende(r) Angestellte(r)‘, die in der von mir untersuchten Population weitaus am häufigsten vertreten ist.

**Tabelle 48: Verteilungsparameter der im FPI-R angegebenen Berufsgruppen**

| Ausbildung  | Anzahl | Prozent |
|---|--------|---------|
| Inhaber(in) und Geschäftsführer (in) von größeren Unternehmen | 1      | 2%      |
| Freier Beruf  | 6      | 10,9%   |
| leitende (r) Angestellte (r)                                  | 10     | 19%     |
| Beamter/in des höheren oder gehobenen Dienstes                | 8      | 15%     |
| mittlere und kleinere selbstständige Geschäftsleute           | 1      | 2%      |
| selbstständige(r) Handwerker(in)                              | 4      | 7,5%    |
| Nicht leitende(r) Angestellte(r)                              | 20     | 38%     |
| Beamter/in des mittleren oder einfachen Dienstes              | 0      | 0,0%    |
| Landwirt(in)  | 0      | 0,0%    |
| Facharbeiter(in) mit abgelegter Prüfung                       | 1      | 2%      |
| Sonstige(r) Arbeiter(in)                                      | 2      | 4%      |

Man kann allerdings an den FPI-Berufsgruppen nicht eindeutig ablesen, welche berufliche Qualifikation eine Person hat. So können sich z.B. in Gruppe ‚freie Berufe‘ Personen mit



verschiedensten Qualifikationen wiederfinden. Eine Aussage über die Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der beruflichen Qualifikation durch den Therapeuten und der FPI-Berufsgruppe als Selbsteinschätzung des Klienten ist daher nur bedingt zulässig, da die FPI-Berufsgruppen vermutlich nur bedingt die Selbsteinstufung der beruflichen Qualifikation des Klienten darstellen.

Da es in drei der FPI-Berufsgruppen (Gruppe 1, Gruppe 3 und Gruppe 10) nur eine Person gab, war die Berechnung von Post-hoc-Tests zuerst nicht möglich. Deshalb wurde die Varianzanalyse (abhängige Variable ‚Einschätzung der beruflichen Qualifikation‘, unabhängige Variable ‚FPI-Berufsgruppen‘) erneut unter Ausschluss der FPI-Berufsgruppen 1, 3 und 10 gerechnet. Da die Varianzen der Einschätzung der beruflichen Qualifikation je nach FPI-Berufsgruppe homogen sind, kann auf robuste Testverfahren (Welch-Test) verzichtet werden, siehe nachfolgende Tabelle.

**Tabelle 49: Test der Homogenität der Varianz für „Berufsgruppe“ im FPI-R**

| Levene-Statistik | df1 | df2 | Signifikanz |
|------------------|-----|-----|-------------|
| 0,166            | 5   | 44  | 0,974       |

Die Unterschiede in der Einschätzung der beruflichen Qualifikation je nach FPI-Berufsgruppe bleiben weiterhin signifikant. Die Berechnung von Post-hoc-Tests ist nun möglich.

Test der Homogenität der Varianzen: unterscheiden sich die Varianzen der Variablen ‚Einschätzung der beruflichen Stellung‘ (KLIENTENPROFIL Item 12) in den verschiedenen FPI-‚Berufssgruppen?‘ Nein, die Varianzen sind homogen.

Varianzanalyse: unterscheiden sich die Mittelwerte der Variablen ‚Einschätzung der beruflichen Stellung‘ (KLIENTENPROFIL 12) in den verschiedenen FPI-Berufsgruppen?

Da diejenigen 3 FPI-Berufsgruppen mit nur 1 Person aus der Statistik herausgenommen werden mußten, verringert sich das N um 3.

Es konnte eine einfaktorielle Varianzanalyse gerechnet werden: unabhängige Variable: Berufsgruppen (FPI), abhängige Variable: ‚Einschätzung der berufliche Stellung‘ durch den Therapeuten (KLIENTENPROFIL).

**Tabelle 50: Varianzanalyse der FPI-Variablen (Beruf) und KLIENTENPROFIL-Variablen**

|                       | Quadratsumme | df | Mittel der Quadrate | F     | Signifikanz |
|-----------------------|--------------|----|---------------------|-------|-------------|
| Zwischen den Gruppen  | 20,97        | 5  | 4,19                | 13,04 | 0,000       |
| Innerhalb der Gruppen | 14,15        | 44 | 0,32                |       |             |
| Gesamt                | 35,12        | 49 |                     |       |             |

Wegen der hohen Signifikanz der Varianz-Unterschiede ist es möglich und sinnvoll, mittels Post-Hoc-Tests zu bestimmen, welche der Gruppen sich möglicherweise signifikant voneinander unterscheiden.

**Ergebnis zu H12:**

**die Hypothese kann beibehalten werden.** In der Einschätzung der beruflichen Qualifikation des Klienten durch den Therapeuten gibt es keinen signifikanten Unterschied zu der vom Klienten selbst angegebenen Berufsgruppe, d. h., seine implizite Einschätzung der Qualifikationsvoraussetzungen entspricht in etwa der vom Klienten angegebenen Position auf der Rangskala im FPI –R.

Die Gruppen unterscheiden sich hochsignifikant hinsichtlich eines Großteils ihrer Mittelwerte. Der Therapeut hat meistens auch da hinsichtlich der Einschätzung der beruflichen Qualifikation unterschieden, wo die Klienten sich selbst auch unterschiedlich einstuften, z.B. höher skaliert, wenn ein Klient sich z.B. bei ‚freier Beruf‘ oder ‚leitender Angestellter‘ eingetragen hat. Die berufliche Qualifikation eines Freiberuflers wurde dagegen vom Therapeuten niedriger eingeschätzt als die eines leitenden Angestellten. Ob die Einschätzungen immer angemessen sind oder nicht, ist schwer beurteilen, da z.B. die berufliche Qualifikation eines Freiberuflers sehr unterschiedlich sein kann. So wurde die berufliche Qualifikation eines Freiberuflers höher eingeschätzt als die eines/r ‚sonstigen Arbeiters/in‘. Die Einschätzung scheint mir, unter dem oben genannten Vorbehalt zur Einschätzung der beruflichen Qualifikation eines Freiberuflers, angemessen. Ebenfalls wurde die berufliche Qualifikation eines leitenden Angestellten höher eingeschätzt als die berufliche Qualifikation eines nicht leitenden Angestellten bzw. als die eines ‚sonstigen Arbeiters‘. Und schließlich zeigte sich, daß die berufliche Qualifikation eines Beamten des höheren oder gehobenen Dienstes sowie die eines nicht leitenden Angestellten höher eingeschätzt wurden als die eines ‚sonstigen Arbeiters‘. Unter Vorbehalt würde ich dies für angemessen halten. Die Einschätzung der beruflichen Qualifikation der Klienten ist also in fünf Kategorien, wenn auch teilweise unter Vorbehalt, richtig.

**Interpretation:**

offensichtlich ist es bereits in der ersten Therapiesitzung dem Therapeuten möglich, die berufliche Stellung eines Klienten so einzuschätzen, wie sie der tatsächlichen beruflichen Klassifizierung (nach Klientenangaben) in etwa entspricht.

Es wurden auch mögliche Zusammenhänge der FPI-Berufsgruppen mit Therapeuteneinschätzungen der Variablen 13 – 22 und 25 – 27 überprüft, jedoch ergaben sich in den meisten Fällen keine Signifikanzen (geprüft wurde auf Mittelwertsunterschiede). Jedoch in den Variablen hinsichtlich der Einschätzung der Qualitäten verbaler Kommunikation und des sprachlichen Ausdrucks durch den Therapeuten fanden sich Unterschiede auf dem 0,000% Niveau, und für die verbale Passung Therapeut-Klient auf dem 0,005% Niveau.

**Interpretation:**

Die Skalierung der ‚Therapeut-Klient-Passung‘, von ‚Sympathie‘, ‚Mitschwingen‘ und ‚Prognose‘ durch den Therapeuten im KLIENTENPROFIL steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit den im FPI angekreuzten Berufsgruppen; lediglich bei drei Variablen im KLIENTENPROFIL sind die Streuungen der subjektiven Therapeuteneinschätzung signifikant unterschiedlich. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass der Erst-Eindruck des Therapeuten von seinen Klienten nicht durch die Annahme eines bestimmten beruflichen Status gegärbt ist.

**8.4.5 Fragestellung: gibt es Zusammenhänge zwischen (Schul)bildung (FPI) des Klienten und der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ (KLIENTENPROFIL-Items 13 – 22 und 25 – 27)?**

**(Statistische) Hypothese 8.13:**

**Je höher die (Schul)ausbildung (Rangfolge FPI), desto höher die Einschätzungen der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ durch den Therapeuten.**

Begründung: Klienten mit höherer Bildung zeigen mehr therapierelevante Kompetenzen.

Ein t-Test lässt sich hier nicht rechnen, weil mehrere Gruppen gegeben und Korrelationen wegen der nicht-metrischen Natur nicht möglich sind.

Gerechnet werden Mittelwertvergleiche mit Varianzanalyse.

Vorher wird jeweils die Homogenität der Varianzen mit der Levene-Statistik getestet, z.B. ob sich die Varianzen der Variablen "Neugier" (KLIENTENPROFIL Variable 21) in den verschiedenen FPI-Berufsgruppen unterscheiden.

**Ergebnis:**

**Die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** In der subjektiven Bewertung (durch den Therapeuten) der einzelnen Aspekte einer ‚Therapeut-Klient-Passung‘ aus dem KLIENTENPROFIL ergeben sich hinsichtlich der FPI-Variablen - (Schul)Ausbildung" keine signifikanten Unterschiede.

**Interpretation:** die Einschätzung der Variablen 13 bis 22 des KLIENTENPROFILs durch den Therapeuten macht hinsichtlich der jeweiligen Schulbildung des Klienten, wie von ihm im FPI angekreuzt, keinen Unterschied. Anders ausgedrückt: **in der Wahrnehmung therapierelevanter Fähigkeiten des Klienten durch den Therapeuten spielt die tatsächliche (vom Klienten selbst angegebene) Schulbildung keine Rolle.**

**8.4.6 Fragestellung: gibt es Zusammenhänge zwischen der Therapeuteneinschätzung der ‚Ausbildungsqualifikation ‚(KLIENTENPROFIL Item 11) des Klienten und der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ (KLIENTENPROFIL Items 13 – 22 und 25 – 27)?**

Es wurden Paarkorrelationen gerechnet.

**(statistische) Hypothesen 8.14-8.27:**

**Je höher die vermutete Ausbildungsqualifikation (KLIENTENPROFIL-Item 11), desto höher die Einschätzungen einzelner Items der Therapeut-Klient-Passung durch den Therapeuten.**

Begründung: Klienten mit höherer Bildung bringen mehr therapierelevante Fähigkeiten mit in die Therapie.

**Ergebnisse:**

**Die Hypothese kann für 8 der 13 Variablen der Therapeut-Klient-Passung beibehalten werden.**

Signifikante Korrelationen ergeben sich für:

Intellektuelles Verständnis  $r = .60$  ( $\alpha = 0,000$ ), Qualität sprachlichen Ausdrucks  $r = .56$  ( $\alpha = 0,000$ ), Qualität verbaler Kommunikation  $r = .45$  ( $\alpha = 0,000$ ), Reflexionsfähigkeit  $r = .46$  ( $\alpha = 0,000$ ), Emotionale Intelligenz  $r = .30$  ( $\alpha = 0,025$ ), Verbale Passung Therapeut-Klient  $r = .33$  ( $\alpha = 0,012$ ), Prognose  $r = .30$  ( $\alpha = 0,026$ ), Neugier  $r = .26$  ( $\alpha = 0,05$ )

**Interpretation:**

Schätzt der Therapeut in der ersten Sitzung die Qualifikation der schulischen und/oder weiterführenden Ausbildung seines Klienten eher hoch ein, so tut er dies vor allem ebenso hinsichtlich des intellektuellen Verständnisses, sprachlichen Ausdrucks und der Qualität sprachlicher Kommunikation zwischen beiden sowie der wahrgenommenen Reflexionsfähigkeit. Die anderen Aspekte der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ spielen eine weniger signifikante Rolle bzw. gar keine. Zwar ist davon auszugehen, daß intellektuelle und sprachliche Fähigkeiten mit der Ausbildungsqualifikation einer Person im allgemeinen korrelieren sollten, ebenso aber ist es möglich, daß der Therapeut bei hoher Ausprägung dieser vier Fähigkeiten im Sinne eines HALO-Effekts intuitiv von besserer (schulischer) Ausbildung ausgeht. Beruhigend aber dürfte dies Ergebnis auch insofern sein, als daß der Therapeut zwischen emotionaler Passung, nonverbaler Kommunikation und Kooperationsbereitschaft mit dem Therapeuten, vor allem aber hinsichtlich Schwingung und Sympathie für den Klienten nur einen geringen Zusammenhang mit der vom Therapeuten eingeschätzten Ausbildungsqualifikation sieht.

**8.4.7 Fragestellung: gibt es Zusammenhänge zwischen der Therapeuteneinschätzung der ‚beruflichen Stellung des Klienten‘ (KLIENTENPROFIL item 12) und den anderen Variablen (KLIENTENPROFIL 13 – 22 und KLIENTENPROFIL 25 – 27.)?****(Statistische) Hypothese 8.28:**

**die Einschätzung der beruflichen Stellung des Klienten (KLIENTENPROFIL) korreliert positiv mit den Einschätzungen der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ durch den Therapeuten, wie auch der Sympathie, dem Mitschwingen und der Prognose.**

Begründung: Es wird ein dritter gemeinsamer Faktor für möglich gehalten, der sowohl für gute kommunikative Fähigkeiten im Berufsleben sorgt, was wiederum auf die berufliche Stellung Einfluß nähme, als auch die kommunikativen Möglichkeiten in der therapeutischen Interaktion positiv beeinflüßte.

**Ergebnisse:**

Korrelationen wurden zwischen Item 12 einerseits und Items 13-22, 25-27 andererseits gerechnet. Signifikanzen ergeben sich für:

Intellektuelles Verständnis  $r = .29$  ( $\alpha=0,03$ ) , Qualität verbaler Kommunikation  $r = .265$  ( $\alpha=0,05$ )

**Die Hypothese kann mit Ausnahme ihrer Gültigkeit für 2 Variablen nicht beibehalten werden.**

**Interpretation:**

Hier ist der Zusammenhang deutlich geringer als hinsichtlich der Einschätzung der Ausbildungsqualifikation. Lediglich zwischen der Einschätzung des intellektuellen Verständnisses und der sprachlichen Kommunikation einerseits und der vermuteten beruflichen Stellung andererseits sieht der Therapeut einen gewissen, allerdings niedrigen Zusammenhang. Dieses Ergebnis könnte einerseits bedeuten, daß sich der Therapeut hinsichtlich der von ihm als wichtig für den Therapieprozess angesehenen Variablen nicht von der vermuteten beruflichen Stellung seines Klienten beeindrucken läßt und /oder auch, daß Klienten weitgehend unabhängig von ihrer beruflichen Stellung eine hohe ‚Therapieeignung‘ mitbringen (können).

Es werden als nächstes ausgewählte Zusammenhänge zwischen items des KLIENTENPROFILs mit Alter und Geschlecht der Klienten untersucht.

#### **8.4.8 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen Alter des Klienten und Therapeuteneinschätzung der Variablen 13 – 22?**

(statistische) Hypothese 8.29:

**es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Alter der Klienten und den Einschätzungen der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ durch den Therapeuten.**

Begründung: es gibt keine Hinweise darauf, dass ältere Klienten und ihr Therapeut in ihrer gegenseitigen Therapie- Passung besser zurechtkommen sollten als jüngere und umgekehrt.

**Ergebnisse:**

**Die Hypothese kann für einen größeren Teil der Items beibehalten werden.** Für die Variablen 14 und 20 gibt es keine Signifikanz (Korrelation nach Pearson,  $\alpha$  einseitig,  $N = 59$ ), was möglicherweise an der geringen Stichprobengröße liegt, allerdings leichte Tendenzen, die jedoch zufallsbedingt sein können; sie sind allerdings nur unter dem Vorbehalt statistischer Bedeutungslosigkeit zu verstehen:

Var. 14: das Alter des Klienten steht in einem (statistisch nicht signifikanten) negativen Zusammenhang mit der Einschätzung seiner Reflexionsfähigkeit ( $r = -,184$ ,  $\alpha = 0,081$ )

Var. 20: das Alter des Klienten steht in einem (statistisch nicht signifikanten) negativen Zusammenhang mit der Einschätzung der emotionale Passung Therapeut-Klient ( $r = -,202$ ,  $\alpha = 0,062$ )

**Für die folgenden Variablen gibt es eine Signifikanz** (auf dem 0.05%-Niveau, einseitig getestet):

Var. 13: das Alter des Klienten steht in einem negativen Zusammenhang mit der Einschätzung seines intellektuellen Verständnisses durch den Therapeuten ( $-,274$ , sign. auf 0,018% Niveau)

Var. 17: das Alter des Klienten steht in einem negativen Zusammenhang mit der Einschätzung der Qualität nonverbaler Kommunikation ( $-,233$ , sign. auf 0,038% Niveau)

Var. 19: das Alter des Klienten steht in einem negativen Zusammenhang mit der Einschätzung der verbalen Passung Therapeut-Klient ( $-,271$ , sign. auf 0,019% Niveau)

Interpretation der Ergebnisse:

es gibt eine Tendenz insoweit, als jüngere Klienten tendenziell (und für 3 Variable signifikant) hinsichtlich verschiedener Qualifikationen, die für einen Therapieerfolg bedeutsam sein könnten, als positiver eingeschätzt werden. Es könnte dies zweierlei vermuten lassen: jüngere Klienten bringen bessere Voraussetzungen für eine Beratung/Psychotherapie mit, oder der Therapeut zieht jüngere Klienten vor (?!).

**8.4.9 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen Alter des Klienten und Therapeuteneinschätzung hinsichtlich ‚Mitschwingen, Sympathie und Prognose‘ (Variablen 25 – 27) ? (Korr. n. Pearson, Sign. einseitig, N = 59)**

**(statistische) Hypothesen 8.30 – 8.32:**

**Das Alter des Klienten steht in keinem Zusammenhang mit den Einschätzungen von Mitschwingung (H30), Sympathie (H31) und Prognose (H32) durch den Therapeuten.**

Begründung: Es gibt keine Hinweise darauf, dass ältere Menschen sich besser auf die Therapie oder den Therapeuten einstellen können sollten oder mehr von einer Therapie profitieren sollten als jüngere und umgekehrt.

**Ergebnisse:**

**Die Hypothesen können beibehalten werden;** es ergaben sich bei Korrelationen zwischen  $-.157$  und  $-.207$  keine Signifikanzen; immerhin ist eine (nicht signifikante) Tendenz in der Richtung erkennbar, daß mit zunehmendem Alter die Werte der 3 Variablen abnehmen, also bei älteren Klienten der Therapeut tendenziell weniger zum Mitschwingen neigt, dem Klienten weniger Sympathie zugesprochen und ihm eine etwas schlechtere Prognose gestellt wird. Auch hier wieder die Frage: zieht der Therapeut jüngere Klienten vor?!

**8.4.10 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen Geschlecht des Klienten und Therapeuteneinschätzung der Variablen 13 – 22 und 25 – 27?**

Es wurden t-Tests für unabhängige Stichproben (Gruppenstatistiken) durchgeführt, weil keine Korrelationen berechnet werden können, da Geschlecht ein dichotomes Merkmal ist. Unabhängige Variable: ‚Geschlecht‘, abhängige Variable : Kategorien des KLIENTENPROFILS  
Zunächst einmal soll die Frage geklärt werden, ob es in der Skalierung des KLIENTENPROFILS einen statistisch signifikanten Mittelwertunterschied zwischen männlichen und weiblichen Klienten in den gemittelten Skalierungswerten des KLIENTENPROFILS gibt. Errechnet werden die Mittelwerte aus den Variablen 10 -27, außer 23 und 24, getrennt nach Geschlecht. Es ergeben sich im t-Test Sich keine Signifikanzen, nur eine statistisch unbedeutende Tendenz:

**Tabelle 51: Mittelwerte im KLIENTENPROFIL nach Geschlechtszugehörigkeit**

| Sex | N  | Mittelwert | Standardabweichung |
|-----|----|------------|--------------------|
| m.  | 27 | 50,33      | 11,69              |
| w.  | 32 | 56,22      | 11,19              |

Danach wurde ein 2-Stichproben-t-Test auf Ungleichheit der Mittelwerte durchgeführt.

**Ergebnis:**

Im Gruppenvergleich zeigt sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied ( $\alpha$  2-seitig = .055). Signifikanzen (1-seitig,  $df=57$ ) ergeben sich jedoch für drei Einzelvariable: ‚emotionale Intelligenz‘ ( $\alpha = 0,020$ ), ‚verbale Kommunikation‘ ( $\alpha = 0,014$ ), ‚verbale Passung Therapeut-Klient‘ ( $\alpha = 0,025$ ).

**Interpretation:**

Daß die weiblichen Untersuchungsteilnehmer tendenziell (wenn auch knapp nicht signifikant auf dem 5% - Kriterium) einen höheren Gesamtwert im KLIENTENPROFIL als die männlichen erzielen, deutet darauf hin, daß der Therapeut möglicherweise tendenziell den weiblichen Klienten intuitiv mehr ‚Therapiepassung‘ als den männlichen zuschreibt.

**(statistische) Hypothese 8.33:**

**Bei weiblichen Klienten schätzt der Therapeut die ‚Therapeut-Klient-Passung‘ höher ein als bei männlichen Klienten.** Da sich die ‚Therapeut-Klient-Passung‘ aus den KLIENTENPROFIL-Variablen 13 - 21 zusammensetzt und diese These demnach nur beibehalten werden kann, wenn die formulierte Hypothesenrichtung für alle bzw. die meisten Variablen bestätigt würde, werden keine Einzelhypothesen für jede Variable aufgestellt.

Begründung: weibliche Personen verfügen über mehr verbale, nonverbale, emotionale, reflektierende Fähigkeiten und eine größere Neugierde in der Erforschung ihrer Konflikte und emotionalen Befindlichkeiten als männliche.

**Ergebnis:**

**die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Signifikanzen ergeben sich unterhalb des 0,5% Niveaus lediglich für die Variablen „emotionale Intelligenz“ ( $\alpha = 0,020$ ), „verbale Kommunikation“ ( $\alpha = 0,014$ ) und „verbale Passung Therapeut-Klient“ ( $\alpha = 0,025$ ) (Signifikanz 1-seitig,  $df = 57$ ). Tendenzuell wird den weiblichen Klienten wird vom Therapeuten *mehr emotionale Intelligenz* zugestanden als männlichen Klienten, sie werden für *verbal kommunikativer* gehalten, und die *verbale Passung Therapeut-Klient* wird bei den weiblichen Klienten höher eingeschätzt. Dieses bemerkenswerte Ergebnis würde den *common sense* bestätigen, daß Frauen über mehr emotionale Intelligenz und sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten verfügen sollen als Männer; allerdings kann sich hier ebenso eine Voreingenommenheit des Therapeuten gegenüber diesen Fähigkeiten widerspiegeln. Für die übrigen Variablen (intellektuelles Verständnis, Reflexionsfähigkeit, nonverbale Kommunikation, sprachliche Ausdruck, emotionale Passung, Neugier und Kooperationsbereitschaft) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern, obwohl dies erwartet wurde.

**(statistische) Hypothese 8.34:**

**in der Einschätzung seines Mitschwingens macht der Therapeut keinen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Klienten.**

Begründung: der erfahrene Therapeut kann sich emotional gleich gut auf Klienten des anderen Geschlechts wie auf solche des eigenen einstellen.

**(statistische) Hypothese 8.35:**

**in der Einschätzung von Sympathie macht der Therapeut keinen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Klienten.**

Begründung: Sympathieempfinden entwickelt sich nach anderen Kriterien als dem des Geschlechts.

**(statistische) Hypothese 8.36:**

**in der prognostischen Einschätzung macht der Therapeut keinen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Klienten.**

Begründung: die prognostische Einschätzung erfolgt im Hinblick auf den Schweregrad der Problematik und die Fähigkeiten des Klienten, sich auf den therapeutischen Prozess einlassen zu können.

**Die Hypothesen 34, 35 und 36 können beibehalten werden.** Mitschwingen, Sympathie und prognostische Einschätzung auf Seiten des Therapeuten unterscheiden nicht bedeutsam zwischen den beiden Geschlechtern.

**Zusammenhänge zwischen ausgewählten Variablen des KLIENTENPROFILS und des ERST.** Der ERST als Eingangs-Fragenkatalog erfasst Aussagen der Klienten zu Leidensdruck, Vorinformationen und Erwartungen.

**8.4.11 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen ‚Therapievor Erfahrung‘ (ERST: Variable 6) und: ‚Schweregrad der Problematik ‚ (KLIENTENPROFIL: Variable 10)?**

**(statistische) Hypothese 8.37:**

**Klienten mit Therapievor Erfahrung werden vom Therapeuten hinsichtlich des Schweregrads ihrer Problematik höher eingeschätzt als Klienten ohne Therapievor Erfahrung.**

Begründung: Klienten mit Therapievor Erfahrung kommen deswegen erneut in eine Therapie, weil sie kein fokales Problem sondern mehr ein strukturelles Problem mitbringen.

**Ergebnis:**

**die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Die Korrelation von  $r = .175$  ist (bei  $N = 59/54$ ) mit  $\alpha = .205$  auf dem 5%-Niveau (zweiseitig) nicht signifikant, wobei wegen der inversen Skalierung die Korrelation so zu verstehen ist, daß tendenziell bei zunehmend schlechter Vor Erfahrung der Schweregrad der Problematik zunimmt.

Interpretation: es spielt keine statistisch gesicherte Rolle hinsichtlich der Einschätzung des Schweregrades der Problematik, ob der Klient bereits Therapievor Erfahrung hat oder nicht. Dieses Ergebnis ist durchaus nachvollziehbar, weil es durchaus oft vorkommt, dass Klienten mit Therapievor Erfahrung von dieser schon profitiert haben und daher die mitgebrachte Problematik vom Therapeuten als weniger gravierend wahrgenommen wird.

**8.4.12 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen ‚Therapievor Erfahrung‘ (ERST: Variable 6) und Neugier (KLIENTENPROFIL: Variable 21)?**

**(statistische) Hypothese 8.38:**

**Klienten mit positiver Therapievor Erfahrung werden vom Therapeuten hinsichtlich ihrer Neugier gegenüber dem therapeutischen Prozess höher eingeschätzt als Klienten ohne Therapievor Erfahrung.**



Begründung: Klienten mit Therapievorerfahrung haben weniger Angst und zeigen weniger Widerstand gegenüber neuen Erfahrungen, weil sie aus der vorhergehenden Therapie oder Beratung bereits gelernt haben.

**Ergebnis:**

**die Hypothese kann nicht verworfen werden**, die Korrelation von  $r = .33$  ist (bei  $N = 59/54$ ) mit  $\alpha = .014$  (zweiseitig) signifikant, wobei wegen der inversen Skalierung die Korrelation so zu verstehen ist, daß mit zunehmend schlechter Vorerfahrung des Klienten seine vom Therapeuten eingeschätzte Neugier zunimmt, wenn auch nur in der Tendenz. Erwartet worden war ja der umgekehrte Zusammenhang!

Interpretation: Zu erklären wäre dieses Ergebnis damit, daß bei weniger guter Therapievorerfahrung es 'ja nur besser werden' kann und der Klient somit erhöhtes Interesse an neuen Sichtweisen mitbrächte.

**8.4.13 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen ,Therapievorerfahrung#(ERST: Variable 6) und ,Kooperationsbereitschaft mit Therapeut' (KLIENTENPROFIL Variable 22)?**

**(statistische) Hypothese 8.39:**

**Klienten mit Therapievorerfahrung werden vom Therapeuten hinsichtlich ihrer Kooperationsbereitschaft mit dem Therapeuten höher eingeschätzt als Klienten mit wenig positiver Therapievorerfahrung.**

Begründung: Klienten mit pos. Therapievorerfahrung haben weniger Angst und zeigen weniger Widerstand gegenüber neuen Erfahrungen, weil sie aus der vorhergehenden Therapie oder Beratung bereits gelernt haben oder sich einen positiven Wechsel erhoffen.

**Ergebnis:**

**die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Die Korrelation von  $r = .215$  ist (bei  $N = 59/54$ ) mit  $\alpha = .12$  (zweiseitig) nicht signifikant, wobei wegen der inversen Skalierung die Korrelation so zu verstehen ist, daß tendenziell mit zunehmend schlechter Vorerfahrung die wahrgenommene Kooperationsbereitschaft mit dem Therapeuten zunimmt.

**8.4.14 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen ,Therapievorerfahrung' (ERST: Variable 6) und ,Sympathie für den Klienten ,(KLIENTENPROFIL: Variable 25)?**

**(statistische) Hypothese 8.40:**

**Klienten mit positiver Therapievorerfahrung werden vom Therapeuten für sympathischer gehalten.**

Begründung: Klienten mit positiver Therapievorerfahrung haben weniger Angst, zeigen weniger Widerstand und gegenüber neuen Erfahrungen und kooperieren mehr mit dem Therapeuten, weil sie aus der vorhergehenden Therapie oder Beratung bereits gelernt haben.

**Ergebnis:**

**die Hypothese muss verworfen werden.** Die Korrelation von  $r = .24$  ist (bei  $N = 59/54$ ) mit  $\alpha = .08$  (zweiseitig) nicht signifikant, wobei wegen der inversen Skalierung die Korrelation so zu verstehen ist, daß tendenziell mit zunehmend schlechter Vorerfahrung des Klienten die Sympathie des Therapeuten zunimmt.

Interpretation: vielleicht zeigen sich die Klienten mit schlechterer Vorerfahrung schlichtweg dankbar, dass sie noch einmal eine neue Chance bei dem neuen Therapeuten erhalten, mit dem sie eine bessere Erfahrung machen.

**8.4.15 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen ‚Therapievor-erfahrung‘ (ERST: Variable 6) und ‚Mitschwingen‘ (KLIENTENPROFIL: Variable 26)?**

**(statistische) Hypothese 8.41:**

**Klienten mit positiver Therapievor-erfahrung rufen beim Therapeuten mehr Mitschwin-gen hervor.**

Begründung: Klienten mit pos. Therapievor-erfahrung können sich auf die neue Therapie und den neuen Therapeuten besser einlassen, weil sie aus der vorhergehenden Therapie oder Beratung bereits gelernt haben.

**Ergebnis:**

**die Hypothese muss verworfen werden.** Die Korrelation von  $r = .24$  ist (bei  $N = 59/54$ ) mit  $\alpha = .08$  (zweiseitig) nicht signifikant, wobei wegen der inversen Skalierung die Korrelation so zu verstehen ist, daß tendenziell mit zunehmend schlechter Vorerfahrung die positive Gegen-übertragung des Therapeuten zunimmt.

**8.4.16 Fragestellung: gibt es einen Zusammenhang zwischen ‚Therapievor-erfahrung#‘ (ERST: Variable 6) und ‚Prognose‘ (KLIENTENPROFIL: Variable 27)?**

**(statistische) Hypothese 8.42:**

**Klienten mit positiver Therapievor-erfahrung erhalten eine bessere Prognose.**

Begründung: Klienten mit pos. Therapievor-erfahrung bringen bereits therapeutische Vor-kenntnisse mit und können von einer neuen Therapie und dem neuen Therapeuten mehr profitieren, weil sie aus der vorhergehenden Therapie oder Beratung bereits gelernt haben.

**Ergebnis:**

**die Hypothese kann nicht beibehalten werden.** Die Korrelation von  $r = .09$  ist (bei  $N = 59/54$ ) mit  $\alpha = .54$  (zweiseitig; Skalierung invers) nicht signifikant. Entgegen der Erwartung spielt es in der prognostische Einschätzung durch den Therapeuten keine Rolle, ob der Klient schon vorher/früher einen Therapeuten aufgesucht bzw. eine Beratung/Therapie in Anspruch genommen hatte.

### **Zusammenhänge zwischen KLIENTENPROFIL und BFKE.**

Im BFKE werden Akzeptanzprobleme, die Öffnungsbereitschaft und das Zuwendungsbedürfnis der Klienten erfasst. Es interessieren mich an dieser Stelle Zusammenhänge zwischen diesen drei Variablen und den Vor-Einstellungen des Therapeuten.

Im Folgenden werden die Hypothesen und die Ergebnisse der korrelationsstatistischen Auswertung dargestellt:

Die Summenrohwerte der drei Skalen des BFKE wurden mit den Skalen 13 bis 22 und 25-27 des KLIENTENPROFILs pro Klient korreliert (N = 49 – 53)

#### **8.4.17 Fragestellung: Gibt es einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Skalen des KLIENTENPROFILs und den Skalen ‚Akzeptanzprobleme, Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis‘ des BFKE?**

##### **(statistische) Hypothesen 8.43 und 8.44:**

**Der vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte Schweregrad der Problematik (KLIENTENPROFIL Item 10) korreliert positiv mit den Skalen ‚Öffnungsbereitschaft‘ (H43) und ‚Zuwendungsbedürfnis‘ (H44) des BFKE.**

Begründung: Klienten mit schwerwiegender Problematik dürften eine größere Öffnungsbereitschaft in die Beratung/Therapie mitbringen, da sie vermutlich einsehen oder wissen, daß eine Therapie von ihrer Offenheit profitieren würde und sie dürften vor allem ein größeres Zuwendungsbedürfnis an den Therapeuten richten.

##### **Ergebnisse:**

**H43 muss verworfen werden.** Vielmehr schätzen Klienten, die sich öffnen können, ihre Problematik als signifikant weniger ausgeprägt ein ( $r = -.314$ ,  $\alpha = 0,028$ , zweiseitig). **H44 kann nicht beibehalten werden**, d.h. daß zwischen beiden Variablen überhaupt kein signifikanter Zusammenhang besteht. ( $r=-0,006$ ,  $\alpha=0,968$ )

##### **Hypothesen 8.45 und 8.46 :**

Das vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Intellektuelle Verständnis** (KLIENTENPROFIL Item 13) korreliert negativ mit Skala **Akzeptanzprobleme** (H45), positiv mit Skala **Öffnungsbereitschaft** (H46) **des BFKE.**

Begründung: Klienten mit besserem allgemeinen intellektuellen Verständnis dürften einerseits eine größere Öffnungsbereitschaft in die Beratung/Therapie mitbringen, andererseits geringere Akzeptanzprobleme haben, da sie vermutlich einsehen oder wissen, daß eine Therapie von ihrer Offenheit und Akzeptanz profitieren würde.

##### **Ergebnisse:**

**Beide Hypothesen müssen verworfen werden**, d.h. daß das vom Therapeuten wahrgenommene Intellektuelle Verständnis in keinem Zusammenhang mit Therapieakzeptanz ( $r=-0,090$ ,  $\alpha=0,538$ ) und Öffnungsbereitschaft ( $r=0,132$ ,  $\alpha= 0,366$ ) steht.

##### **(statistische) Hypothesen 8.47 und 8.48 :**

Die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Reflexionsfähigkeit des Klienten** (KLIENTENPROFIL Item 14) korreliert negativ mit der Skala **Akzeptanzprobleme** (H47) und positiv mit der Skala **Öffnungsbereitschaft** (H48) **des BFKE.**

Begründung: Klienten mit ausgeprägter Reflexionsfähigkeit dürften mehr Akzeptanz und eine größere Öffnungsbereitschaft in die Beratung/Therapie mitbringen, da reflektierte ebenso wie intelligente Klienten vermutlich schnell wahrnehmen und verstehen, daß eine Therapie von ihrer Bereitschaft zu Offenheit und ihrer Therapieakzeptanz profitieren würde.

Das Verständnis von Zusammenhängen zwischen Körper und Psyche, von Psychosomatik, von Zusammenhängen von Problematik/Konflikt und Einstellungen/Verhalten setzt ein gewisses intellektuelles Verständnis voraus. Intellektuell offene und reflexionsfähige Klienten haben sich vermutlich mehr und konstruktiver mit ihren Einstellungen zu und Erwartungen an Psychotherapie auseinandergesetzt als weniger reflexionsfähige Klienten. Deswegen dürften die Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie und die Behandlungserwartungen auch positiver ausfallen.

#### **Ergebnisse:**

**Beide Hypothesen könnennicht beibehalten werden**, d.h. daß die vom Therapeuten wahrgenommene Reflexionsfähigkeit keinen Einfluss auf Therapieakzeptanz ( $r=0,111$ ,  $\alpha=0,449$ ) und Öffnungsbereitschaft ( $r=0,84$ ,  $\alpha=0,565$ ) hat.

#### **(statistische) Hypothesen 8.49-8.54 :**

Die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **emotionale Intelligenz** (H49, H50), die **Qualität nonverbaler Kommunikation** (H51,H52) und die **emotionale Passung Therapeut-Klient** (H53,H54) (KLIENTENPROFIL Item 15, 17 und 20) korrelieren negativ mit der Skala **Akzeptanzprobleme und positiv mit der Skala Öffnungsbereitschaft des BFKE**.

Begründung: Höhere Therapieakzeptanz und Öffnungsbereitschaft dürften auch mit einer Bereitschaft zur emotionalen Öffnung und einem Mitschwingen beim Therapeuten einhergehen.

#### **Ergebnisse:**

**alle 6 Hypothesen müssen verworfen werden**, d.h. daß die vom Therapeuten wahrgenommenen emotionalen und nonverbalen Qualitäten keinen Einfluss auf Therapieakzeptanz und Öffnungsbereitschaft haben.

#### **(statistische) Hypothesen 8.55, 8.56 und 8.57:**

Die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Qualität sprachlichen Ausdrucks** (H55) und **verbaler Kommunikation** (H56) sowie die **verbale Passung Therapeut-Klient** (H57) (KLIENTENPROFIL Items 16,18 und 19) korrelieren positiv mit der Skala **Öffnungsbereitschaft des BFKE**.

Begründung: Die Öffnungsbereitschaft eines Klienten in einer Beratung/Therapie basiert auch auf verbalen Fähigkeiten als Medium seiner Gefühle und Mitteilungsbedürfnisse.

**Ergebnisse: alle 3 Hypothesen können nicht beibehalten werden**, d.h. daß die vom Therapeuten wahrgenommenen verbalen Aspekte der Kommunikation keinen Einfluss auf Therapieakzeptanz und Öffnungsbereitschaft beim Klienten haben.

#### **(statistische) Hypothesen 8.58 – 8.66:**

Die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Neugier** (H58,H59,H60), die **Kooperationsbereitschaft** mit dem Therapeuten (H61,H62,H63) und das **Mitschwingen** (H64,H65,H66) beim Therapeuten (KLIENTENPROFIL Item 21, 22 und 26) korrelieren positiv mit den Skalen **Öffnungsbereitschaft**, negativ mit **Akzeptanzproblemen und Zuwendungsbedürfnis des BFKE**.

Begründung: Klienten mit hoher Ausprägung in den drei BFKE - Skalen dürften aufgeschlossener gegenüber der Beratung/Therapie sein, d.h., mehr Neugierde gegenüber dem

Therapeuten und dem therapeutischen Prozess mitbringen und somit sich mehr auf die Interventionen des Therapeuten einlassen. Dieser „antwortet“ mit einem positiven Mitschwingen.

**Ergebnisse:**

**H58-H60 können nicht beibehalten werden**, d.h. daß die vom Therapeuten wahrgenommene Neugier des Klienten keinen Einfluss auf die Beantwortung der drei BFKE-Skalen hat. **H61-H63** kann für zwei der drei BFKE-Skalen beibehalten werden: die Kooperationsbereitschaft mit dem Therapeuten korreliert mit  $r = .37$  ( $\alpha = .009$ ) mit dem Zuwendungsbedürfnis des Klienten (H63) und mit  $r = .32$  ( $\alpha = .24$ ) mit Akzeptanzproblemen (H61). Von **H64-H66** kann auch lediglich nur die Hypothese für den Zusammenhang von Mitschwingen und Zuwendungsbedürfnis des Klienten **beibehalten** werden, d.h. dass das Mitschwingen des Therapeuten und das Zuwendungsbedürfnis des Klienten in einem tendenziellen, aber noch signifikanten Zusammenhang zu sehen sind ( $r = .28$ ,  $\alpha = 0,49$ ).

**(statistische) Hypothesen 8.67 – 8.70 :**

Die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Sympathie** für den Klienten (H67, H68) und **Prognose** (H69, H70) für den Klienten (KLIENTENPROFIL Item 25 und 27) korrelieren positiv mit den Skalen **Öffnungsbereitschaft** und negativ mit dem **Zuwendungsbedürfnis**.

Begründung: Öffnungsbereitschaft und geringes Zuwendungsbedürfnis „erleichtern“ dem Therapeuten die Arbeit, er muss sich weniger auf die nonverbalen bzw. unterschwellig signalen des Klienten einstellen; das macht diesen sympathisch und fördert eine positive Prognose.

**(statistische) Hypothese 8.71 und 8.72:**

Die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Sympathie** für den Klienten (H71) und **Prognose** (H72) für den Klienten (KLIENTENPROFIL Item 25 und 27) korrelieren negativ mit der Skala **Akzeptanzprobleme** des BFKE.

Begründung: Sympathie und Prognose korrelieren hoch mit den meisten der anderen w.o. untersuchten Variablen. Klienten mit Akzeptanz psychotherapeutischer Behandlung sind für den Therapeuten ‚umgänglicher‘, bieten ihm einen größeren ‚Vorschuss‘, sind daher sympathischer und lassen eine größere Veränderungsbereitschaft erkennen, was die Prognose durch den Therapeuten anhebt.

**Ergebnisse für H67 – H72:**

**H67 – H71 können nicht beibehalten werden**, allerdings ist die Korrelation zwischen Sympathie und Zuwendungsbedürfnis mit  $r = .28$  ganz knapp nicht signifikant ( $\alpha = 0,052$ ).

**H72 muss verworfen werden**; es gibt sogar einen signifikanten positiven Zusammenhang ( $r = .29$ ,  $\alpha = 0,044$ ) der Art, dass bei größeren Akzeptanzproblemen seitens des Klienten die Prognose des Therapeuten positiv ausfällt, was auf den ersten Blick überrascht, sich allerdings mit der vermutlich moderierenden Variablen ‚Kooperationsbereitschaft‘ erklären ließe (siehe Erklärung zu H 57).

## **Zusammenhänge zwischen KLIENTENPROFIL und FMP**

### **8.4.18 Fragestellung: Gibt es Zusammenhänge zwischen Therapeuten-Ersteindruck (KLIENTENPROFIL) und Klientenselbstbeurteilung auf den Skalen Behandlungserwartungen und –Einstellungen und Erfahrungen mit psychologischen Behandlungsmodellen (FMP)?**

Die Summenrohwerte beider Skalen des FMP wurden je Klient mit dem Mittelwert aus den Skalen 10, 13 bis 22 und 25-27 des KLIENTENPROFILs korreliert (N = 48 – 58).

Die Ergebnisse der Hypothesen 45 - 71 werden w. u. zusammengefasst dargestellt.

#### **(statistische) Hypothesen 8.73 und 8.74:**

Der vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Schweregrad der Problematik** (KLIENTENPROFIL Item 10) korreliert negativ mit den Skalen **Behandlungserwartungen** und **Erfahrungen/Einstellungen** (FMP).

Begründung für H73-H74: Klienten , die mit ausgeprägter Symptomatik in meiner Praxis erscheinen, haben über längere Zeit versucht, ihre Probleme auf andere Weise zu bewältigen, z.B. durch „Selbsthilfe“ wie Verdrängung, Disziplin, Selbstkontrolle oder mit ärztlicher Behandlung; dies sehe ich als einen Hinweis auf eine geringere Bereitschaft, sich von außen Hilfe zu holen bzw. als ein gewisses Mißtrauensvotum gegenüber Psychotherapie oder psychologischer Beratung.

#### **(statistische) Hypothesen 8.75 und 8.76:**

das vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **intellektuelle Verständnis** des Klienten (KLIENTENPROFIL Item 13) korreliert positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen** und **Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

#### **(statistische) Hypothesen 8.77 und 8.78:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Reflexionsfähigkeit** des Klienten (KLIENTENPROFIL Item 14) korreliert positiv mit den Skalen **"Behandlungserwartungen"** und **"Erfahrungen mit Psychotherapie"** (FMP).

Begründung für H75-H78: Das Verständnis von Zusammenhängen zwischen Körper und Psyche, von Psychosomatik, von Zusammenhängen von Problematik/Konflikt und Einstellungen/Verhalten setzt ein gewisses intellektuelles Verständnis und eine gewisse Reflexionsfähigkeit voraus. Intellektuell offene und reflexionsfähige Klienten haben sich vermutlich mehr und konstruktiver mit ihren Einstellungen zu und Erwartungen an Psychotherapie auseinandergesetzt als weniger reflexionsfähige Klienten. Deswegen dürften die Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie und die Behandlungserwartungen auch positiver ausfallen.

#### **(statistische) Hypothesen 8.79 und 8.80:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **emotionale Intelligenz** (KLIENTENPROFIL Item 15) korreliert positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen** und **Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.81 und 8.82:**

Die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Qualität nonverbaler Kommunikation** (KLIENTENPROFIL Item 17) korreliert positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen und Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.83 und 8.84:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **emotionale Passung Therapeut-Klient** (KLIENTENPROFIL Item 20) korreliert positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen und Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP)

Begründung für die Hypothesen 79-84: Positiv getönte Behandlungserwartungen und Einstellungen zur Psychotherapie dürften auch mit einem intelligenten Umgang emotionaler Erfahrungen, einer Fähigkeit zur emotionalen Öffnung und einem angemessenen Umgang mit non-verbale Signale einhergehen.

**(statistische) Hypothesen 8.85 und 8.86:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Qualität sprachlichen Ausdrucks** (KLIENTENPROFIL Item 18) steht in keinem Zusammenhang mit den Skalen **Behandlungserwartungen und Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.87 und 8.88:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **verbale Kommunikation** (KLIENTENPROFIL item 16) **steht in keinem Zusammenhang mit den Skalen "Behandlungserwartungen" und "Erfahrungen mit Psychotherapie "** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.89 und 8.90:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **verbale Passung Therapeut-Klient** (KLIENTENPROFIL Item 19) **steht in keinem Zusammenhang mit den Skalen "Behandlungserwartungen" und "Erfahrungen mit Psychotherapie "** (FMP).

Begründung für die Hypothesen 85 - 90: Behandlungserwartungen und Einstellungen zur Psychotherapie sind nach Plausibilität unabhängig von verbalen Fähigkeiten, zumal bei einer überdurchschnittlich gebildeten Klientenstichprobe.

**(statistische) Hypothesen 8.91 und 8.92:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Neugier** (KLIENTENPROFIL item 21) **korreliert positiv mit den Skalen "Behandlungserwartungen" und "Erfahrungen mit Psychotherapie "** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.93 und 8.94:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Kooperationsbereitschaft** mit dem Therapeuten (KLIENTENPROFIL item 22) korrelieren positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen und Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.95 und 8.96:**

das vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Mitschwingen** beim Therapeuten (KLIENTENPROFIL item 26) korreliert positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen und Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.97 und 9.98:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Sympathie** für den Klienten (KLIENTENPROFIL item 25) korreliert positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen** und **Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

**(statistische) Hypothesen 8.99 und 8.100:**

die vom Therapeuten nach der ersten Sitzung eingeschätzte **Prognose** (des Behandlungserfolges) **für den Klienten** (KLIENTENPROFIL item 27) korreliert positiv mit den Skalen **Behandlungserwartungen** und **Erfahrungen mit Psychotherapie** (FMP).

Begründung für H91 – H100: Klienten mit positiven Behandlungserwartungen und Einstellungen (Neugier, Kooperationsbereitschaft) zur Psychotherapie dürften nach Plausibilität weniger Ängste gegenüber der Beratung/Therapie in die Behandlung einbringen, d.h. , mehr Aufgeschlossenheit gegenüber dem therapeutischen Prozess mitbringen und somit sich mehr auf die Interventionen des Therapeuten einlassen. Dieser empfindet sie als mehr ,umgänglicher‘, da sie ihm ja einen größeren ,Vorschuß‘ bieten und eine größere Veränderungsbereitschaft erkennen lassen. Der Therapeut ,antwortet‘ entsprechend mit einem positiven Mitschwingen, mit Sympathieempfinden, und einer positiveren Prognosegebung.

**Ergebnisse für Hypothesen 8.73 – 8.100:**

**nicht signifikant sind die Korrelationen zwischen den folgenden KLIENTENPROFIL-Items mit den FMP-Variablen Behandlungserwartungen (III) und Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen (IV)**

**Tabelle 52: Nicht-signifikante Korrelationen von KLIENTENPROFIL-Items mit FMP-Skalen**

| Item               | Korrelation (r) mit |        |
|--------------------|---------------------|--------|
|                    | III                 | IV     |
| 10                 | 0,20                | - 0,06 |
| 13                 | 0,25                | 0,21   |
| 14                 | 0,12                |        |
| 15                 | 0,05                | 0,20   |
| 16                 | 0,04                | 0,28   |
| 17                 | 0,12                |        |
| 18                 | 0,125               | 0,24   |
| 19                 | 0,01                | 0,21   |
| 20                 | - 0,03              |        |
| 21                 | - 0,07              |        |
| 25                 | - 0,03              |        |
| 26                 | - 0,01              | 0,23   |
| 27                 | - 0,06              | 0,11   |
| 22                 | - 0,075             | 0,185  |
| 13 – 11<br>25 – 27 | 0,036               |        |



**Tabelle 53: Signifikante Korrelationen von KLIENTENPROFIL-Items mit FMP-Skalen**

| Item               |                                 | Korrelation (r) mit |                    |
|--------------------|---------------------------------|---------------------|--------------------|
|                    |                                 | IV                  | Sign. bei $\alpha$ |
| 14                 | Reflexionsfähigkeit             | 0,28                | 0,05 (H78)         |
| 17                 | Qualität nonverb. Kommunikation | 0,41                | 0,003 (H82)        |
| 20                 | Emotionale Passung              | 0,30                | 0,036 (H84)        |
| 21                 | Neugier                         | 0,32                | 0,028 (H91)        |
| 25                 | Sympathie                       | 0,31                | 0,032 (H97)        |
| 13 – 11<br>25 – 27 | Therapeut-Klient-Passung        | 0,294               | 0,020 (H101)       |

**Zusammenfassung der Ergebnisse aus Kap. 8.4.18:**

Zwischen den **Behandlungserwartungen (III) der Klienten** und der Einschätzung im KLIENTENPROFIL durch den Therapeuten ergaben sich überhaupt keine signifikanten Zusammenhänge. Statistisch signifikante Zusammenhänge ergaben sich also lediglich für **Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen (IV)** mit

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| der nonverbalen Kommunikation bei | r = 0,41 |
| der emotionalen Passung bei       | r = 0,30 |
| der Neugier bei                   | r = 0,32 |
| der Sympathie bei                 | r = 0,31 |
| der Reflexionsfähigkeit bei       | r = 0,28 |

**Tabelle 54: Signifikante Korrelationen zwischen Skalen des FMP und Items des KLIENTENPROFILs**

Die meisten Hypothesen hinsichtlich vermuteter Zusammenhänge zwischen Variablen des KLIENTENPROFILs und Behandlungserwartungen des Klienten sowie seinen Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie vor Therapiebeginn konnten also nicht verifiziert werden. Bestätigt wurden - wenn auch auf einem relativ geringen Niveau eines Zusammenhangs - lediglich diejenigen Hypothesen, die vor allem die Aspekte emotionaler Kompetenzen, der Neugier und der Sympathie überprüfen sollten. Bestätigt wurden allerdings die Nullhypothesen H85, H86, H87, H88 und H89 zwischen den beiden FMP-Variablen und den Items 16,18 und 19 des KLIENTENPROFILs (Einschätzung verbaler Qualitäten der Klienten).

## 8.5 Diskussion der Ergebnisse aus der Auswertung des KLIENTENPROFILs

Wie schon eingangs dargestellt, erhebt das KLIENTENPROFIL keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit im Sinne einer Erhebungsmethode, die repräsentativ das Gesamtbild erfassen soll, das sich der Therapeut intuitiv vom Klienten macht. Es ist lediglich als operationalisierte *ad hoc*-Konzeption für die Erprobung einer Methode zur Erfassung von Ersteindrücken des Therapeuten seinem Klienten gegenüber gedacht. Ich bin der Meinung, dass die Untersuchungsergebnisse jedenfalls interessante und hinsichtlich der Methodik diskussionswürdige Fragestellungen aufgeworfen haben.

Sehr schön wird das meinem Fragebogen zugrunde liegende Modell in einer Dissertation von Stucki (2005, S. 176) beschrieben (wobei die habituellen Wahrnehmungs-, Reaktions- und Beziehungsmuster auf Klientenseite ausgeklammert bleiben).

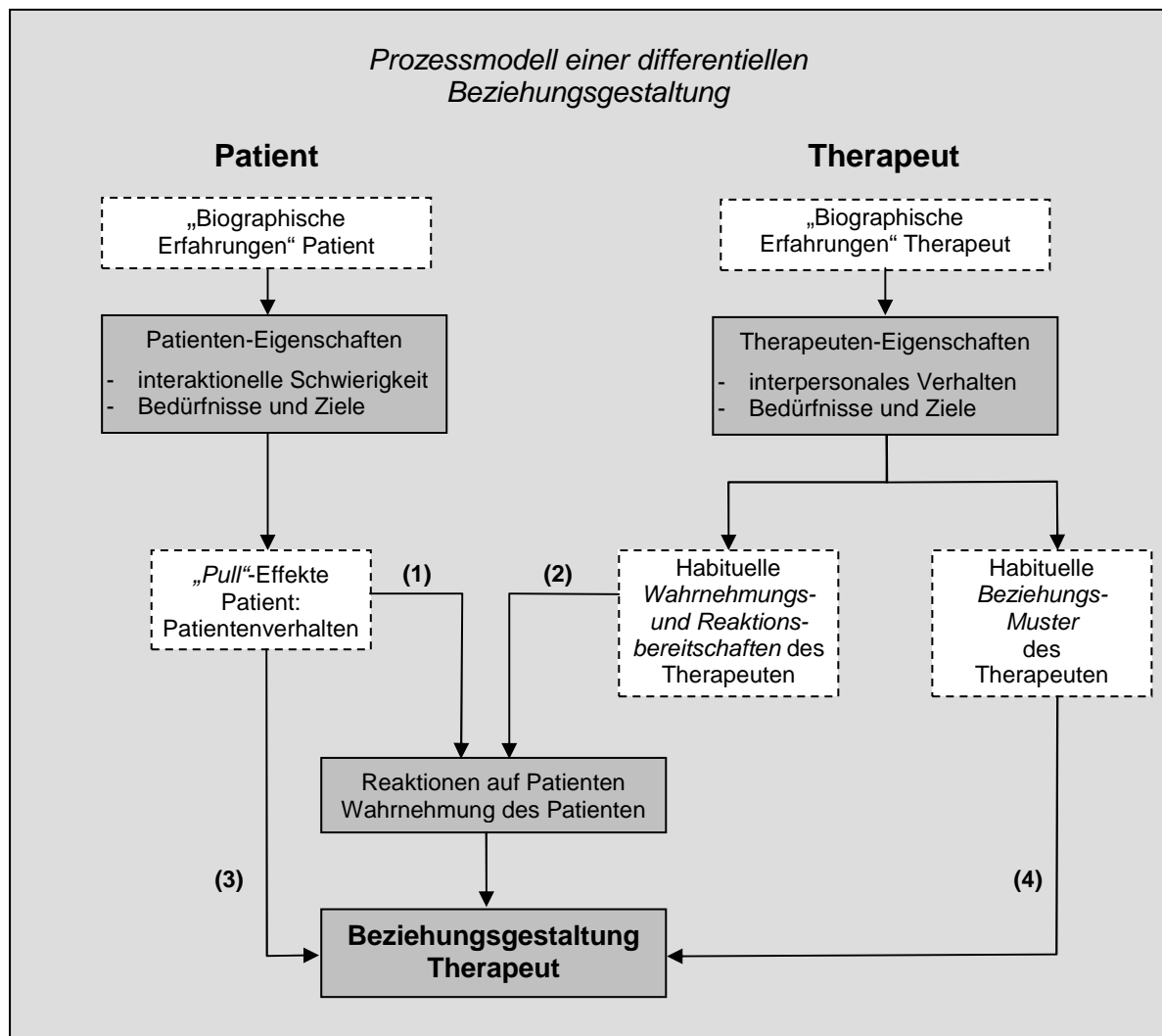


Abb. 17: Prozessmodell der differentiellen Beziehungsgestaltung (weisse Felder: hypothetische Konstrukte, graue Felder: Messvariablen) aus Stucki (2005).

Dargestellt wird, wie (1) der Therapeut auf die „Pull-Effekte“ (der Informationsfluss wird in erster Linie vom Empfänger gesteuert) des Klienten reagiert, sich ein ‚Bild‘ von ihm macht und - idealtypischerweise – sich in seinem Verhalten komplementär zu den Beziehungs- und kommunikativen Angeboten des Klienten einstellt. Dabei werden eigene (möglicherweise unbearbeitete) unbewußte oder vorbewußte Reaktions- und Wahrnehmungstendenzen des Therapeuten (2) die ‚unvoreingenommene‘, unbeeinflusste Wahrnehmung der Kompetenzen, Konflikte/Probleme und Bedürfnisse des Klienten verzerren.

Die Pull-Effekte (3) des Klienten lösen unmittelbares reziprokes Verhalten beim Therapeuten aus, das diesem idealen komplementären Verhalten entgegenwirken kann. Diesen Pull-Effekte kann sich der Therapeut erfahrungsgemäß nur äußerst schwer entziehen. Aber auch der Therapeut (4) kann sich von seinem eigenen habituellen Beziehungsmuster nur bedingt entfernen, so dass auch von dieser Seite das ideale komplementäre Verhalten konterkariert werden kann.

Probleme erscheinen sich vor allem dort zu ergeben, wo eine differentielle Beziehungsgestaltung besonders wertvoll wäre, nämlich bei den Patienten mit Interaktionsstörungen. Bei interaktionell schwierigen Patienten scheinen besonders starke Pull-Effekte zu wirken, die eine differentielle Beziehungsgestaltung erschweren (Stucki, 2005).

### **Zur Diskussion der Ergebnisse im Einzelnen:**

Dass Mitschwingen und Sympathie in der zu Therapiebeginn festgehaltenen Reaktion auf den Klienten so eng zusammenhängen (H1), ist vielleicht nicht überraschend. Es macht aber deutlich, wie wichtig es für den Klienten ist, dass er die *richtigen* ‚Schwingungen‘, d. h. Appelle, Angebote, Gefühle, Erwartungen etc. an seinen Therapeuten sendet, so dass dieser ihn sympathisch findet, was wiederum die Prognose, die ihm der Therapeut gibt, deutlich mit beeinflusst. Das weitere Engagement des Therapeuten dürfte wiederum durch diese Prognose beeinflusst werden. Jenkins, Macrae und Mitchell (2008) stellen in ihren Untersuchungen fest, dass Menschen sich umso mehr in den Anderen einfühlen, wenn sie sich mit ihm identifizieren können, das heißt sie durften ihr Gegenüber nicht als ‚anders‘ erleben. Auch hat die Autorin mittels der funktionellen Magnetresonanztomographie erste Hinweise darauf gewonnen, wie sich Empathie auch für Menschen erzeugen lässt, die uns nicht zu ähneln scheinen.

Bemerkenswert, wenn auch nicht unerwartet, ist als Ergebnis weiterhin, dass mir, dem Therapeuten in dieser Untersuchung am sympathischsten doch die offenen, interessierten Klienten mit guter emotionaler Intelligenz zu sein scheinen, mit denen ich auch schon ohne Worte gut zurecht komme und bei denen ich im Mitschwingen fast zu schnurren anfangen. Sprachlich unbeholfenere und im Verständnis etwas langsamere Klienten scheinen mir (im Erst-Eindruck) weniger sympathisch zu sein. (H2)

Klienten, die mich zu einem guten Mitschwingen bewegen, erlebe ich auch als neugieriger, reflektionsfähiger, kooperationsbereiter, und ich finde, dass wir emotional gut zusammenpassen (H3). Und stimmt die emotionale Passung und zeigt sich der Klient mit mir und mit meinen therapeutischen Interventionen kooperationsbereit, dann steht auch einer günstigen Prognose nichts im Wege. Als verbal und intellektuell weniger kompetent eingeschätzte Klienten erhalten auch eine weniger günstige Prognose (H4).

Sehr positiv im Sinne von Sympathie und Mitschwingen reagiert (oder erzeugt sie gleichwohl?) der Therapeut in dieser Untersuchung (H2, H3 und H4) auf die Neugierde, die emotionale Intelligenz des Klienten und die emotionale Passung. Neugierde des Klienten und seine

Kooperationsbereitschaft, aber auch die *emotionale Passung* zwischen Therapeut und Klient beeinflussen die Bereitschaft zur positiven Prognose beim Therapeuten.

Einen geringeren Einfluss auf das Sympathieempfinden und Mitschwingen des Therapeuten haben die Qualität sprachlichen Ausdrucks und die Qualität verbaler Kommunikation des Klienten, wofür ich den Begriff *verbale Passung* eingeführt habe (H2, H3).

Im Bereich der erhobenen Variablen gibt es zwischen der verbalen Passung zwischen Klient und Therapeut, der Qualität verbaler Kommunikation und dem intellektuellen Verständnis einerseits und der Prognose andererseits den geringsten Zusammenhang. Auch das intellektuelle Verständnis einerseits und das Mitschwingen des Therapeuten andererseits stehen in keinem bedeutsamen Zusammenhang.

Etwas, das in dieser Studie nicht untersucht werden konnte, soll hier zumindest doch erwähnt werden: Orlinsky und seine Mitarbeiter (Orlinsky et al., 1994) konstatieren, dass sich eine gute Passung zwischen den Überzeugungen des Klienten hinsichtlich der Wirkungsweise von Therapie und Therapiekonzept (das vom Passungserleben des Therapeuten beeinflusst wird) positiv mit dem Therapieergebnis korreliert. So stellen sie auch fest, daß das Ausmaß verbaler Aktivität mit einem besseren Therapieergebnis korreliert. Dafür sehe ich in meiner eigenen Untersuchung, wie vorhin bei der Überprüfung der Zusammenhänge von verbaler Passung – Sympathie – Mitschwingen festgestellt, zumindest keinen Hinweis gegeben. In einer Studie von Ambühl (1993) zeigte sich, dass sich das Beziehungsangebot des Therapeuten positiv mit der Aufnahmebereitschaft des Klienten korreliert und damit den Effekt spezifischer Techniken moderiert. Wenn Psychotherapeuten um eine Erfolgsprognose gebeten werden, nutzen sie als Quelle ihrer Vorhersage gerne ihre Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung. Allerdings steht zu vermuten, dass diese Wahrnehmung nicht mit dem Therapieerfolg korreliert, eher schon die vom Therapeuten beobachteten Fortschritte. Dies geht zumindest was aus einer Untersuchung von Meyer und Schulte (2002) hervor. Dieses Ergebnis besagt natürlich nicht, dass die therapeutische Beziehung als solche kein Wirkfaktor wäre; im Gegenteil, sie scheint einer der entscheidenden Wirkfaktoren überhaupt zu sein.

Der Begriff ‚Passung‘ ist bisher in der Psychotherapieforschung noch nicht allgemein gültig definiert und damit kein *terminus technicus*. Passung soll von der Kooperationsbereitschaft oder -willigkeit (*Compliance*) des Klienten gegenüber den Erwartungen oder Vorgaben des Therapeuten abgrenzen. Vielmehr sollte unter Passung verstanden werden, dass sich zwei gleichberechtigten Partner zusammenfinden und im Miteinander harmonisieren oder - anders ausgedrückt - auf gleicher Wellenlänge schwingen. Nach Eckert et al. (2004) hängt der Therapieerfolg mit großer Wahrscheinlichkeit von den folgenden Aspekten einer umfassenden Passung ab:

- Passung Therapeut-Klient (personale und therapiebezogene Merkmale)
- Passung Therapeut-Erkrankung des Klienten (z. B. Art und Erscheinungsbild)
- Passung Klient (Ansprechbarkeit)-Behandlungsmodell des Therapeuten
- Passung Behandlungsmodell-Erkrankung des Klienten

Der Fragenkatalog KLIENTENPROFIL erfasst den ersten Aspekt der Einteilung von Eckert. Nach Eckert & Biermann-Ratjen (1990) gehören zur Passung sowohl Therapeuten-Variablen als auch Variablen auf Klientenseite wie „Ansprechbarkeit“ und „Ansprechbereitschaft“ des Patienten für das therapeutische Beziehungsangebot. In der Wahrnehmung dieser Variablen durch den Therapeuten spielt jedoch seine implizite Bedeutungsgebung eine wichtige Rolle, die hier im Ansatz untersucht wird.

Würde der Klient die im KLIENTENPROFIL verwendeten Skalen maximal ankreuzen, wäre er dann der optimale Klient - für den Therapeuten oder hinsichtlich seiner eigenen Therapieziele? Nein, keinesfalls! Das die persönliche, therapeutisch unterstützte Einsicht, emotionale Reife und Verhaltensvariabilität fördernde Wachstum in einer Therapie würde sich asymptot-

tisch der Nulllinie annähern, verhielte sich der Klient so, dass er sich lediglich auf das Wohlgefallen des Therapeuten konzentrierte. Selbstverständlich wäre eine Therapie ebenso zum Scheitern verurteilt, wenn der Klient in der Einschätzung der vom Therapeuten wahrgenommenen Passung durchweg niedrige Werte erhalten werde. Es gehört zu den Hauptaufgaben des Therapeuten, sich dieser Gradwanderung bewusst zu sein und den Klienten darin zu unterstützen, dass dieser zwischen Zuspruch und Widerspruch oszillieren kann, ohne den Verlust des Wohlwollens und des Engagements seines Therapeuten im Therapieprozess zu riskieren.

Unumgänglich jedenfalls ist die Akzeptanz der Tatsache, dass Emotionen und ihre begleitenden Umstände die Auseinandersetzung um die Lösung eines Problems beeinflussen; sie nehmen Einfluss auf die aktuellen Entscheidungen von Therapeuten. Vor dem unkontrollierten Einfluss subjektiven Wissens, dem Einfluss von Gefühlen oder dem Wohlbefinden des Therapeuten auf den Therapieprozess wurde seit Freud lange Zeit mit den 'unkontrollierbaren' Einflüssen der 'Gegenübertragung' gewarnt. Eine abstinente-neutrale Haltung des Therapeuten sei zu viel Spontanität und Authentizität auf jeden Fall vorzuziehen. In den letzten beiden Jahrzehnten kennzeichnen die konstruktive Nutzung von Gegenübertragung bzw. 'projektiven Identifikation' den therapeutischen Entscheidungsprozess zur diagnostischen Bewertung der Gefühle. Emotionen wie zum Beispiel das Sympathieerleben und Mitschwingen des Therapeuten beeinflussen das Barometer des interaktionellen Therapie-Prozessgeschehens. Dieser Aspekt scheint mir bisher weitgehend noch nicht untersucht und daher denke ich, dass die Ergebnisse dieser Studie einen kleinen Anstoß zu weiterer Forschung in dieser Richtung geben können. Immerhin scheint es für den erfolgreichen Therapieausgang durchaus mitentscheidend zu sein, inwieweit der Umgang mit den eigenen Gefühlen (des Therapeuten) im Therapieprozess sich eher adaptiv-konstruktiv oder eher destruktiv auswirkt.

Um den Erwartungen und Bedürfnissen des Klienten gerecht zu werden, sollte ich als Therapeut meine introspektiven Fähigkeiten nutzen. Ich sollte eine Vorstellung davon haben, wie ich auf das Beziehungsangebot des Klienten in meiner Gegenübertragung reagiere, welches der Beziehungsangebote meines Klienten ich gut annehmen kann, zu welchen hinsichtlich meiner eigenen Wünsche und Ziele eine Idiosynkratie besteht und welche Beziehungserwartungen des Klienten bei mir welche Gefühle auslösen. Denn für das therapeutische Gelingen ist die komplementäre Haltung des Therapeuten, sein *Mitschwingen*, entscheidend. Therapeuten kalibrieren ihr Angebot fortlaufend neu, entsprechend dem mitfließenden Verständnis für die Erfordernisse des Klienten und konstruieren heuristische Strategien, die an ihre Interpretation der jeweiligen Klientensituation anknüpfen. Hilfreich wäre hier die Fähigkeit des Therapeuten, auch problematische Beziehungswünsche und Identitätsziele des Klienten positiv wieder spiegeln und zumindest teilweise befriedigen zu können. Als Therapeut sollte ich die impliziten Beziehungswünsche meines Klienten empathisch, verstehend und annehmend spiegeln. Dass der Klient dies auch akzeptiert, bestätigen die Ergebnisse der Auswertung des HILF. Das KLIENTENPROFIL soll einen ersten Zugang zum psychischen Funktionieren des Klienten und der impliziten Erfassung desselben durch den Therapeuten im Sinne des o.g. heuristischen Ansatzes darstellen. Es läßt sich natürlich zu Recht einwenden, das ein statisches Modell, wie es dieser Fragenkatalog widerspiegelt, eben gerade das nicht kann, was eine heuristische Strategie eigentlich liefern sollte, nämlich das Verständnis für den psychischen Prozess des Klienten in der Therapiesituation ständig auf dem Laufenden zu halten. Daher wäre es sinnvoll, einen solchen Fragenkatalog mehrfach im Verlaufe einer Therapie auszuwerten.

Die Klienten waren zu Beginn der Therapie nach ihrem *Leidensdruck* gefragt worden. Der Therapeut schätzte ebenfalls zu Beginn der Beratung/Therapie den vermutlichen Schweregrad

der Problematik seiner Klienten ein. Obwohl davon auszugehen ist, dass sich beide Konzepte nicht ganz decken, wurde die Frage gestellt, wie weit Klient und Therapeut in der Einschätzung dieser beiden Merkmale übereinstimmen (H6). Es zeigte sich, dass zwischen den Antworten auf diese beiden Fragen kein Zusammenhang besteht, also, dass die Problematik eines Klienten mit hohem Leidensdruck vom Therapeuten sowohl als schwer als auch als leicht, das heißt also völlig unterschiedlich eingeschätzt werden kann. Bemerkenswert ist auch, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem vom Therapeuten wahrgenommenen *Schweregrad* der Problematik und seinem Sympathieempfinden wie auch seinem Mitschwingen für den Klienten gibt, obwohl *Mitschwingen* und *Sympathie* als zwei markante ‚Einstellungen‘ des Therapeuten dem Klienten gegenüber angesehen werden können! Es lässt sich verallgemeinernd mutmaßen: ob die Probleme des Klienten vom Therapeuten als mehr oder weniger schwerwiegend wahrgenommen werden, wird wohl nicht durch diejenigen kommunikativen Merkmale des Klienten beeinflusst, die Mitschwingen und Sympathie bei Therapeuten auslösen und umgekehrt. Für die Klienten wäre dies eine positive Botschaft, bräuchten sie sich doch nicht zu sorgen, dass der Therapeut mit weniger positiver Resonanz auf sie reagiert, wenn sie mit einer schwierigen Problematik auf ihn zukommen. Dagegen hängen wahrgenommener Schweregrad der Problematik und Prognosegebung hoch signifikant zusammen (H10). Realistische Therapeuteinschätzung oder unzulässige Verknüpfung? („Problematischen Patienten gebe ich lieber eine schlechtere Prognose, damit ich nachher nicht so enttäuscht bin!“)

Der Ersteindruck des Therapeuten von der (Schul-)Ausbildungsqualifikation der Klienten durch den Therapeuten deckt sich nur ganz grob mit den diesbezüglichen Angaben des Klienten selbst (H11). Mit der vom Therapeuten eingeschätzten beruflichen Stellung des Klienten (H12) sieht es ähnlich aus, wenn auch weniger deutlich. Vermutlich kommt hier ein implizites Persönlichkeitsmodell des Therapeuten zum Tragen, das ähnliche Kriterien bezüglich der beruflichen Stellung eines Klienten beinhaltet, wie sie der tatsächlichen beruflichen Realität des Klienten entsprechen.

Interessant erschienen mir auch die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Schulausbildung und beruflicher Stellung (Selbstangaben der Klienten und Einschätzungen des Therapeuten) einerseits und der Einschätzung der Therapeut-Klient-Passung im KLIENTENPROFIL andererseits (H13, H14-27 und H28). Es zeigte sich hier, daß in der Wahrnehmung therapierelevanter Fähigkeiten des Klienten durch den Therapeuten die tatsächliche (vom Klienten selbst angegebene) Schulbildung keine Rolle spielt, dagegen in der Einschätzung durch den Therapeuten doch bei 8 der 13 Variablen der Therapeut-Klient-Passung! Ob nun die vermutete (Schul)bildung die Einschätzung der Therapeut-Klient-Passung beeinflusst oder umgekehrt, kann hier nicht festgestellt werden. Hinsichtlich der vom Therapeuten eingeschätzten beruflichen Stellung und seiner Einschätzung der Therapeut-Klient-Passung gibt es so gut wie keine Zusammenhänge, was wohl nichts anderes bedeutet als das, welche berufliche Stellung der Klient auch immer haben mag, dies die Einschätzung des Therapeuten hinsichtlich der Therapeut-Klient-Passung nicht beeinflussen wird.

Ich war davon ausgegangen, daß das Alter der Klienten in der Einschätzung der Klient-Therapeut-Passung und der Einschätzung von Schwingung, Sympathie und Prognose keine Rolle spielte (H29 und H32). Es zeigte sich aber, daß diese Vermutung zumindest in meiner Untersuchung nicht in vollem Umfang beibehalten werden konnte: zumindest wurden für jüngere Klienten das intellektuelle Verständnis, die verbale Passung und die Qualität nonverbaler Kommunikation höher eingeschätzt als bei älteren; allerdings handelt es sich um relativ niedrige Zusammenhänge. Vier weitere Korrelationen deuten in die gleiche Richtung, sind aber auf dem 0,05%-Niveau noch nicht signifikant. Vielleicht könnte dies Ergebnis vorsichtig als Hinweis darauf gedeutet werden, daß aus Therapeutesicht (wohlgemerkt in dieser Unter-

suchung!) jüngere Klienten bessere Voraussetzungen für eine Beratung/Psychotherapie mitbringen oder daß der Therapeut jüngere Klienten vorzieht (?!).

In diesem Zusammenhang habe ich auch die Frage aufgeworfen, ob es geschlechtsspezifische Präferenzen auf Seiten des Therapeuten gebe (H33 – H36). Emotionale Intelligenz, verbale Kommunikation und verbale Passung Therapeut-Klient werden signifikant mehr den Klientinnen zugeschrieben, was nicht überraschen dürfte, weil es sich mit dem inzwischen Standard gewordenen ‚Wissen‘ deckt, daß Frauen ihre emotionalen und verbalen Kompetenzen besser nutzen als Männer. Daß die weiblichen Untersuchungsteilnehmer tendenziell (wenn auch knapp nicht signifikant auf dem 5% - Kriterium) einen höheren Gesamtwert im KLIENTENPROFIL als die männlichen erzielen, deutet darauf hin, daß der Therapeut möglicherweise den weiblichen Klienten intuitiv mehr ‚Therapiepassung‘ als den männlichen zuschreibt. Ein weiteres Ergebnis: Klienten mit weniger guten Vorerfahrungen in anderen Beratungen/Therapien bekommen vom Therapeuten ein Mehr an Neugier (H38) zugeschrieben.

Interessantes ergab sich zu meinen Fragestellungen und Ergebnissen in einer Untersuchung von Addis und Jacobson (1996). Diese untersuchten für zwei Therapiegruppen mit Einsatz ähnlicher Methoden (Kognitive Therapie und Verhaltenstherapie) den Zusammenhang zwischen dem Therapieergebnis und den von den Klienten selbst vermuteten Gründen für ihre Depressionen. Dabei zeigten sich mehrere unterschiedliche Interaktionseffekte, die sich als eine gute Passung zwischen den Überzeugungen des Klienten und dem Therapiekonzept des Therapeuten interpretieren ließen; diese Effekte ließen sich im Sinne einer positiven Veränderung mit dem Therapieergebnis korrelieren. Es scheint also in einem gewissen Umfang möglich zu sein, aufgrund der Beurteilung einer Art Passung zwischen Therapeut (und seinem Therapiekonzept) und Klient eine Vorhersage über den Therapieerfolg zu machen, als eine interessante Hypothese für weitere Forschung.

Interessant auch die Frage, welche Psychotherapeuten sich Psychotherapeuten für die eigene Psychotherapie wählen würden? Norcross, Bike und Evans (2009) befragten eine große Anzahl von Psychotherapeuten nach ihren Auswahlkriterien und kamen zu dem Ergebnis, daß Kompetenz, Wärme, Fürsorge, Berufserfahrung und Offenheit als besonders wichtige Eigenschaften von Therapeuten erachtet wurden.

Sollte die Forschung anstreben, die ideale therapeutische Beziehung herauszuarbeiten?

Nein, denn die therapeutische Beziehung wird immer nur im Einzelfall ausgestaltet werden können, da sie von verschiedenen Faktoren abhängt:

- den vom Klienten mitgebrachten Problematiken oder Konflikten und deren Ausgestaltung
- dem persönlichen Beziehungsangebot des Klienten, das mit seinen unbegrenzten Ausprägungen biografischer und persönlichkeitsbedingter Variationen in einer unendlichen Vielfalt variiert,
- der spezifischen Therapiesituation, die z.B. mit intervenierenden Ereignissen, mit einer eher variierenden Motivation und dem *setting* kovariert, und
- dem Stadium des Therapieprozesses, der sich im Verlaufe des Therapieprozesses fortlaufend verändert.

Die positiven Einschätzungen des Therapeuten hinsichtlich der vermuteten Kooperationsbereitschaft des Klienten (H39), der Sympathie für den Klienten (H40), seinem Mitschwingen mit dem Klienten (H41) und der intuitiv vergebenen Prognose (H42) hängen – soweit es diese Untersuchung erkennen läßt – nicht mit der Therapievorerfahrung des Klienten zusammen. Es

spielt also keine Rolle, ob der Klient bereits Therapierfahrung hat oder nicht, wenn es um die genannten Klientenmerkmale geht.

In einem weiteren Fragenkomplex wurden vom Klienten im BFKE selbst eingeschätzte Akzeptanzprobleme, seine Öffnungsbereitschaft und sein Zuwendungsbedürfnis mit 14 Items des KLIENTENPROFILs korreliert (H43 – H72). Es gab kaum signifikante Zusammenhänge. Ein deutlicher Zusammenhang liess sich zwischen dem vom Therapeuten eingeschätzten Schweregrad der Problematik und der Öffnungsbereitschaft des Klienten nachweisen (H43), derart, daß als weniger problematisch eingeschätzte Klienten eine größere Öffnungsbereitschaft zeigen. Darüber hinaus zeigte sich lediglich ein mäßiger, signifikanter Zusammenhang zwischen Zuwendungsbedürfnis und vom Therapeuten vermuteter Kooperationsbereitschaft (H63) beim Klienten und dem Mitschwingen beim Therapeuten (H66). Auch ein mäßiger, signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Kooperationsbereitschaft und den Akzeptanzproblemen der Klienten ist erkennbar (H61). Dies ließe sich damit erklären, dass Klienten, die an der Akzeptanz durch ihren Therapeuten zweifeln, sich bemühen, mehr als andere kooperativ zu sein.

Außerdem wurden eventuelle Zusammenhänge zwischen allgemeinen Behandlungserwartungen und Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen (KLIENTENPROFIL – FMP-Skalen III und IV) mit 14 Items des KLIENTENPROFILs korreliert (H73 – H100). Zwischen den von den Klienten selbst eingeschätzten Behandlungserwartungen und den Therapeuteneinschätzungen im KLIENTENPROFIL ergaben sich überhaupt keine signifikanten Zusammenhänge. Lediglich die *Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen* korrelierten teilweise signifikant besonders mit der vom Therapeuten wahrgenommenen Fähigkeit zur *nonverbalen Kommunikation* (H82:  $r = .41$ ), aber auch, in geringerem Maße, der wahrgenommene *Neugier* (H91:  $r = .32$ ) des Klienten, die *emotionale Passung* (H84:  $r = .30$ ), seiner *Reflexionsfähigkeit* (H78:  $r = .28$ ) und der seitens des Therapeuten empfundenen *Sympathie* (H97:  $r = .31$ ).

Anders ausgedrückt: Klienten mit Therapie-Vorerfahrung und positiver Einstellung zur Psychotherapie werden als nonverbal kommunikativer, emotional passender, neugieriger, reflexionsfähiger und sympathischer eingeschätzt. Es scheint also in der Einschätzung des Klienten durch den Therapeuten überhaupt keine Rolle zu spielen, mit welchen Behandlungserwartungen der Klient in die Beratung/Therapie kommt. Jedoch: je positiver Erfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen vor Beginn der Therapie vom Klienten (im FMP) eingeschätzt werden, desto eher ist zu erwarten, dass zumindest in einigen( 4 von 13 ) Aspekten die Therapiepassung Klient – Therapeut seitens des Therapeuten positiver eingeschätzt wird, insbesondere die nonverbale Kommunikation .

**Zusammenfassend läßt sich sagen, daß allg. Behandlungserwartungen des Klienten in keinem, dagegen Vorerfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungsmodellen in einigen Aspekten in einem Zusammenhang mit den Einschätzungen des Therapeuten hinsichtlich der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ gesehen werden können, zumindest, soweit die beiden untersuchten Variablen mit dem FMP gemessen worden sind.**

Von den zahlreichen untersuchten Hypothesen konnten die meisten nicht beibehalten oder mussten verworfen werden. Dies kann auch daran liegen, dass das Konstrukt KLIENTENPROFIL für eine statistische Zusammenhangsanalyse in dieser Form nicht valide genug ist.



Ich stelle anhand eines Diagramms den soeben ausgeführten Zusammenhang zwischen dem Erst-Eindruck des Therapeuten und Einstellungen sowie Therapie-Kompetenzen des Klienten im Rahmen des therapeutischen Prozesses noch einmal dar:

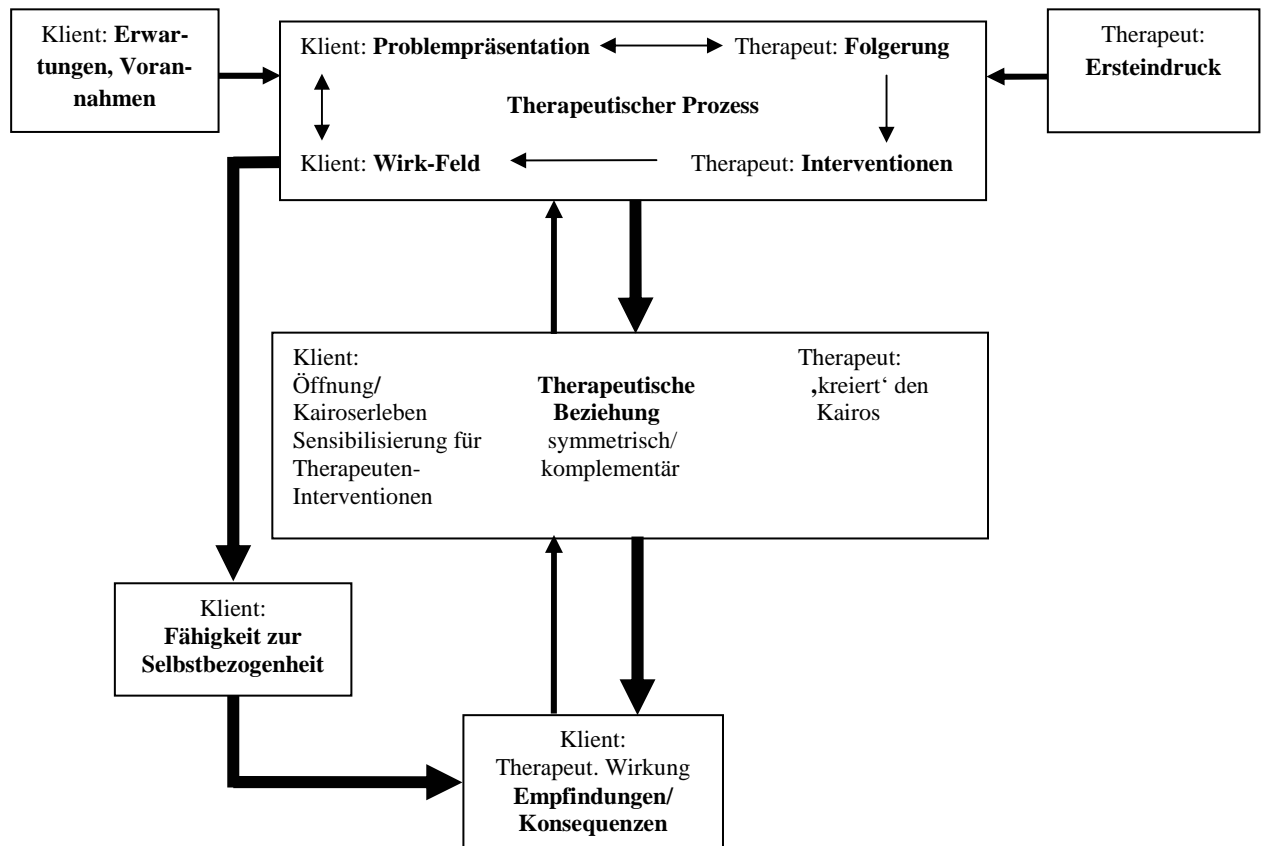


Abb. 18: Einflussnahme von Ersteindruck und Vorannahmen (Therapeut-Klient-Passung) bei Therapeut und Klient auf den therapeutischen Prozess

## 8.6 Gesamt-Diskussion der Ergebnisse in Kap. 8

Dieser Teil meiner Studie kam aus der Erkenntnis zustande daß der Einfluß persönlicher Bedürfnisse, Motive und Einstellungen des Therapeuten auf die klinische Urteilsbildung bisher kaum empirisch untersucht worden ist, nach allgemeiner Erfahrung jedoch eine wesentliche Rolle im Therapieprozess spielt. Das ist an sich auch unbestritten, weil Therapeuten es gar nicht verhindern können, dass sie unbewusst eigene Bedürfnisse, Einstellungen und Wertungen in die Therapie einbringen. Es gibt auch empirische Hinweise darauf, dass zu starke private Motive die klinische Urteilsbildung beeinträchtigen können. Und es passiert sicherlich nicht selten, dass Therapeuten unbemerkt und unbewußt Emotionen, die sie an sich selbst wahrnehmen, eher als Dispositionen ihrer Klienten diesen zuschreiben. Es ist auch mehrfach in Untersuchungen belegt, dass Therapeuten persönlichen Erfahrungen mehr Gewicht beimessen als theoretischem Wissen und wissenschaftlichen Untersuchungen (Caspar, 1995). Aber das Bild hinsichtlich der persönlichen Motive und Haltungen von Therapeuten ist keineswegs einheitlich. Persönliche Einstellungen können Wahrnehmungen verzerren, aber natürlich auch offener machen für Problembereiche des Klienten. Auch ist bekannt, dass die aktuelle Stimmung und der soziale Kontext des Wahrnehmenden Einfluss auf seine Wahrnehmungen nimmt. Eine angenehme Stimmungslage führt zu positiveren und optimistischeren sozialen Urteilen (Forgas & Bower, 1987). Positiv bestimmte Menschen nehmen weniger kritisch wahr, sie verwenden vermehrt Heuristiken und dafür weniger Informationen. Nicht anders tun das Therapeuten. Stimmungseffekte sind im klinischen Bereich jedoch kaum untersucht.

Wahrnehmung stellt nicht einfach einen passiven Prozess dar, sondern ist hoch komplex. Die Art der Wahrnehmung wird sowohl von Eigenschaften der wahrgenommenen Person, als auch von Merkmalen des Wahrnehmenden selbst bestimmt. In der Forschung zur klinischen Urteilsbildung gibt es viele Hinweise darauf, dass die Eindrucksbildung nicht nur vom Stimulus abhängt, sondern ebenso vom Betrachter und seinen Informationsverarbeitungsprozessen (Hermer, 2004). Dies soll die folgende Abbildung (19) veranschaulichen.

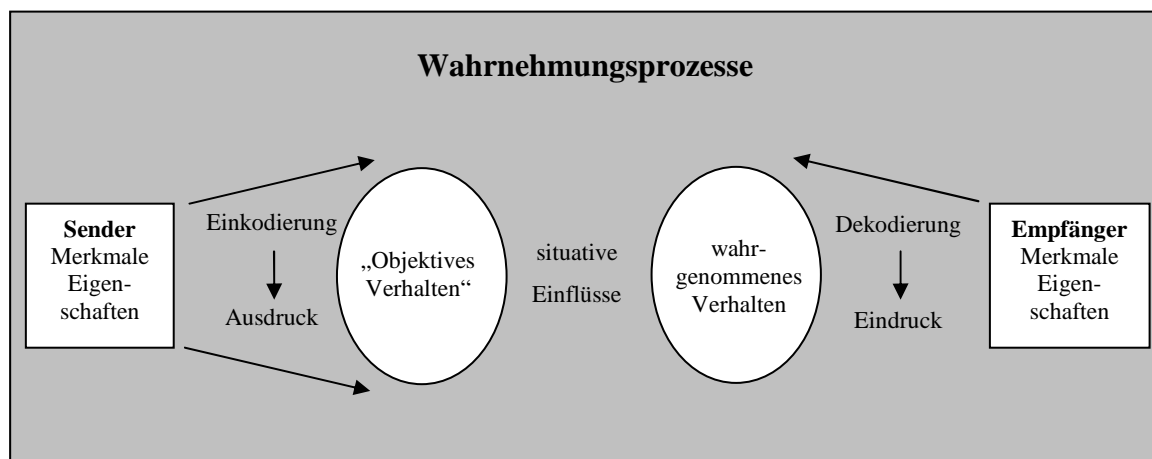


Abb. 19: Linsenmodell in Anlehnung an Brunswick (modifiziert, aus Hermer, 2004, S. 14)

Wahrnehmung steht vor allem im Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen des Wahrnehmenden, wie seinen Motiven und Bedürfnissen, Affekten, seinen Einstellungen und impliziten Persönlichkeitstheorien, inklusive Mythen und Stereotypen und der Interpretation des situativen Kontextes. Therapeuten bringen wie ihre Klienten ihre habituellen Reaktions-, Wahrnehmungs- und Verhaltenstendenzen in die therapeutische Beziehung ein, mit denen sie ihren Klienten in einer persönlich gefärbten (oft intuitiven und vorbewussten), zumindest zu wenig auch reflektierten Sicht entgegentreten.

Werden als Informationsquelle einer Beziehungsdiagnostik die intuitiven Erst-Eindrücke des Therapeuten seinem Klienten gegenüber verwertet, sollten daher die entscheidenden Fragen beantwortet werden können:

- Wie stehen Wahrnehmungen und Einstellungen des Therapeuten im Zusammenhang mit dem Verhalten und den kommunikativen Botschaften des Klienten?
- Sind die intuitiven Reaktionen des Therapeuten und seine Wahrnehmung des Klienten als Ausdruck von dessen Persönlichkeitsmerkmalen und/oder möglicherweise auch als Ausdruck seiner eigenen Persönlichkeitscharakteristika zu verstehen?

Mit dem KLIENTENPROFIL wollte ich erfassen, inwieweit ich als Therapeut meine introspektiven Fähigkeiten (intuitiv) nutze. Ich wollte festhalten, wie ich auf das Beziehungsangebot meines Klienten reagiere.

In der Ausdruck-Eindrucksverschränkung zwischen Klient und Therapeut ist Ausdruck nicht gleich Eindruck, sondern wird im Prozess der Wahrnehmung seitens des Therapeuten zum Eindruck. In der Dateninterpretation des KLIENTENPROFILs bleibt also die Frage offen, in welchem Ausmaß die Wahrnehmungen des Therapeuten reale Kompetenzen und Eigenschaften des Klienten widerspiegeln und in welchem Ausmaß der Therapeut aufgrund eigener Anteile in seiner voreingenommenen Weise auf seinen Klienten reagiert und dadurch dessen Bild mit der Brille seiner eigenen Bedürfnisse und Erfahrungen färbt. Jedoch spricht alle praktische therapeutische Erfahrung dafür, dass die Therapeutenreaktionen auf den Klienten durchaus auch etwas über diesen aussagen und somit als zusätzliches diagnostisches Instrument zur besseren Einschätzung von Klientenvariablen genommen werden können, die für den Therapieprozess bedeutsam sind. Diese Vermutung ließ sich in meiner Arbeit nicht überprüfen, weil sie darauf nicht angelegt ist. Aber deutlich wurde, dass der Therapeut denjenigen Klienten, mit denen er mitschwingen kann und die er auch als sympatisch erlebt, auch eine bessere Therapieprognose zuspricht. Diese drei Reaktionen auf Seiten des Therapeuten hängen wiederum mit gewissen Merkmalen zusammen, die der Therapeut bereits in der ersten Sitzung an seinem Klienten wahrnimmt, z.B. deren Offenheit, Neugierde, Reflexionsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft und emotionaler Intelligenz. Was die Prognose anbetrifft, so sind auch verbale und intellektuelle Kompetenz beim Klienten von Vorteil, vor allem aber auch die emotionale Passung.

Interessant finde ich das Ergebnis, dass die Einschätzung des Schweregrads der Problematik durch den Therapeuten unabhängig davon erfolgte, in wieweit sich der Klient selbst einen hohen Leidensdruck bescheinigte. Dies lässt sich entweder darauf zurückführen, dass sich beide Konzepte nicht decken oder (auch), dass der Therapeut sich in der Einschätzung des Schweregrades der Problematik noch von anderen Wahrnehmungen beeinflussen lässt.

Ich habe auch einen Vergleich der vom Therapeuten eingeschätzten Schul- und Weiterbildung mit der vom Klienten angegebenen vorgenommen. Interessanterweise stehen beide Einschätzungen in keinem signifikanten Zusammenhang. Dies läßt vermuten, daß die tatsächliche

Schulbildung die Wahrnehmung des Therapeuten nicht beeinflusst, sondern daß er eigene Kriterien heranzieht, so möglicherweise die Items 13 – 19 des KLIENTENPROFILS.

Dagegen gelingt es dem Therapeuten, intuitiv die Berufsstellung des Klienten einzuschätzen, zumindest in groben Zügen. Interessant ist nun, daß die therapeutischerseits eingeschätzte berufliche Stellung zwar mit der Einschätzung der Therapeut-Klient-Passung in keinem Zusammenhang steht, jedoch die vermutete Schulbildung mit den meisten Variablen des Fragebogens. Dies macht deutlich, daß der Therapeut implizit einem als ‚therapie-geeignet‘ wirkenden Klienten auch eine höhere Bildung zuschreibt. Dies kann man durchaus auch als eine Vor-Einstellung betrachten. Was die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich verbalen und emotionalen Kompetenzen anbetrifft, so wurden diese auch mit dem KLIENTENPRFOFIL bestätigt. Das könnte bedeuten, dass der Therapeut mit Klientinnen eher leichter ‚ins Gespräch zu kommen‘ meint.

Therapievor Erfahrung seitens des Klienten, seine Öffnungsbereitschaft, sein Zuwendungsbedürfnis, seine Behandlungserwartungen spielen keine Rolle in den Einschätzungen des Therapeuten hinsichtlich der Therapeut-Klient-Passung. Lediglich zeigte sich, dass Akzeptanzprobleme mit einer erhöhten Kooperationsbereitschaft einhergehen, vielleicht, weil sich der Klient besonders bemüht, seine Akzeptanzängste zu überwinden. Klienten mit positiven Erfahrungen bezüglich Psychotherapie werden vom Therapeuten auch in einen positiven Zusammenhang mit einigen Variablen der Therapeut-Klient-Passung gebracht, insbesondere der nonverbalen Kommunikation.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte aus zeitökonomischen Gründen nicht der Zusammenhang der Variablen des KLIENTENPROFILS mit der Beantwortung des HILF untersucht werden. Aber es wäre sicherlich interessant, in größerem Rahmen Studien durchzuführen, die die impliziten Annahmen des Therapeuten hinsichtlich der Therapiefähigkeit seines Klienten im Zusammenhang mit Prozess- und *outcome* -Variablen auf breiterer statistischer und methodischer Basis untersuchen würden.

So könnte eine entsprechende Fragestellung z.B. lauten: erkennen die Klienten, die vom Therapeuten als sympathischer und prognostisch günstiger eingeschätzt werden, deutlich mehr verschiedene Merkmale hilfreicher therapeutischer Interventionen und/oder bewerten sie diese insgesamt als zutreffender?

Die folgende Darstellung *Bedingungsmodell für Therapeuten-Reaktionen auf Patienten* nach Armelius & Holmqvist, 2003), auf die ich in der Dissertation von Stucki (2005) gestossen bin, faßt noch einmal das oben Gesagte zusammen, wobei noch zwischen einem habituierten Reaktionsstil des Therapeuten und einem Reaktionsstil in einer spezifischen Patient-Therapeut-Konstellation unterschieden wird:

***Patient als Auslöser:***

derselbe Patient löst bei verschiedenen Therapeuten ähnliche Reaktionen aus. Die Reaktionen sagen damit mehr über den Patienten aus als über die Therapeuten

***Habituiertes Reaktionsstil des Therapeuten:***

unabhängig vom Patienten und seinem Verhalten reagiert ein Therapeut immer oder häufig ähnlich, z.B. freundlich oder ärgerlich. Die Reaktionen sagen damit mehr über den Therapeuten aus als über den Patienten.

***Spezifische Patient-Therapeut-Konstellation:***

nur ein Therapeut reagiert ganz spezifisch auf einen bestimmten Patienten. Die Reaktionen geben damit sowohl über den Therapeuten als auch den Patienten in dieser spezifischen Konstellation Auskunft.

Holmqvist und sein Co-Autor Armelius folgern aus ihren eigenen Untersuchungen, dass der Ausdrucks-Beitrag des Klienten wohl eher überschätzt, während der eigene Anteil des Therapeuten an seinen Reaktionen auf den Klienten unterschätzt wird. Besonders bemerkenswert an den Ergebnissen der beiden Autoren finde ich, dass gezeigt werden konnte, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und der Abhängigkeit von Therapeutenemotionen zum Patienten zu geben scheint. **Dies könnte mit den Autoren so interpretiert werden, dass der Therapeut, der seine eigenen Empfindungen als diagnostisches Mittel mehr nutzt als ein enges Therapiekonzept, damit das Therapieergebnis positiv beeinflussen kann.**

### Schlussfolgerungen

Ich habe dargestellt, dass interpersonalen Aspekten im Therapieprozess eine größere Bedeutung zukommen sollte, als bisher in Teilen der Psychotherapieforschung bzw. der klinischen Forschung geschehen.

Dies kann am besten in der Erforschung der *Beziehung* zwischen Klient und Therapeut und den ‚mitgebrachten‘ Einstellungen beiderseits geschehen, wie es z.B. in meiner Studie unter Einsatz des KLIENTENPROFILs, des ERST, des ABSCHLUSSFRAGEBOGENs, des BFKE und des FMP geschehen ist.

Die einige Seiten vorher gestellte Frage, ob Wahrnehmungen und Einstellungen des Therapeuten mit dem Verhalten und den kommunikativen Botschaften des Klienten in Zusammenhang stehen könnten, kann eindeutig mit ja beantwortet werden. Ich bin sicher, dass der intuitiven Erst-Eindruck des Therapeuten nicht nur ein Produkt eigener Persönlichkeitsmerkmale sind, sondern sich der vom Klienten unbewußt und ungesteuert gelieferten Informationsquellen bedienen, die beispielhaft in meinen w.o. bearbeiteten Fragestellungen unter die Lupe genommen worden sind. In diesen Fragestellungen konnte nur ein winziger Ausschnitt möglicher Fragen zu dieser Thematik untergebracht werden, wie es sich aus den zur Verfügung stehenden Fragenkatalogen und Inventaren ergab. Es war ja auch keinesfalls der Anspruch erhoben worden, die komplexen Einflüsse interpersonaler Verschränkungen zwischen Therapeuten und Klienten aufklären zu wollen. Vielmehr sollte diese Untersuchungsmethodik einen paradigmatischen Blick auf mögliche Zusammenhänge zwischen den parafokalen Angeboten des Klienten an den Therapeuten oder Berater und den durch sie ausgelösten Einstellungen des Therapeuten ermöglichen.

Es erscheint jedenfalls zur Beantwortung der Frage, was denn im Therapiegeschehen erfolgversprechend sei, sinnvoll, zwar einerseits die therapeutische Beziehungsgestaltung aus unterschiedlichen Aspekten der Klientenperspektive zu betrachten, andererseits aber auch die Anteile des Therapeuten am Prozess der gemeinsamen Interaktion mit einzubeziehen. Dies bedeutet, sich die ‚Brille‘ des Therapeuten einmal bewusst aufzusetzen und dessen Sichtweise im Forschungskontext zu überprüfen.

Einen wesentlichen Anteil an der Beziehungsgestaltung im Therapieprozess hat die ‚Passung‘ zwischen Therapeut und Klient, die sich (s.a. w.o. in meinem Text: Eckert et al., 2004) auf mehreren Ebenen untersuchen läßt:

1. der Passung zwischen Behandlungsmodell und Neurose des Klienten,
2. der Passung zwischen dem Therapeuten und der Neurose des Klienten,
3. der Passung zwischen dem Klienten und dem Interventionsmodell des Therapeuten und
4. der Passung zwischen den personalen Merkmalen zwischen Klient und Therapeut

In dieser Arbeit wurde auf die Ebenen drei und vier fokussiert. Der Veranschaulichung soll die nachfolgende Abbildung dienen:

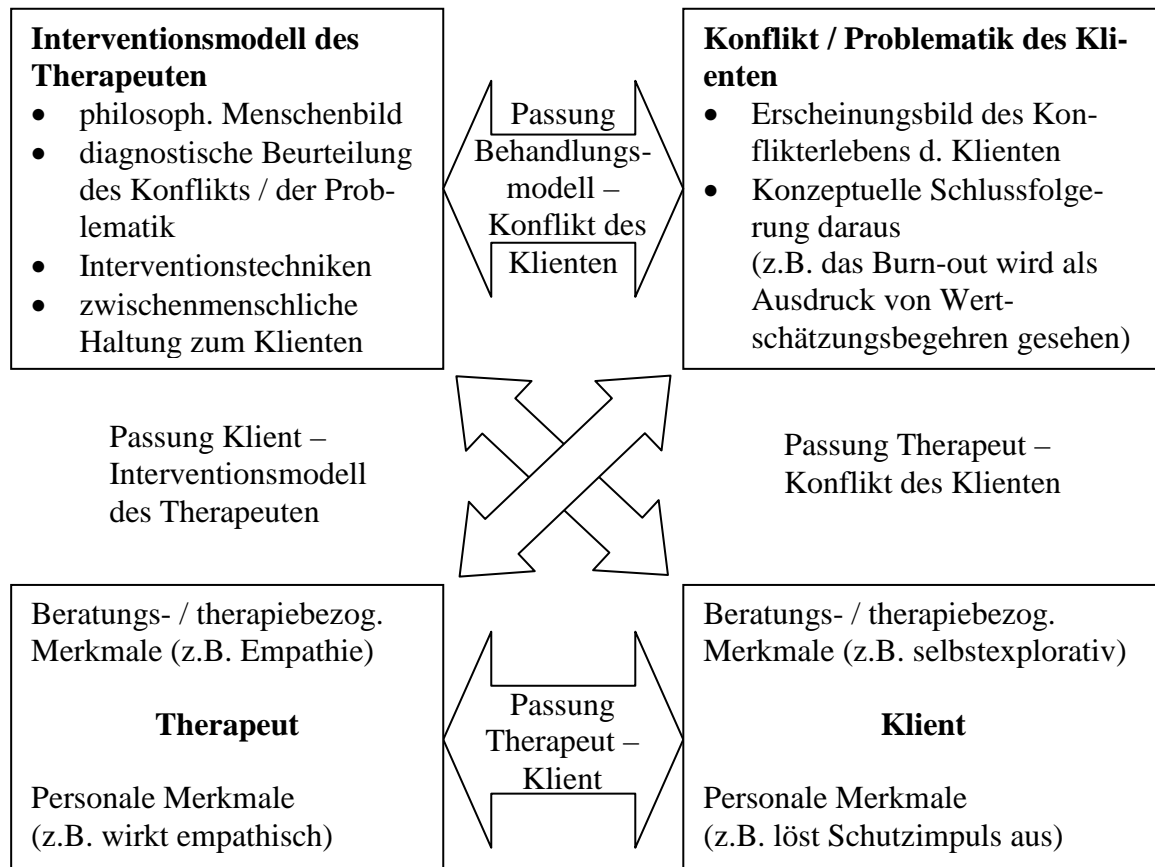


Abb. 20: Von mir modifizierte Darstellung nach einem Aufsatz von Kriz (2005, S. 16)

Zu differentiellen Aspekten der Therapiebeziehung (intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten) hat Stucki (2005) eine sehr schöne Arbeit geliefert. Hier finden sich interessante Anregungen für den sich in diese Thematik weiter vertiefen wollenden Forscher.

## 9. Diskussion des Forschungsansatzes und der Ergebnisse

„Psychotherapie ist die Kunst, Klienten so zu beeinflussen, daß sie am Ende meinen, immer schon dahin gewollt zu haben!“

(sage ich selbst-tröstend zu meinen Kollegen, wenn wir mal wieder feststellen müssen, an unsere Grenzen der Machbarkeit gekommen zu sein.)

Ausgangspunkt und Hauptschwerpunkt dieser Arbeit war die Fragestellung, **durch welche Modi von spezifischen Interventionen** der Therapeut in einer Beratungs- oder Therapiesitzung bei seinen Klienten aus deren Sicht eine hilfreiche Wirkung erzielt. Unter einem weiteren Forschungsaspekt dieser Arbeit wurde der **Prototyp eines Forschungsinventars** entwickelt, der im Rahmen zukünftiger Forschung die hier vorgestellte Methodik überprüfen, weiter ausdifferenzieren und validieren könnte.

Man müsste sich jedoch über die Gefahr des „Über-Einen-Kamm-Scherens“ im Klaren sein, d.h., in einer Tendenz zur Mitte würde sowohl ungewöhnliche, allerdings seltene als auch spezifische angemessene und hilfreiche Therapeuteninterventionen ‚unter den Tisch fallen‘.

Ein zweiter Schwerpunkt dieser Studie wurde in der Untersuchung der **Selbsteinschätzung des Therapeuten** im Hinblick auf die Frage gesehen, mit welchen „unwissenschaftlichen“ Einstellungen der Therapeut sich zu seinem Klienten „in Beziehung“ setzt.

In diesem Zusammenhang wurden **unter verschiedenen Fragestellungen Zusammenhänge** untersucht:

zwischen Therapie-Vorerfahrungen, Einstellungen, Erwartungen, Öffnungsbereitschaft und Akzeptanzproblemen des Klienten und seinen Einschätzungen des Therapeutenverhaltens einerseits sowie mit dem Ersteindruck des Therapeuten andererseits.

Diese Studie wurde im Sinne der Therapie**prozessforschung** konzipiert. Es handelt sich also nicht um einen Beitrag zur Wirkungs- bzw. Erfolgsmessung, wenngleich auf der Hand liegt, dass „optimierte“ Therapeuteninterventionen als den Therapieerfolg beeinflussende Wirkvariablen zu verstehen sein mögen. Die Prozessforschung untersucht lediglich die Frage, welche Prozesse in der Therapie ablaufen, z.B. in einzelnen Sitzungen. Dabei ist sie natürlich an diejenigen Prozessvariablen interessiert, die in einer nachfolgenden Prozess-Ergebnisforschung einen Zusammenhang mit Therapieerfolgskriterien erkennen lassen würden.

Dass der jeweilige Fokus meiner Studie auf verschiedene Aspekte der Therapeut-Klient-Interaktion gelenkt wurde, bedeutet nicht, dass die Taschenlampe des Forschers wahllos auf unterschiedliche Fragestellungen gerichtet wurde. Ich habe meinen Untersuchungen ein theoretisches Modell von den Zusammenhängen von Klienten- und Therapeuten-Prozessvariablen zugrunde gelegt. Mir erschien das ‚*Generic Model of Psychotherapy*‘ von Orlinsky (1988) und seinen Mitarbeitern als Ausgangspunkt für ein von mir modifiziertes Prozessmodell geeignet.

Eine sinnvolle Weiterentwicklung der Methodologie in der Psychotherapieforschung gründet auf der wechselwirkenden Befruchtung von Forschungsergebnissen und Praxis. Aus den Erfahrungen der Praxis ergeben sich Vermutungen über die Wirkungsweise therapeutischer Interventionen. Diese Vermutungen werden zu Fragestellungen der Forschung formuliert. Die Trennung von Forschung und Praxis sollte der Vergangenheit angehören.

Ein **guter Therapeut** zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass er sich darüber im Klaren ist, wann und für wen er ein *guter* Therapeut ist/sein kann und wann/für wen nicht. Er kann nicht für alle Klienten ein *guter* Therapeut sein. Wie in Kap. 8 beschrieben, hängt dies vor allem auch von seiner impliziten Wahrnehmung der Passung zwischen ihm und seinem Klienten ab, die eine gute Arbeitsbeziehung mehr oder weniger wahrscheinlich macht. Das Gelingen oder das Nichtgelingen einer guten Passung dem Therapeuten zuzuschreiben, wäre ungerecht; der Therapeut ist in seinen Möglichkeiten zur An-Passung an seinen Klienten begrenzt – er kann sich seinen frühen Prägungen, seinem eigenen kulturellen Milieu und vor allem seinen Bedürfnissen wohl kaum entziehen.

Auch wenn in dieser Untersuchung modale Therapeuteninterventionen herauskristallisiert wurden, die von den Klienten als hilfreich aufgeschrieben wurden, so können diese Ergebnisse doch nicht den Anspruch erheben, dass man Therapeuten sagen könnte, wie sie einzelne Klienten zu behandeln hätten. Ich denke, dass, wenn gute Therapeuten nach Therapiemanualen arbeiten müssten, sie einfach schlechtere Arbeit leisten würden. Es kommt demnach in Psychotherapien auf weit mehr an, als auf die Verabreichung einer geeigneten Methodik der Verhaltensänderung; das jedenfalls dürfte diese Studie bestätigt haben. Mit Recht ließe sich in der Kritik an dieser Arbeit einwenden, dass die hier gefundenen Ergebnisse lediglich die Interventionsmodi eines einzigen Therapeuten wiedergeben. Wenn dies auch voll und ganz richtig ist, so spiegeln sie doch einen Teil der therapeutischen Interventionsmöglichkeiten wieder, die Klienten (in dieser Studie über 60 Vpn in über 200 Beratungs- und Therapiesitzungen) aus ihrer Sicht als für ihren Therapieprozess förderlich erlebten. Ich gehe davon aus, dass ein Teil der Leser dieser Ergebnisse sich in seinen eigenen Vorgehensweisen bestätigt fühlt und ein anderer Teil möglicherweise sich an diesen Befunden zukünftig mehr orientieren möchte. Der professionelle Therapeut weiß, dass er sich mit seiner eigenen Persönlichkeit in seinem Vorgehen, seinen Interventionen, artikuliert und damit die Wirkung seiner Strategien und Methodiken spezifischer Interventionen amplifiziert. Er erkennt, dass er seinem Klienten nicht nur Akzeptanz, emotionale Wärme, Kongruenz, Empathie schuldig ist, sondern dass er sie zu neuen Sichtweisen und Erprobung neuer Erfahrungen ‚herausfordern‘ muss. Und er wird vielleicht noch mehr als früher drauf achten, in welcher Weise ihm seine Klienten vermitteln, dass sie diese oder jene Intervention als hilfreich erleben. Der Therapeut gibt Erlaubnis, er lädt ein, er fordert auf, er mahnt seinen Klienten, er übernimmt die Aufgabe der Nacherziehung, insbesondere aber steht er ihm beschützend, deutend und wegweisend zur Seite. Er sorgt dafür, oft mit Geduld, dass seine Klienten ihre eigenen Erfahrungen machen können, wobei er sie einführend begleitet.

*„Die spezifische Leistung des Professionellen besteht im individualisierenden Zuschnitt seiner Kompetenzen; es geht nicht nur um 'Wissen', sondern auch um 'Können'. [...] die besonderen Probleme unserer Profession werden mit Akzentuierung 'gekonnter' Interaktion auf neue Weise beschreibbar. Intimisierung und Individualisierung professioneller Leistung erzwingen einen diffusen und zugleich spezifischen Stil in der Interaktion. Die Balance zwischen der spezifischen, rollengebundenen professionellen Interaktion und der Notwendigkeit zu diffuser Intimisierung und Individualisierung kann als zentrales Moment professionellen Könnens angesehen werden. [...] die langsame Umwandlung in ein lösbares Problem geht mit der Verwandlung des Problembesitzers in einen Proble-*



*makzeptierer einher und in diesem personalen Moment besteht das Intimisierte professioneller Interaktion. Es ist deshalb verkürzt und einseitig, Psychotherapie nur als 'Problemlösung' zu beschreiben; professionelles Handeln und Behandeln ist weit mehr, nämlich 'Umwandlung' [...] hier kann man sehen, welche Probleme es einer Psychotherapieforschung bereitet, wenn sie auf einer Metapher basiert, die sie selbst nicht reflektieren kann: die Metapher, dass Psychotherapie 'Problemlösung' sei.“ (Buchholz, 2003, S. 89-90)*

Das Leitziel meiner Studie galt der Beantwortung der beiden Fragen:

- 1.) welche Merkmale von Therapeuteninterventionen werden aus Klientensicht (im Sinne eines Therapiegewinns) für hilfreich gehalten und
- 2.) korrelieren postulierte Merkmale von Klienteneinstellungen und Klientenverhalten mit der Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten?

Diese beiden Fragen weisen auf zwei der vielen Lücken im Verständnis des komplexen Therapieprozesses und seinen Wirkfaktoren hin: bisher liegt nach meinen Kenntnissen keine Studie vor, in der die Klienten selbst das Material generieren, aus welchem sich Wirkfaktoren von Therapeuteninterventionen erschließen lassen und in der der Therapeut introspektiv Auskunft über seine eigenen Ersteindrücke zu den von ihm behandelten Klienten gibt. Zur konkreten Operationalisierung des Forschungsdesigns wurden deshalb verschiedene Erhebungsinstrumente konstruiert; mit deren Hilfe sollten sowohl à priori postulierte relevante Wirkelemente therapeutischen Interagierens gemessen werden, als auch aus einem freien Datenmaterial heraus, in einem induktiven Prozess, ab ovo ein Beschreibungs- und Begriffssystem entwickelt werden.

Die Schlussbetrachtung ist in 4 Teile aufgeteilt: als erstes (1) soll der ursprüngliche Ausgangspunkt meiner Studie zusammenfassend dargestellt werden, danach (2) die Einbettung dieser Untersuchung in die bisherige Wirksamkeits- und Prozessforschung, ihr theoretischer Rahmen, dann (3) folgt eine kritische Würdigung der entwickelten Datenerhebungsinstrumente und ihrer Ergebnisse, schließlich (4) die Abwägung des möglichen Nutzens dieser Arbeit für Forschung und Praxis der Psychotherapie.

## **9.1 Ausgangspunkt der Studie**

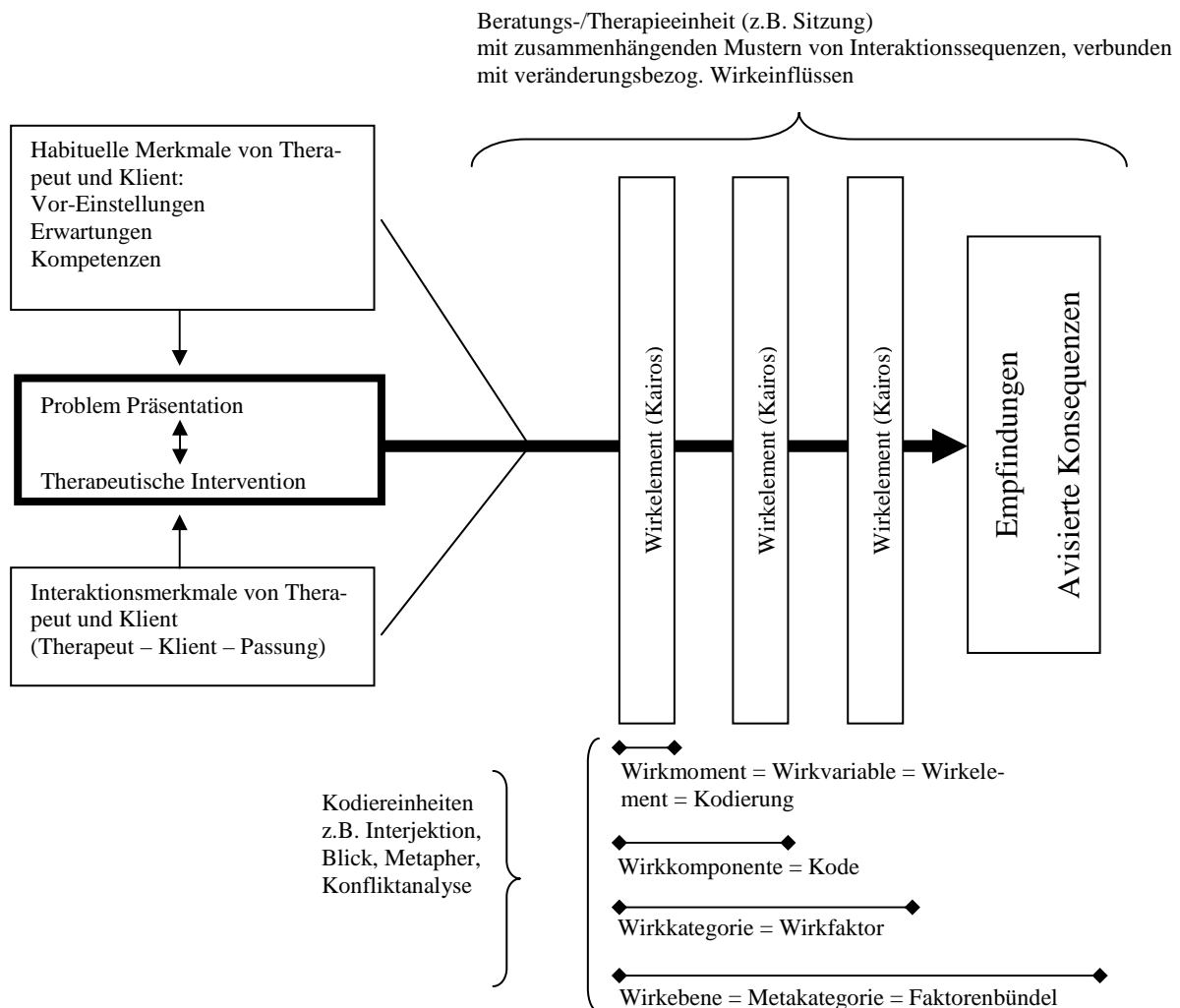
Nicht zuletzt aus eigener Beobachtung heraus entstand der Eindruck, dass es in einer Therapiesitzung immer wieder Momente gibt, in denen der Therapeut durch seine Intervention deutlich spürbar im Klienten etwas anstößt, was ich in vorwissenschaftlicher Diktion als 'den Punkt treffend' bezeichnet habe. Man könnte auch sagen, dass in einem solchen Moment ein Ordnungswandel in der Selbstorganisation des Klienten eingeleitet worden war, wie Schiepek (1999b) das in seiner Arbeit ausführlich beschrieben und methodisch erhellt hat.

Für mich ergab sich daraus die Frage, ob solche wirkungsvollen Momente im Therapieprozess rein zufälliger Natur oder ob sie auf allgemeine Wirkprinzipien therapeutischer Interaktion zurückzuführen sind. Ich entschied mich dafür, den Fokus meiner Aufmerksamkeit vor allem auf die Interventionen des Therapeuten zu legen, und zwar auf diejenigen Interventionen, die von dem Adressaten, nämlich dem Klienten, als hilfreich für seinen Therapieprozess erkannt werden. Vielleicht wären es die *Kairoi*, die derart hilfreichen Therapeuteninterventionen beim Klienten den Durchbruch verschaffen würden. Jedenfalls entstand die Vorstellung, dass die Klienten selbst als Quelle der Informationen herangezogen werden sollten. Sie soll-

ten mit eigenen Worten beschreiben, welche Arten von Interventionen sie bei ihrem Therapeuten als hilfreich erlebt, und in welcher Weise; auch sollten sie ihre damit verbundenen Empfindungen und die möglichen Konsequenzen aus diesen Interventionen beschreiben.

Darüber hinaus interessierte mich, mit welchen Erst-Eindrücken der Therapeut selbst sich zu seinem Klienten in Beziehung setzt. Auch diese Information sollte unmittelbar vom Therapeuten stammen.

Ich möchte die Verknüpfung meiner beiden Forschungsaspekte gerne an folgendem Schaubild verdeutlichen:



**Abb. 21: Sequenzierung des therapeutischen Wirkprozesses**

Die Studie wurde als praxisrelevante, naturalistische und praxeologische Untersuchung mit explorativem Charakter aufgebaut. Diese Konstruktion hat den Vorteil, dass sie unmittelbarer an der Therapeut-Klient-Interaktion ‚dran ist‘ als kontrollierte Therapieerfolg-Validierungsstudien, und noch relativ unverfälschtes Material aus dem Therapieprozess herausschält und damit ein induktives, Hypothesen generierendes Vorgehen ermöglicht. Der große Aufwand in dieser Studie, zumindest im Rahmen einer Dissertation, ließ es nicht angeraten sein, die Datenerhebung an einer größeren Anzahl von Therapeuten durchzuführen.

Zwar wäre es im Sinne einer Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse wünschenswert gewesen, die Untersuchung auf eine breitere Basis zu stellen, aber dies können zukünftige Studien übernehmen.

Aus diesem Grunde wurde das Risiko einer Art ‚Personalunion‘ von Untersucher, Therapeut und Auswerter eingegangen, Risiko insofern, als von Vertretern einer Validierungsforschung den hier vorgestellten Ergebnissen lediglich Zufälligkeit oder Beliebigkeit zugesprochen werden könnte. Ich hoffe aber, mit dem Aufbau dieser Arbeit und der Interpretation meiner Ergebnisse deutlich gemacht zu haben, dass mein Vorgehen im Sinne einer Pilotstudie durchaus aus Ergebnissen liefert, deren weitere wissenschaftliche Vertiefung sich lohnen würde.

Der bedeutsamste Aspekt dieser Untersuchung ist für mich, dass sich der zentrale Fokus dieser Untersuchung (die Therapeuten-Wirkfaktoren) auf den Klienten und seine Wahrnehmung der Interventionen richtet und damit auf den entscheidenden Gegenstand der Psychotherapieforschung; denn es ist an erster Stelle der Klient (daneben allerdings auch Gutachter, Richter und die Umwelt!), der letztlich über Wirksamkeit und Nichtwirksamkeit therapeutischer Bemühungen entscheidet. Genau deshalb möchte die Forschung wissen, wie der Klient die Arbeit seines Therapeuten ‚verarbeitet‘.

## **9.2 Einbettung dieser Untersuchung in die bisherige Wirksamkeits- und Prozessforschung und ihr theoretischer Rahmen.**

In diesem Teil meiner Arbeit wurde der Versuch unternommen, eine möglichst komprimierte Darstellung einiger wesentlicher Aspekte von Forschungsbefunden zu Therapiewirksamkeits- und Prozessforschung und Wirkfaktoren zu liefern. Dies war naturgemäß ein schwieriges Unterfangen, da sich im Laufe der letzten Jahrzehnte Psychotherapieforschung immer weiter aufgefächert hat und viele Hunderte von Arbeiten zu diesem Thema erschienen sind.

Es wurden zunächst die Unterschiede zwischen Wirksamkeitsforschung und Prozessforschung dargestellt; es wurde deutlich gemacht, dass Wirksamkeits- und Prozessforschung nicht voneinander zu trennen sind. Die Wirksamkeitsforschung korreliert die operationalisierten Parameter einer Methodik bzw. Methode mit Therapieerfolgskriterien. Die Prozess-Ergebnisforschung versucht, überdauernde Wirkfaktoren aus den beobachteten Daten zu extrahieren und mit Therapieerfolgskriterien zu korrelieren. Meine Studie fällt in den Bereich der Prozessforschung; diese untersucht den Therapieprozess sowohl im gesamten Verlauf der Therapie als auch in segmentierten Teilen auf Veränderungen im Verhalten der Beteiligten.

Im historischen Exkurs wurden verschiedene Phasen der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung dargestellt: in der ersten Phase (sensu Eysenck, 1952) ging es um die Frage, ob Psychotherapie überhaupt hilft? Diese die Fachwelt sehr beunruhigende Frage nach der Legitimation ihres Tuns löste einen mächtigen Schub von zahlreichen Forschungsarbeiten aus, mit dem einzigen Ziel der Legitimation, insbesondere der von spezifischen Therapiemethoden der einzelnen Therapieschulen. Spätestens die Vergleichsstudien und Synopsen von Grawe et al. (1994) und Orlinsky et al. (2004) und einigen anderen konnten die Therapeuten und die Therapeuten-Forscher beruhigen: Ja, Psychotherapie wirkt! Aber: gleichzeitig wurde immer klarer: weniger sind es die spezifischen Interventionen von spezifisch geschulten Therapeuten (als Vertreter ihrer Therapieschulen), die dem Klienten zu seinem Glück verhelfen, und deren Therapieschulen, sondern eher die gemeinsamen und allgemeinen Wirkfaktoren des therapeutischen Geschehens, nach denen zu forschen sich weiterhin lohnt.

In diesem Zusammenhang wurde auch der Wandel im Forschungsinteresse von Effizienzstudien hin zu Effektivitätsstudien erörtert. Erstere dienen vor allem dem Interesse von Therapie-

schulen zum Nachweis ihrer (überlegenen) spezifischen Wirksamkeit, wohingegen letztere es ermöglichen, die tatsächlichen Ausführungsbedingungen einer Psychotherapie angemessen wiederzugeben und deren inhärente Wirksamkeitsfaktoren zu überprüfen. Letztere Art von Studien wird im Allgemeinen als naturalistische, praxisnahe Studie mit für gewöhnlich nicht vor-ausgewählten Klienten angelegt, wie es auch für diese Studie zutrifft.

Des Weiteren wurde der Versuch unternommen, den Begriff ‚Wirkfaktor‘ zu definieren und damit gegenüber einem sehr vielschichtigen, unterschiedlichen Gebrauch in der Literatur abzugrenzen. Als Wirkfaktoren verstehe ich die auf einer Mikroebene beobachtbaren zusammenhängenden Wirkelemente im psychotherapeutischen Geschehen, also Therapeuten-Verhaltenselemente, aus welchen die Interventionen zusammengesetzt sind. Drei Ebenen von Wirkfaktoren wurden aufgezeigt: Spezifische, unspezifische und universale Wirkfaktoren. Während mit den spezifischen Wirkfaktoren solche gemeint sind, die in Schulen-, Therapeuten- und situationsspezifischen Interventionen beobachtet werden können, handelt es sich bei den universalen Wirkfaktoren um solche, die sich aus den Persönlichkeiten der beteiligten Akteure ableiten; diesen entsprechen auf Therapeutenseite die Therapeuten-Grundhaltungen nach Rogers. Unspezifische Wirkfaktoren lassen sich prinzipiell bei allen Therapeuten (schulenunabhängig) finden; sie unterscheiden sich insofern von den universalen Wirkfaktoren, als sie im Zusammenhang mit der Professionalisierung des therapeutischen Berufes erworben werden können. Es handelt sich dabei um Wirkfaktoren, die in der Therapiesituation nachweislich etwas bewirken, aber von den einzelnen Therapieschulen nicht explizit als eine gezielt zu gestaltende Intervention beschrieben werden.

Eine saubere Trennung zwischen spezifischen oder unspezifischen Wirkfaktoren erscheint jedoch schwierig, weil hier das jeweilig zu Grunde liegende Therapieverständnis bzw. die dahinter stehende Theorie mit hinein spielt.

Wampold kam 2001 zu dem die Fachwelt aufwühlenden Ergebnis, dass circa 70 % der Varianz erfolgreicher Therapien durch unspezifische Effekte bestimmt werde (Wampold, 2001). Der Streit um spezifische und unspezifische Wirkfaktoren ist jedoch bis jetzt noch nicht entschieden, auch nicht durch die Forschungsergebnisse bei der Suche nach Wirkfaktoren in der Gruppe um Grawe. *Therapeutische Beziehung, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung, therapeutische Klärung oder motivationale Klärung* fanden sich in den Übersichtsarbeiten seiner Arbeitsgruppe als die aus einer umfassenden Synopsis herauskristallisierten entscheidenden therapeutischen Wirkprinzipien.

Die Prozess-Ergebnis-Forschung untersucht inzwischen seit zwei Jahrzehnten, was in der Psychotherapie selbst geschieht und inwieweit sich dieses Geschehen im Therapieergebnis, also der Wirksamkeit von Therapie, widerspiegelt. Sie wird vermutlich à la longue diejenigen Wirkfaktoren isolieren, die mit dem gewünschten Therapieergebnis korrelieren.

Ein weiterer, im Rahmen dieses Kapitels dargestellter Aspekt von Psychotherapieforschung ist der Unterschied zwischen der theoriegeleiteten experimentellen und der explorativen oder auch ‚pragmatischen‘ Forschungsstrategie. Mit der ersten Methode werden die aus einer Theorie ableitbaren Hypothesen empirisch getestet, mit der anderen Methode soll mit einem explorativen, deskriptiven (bzw. inhaltsanalytischen) Forschungsansatz der Therapieprozess phänomenologisch erfasst werden. Beiden Methoden ist gemeinsam, dass sie auf theoretischen Grundannahmen und deren Operationalisierung aufbauen. Diesem Aspekt begegne ich in meiner Arbeit methodisch auf zwei Ebenen: die vom Klienten herauskristallisierten ‚realen‘ Therapeuteninterventionen wurden auf der explorativen, semantisch-inhaltlichen Ebene qualitativ ausgewertet und die vorgegebenen und skalierten potentiellen Interventionen auf der theoriegeleiteten, experimentellen Ebene mittels statistischer Verfahren.

Unter der differenziellen Betrachtungsweise (mittels derer viele Prozessstudien sinnvoll abgegrenzt werden können) von Prozessforschung geht es um die Fragen der direkten oder indirekten Betrachtung des Therapieprozesses, der Perspektive, dem Focus, dem Prozess als solchen (Frage nach Inhalt, Handlung, Stil, Qualität). In meiner Arbeit wurde die indirekte Beo-

bachtung (per Fragebogen) gewählt, perspektivisch wurde aus der Sicht des Klienten und des Therapeuten evaluiert, im Fokus steht der Therapeut, und der Prozess wurde mehrdimensional analysiert.

Im weiteren wurde anhand von bisherigen Forschungsergebnissen belegt, dass mit wachsender therapeutischer Erfahrung Therapeuten sich in der Anwendung ihrer therapeutischen Interventionen wesentlich weniger deutlich unterscheiden, als aufgrund ihrer unterschiedlichen Schulenausbildung zu erwarten gewesen wäre.

Vorgestellt wurde das „Allgemeine Psychotherapiemodell“ von Orlinsky und Howard (1994). Dieses Modell wurde dem von Grawe vorgezogen, weil es einen Bezugsrahmen schafft, in dem die den unterschiedlichen Therapiekonzepten gemeinsamen Elemente wirksamer Veränderungsprozesse beim Klienten schulenunabhängig benannt werden können. Bei diesem Modell handelt es sich um ein Gebäude aus miteinander verbundenen Ebenen, mit denen unterschiedliche Aspekte der am Therapieprozess beteiligten Einflussgrößen beschrieben und spezifiziert werden können. Dieses in der Prozessforschung mit am häufigsten zitierte Modell wurde von Grawe als das erste empirisch fundierte allgemeine Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie bezeichnet. Zwar wird kritisiert, dass die Grundannahmen an eine fragmentierende, mechanistische Vorstellung gebunden seien, aber meiner Meinung nach ermöglicht es, diejenigen Prozessvariablen aufzuzeigen, die in einen vermutlichen Zusammenhang zum Therapieerfolg gestellt werden können; außerdem ermöglicht es, mittels Rekursionsschleifen zwischen verschiedenen (Ordnungs-)Ebenen Zusammenhänge zu erschließen. Orlinsky und seine Mitarbeiter unterteilen das Forschungsfeld ‚Psychotherapieprozesses‘ in drei große Bereiche von empirischen Variablen: die Determinanten (als vorgegebene Bedingungen und Einflussgrößen aus der Umwelt von Klient und Therapeut), die Konstituenten (alles, was sich während des Therapieprozesses bzw. im System beobachten lässt) und die Konsequenzen (die sich für den Klienten den Therapeuten und deren Umwelt ergeben). In meiner Studie beleuchte ich den Bereich der Konstituenten.

Schließlich wurden auch die Merkmale der Interaktion zwischen Therapeut und Klient untersucht. Da ein großer Teil dessen, was sich im interaktiven Geschehen zwischen Therapeut und Klient abspielt, verborgen im Sinne einer *blackbox* bleibt, lässt es sich lediglich sekundär aus Beobachtungen und Befragungen der Beteiligten erschließen. Der Begriff ‚*Interaktion*‘ hat die Bedeutung eines absichtsvollen Handelns zwischen Therapeut und Klient. Wenn nun die ‚*Variable Therapeut*‘ (TherapeutenIntervention) untersucht wird, so handelt es sich natürlich um einen künstlichen Eingriff aus forschungstechnischen Gründen, da die ‚*Variable Klient*‘ außen vor gelassen wird.

Bisherige Forschungen zu diesem Teilkomplex psychotherapeutischer Interaktion wurden hinsichtlich der Passung zwischen Klient und Behandlung, der verbalen Aktivität der Therapeuten, dem Problemverständnis und den Interventionen der Therapeuten, des Ausprägungsgrades von Direktivität, der Kooperation des Klienten, der therapeutischen Beziehung und den therapeutischen Interventionen durchgeführt. Die meisten Untersuchungen allerdings basieren auf Fremdbeobachtungen, keine befragt (nach meinen Erkenntnissen) gezielt Therapie Klienten nach ihrem freien Eindruck zu den Therapeuten Interventionen.

Die bisherigen Ausführungen lassen als Konsequenz den Einsatz einer Forschungsstrategie sinnvoll erscheinen, die auf die fokussierte Erfassung einzelner prozessbeteiligter Variablen hinsichtlich ihrer Kontextabhängigkeit und Dynamik abzielt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass therapeutische Interventionen Verhaltensmuster des Therapeuten sind, die streng genommen nicht aus dem Kontext anderer Verhaltensmuster, Kognitionen und Affekte des Therapeuten wie des Klienten herausgenommen werden können. Deswegen können sehr ähnliche Interventionsstrategien deutlich unterschiedliche Wirkungen erzeugen und sehr unterschiedlicher Interventionsstrategien sehr ähnliche Wirkungen.

Diese Studie wurde aus der Praxeologie heraus entwickelt: die in bei mir in ‚Behandlung‘ befindlichen Klienten suchten hilfreiche Anleitung und Unterstützung/Bestätigung in der Bewältigung der von ihnen mitgebrachten Konflikte/Probleme. Mit dem mit zur Verfügung stehenden Repertoire erprobter Maßnahmen (Interventionen) sollten diese geklärt werden. Mithilfe der in das Modell von Orlinsky & Howard (1984, 1997) eingebetteten theoretischen Implikationen sollte dann nachgewiesen werden, auf welche Weise die Praxeologie zur Problemlösung beiträgt. Hier endet der Forschungsrahmen dieser Untersuchung. In weiterführenden Studien ließe sich dann im Rahmen von Evaluationen zeigen, ob sich aus der Theorie tatsächlich die Klärung der Probleme vorhersagen liesse, wie es die Praxeologie beschreibt.

Zwei aus dem Modell von Orlinsky & Howard ableitbare Hypothesen wurden einer Überprüfung unterzogen. Zum einen wurde das postulierte Prozessmerkmal ‚hilfreiche Therapeutenintervention‘ zum Prozessmerkmal ‚Selbstbezogenheit des Klienten‘ in Beziehung gesetzt; in der Operationalisierung dieser Hypothese wurden die Klienten gefragt, welche Art von Therapeuteninterventionen sie als hilfreich erinnerten. Damit konnte das untersuchte Prozessmerkmal evaluiert werden. Zum anderen wurde in einem eigenen Untersuchungsteil das evaluierte Prozessmerkmal ‚Ersteindruck des Therapeuten hinsichtlich der ‚Therapeut-Klient-Passung‘ mit multimethodal erfassten Kriterien in Beziehung gesetzt, d.h. mit Voreinstellungen des Klienten hinsichtlich seiner Therapieerwartungen. Zur Umsetzung meines Forschungsansatzes wurden entsprechende Erfassungsinstrumente konstruiert, mit denen psychotherapeutische Interaktionen aus Klientensicht und Einstellungen des Therapeuten gegenüber seinem Klienten beschrieben werden können.

Der Schwerpunkt dieser Studie beschäftigte sich damit, als relevant postulierte Merkmale im Prozess der psychotherapeutischen Interaktion zwischen Therapeut und Klient zu erfassen. Unterschiedliche, aber zusammenhängender Prozessvariablen wurden unter die Lupe genommen; diese Variablen wurden operationalisiert und mittels adäquater Auswertungsmethodiken so in einem kategorialen System von Wirkzusammenhängen verankert, dass sie replizierbar und gegebenenfalls in nachfolgenden Untersuchungen auch validierbar sind.

Angelegt wurde die Studie als experimentelle und retrospektive Feld-Studie. Aus verschiedenen Gründen, insbesondere dem Grund der Ökonomie und Realisierbarkeit, ist in dieser Studie der Untersucher auch Forscher und gleichzeitig Forschungsgegenstand.

### **9.3 Kritische Würdigung der entwickelten Datenerhebungsinstrumente und ihre Ergebnisse**

Ich habe die Modellannahmen dieser Studie in Anlehnung an das Modell von Orlinsky aufgestellt. In diesen Annahmen wurden Merkmale des eigentlichen Therapieprozesses beleuchtet: Klienten-Einstellungen und Klientenerwartungen, Therapeuten-Einstellungen als hervorgehobene Aspekte der therapeutischen Beziehung sowie, als herausragendem Schwerpunkt, die Interventionen, sofern sie vom Klienten als hilfreich erlebt wurden. Zu Erfassung der genannten Merkmale habe ich verschiedene Fragenkataloge und einen Fragebogen entwickelt, die zu einem Teil lediglich einen ersten explorativen Charakter, jedoch in einem Falle, dem HILF, darüber hinaus einen Modellcharakter haben sollen.

Der zentrale Fragebogen, der HILF, diente der Klärung der Fragen, was Klienten als hilfreiche Therapeuteninterventionen erlebten und wie sie diese verarbeiten. Eine weitere Frage war zu klären, nämlich die, ob es zukünftig sinnvoll sein könnte, ein gebundenes Skalierungs-Inventar zur Einschätzung a priori vorgegebener potentieller hilfreicher Therapeuteninterventionen am Ende einer Therapiesitzung einzusetzen.

Dieser Fragebogen wurde so konstruiert, dass am Anfang offene Fragen gestellt wurden nach dem, was die Klienten als hilfreiche Therapeuteninterventionen nach Sitzungsende erinnern.

Im nachfolgenden Teil sollten vorgegebene Verhaltensweisen/Interventionen des Therapeuten hinsichtlich ihres Ausprägungsgrads in der vorangegangenen Therapiesitzung eingeschätzt werden. In diesem Frageninventar zur quantitativen Einschätzung hilfreichen Therapeutenverhaltens mittels vorgegebener Interventionsmerkmale wurde gefragt nach dem (a) Therapeutenverhalten selbst, den (b) emotionalen Reaktionen darauf und (c) den avisierten Konsequenzen, die aus den Interventionen gezogen werden könnten/sollten. *b* und *c* fangen die kleinen Fortschritte ein, die als Mikroergebnisse in den einzelnen Therapiesitzungen erreicht werden können, indem sie das konkrete Alltagserleben zwischen den Therapiesitzungen beeinflussen.

Die Auswertung des Fragebogens ergab auf der qualitativ-inhaltlichen Ebene eine Fülle von Merkmalen hilfreichen therapeutischen Intervenierens, aus denen sich nach einem Datenreduktions- und Komprimierungsmodell (*Grounded Theory* von Strauss & Corbin, 1996) auf induktive Weise zwei Metakategorien extrahieren ließen, welche einerseits den inhaltlich-technischen Interventionsmodus und andererseits den Interventionsstil des Therapeuten spiegeln. Zwei weitere Metakategorien konnten aus der Datenmenge herausgelöst werden: in der dritten Kernkategorie werden indirekt über die Empfindungen des Klienten weitere Aspekte hilfreichen Therapeuten-Intervenierens beschrieben und in der vierten Kernkategorie die Erkenntnisse und Konsequenzen widergespiegelt, welche der Klient aus den als hilfreich erlebten Therapeuteninterventionen zieht oder ziehen will.

Auf der quantitativen, statistischen Auswertungsebene wurden Faktoren hilfreicher Interventionen extrahiert, die in einer phänomenologischen Betrachtungsweise mit den vier Kernkategorien auf Ähnlichkeiten in den Ergebnissen hin verglichen wurden. Sehr bald zeigten sich deutliche Übereinstimmungen zwischen beiden Verfahrensweisen. Daraus lässt sich schließen, dass es sinnvoll sein könnte, nach dem Konstruktionsmodell des HILF unter Verwendung von qualitativ erhobenen (aus Klientensicht) hilfreichen Interventionen einen Fragebogen zu entwickeln, der z. B. Klienten nach Sitzungsende vorgelegt werden würde. Dieser Fragebogen könnte dazu beitragen, dem Therapeuten eine unmittelbare Rückmeldung darüber zu verschaffen, was Klienten an seinem Verhalten in der vergangenen Sitzung (bewusst) als hilfreich erlebten und wie sie diese Unterstützung für sich verarbeiten. Eine Weiterentwicklung eines solchen Fragebogens zu einem Forschungsinventar wurde w.o. bereits beschrieben. Dieses würde den Vergleich therapeutischer Interventionen aus unterschiedlichen methodischen Ansätzen heraus auf einer prozessualen Ebene ermöglichen.

Um den Ersteindruck des Therapeuten zu erfassen, wurde der Fragenkatalog KLIENTENPROFIL entworfen. Dieser Fragenkatalog ist nicht nach klassischen Testkonstruktions-Kriterien erstellt worden; es wurden lediglich eine Anzahl von Items nach inhaltlichen Gesichtspunkten bzw. nach augenscheinlicher Relevanz formuliert, die vom Therapeuten zu skalieren waren. Dieser Fragenkatalog diente - und dies war mir sehr wichtig - der Erhebung von Wechselwirkungen zwischen der Wahrnehmung und Einschätzung des Klienten durch den Therapeuten und Vor-Einstellungen des Klienten. Die Ergebnisse bestätigten, dass interpersonalen Aspekten im Therapieprozess durchaus eine - bisher in der Forschung eher wenig untersuchte und in der Vergangenheit zeitweilig unterschätzte - Bedeutung zukommt. Wenn auch viele der Fragestellungen nach Zusammenhängen mit Variablen auf Klientenseite keine signifikanten Ergebnisse zeitigten, so spiegelt doch der Erst-Eindruck des Therapeuten ein interessantes und bemerkenswertes implizites Verständnis von einer Klient-Therapeut-Passung im Sinne eines - wie ich es salopp formuliert habe - ‚therapieoptimalen‘ Klienten erkennen.

Fragen dieser Art, wie ich sie in KLIENTENPROFIL aufgestellt habe, könnten in zukünftiger Forschung dazu dienen, die therapeutische Beziehungsgestaltung aus der unmittelbaren Sicht

des Therapeuten in der Evaluation des Prozessgeschehens noch deutlicher herauszuarbeiten, als bisher nach meiner Kenntnis geschehen.

Items weiterer Kurzfragenkataloge, des ERST und des ABSCHLUSSFRAGEBOGENs, sowie der bereits gebräuchlichen Frageninventare BFKE (zur Erfassung von Akzeptanzproblemen, Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis) und FMP (zur Erfassung von Therapiemotivation), ermöglichten bestimmte ausgewählte Zusammenhänge zwischen Klienten-Einstellungen, -Motivationen und -Erwartungen, Akzeptanzproblemen, Zuwendungsbedürfnissen, Leidensdruck, Erfolgserwartungen und Therapie-Vorerfahrungen mit dem Erst-Eindruck des Therapeuten im KLIENTENPROFIL zu überprüfen. Die meisten der Korrelationen waren zu niedrig, als dass sie mit statistischer Signifikanz als gesichert gelten konnten, sodass die Hypothesen nicht beibehalten werden konnten. Jedoch ergaben sich durch eine Reihe signifikanter Korrelationen mehrere konkrete Belege für Interdependenzen in der Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung.

Ich fasse an dieser Stelle zur Übersicht und weiterem Verständnis des Gesamtzusammenhangs das Untersuchungsmodell in dem nachfolgenden Schaubild (Abb.22) zusammen.



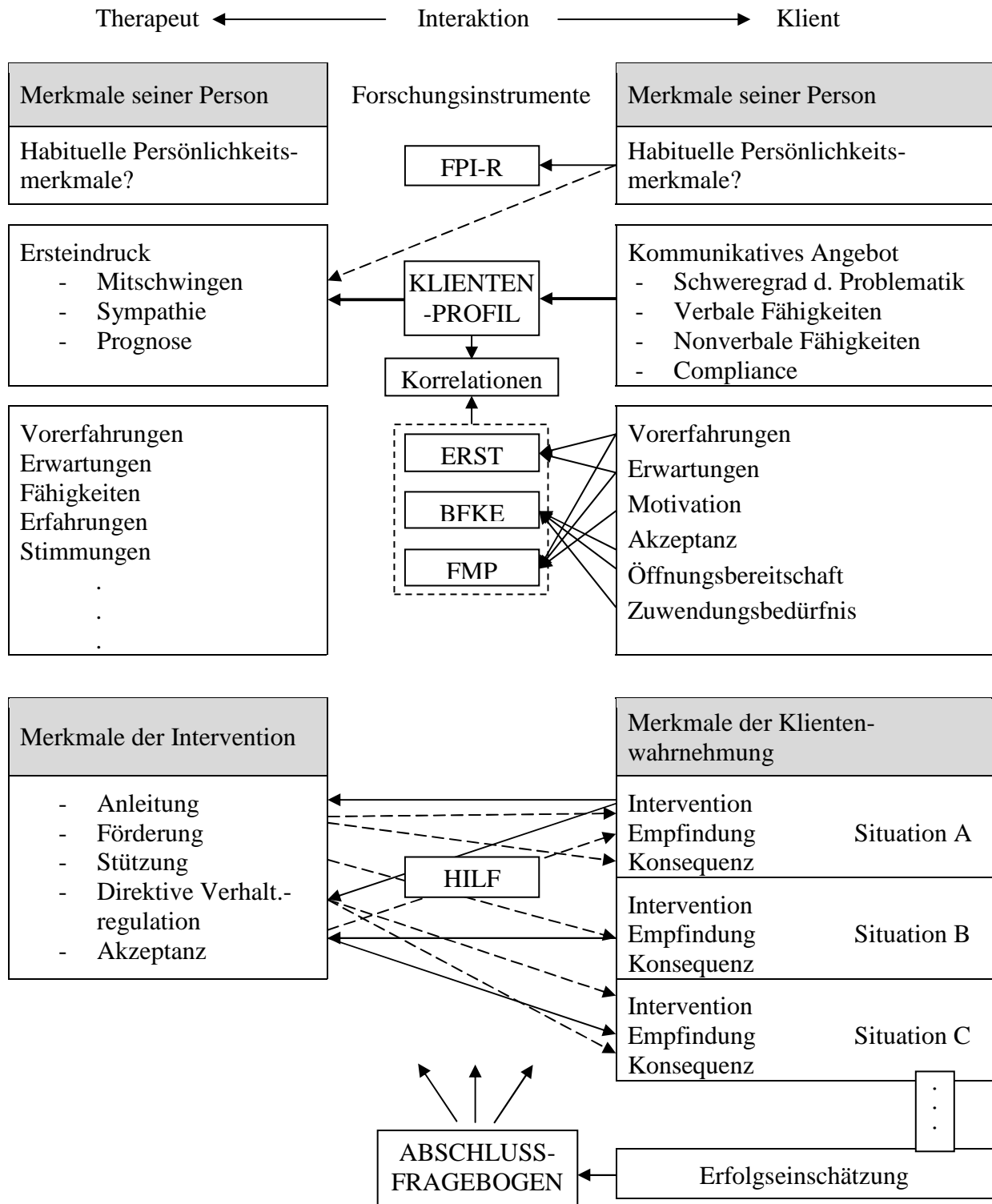


Abb.22: Einsatz der Datenerhebungsinstrumente und ihre Zuordnung zum Untersuchungsmodell

## 9.4 die Abwägung des möglichen Nutzens dieser Arbeit für Forschung und Praxis der Psychotherapie

Die vorliegende Arbeit hatte in erster Linie zum Ziel, ein heuristisches Begriffssystem zu entwickeln, mit dem als wirksam (im Sinne von hilfreich) empfundene therapeutische Interventionen beschrieben werden können. Dabei wurde stillschweigend, aber ganz entscheidend für die daraus zu ziehenden Implikationen, vorausgesetzt, dass hilfreiche Interventionen als *wirksame* Interventionen betrachtet werden. Ob diese Grundannahme meiner Untersuchung zutrifft, lässt sich erst in zukünftigen Prozess-Ergebnis-Validierungsstudien bestätigen oder auch falsifizieren.

Während Grawes Wirkfaktoren lediglich die (heuristischen) Interventionsziele des Therapeuten (Therapeut als *Sender* von Botschaften) avisieren, spiegeln die Wirkfaktoren dieser Untersuchung sowohl diese als auch die Reflexionen der Klienten (Klienten als *Empfänger* von Botschaften) wieder. Die hier aufgefundenen Wirkfaktoren können demnach als interaktive Schnittmenge von beiden verstanden werden. Zwar steht der Therapeut mit seinem Expertenwissen, seinen Erfahrungen und seinen Techniken im Fokus des Forschungsinteresses dieser Studie, aber sie ist so angelegt, dass Therapeut und Klient als gleichberechtigte, miteinander verschränkte Interaktionspartner zu verstehen sind, in dem Sinne, dass der Klient die Therapeuteninterventionen evaluiert.

Interessanter- und gleichzeitig beruhigenderweise bestätigen meine Ergebnisse (in der Auswertung des HILF: I. Kernkategorie) weitgehend die Befunde von Grawe, der in seinen Metaanalysen herausgefunden und in seinen zahlreichen Schriften (später auch überarbeitet) veröffentlicht hatte, dass Therapeuten ihre Klienten

- ermutigen, die problematischen Bedeutungen ihrer Leiden in der Therapie real zu erleben (Wirkfaktor "Problemaktualisierung"): was verändert werden soll muss real (tatsächlich) erlebt werden.
- ermutigen, an bereits vorhandene Ressourcen, positive Seiten und Stärken anzuknüpfen, sie erleben und spüren (Wirkfaktor "Ressourcenaktivierung"); dabei ist eine stimmige Therapiebeziehung als unbedingt notwendige Voraussetzung für erfolgreiche Ressourcenaktivierung belegt.
- mit problemorientierten Interventionen aktiv darin unterstützen, dass sie positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen machen können (Wirkfaktor "Problembewältigung"); er hilft ihnen, eine Kompetenzerwartung bzw. Selbstwirksamkeitserwartung aufzubauen.
- mit geeigneten Maßnahmen fördern, darin, dass sie ein klareres Verständnis der Determinanten ihrer problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen gewinnen können (Wirkfaktor "motivationale Klärung").

Nach Grawe (2005) erklären diese in einem dreidimensionalen Raum auf drei Ebenen (Problembewältigung, Klärung, Beziehung) reduzierten Wirkfaktoren einen großen Anteil der Therapieerfolgsvarianz, was er für bemerkenswert hält, weil sie unabhängig von dem vorherrschenden Ordnungssystemen bestehender Therapieschulen und Störungsklassifikationen definiert wurden; ihr Einfluss kann als gesichert angesehen werden. Dennoch bedeutet es nicht, dass es keine spezifischen Wechselwirkungen zwischen Eigenarten des Klienten und Merk-

malen therapeutischer Interventionen gäbe. Grawe meint, dass die Wirkfaktoren gut oder schlecht realisiert werden können und dass das Therapieergebnis maßgeblich von dieser Realisierung abhängt, dass sich der Therapeut also an den Gegebenheiten des einzelnen Klienten ausrichten muss. Grawes Vorstellungen fügten sich noch nicht zu einem konkreten Bild einer neuen allgemeinen Psychotherapie zusammen, sie wiesen jedoch in eine mögliche Richtung. Eine fundierte allgemeine Theorie konnte bis jetzt noch nicht aufgestellt werden, und es ist meines Erachtens sehr fraglich, ob es überhaupt sinnvoll wäre, aus den abstrakten Wirkprinzipien anschauliche Regeln abzuleiten, um sie in der Praxis relevant werden zu lassen. Es ist auch die Frage, ob sich Therapieprozesse überhaupt durch Koordinaten beschreiben ließen, die den Raum der gesamten therapeutischen Möglichkeiten umspannten. Denn dafür müsste man die Faktoren/Dimensionen kennen, die diesen Raum bestimmen und über eine Methode verfügen, die je nach Bedarf die unterschiedlichen Koordinaten möglicher und angemessener therapeutischer Interventionen in diesem Raum zu bestimmen ermöglicht.

Es gibt daher mit Grawe (1992) zwei gute Argumente dafür, dass der Therapeut *„bewußt und absichtlich“* heuristisch arbeiten sollte:

*„erstens kann man schlechte Gefühle loswerden, die damit verbunden sind, Methoden aus einer methodenorientierten Sicht nicht rein und systematisch genug anzuwenden, und zweitens schafft die explizite Entscheidung für eine heuristische Art von Therapie günstigere Bedingungen dafür, heuristische Prozeduren systematischer und effizienter zu machen.“* (S.22).

Dabei sollte m.E. klar sein, dass diesem Vorgehen ein geprüftes Modell menschlichen Funktionierens mit einer elaborierten Fallkonzeption zugrunde liegen sollte. Klar sollte mit Grawe auch sein, *„dass ‚integrative Super-Therapeutinnen‘ eine Utopie bleiben werden im Hinblick auf ihre Virtuosität und Flexibilität im Vorgehen und deswegen auch im Hinblick auf die therapeutischen Effekte.“* (S.17)

Meine eigene Studie soll unterstreichen, dass eine gute bzw. hilfreiche TherapeutenIntervention klientenorientiert und nicht methodenorientiert sein sollte. Deshalb können allgemeine Wirkfaktoren für das Therapieergebnis noch so gesichert sein, sie können aber in der Praxis nur bestehen, wenn das ‚wie‘ der Therapeuteninterventionen den Klienten auch erreicht. Das Spektrum der zum Einsatz kommenden Interventionen liegt nicht von vornherein fest, sondern ergibt sich durch die Anforderungen des prozessualen Geschehens und insbesondere den Bedürfnissen und Voraussetzungen des Klienten. Gerade auch diese Fragestellung nach dem ‚wie‘ wurde in meiner Studie bearbeitet und konnte mit bemerkenswerten Ergebnissen beantwortet werden (2. Kernkategorie).

Die Weiterentwicklung der Methoden in der Psychotherapieforschung kann nur sinnvoll erfolgen durch Ineinandergreifen von Forschungsergebnissen und Praxis. Meine Studie entstand dadurch, dass ich aus den Erfahrungen der Praxis Vermutungen über Wirkungsweise und Wirksamkeit therapeutischer Interventionen aufgestellt habe und diese Vermutungen zu Fragestellungen der Forschung formuliert habe. Ich möchte dazu beitragen, dass die Trennung von Forschung und Praxis überwunden wird. In dieser Untersuchung wurde auch die Frage angegangen, welche Rolle die Passung zwischen den (beiden) beteiligten Akteuren spielen könnte. Auch dieser Aspekt sollten zukünftige Forschungen deutlich mehr Aufmerksamkeit erhalten.

Meine Arbeit dürfte auch deutlich machen - und hier zitiere ich gerne Buchholz (2007)

*[dass] „purer Empirismus, bloße Ansammlung von Daten ihm [dem Wissenschaftler Polanyi] selbst im Labor sinnlos erscheint, wenn nicht ein Forscher dabei ist, der Muster oder Gestalten zu erkennen in der Lage wäre. Ohne das, was Kant Urteilskraft genannt hatte, könnten Daten nicht in Ordnungen gebracht, Gestalten nicht wahrge-*

*nommen und Muster nicht mit anderen Mustern verglichen werden. [...] man muss - eben wie Einstein oder Freud oder der Archäologe oder die Hühnerzüchter - etwas schon wissen, damit man es auch 'sehen' kann. [...] Der Wissenschaftstheoretiker Alan Musgrave schilderte 1993 in seinem Buch "Alltagswissen, Wissenschaft und Skeptizismus" ein drolliges Beispiel. Hühnerzüchter wollen um des Eierlegens willen nur Hennen aufziehen. Küken müssen deshalb im Alter von einem Tag entsprechend sortiert werden, aber die Untersuchung durch einen Tierarzt wäre nicht nur teuer, sondern vor allem zeitaufwändig. Es hat sich nun herausgestellt, dass es bestimmte Leute gibt, die auf Anhieb sagen können, ob es sich um ein männliches oder um ein weibliches Küken handelt. Meist sind es Frauen, aber nicht nur. Alle möglichen Untersuchungen haben bislang nicht herausgebracht, wie sie das machen und auch sie selbst können es nicht sagen. Aber es klappt."*

An anderer Stelle dieses Vortrags sagt Buchholz, dass

*„implizites Wissen [...] jene Dimension therapeutischer Kompetenz wäre, die wir als paradoxe Form der Teilhabe ansprechen: nur dort, wo ein Therapeut auch Patient in dem Sinne sein kann, dass er etwas in sich entdeckt [...], das dem Leiden seines Patienten nahe kommt, dass er näherungsweise aus eigener Erfahrung kennt, kann er in hilfreichen Kontakt treten; implizites Wissen ist unverzichtbare Basis therapeutischer Kompetenz.“ Weiter schreibt er: "psychotherapeutischer Kompetenz sich als Wissensanwendung vorzustellen, entspringt somit einem Kategorienfehler. Wer sich gekonnt verhält tut es nicht deshalb, weil er ein set von Regeln schon im Kopf hätte, sondern weil es sich so verhält, als ob er diese Regeln im Kopf hätte. [...] Können, so dürfen wir festhalten, ist verkörpert, es ist dynamisch und es ist situiert. Damit kann es auch als flüchtig bezeichnet werden. Genau das macht die Situation des professionellen Psychotherapeuten aus. In seiner Arbeit verhält er sich, als ob er Regeln folgen und 'knowledge' anwenden, während er wahrscheinlich viel mehr von dem, was Polanyi als 'knowing' bezeichnet, betreibt.“*

Huppertz (2006, S. 178) teilt Wissen und Können auf in epistemisches Wissen, Alltagswissen und Können.

Epistemisches Wissen rangiert demnach noch höher als wissenschaftliches Wissen; es umfasst jede Art von Wissen, welches gemäß Huppertz

*„nach Zeitlosigkeit, Objektivität und bestmöglicher Begründung [strebt]. Die wissenschaftliche Einstellung ist grundsätzlich skeptisch. Wissenschaftliche Erkenntnisse müssen so formuliert werden, dass sie von prinzipiell jedem überprüft werden können und idealtypisch zeitlos gültig sind.“*

Alltagswissen dagegen vereinfacht die Fülle von Informationen zu überschaubareren Typisierungen. In Typisierungen werden Elemente nach strukturellen Ähnlichkeiten, nicht nach gleichen Eigenschaften geordnet. Alltagswissen schließt neben Tatsachen und Mythen auch Ziele und Werte ein, es umfasst Pläne, Rituale und narrative Elemente.

Können, wenn es auch Alltagswissen voraussetzt, bezieht sich nicht primär auf Tatsachen, sondern auf Ziele. Huppertz:

*„Können ist sehr stark von Wahrnehmungen abhängig und umgekehrt. Der Könnler nimmt eine Situation oder ein Objekt anders wahr als der Anfänger, und seine Könnerschaft zeigt sich oft gerade in dieser Fähigkeit zu einer Wahrnehmung, die ohne Zeit raubende Analyse und Synthese der Einzelheiten auskommt. Die Vermittlung des Kön-*

*nens geschieht wie die des Alltagswissens sowohl explizit als auch implizit. [...] wenn wir etwas können, so segeln wir auf einem Meer von impliziten Wissen und Fertigkeiten.“*

Das Können des Therapeuten ist also funktional, kontextabhängig, unterliegt kaum systematischen Regeln und ist situationsabhängig und zieht meist implizite Veränderungen nach sich. Es ist ein implizites umfassendes Wissen und lässt sich nur in einem langen Erfahrungsprozess aufbauen. Ein "könnender" Therapeut filtert nach Buchholz mittels intuitiver Interventionen die Bedeutung einzelner Prozessmerkmale vor dem Hintergrund der Gesamtgestalt heraus. Dies würde nicht gelingen, hielte sich der Therapeut an schulenspezifische Regeln. Er sieht dagegen die Elemente, die eine bestimmte therapeutische Situation konstituieren, in einem komplexen Gesamtbild. Für diese Elemente hat der erfahrene, „könnende“ Therapeut zahlreiche therapeutische Interventionsstrategien erworben. Diese sind symbolisch gespeichert, als Begriffe können sie nicht abgerufen werden, stattdessen reagiert der Therapeut mit seinem intuitiven Wissen auf die Situation als Ganzes. Mit Buchholz (2007, S. 381) müssten wir sagen, dass

*„wir anerkennen müssen, dass Psychotherapie allgemein nicht definiert werden kann wohl aber individuell immer realisierbar bleibt. [...] Therapeutische Kompetenzen liegen auf einer prozessualen Ebene des impliziten Wissens und personalen Könnens, sie entfalten sich partizipativ, eingebettete in Situationen und deshalb flüchtig.“*

Wenn ich mich als Therapeut auf mein Können verlasse, gerate ich allerdings in Gefahr, den sicheren Boden epistemologischer Überprüfbarkeit zu verlassen. Wenn ich nicht auch externe Kriterien für die Überprüfung von Qualität oder Unangemessenheit meines Könnens einbinde, könnte ich einer impliziten Täuschung unterliegen, wenn ich mich auf das Gefühl verleiße, im therapeutischen Prozess auf dem richtigen Wege zu sein. Mein Klient und ich würden finden, 'dass wir doch gut miteinander arbeiten können', während eine kriteriumsorientierte Überprüfung uns auf die Schliche käme: Sie würde aufzeigen, dass wir zusammen unbewusst und ich als Therapeut routiniert und zum wiederholten Male den gleichen Fehler begingen.

Psychotherapeuten sind, wenn sie eine gute Arbeit machen wollen, auf die wechselseitige Durchdringung von epistemischem Wissen, Alltagswissen und Können angewiesen. Das, was ich mit den Ergebnissen meiner Untersuchung beschreibe, sollten alle Therapeuten können: Sie müssen u. a. Prozesse in Gang setzen, Denkanstöße geben, prägnant sein, ermutigen, Nähe und Distanz regulieren, sich einfühlen, provozieren, Differenzen herausarbeiten, eine gemeinsame Sprache finden, stützen, Vertrauen und Sicherheit schaffen und ihre Botschaften in Metaphern und einer guten Portion Humor verpacken. Sie sollten ihre Klienten im prozessualen Kontext immer wieder neu motivieren, dürfen sich nicht darauf verlassen, dass die Klienten die erforderliche Motivation bereits in die Therapiesitzung mitbringen. Und diese ihre Fähigkeiten sind - (eine Binsenwahrheit) - durch die Persönlichkeit der Therapeuten, ihrer Lebens- und Beziehungserfahrungen und dem Alltagswissen geprägt.

Der Therapeut sucht den passenden Moment in der Bereitschaft des Klienten, sich auf ein Kippen von Figur und Grund einzulassen (siehe meine Darstellung in der Einleitung), ‚aus dem Rahmen zu springen‘, loszulassen und zuzupacken, wenn ihm Hilfe angeboten wird; der Therapeut spürt den Weg, den der Klient gehen will, setzt sich an seine Spitze, übernimmt die Führung (im Sinne des Klienten); es entsteht eine *Passung* oder affektiv-kognitive Bindung fast im Sinne einer momentanen Synchronisierung zwischen den beiden Akteuren Therapeut und Klient durch Ausdruck-Eindruck-Verschränkung, Sprache, Interpretation der Situation, Bewegung, Empfinden oder Gefühl.

Das interaktive, im Sinne von *Miteinander* wirksame, Geschehen hat einen wechselseitigen Charakter (siehe die Fragestellungen zum KLIENTENPROFIL) : der Klient *zieht* auch den Therapeuten in die Bahn, die er gehen will; eine erfolgreiche therapeutische Intervention geschieht im Gewährwerden des Therapeuten genau dieser Bewegung des Klienten; er fungiert dann im besten Sinne als Begleiter und Lotse, als *sparring-partner*, als Übersetzer, als Sicherheitsnetz.

Mit meiner Untersuchung konnte ich die allen Therapeuten vertraute Erfahrung bestätigen, dass bestimmte "Schlüsselmomente" in der Interaktion zwischen Therapeut und Klient in bedeutsamer Weise einflussreich sein können, und zwar bestätigt durch Klienteneinschätzung. Es sind dies die Wirkmomente, in denen sich das Erleben des Klienten von einem Augenblick zum anderen besonders klar herauskristallisiert. Diese unmittelbare therapeutische Veränderung wird durch das Zusammenwirken einer spezifischen, vom Therapeuten angestoßenen Situation mit den innerpsychisch ablaufenden Prozessen beim Klienten ermöglicht.

Die in dieser Arbeit gefundenen Faktoren und Kategorien dürften einen gewissen Wert als ‚Prototypen‘ therapeutischer Interventionen haben, aber es ist klar, daß erfahrene Therapeuten ihre Interventionen ständig neu konstruieren. Dabei ziehen sie in gleichberechtigter Weise einen Teil ihres Könnens aus dem erworbenen und integrierenden systematisierenden, rationalen methodischen Wissen und den anderen Teil aus ihrer gewachsenen impliziten Sensibilität für das ‚richtige‘ Maß und den ‚richtigen‘ Moment ziehen. Daniel Stern (2005) und andere Autoren haben sich mit solchen Schlüsselmomenten ausgiebig auseinandergesetzt. Sie zeigen auf, dass therapeutische prozessuale Veränderungen beim Klienten durch spezifische Momente von Abstimmung zwischen Therapeut und Klient ausgelöst werden können. Die hier dargestellten Ergebnisse machen deutlich, dass in ganz besonderen Momenten (Kairos) Therapeuten etwas bei ihren Klienten bewirken, was sowohl mit einer positiven als auch mit einer negativen Qualität verbunden sein kann. In dieser Studie wurde ein Weg aufgezeigt, auf welche Weise es möglich ist, aggregierte bzw. in Zeitstichproben erfasste Therapeuten-Interventionen einerseits und Klientenreaktionen andererseits als zwei Seiten einer Schlüssel-situation festzuhalten. Wenn Forscher Fragen stellen, dann haben sie schon eine *begriffliche* Vorstellung von dem, auf das sie fokussieren. Sie haben von den Phänomenen also bereits ausgewählt und abstrahiert. Die Klienten antworten eher implizit, auf dem Boden einer vorwissenschaftlichen Vorstellung, die in gewisser Weise Teil der erlebten (therapeutischen) Situation ist. Die Klienten helfen mir, dem Forscher, sozusagen an der ‚Quelle‘, in experimenteller Weise, eine phänomenologische Beschreibung der unmittelbaren Wahrnehmung hilfreicher therapeutischer Interventionen zu generieren. Diese Möglichkeit betrachte ich als den entscheidenden Vorteil der qualitativen inhaltlichen Auswertung von Klientenaussagen. Denn was Klienten wirklich wollen und welche therapierlevanten Einstellungen und Motivationen sie in den therapeutischen Prozess einbringen, kann der Therapeut in der jeweiligen therapeutischen Situation nicht wirklich klären, sondern allenfalls vermuten und hypothetisieren oder intuitiv erfassen.

In den Ergebnissen des Untersuchungsteils zum KLIENTENPROFIL wurde auch die Frage angegangen, welche Rolle die Passung zwischen den (beiden) beteiligten Akteuren spielen könnte. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, und weil nur auf ausgewählte Aspekte der Therapeut-Klient-Passung fokussiert werden konnte, wurde der Aspekt der Passung nur in einer Richtung, nämlich der im Erleben des Therapeuten, untersucht. Von den hypothetisierten Zusammenhängen der Therapeut-Klient-Passung mit Einstellungen, Erwartungen und Vor-Erfahrungen auf Klientenseite konnte nur ein geringer Teil statistisch bestätigt werden. Dies Ergebnis könnte an der für die Fragestellungen begrenzten Eignung der Erhebungsinstrumente liegen. Bei der Auswahl bzw. Erstellung geeigneter Fragenkataloge oder –

Inventare liessen sich dann möglicherweise deutlichere Korrelationen zwischen dem Ersteindruck des Therapeuten (von der Therapeut-Klient-Passung) und den ‚mitgebrachten‘ kommunikativen Angeboten, den habituellen Merkmalen des Klienten und seinen Vor-Einstellungen erfassen. Ebenso könnten aber die in meiner Studie gefundene Ergebnisse als Hinweis darauf verstanden werden, dass das komplexe Variablenbündel ‚Therapeut-Klient-Passung‘ tatsächlich weniger mit Vor-Erfahrungen, Öffnungsbereitschaft, Akzeptanz, Motivation und Zuwendungsbedürfnis beim Klienten verbunden ist als mit anderen, noch zu erforschenden Variablen. Jedenfalls sollte der Erforschung der Passung zwischen beiden Akteuren in zukünftiger Forschung deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Ich finde meine Annahme bestätigt, dass die reale implizite Vermittlung von Werten in einer Therapie auch von Einstellungen und Werthaltungen des Therapeuten abhängt. Wir sollten nicht unterschätzen, dass wir als Therapeuten wertgebend sind, dass wir mütterliche und väterliche Modelle sind, an denen sich unsere Klienten neu orientieren können, und es vermutlich auch tun. Inwieweit sich unsere Lebenseinstellung und unser therapeutisches Können gegenseitig zu Gunsten unserer Klienten befruchten, liegt in der Bereitschaft zur Reflektion unseres alltäglichen Handelns und unserer Emotionen begründet. Wenn wir hierüber Auskunft erhalten wollen, sollten wir unsere Klienten befragen. Diese können durchaus ihren Beitrag dazu leisten, wie ich nachgewiesen habe, dass wir klarer sehen, welche Möglichkeiten und Grenzen unser therapeutisches Setting hat.

Huppertz (2006, S. 181) schreibt dazu: *„In erfolgreichen Psychotherapien sind die Erweiterung expliziten Wissens, der Erwerb neuer therapiekontextueller Erfahrungen, die Verbesserung kontextübergreifender Fertigkeiten und die Veränderung der Lebenseinstellung miteinander verbunden.“*

Ich zitiere zum Schluss Ochs (2009, S. 126):

*„Die Underdeterminiertthese (Quine, 1980) besagt, dass Theorien durch die Beobachtungsdaten nicht eindeutig bestimmt sind. Für jede Menge empirischer klinischer Beobachtungen gibt es prinzipiell immer mehrere (klinische) Theorien, die mit ihnen kompatibel sein können. Es führt also nicht nur ein Weg von den klinischen Phänomenen zu den klinisch-psychotherapeutischen Handlungstheorien (und wieder zu ihnen zurück); es sind prinzipiell immer mehrere, auch untereinander unverträgliche klinische Theorien. Um den Weg von den klinischen Phänomenen zur klinischen Handlungstheorie und vice versa verstehbar zu machen und zu klären, dafür sind qualitative Methoden sehr nützlich, quantitative Methoden jedoch nur sehr bedingt [...] hilfreich.“*

Damit möchte ich deutlich machen, dass der hier begangene Weg die weitere Forschung im Sinne eines begrenzten Erkenntnisgewinnes bereichern mag.

Aus Gründen der Überschaubarkeit und des Umfangs dieser Arbeit sind das Transskript der Klientenaussagen zu den beiden ungebundenen Fragen des HILF und die zahlreichen statistischen Auswertungen separat auf einer CD-Rom gespeichert worden.

# Literatur

- Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6): 1417-1424.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation*. New York: Hillsdale.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Hrsg.), *Handbook of social psychology*. New York: Random House.
- Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an Psychotherapie? *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41(3): 285-303.
- Ambühl, H. & Orlinsky, D. E. (1997). Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42(5): 290-298.
- Armeliuss, B. A. & Holmqvist, R. (2003). Sources of psychiatric staff's feelings towards patients and the treatment outcome. *34th annual meeting of the Society of Psychotherapy Research*, Weimar.
- Aveline, M., Strauss, B. & Stiles, W. B. (2005). Psychotherapy research. In G. O. Gabbard, J. Holmes & J. S. Beck (Hrsg.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (449-462). Oxford: Oxford University Press.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). "Helping Alliance Questionnaire" von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40(1): 23-32.
- Becker, P. (1989). *Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends and future issues. In S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (821-830). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E. & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection. Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S. & Malik, M. (2002). Funktional impairment and coping style. In J. C. Norcorss (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (145-170). Oxford: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2003). Therapist variables. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl.) (227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Blaser, A., Heim, E., Ringer, C. & Thommen, M. (1992). *Problemorientierte Psychotherapie. Ein integratives Konzept*. Bern: Huber.
- Blastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch in einer Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 18(1): 3-22.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bozok, B. & Bühler, K. E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 56(4): 119-132.



- Bozok, B. & Bühler, K. E. (1990). Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojekts. In H. Lang (Hrsg.), *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (189-208). Berlin: Springer.
- Brandl, T. (2005). *Erkenntnisgewinn in der Psychotherapie-Prozessforschung mit einer Sequenz von Einzelfallanalysen*. Inaugural-Dissertation. Humboldt Universität, Berlin
- Breuer, J. & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. Leipzig & Berlin: Franz Deuticke.
- Buchholz, M. B. (2003). Relationen und Konvergenzen - Neue Perspektiven der Psychoanalyse. *Psychotherapeutenjournal* (2/2003): 87-96.
- Buchholz, M. B. (2006a). Resilienz - Die Entwicklung professioneller Therapeuten und die Bewältigung therapeutischer Paradoxien. In M. B. Buchholz & G. Gödde (Hrsg.), *Das Unbewusste in der Praxis* (432-454): Psychosozial-Verlag
- Buchholz, M. B. (2006b). *Rezension von Bruce E. Wampold: The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Verfügbar unter: [www.systemmagazin.de/buecher/](http://www.systemmagazin.de/buecher/) [Datum des Zugriffs: 01.02.2009].
- Buchholz, M. B. (2007). Zur Diskussion: Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen. Überarbeitete Fassung eines Vortrags beim dritten Berliner Psychotherapeutentag. *Psychotherapeutenjournal* (4/2007): 373-382.
- Bühning, G. & Halhweg, K. (1986). Kosten-Nutzen Aspekte psychologischer Behandlung. *Psychologische Rundschau*, 37(1): 1-19.
- Caspar, F. (1995). Information processing in psychotherapy intake interviews. In B. Boothe, R. Hirsig, A. Helminger, B. Meier & R. Volkart (Hrsg.), *Perception-Evaluation-Interpretation* (3-10). Bern: Hogrefe & Huber.
- Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C. & Spohn, H. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(9): 923-928.
- Czogalik, D. (1990a). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In D. Czogalik & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (7-30). Berlin: Springer.
- Czogalik, D. (1990b). Wirkmomente in der Interaktion am Beispiel der therapeutischen Selbstöffnung. In D. Czogalik & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (155-179). Berlin: Springer.
- Davies-Osterkamp, S. (1996). Der Düsseldorfer Wirkfaktorenfragebogen - ein Instrument zur differenziellen Beschreibung von Gruppenprozessen. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung* (116-127). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Drieling, T., Hecht, H. & von Zerssen, D. (2007). Der Sechs-Faktoren-Test zur Erfassung der Persönlichkeit in der klinischen Praxis und Forschung. *Der Nervenarzt*, 78(5): 560-570.
- Dührssen, A. (1998). Wesentliche anthropologische Konzepte in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 44: 304-310.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die "Theorie" des Therapeuten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (272-287). Berlin: Springer.
- Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004). Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? . *Psychotherapeut*, 49(6): 415-426.
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1): 10-32.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Consulting Psychology*, 16(5): 319-324.

- Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.). (1998). *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (2001). *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI). Revidierte Fassung (FPI-R) und teilweise geänderte Fassung (FPI-A1)* (7. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. (1999). Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für die Psychotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Gegenübertragung im diagnostischen Prozess. *Psychotherapeut*, 44(1): 25-35.
- Faller, H., Wagner, R. F., Weiß, H. & Lang, H. (2002). Therapists' relationships with their patients in the intake interview: an empirical comparison of psychodynamically and cognitive-behaviorally oriented psychotherapists. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 30(3): 451-461.
- Fengler, J. (2003). Triffst Du nur das Zauberwort - Die Konstruktion wirksamer therapeutischer Interventionen. *Report Psychologie* 28(7/8): 446-452.
- Fengler, J. (2006). Triffst Du nur das Zauberwort - Die Konstruktion wirksamer Interventionen in Psychotherapie und anderen Helferberufen. *Vortrag am Alfred Adler Institut*, Köln.
- Forgas, J. P. & Bower, G. H. (1987). Mood effects in person-perception judgements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1): 53-60.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion And Healing: A Comparative Study Of Psychotherapy*. Homewood, Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Frank, J. D. (1981). *Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, J. D. (1997). *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Frauchiger, M. (1997). *Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren. Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich*. Verfügbar unter: [www.psychologische-beratung-bern.ch/wirkfaktoren.htm](http://www.psychologische-beratung-bern.ch/wirkfaktoren.htm) [Datum des Zugriffs: 19.06.2009].
- Fredrickson, B. L. & Losada, M. F. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60(7): 678-686.
- Freud, S. (1975). *Studienausgabe. Schriften zur Behandlungstechnik (Ergänzungsband)*. Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1992). *Zur Dynamik der Übertragung. Behandlungstechnische Schriften (1911-1913)*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch.
- Fuchs, T. (1998). *Entwicklung und Validierung eines katamnesticen Fragebogens*. Dissertation. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
- Gaito, J. (1980). Measurement Scales and Statistics: Resurgence of an old Misconception. *Psychological Bulletin*, 87(3): 564-567.
- Gallagher, M. W. & Lopez, S. J. (2007). Curiosity and well-being. *Journal of Positive Psychology*, 2(10): 236-248.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Aufl.) (3-18). New York: John Wiley & Sons.
- Gaston, L. & Ring, J. (1992). Preliminary results on the Inventory of Therapeutic Strategies. *The journal of psychotherapy practice and research*, 1(2): 135-146.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.

- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6): 1216-1229.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F. & Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5): 740-748.
- Goldsamt, L. A., Goldfried, M. R., Hayes, A. M. & Kerr, S. (1992). Beck, Meichenbaum, and Strupp: A comparison of three therapies on the dimension of therapist feedback. *Psychotherapy Research*, 29(2): 167-176.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 17(1): 1-7.
- Grawe, K. (1992a). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (215-244). München: G. Röttger.
- Grawe, K. (1992b). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43(3): 132-162.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26(3): 357-373.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(3): 130-145.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31(2): 185-199.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4(1): 4-11.
- Grawe, K. & Caspar, F. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer, integrierender Produktionsprozess? . *Report Psychologie*(7): 10-22.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlußfolgerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 19(4): 362-376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse - ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31(2): 201-225.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings*. Washington D.C.: American Psychological Association Press.
- Grencavage, L. M. & Norcross, J. C. (1990). Where are the communalities among therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5): 372-378.
- Hahlweg, K., Fliegenbaum, W., Schröder, B., Frank, M. & Witzleben, I. v. (2004). Klinische Brauchbarkeit der Konfrontationstherapie für agoraphobische Patienten: Einfluss von syndromaler Komorbidität und therapeutischer Erfahrung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(2): 130-138.
- Hain, P. (2001). *Das Geheimnis therapeutischer Wirkung*. Heidelberg: Karl-Auer-Systeme.
- Hartig, M. (1975). *Probleme und Methoden der Psychotherapieforschung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Henry, W. P. (1998). Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research*, 8(2): 126-140.
- Hermer, M. (2004). Stille Begegnungen. In M. Hermer & H. G. Klinzing (Hrsg.), *Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie* (9-54). Tübingen: DGVT.

- Hill, C. E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3): 288-294.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E. & Perry, E. S. (1988). Effects of Therapist Response Modes in Brief Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35(3): 222-233.
- Hill, C. E. & Lambert, M. J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Process and Outcome. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.) (84-136). New York: John Wiley & Sons.
- Höger, D. (1999). Der Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung (BFKE). Ein Verfahren von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten. *Psychotherapeut* 44(3): 159-166.
- Höger, D. & Eckert, J. (1997). Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des "Post-Session Outcome" bei Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 26: 129-137.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2): 139-149.
- Huppertz, M. (2006). Wissen und Können in der Psychotherapie. In K. Alber (Hrsg.), *Psychologik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur, Bd. 1* (176-196). Freiburg i. Br.
- Jenkins, A. C., Macrae, C. N. & Mitchell, J. P. (2008). Repetition suppression of ventromedial prefrontal activity during judgments of self and others. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(11): 4507-4512.
- Jüngst, S. (2002). *Zur Bestimmung und empirischen Überprüfung ausgewählter Wirkfaktoren psychotherapeutischen Interagierens*. Berlin: Logos.
- Kaiser, E. (1993). Quantitative Psychotherapieforschung – Modernes Paradigma oder Potemkinsches Dorf? *Forum der Psychoanalyse*, 9(4): 348-366.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kerr, S., Goldfried, M. R., Hayes, A. M., Castonguay, L. G. & Goldsamt, L. A. (1992). Interpersonal and intrapersonal focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies: A preliminary analysis of the sheffield project. *Psychotherapy Research*, 2(4): 266-276.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8): 1053-1063.
- Kitzmann, A. Z., Kächele, H. & Thom, H. (1974). Zur quantitativen Erfassung von Explorationen und Interpretationen in psychoanalytischen Erstinterviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 20(2): 101 -115.
- Klug, G., Heinrich, G., Kächele, H., Sandell, R. & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable: immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut* 53(2): 83 - 91.
- Köpp, W., Kaßing, S., Helle, M., Auckenthaler, A. & Studt, H.-H. (2002). Die Bedeutung des Beziehungserlebens für die differenzielle Psychotherapieindikation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(3/4): 173-178.
- Kordy, H. & Kächele, H. (1996). Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhlee al (Hrsg.), *Thure von Uexküll. Psychosomatische Medizin* (490-501). München: Urban & Schwarzenberg.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 4(1): 12-20.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. In N. J. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (94-129). New York: Basic Books.

- Lambert, M. J. (2001a). Psychotherapy outcome and quality improvement: introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2): 147-149.
- Lambert, M. J. (2001b). The status of empirically supported therapies: Comment on Westen and Morrison's (2001) multidimensional meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6): 910-913.
- Lambert, M. J. (Hrsg.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The Effectiveness of Psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (2004a). Introduction and critical overview. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.) (3-15). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (2004b). Overview, trends, and future issues. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.) (805-821). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994). Assessing Psychotherapy Outcomes and Processes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior change* (4. Aufl.) (72-113). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Hill, C. E. (2003). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Process and Outcomes. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.) (84-135). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.) (139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (157-211). New York: John Wiley & Sons.
- Legewie, H. & Klotter, C. (1993). Alternativen der Psychotherapieforschung. *Journal der Psychologie*, 1(2): 61-65.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lomax, J. W., Andrews, L. B., Burruss, J. W. & Moorey, S. (2005). Psychotherapy supervision. In G. O. Gabbard, J. Holmes & J. S. Beck (Hrsg.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (459-506). Oxford: Oxford University Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S. & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4): 501 – 512.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist Success and Its Determinants. *Archives of Psychiatry*, 42(6): 602-611.
- Ludewig, K. (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Luhmann, N. (1992). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Marx, I., Overbeck, G., Brähler, E. & Beckmann, D. (1976). Untersuchung zum Interventionsstil von Therapeuten im psychoanalytischen Erstinterview. *Medizinische Psychologie*, 2: 107-120.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (7. Aufl.). Deutscher Studien Verlag: Weinheim.

- McClure, B. A. & Hodge, R. W. (1987). Measuring countertransference and attitude in therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 24(3): 325-335
- McIntry, S. M. & Schwartz, R. C. (1998). Therapists' differential countertransference reactions toward clients with Major Depression or Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7): 923-931.
- Metcalf, L. & Thomas, F. (1994). Client and therapist perceptions of solution focused brief therapy: A qualitative analysis. *Journal of Family Psychotherapy*, 5(4): 49-66.
- Metsch, H. (2005). *Psychotherapie oder Psychotechnik?* Verfügbar unter: <http://www.psyon.de/texte/prodomopsychotechnik.html> [Datum des Zugriffs: 29/12/2009].
- Meyer, A. E. (1990a). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 19(4): 287-291.
- Meyer, A. E. (1990b). Wodurch wirkt Psychotherapie? . In H. Lang (Hrsg.), *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (179-188). Berlin: Springer.
- Meyer, F. & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(1): 53-61.
- Moreno, J. L. (1981). *Soziometrie als experimentelle Methode*. Paderborn: Junfermann.
- Moser, T. (1974). *Lehrjahre auf der Couch: Bruchstücke meiner Psychoanalyse*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Moser, T. (1986). *Das erste Jahr: Eine psychoanalytische Behandlung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Moser, T. (1992). *Stundenbuch: Protokolle aus der Körperpsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Moustakas, C. (1990). *Heuristic Research Design, Methodology and Applications*. Newbury Park: Sage.
- Muck, M. & Paal, J. (1968). Kriterien der Behandelbarkeit und ihre Feststellung im Vorinterview. *Psyche*, 22: 770-777.
- Müller-Pozzi, H. (1995). *Psychoanalytisches Denken. Eine Einführung* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Müller, R. (1998). Psychoanalytische Therapie heute. Auf dem Weg zu neuen Konzeptionen ihrer Praxis. Überarbeiteter Vortrag vom 28.8.97, gehalten am Psychiatriezentrum Luzern. *Journal (Psychoanalytisches Seminar Zuerich)*(35/1998): 3-13.
- Najavits, L. M. (2000). Researching therapist emotions and countertransference. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3): 322-328.
- Nischk, D., Grothe, A. & Schiepek, G. (2000). Beratungsprozesse aus Sicht der Klienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48(2): 118-134.
- Norcross, J. C., Bike, D. H. & Evans, K. L. (2009). The therapist's therapist: A replication and extension 20 years later. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1): 32-41.
- Ochs, M. (2009). Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal* (2/2009): 120-130.
- Okishi, J., Lambert, M. J., Egget, D., Nielsen, S. L., Dayton, D. D. & Vermeersch, D. A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects. *Journal of Clinical Psychology* 62(9): 1157-1172.
- Okishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for the supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6): 361-373.
- Onwuegbuzie, A. & Leech, N. (2005). On Becoming a Pragmatic Researcher: The Importance of Combining Quantitative and Qualitative Research Methodologies. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(5): 375-387.

- Orlinsky, D. E. (1989). Researchers' images of psychotherapy: Their origins and influence on research. *Clinical Psychology Review*, 9(4): 413-441.
- Orlinsky, D. E. (1994). «Learning from many masters»: Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut*, 39(1): 2-9.
- Orlinsky, D. E. (1998). Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung. *Psychotherapieforum*, 7(2): 69-79.
- Orlinsky, D. E. (2006). *Comments on the State of Psychotherapy Research (As I See It)*. Verfügbar unter: [http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/orlinsky\\_psychotherapy\\_research.pdf](http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/orlinsky_psychotherapy_research.pdf) [Datum des Zugriffs: 19.06.2009].
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Aufl.) (270-376). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (Hrsg.). (1978). *The relation of process to outcome in psychotherapy*. Handbook of psychotherapy and and behavior change. New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the Therapy Session Reports. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Hrsg.), *Psychotherapeutic Process: A research handbook* (477-502). New York: Guilford.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6(1): 6-27.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1988). Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie*, 14(4): 281-308.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy processoutcome research: Continuity. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.) (307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Rønnestadt, M. H. & Willutzki, U. (2003). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl.) (307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Meyerberg, J., Buchheim, P., Cierpka, M., Ambühl, H. & Network, u. d. S. C. R. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46(3/4): 102-110.
- Perrez, M. (1991). Behandlung und Therapie (Psychotherapie): Systematik und allgemeine Aspekte. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (99-116). Bern: Huber.
- Quine, W. V. O. (1980). *From a logical point of view*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Raskin, A. (1961). Factors therapists associate with motivation to enter psychotherapy. *Journal of clinical Psychology*, 17(1): 62-65.
- Revenstorf, D. (1976). *Lehrbuch der Faktorenanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Roethlisberger, F. J. & Dickson, W. J. (1964). *Management and the Worker*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Verfügbar [Datum des.
- Rogers, C. R. (2003). *Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (16. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer.

- Rohrman, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 9: 222-245.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicate common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6: 412-415.
- Rudolf, G. (1998). Taxonomie der Psychotherapieforschung. *Psychotherapieforum* 6(2): 80-91.
- Ruff, W. & Werner, H. (1987). Der Wunsch der Patienten nach Behandlung – untersucht am Beispiel stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37(9/10): 355-360.
- Sachse, R. (1999). Spezifische Wirkweisen unterschiedlicher Therapieformen: Ein Vergleich der Therapieprozesse in Heuristischer Therapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Zielorientierter Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46: 132-151.
- Schiepek, G. (1999a). *Die Grundlagen der systemischen Therapie . Theorie, Praxis, Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. (1999b). Selbstorganisation in psychischen und sozialen Prozessen: Neue Perspektiven der Psychotherapie. In K. Mainzer (Hrsg.), *Komplexe Systeme in Natur und Gesellschaft. Komplexitätsforschung in Deutschland auf dem Weg ins nächste Jahrhundert* (280-317). Berlin: Springer.
- Schiepek, G., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K. & Strunk, G. (1995). Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse. *Psychotherapieforum*, 30(3): 1-17.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung*. Berlin: Springer.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1993). Non-spezifische Prozessvariablen in der Behandlung des Paniksyndroms. *4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation*, Bonn.
- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP)*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Schulte, D. (1992). Direktivität und Kontrolle therapeutischer Gespräche. In C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (185-214). München: G. Röttger.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3): 176–187.
- Schulte, D., Hartung, J. & Wilke, F. (1997). Handlungskontrolle der Angstbewältigung. Was macht Reizkonfrontationsverfahren so effektiv? . *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 26: 118-128.
- Schulz, H., Nübling, R. & Rüdell, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. *Verhaltenstherapie* 5(2): 89-95.
- Schweizer Charta für Psychotherapie. (2006). *Stellungnahme der Schweizer Charta für Psychotherapie zum Änderungsvorschlag der Verordnungsbestimmungen zur Vergütung der Psychotherapie vom 13.4.2006*. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapiecharta.ch/pdf/Charta-Stellgn-PsyVerord.pdf> [Datum des Zugriffs: 10.12.2009].
- Schweizer, K., Boller, E. & Braun, G. (1996). Der Einfluß von Klassifikationsverfahren, Stichprobengröße und strukturellen Datenmerkmalen auf die Klassifizierbarkeit von Variablen. *Methods of Psychological Research* 1(4): 87-100.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12): 965-974.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. & Startup, M. (1994). Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Effectiveness of



- Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3): 522-534.
- Shilts, L., Rambo, A. & Hernandez, L. (1997). Clients helping therapists find solutions to their therapy. *Contemporary Family Therapy*, 19(1): 117-132.
- Siegemund, J. (2004). *Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analysis [PCA])*. Verfügbar unter: <http://www-mmdb.iai.uni-bonn.de/lehre/proprak0304/siegemund.pdf> [Datum des Zugriffs: 20.12.2009].
- Sloane, R., Staples, F. R. & Cristol, A. H. (1975). *Psychoanalysis versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M., Glass, G. & Miller, T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Stern, D. N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion.
- Strauß, B. (2008). Qualitative und quantitative Methoden in der psychotherapeutischen Forschung. *Vtrg. auf dem Kongress „Heilen und Forschen“ der DGPTW, Köln*.
- Strotzka, H. (Hrsg.). (1978). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Strotzka, H. (1996). *Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Ein Kurzlehrbuch*. Berlin: Springer.
- Strupp, H. H. (1957). A multidimensional system for analyzing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry* 20(3): 293 – 306.
- Strupp, H. H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 41: 1-8.
- Strupp, H. H. (1983). Are psychoanalytic therapists beginning to practice cognitive behavior therapy or is behavior therapy turning psychoanalytic? *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1): 17-27.
- Strupp, H. H. & Anderson, A. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1): 76–82.
- Stucki, C. (2005). *Die Therapiebeziehung differenziell gestalten. Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie*. Inauguraldissertation. Universität Bern, Bern
- Tausch, R. (1956). *Das psychotherapeutische Gespräch. Erwachsenen-Psychotherapie in nicht-direktiver Orientierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. (1968). *Gesprächspsychotherapie* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A. M. (1990). *Gesprächspsychotherapie* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Textor, M. R. (1990). Gemeinsamkeiten von Therapieansätzen. *Integrative Therapie*, 16(3): 246-259.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie: Band 1: Grundlagen* (2. überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Thommen-Bilger, S. (2004). *Prozessforschung in der ambulanten Psychotherapie: Existieren praxistaugliche schulspezifische oder schulübergreifende Instrumente?* Diplomarbeit. Hochschule für Angewandte Psychologie, Zürich
- Tracy, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K. & Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13(4): 401-413.
- Trijsburg, R. W., Bond, M., Drapeau, M., Thygesen, K. & de Roten, Y. (2005a). The defense style questionnaire (DSQ-60): shorter but improved. *Society for Psychotherapy Research International Meeting*, Montreal, Canada.

- Trijsburg, R. W., Colijn, S. & Holmes, J. (2005b). Psychotherapy integration. In S. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes (Hrsg.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (95-107). Oxford: Oxford University Press.
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.). (1990). *Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin: Springer.
- Tschuschke, V., Kächele, H. & Hölzer, M. (1994). Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39(5): 281–297.
- von Uexküll, T. & Wesiak, W. (1996). Wissenschaftstheorie: ein bio-psychosoziales Modell. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhlee et al (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl.) (13 – 52). München Wien Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- von Zerssen, D., Pfister, H. & Koeller, D.-M. (1988). Munich Personality Test (MPT) - A short questionnaire for self-rating and relatives' rating of personality traits: Formal properties and clinical potential. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238(2): 73-93.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzke, B. (2002). *Vergleich therapeutischer Prozessvariablen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten stationären Gruppenpsychotherapien*. Dissertation. Universität Hamburg, Hamburg
- Watzke, B., Koch, U. & Schulz, H. (2006). Zur theoretischen und empirischen Unterschiedlichkeit von therapeutischen Interventionen, Inhalten und Stilen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Psychotherapien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56(6): 234-248.
- Wolff, P. G. (1988). *Kontentanalytische Untersuchung zu Therapeuteninterventionen in Psychiatrischen Gesprächen*. München: Ludwig-Maximilians-Universität
- Yalom, I. D. (2006). *Die Schopenhauer-Kur*. München: btb.
- Zinker, J. & Nevis, S. M. (1994). Die Ästhetik der Gestalt-Paartherapie. In G. Wheeler & S. Backman (Hrsg.), *Gestalttherapie mit Paaren* (355-363). Wuppertal.

# Anhang: Die Fragebögen

## Anhang 1 ERST

ERST

Uwe Mallin, Dipl.-Psych.  
Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

Liebe Klientin, lieber Klient,

ich erbitte Ihre Bereitschaft, an einer Untersuchung im Rahmen eines Projekts zur Psychotherapieforschung der Universität Köln teilzunehmen und sich Zeit für die Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens zu nehmen und Ihre Antworten (anonymisiert) der wissenschaftlichen Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit zur Verfügung zu stellen.

Durch Ihre Mithilfe können Sie dazu beitragen, dass (unsere) Beratung/Therapie noch effizienter werden kann. In dieser Untersuchung werden Sie gebeten, mir nach jeder Sitzung eine differenzierte Rückmeldung zu geben, sodass ich mich in der nachfolgenden Sitzung noch besser auf Sie einstellen kann. Sämtliche Daten werden selbstverständlich nur anonymisiert (Chiffre) verwertet.

Tragen Sie bitte Ihre Chiffre ein (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geb.-Datum (X  
00.00.00)) \_\_\_\_\_

Bitte machen Sie jetzt noch ein paar weitere Angaben zu Ihren Beratungs-/Therapieerwartungen.

1. Was halten Sie für Ihr dringlichstes Thema, dessentwegen Sie die Beratung bzw. Therapie aufsuchen?
2. Welche weiteren Themen gedenken Sie hier zu bearbeiten?

Bitte kreuzen Sie die am ehesten zutreffende Ziffer an (nicht dazwischen!):

3. Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das Ausmaß des Leidensdruckes ein, den Ihre Probleme auslösen!

|                     |   |   |   |                   |
|---------------------|---|---|---|-------------------|
| sehr gut erträglich |   |   |   | ganz unerträglich |
| 1                   | 2 | 3 | 4 | 5                 |

4. Nach wie vielen Gesprächen bzw. Sitzungen müsste Ihrer Meinung nach die Beratung/Therapie spätestens zum Erfolg geführt haben?

|   |         |          |           |             |
|---|---------|----------|-----------|-------------|
| 1 | 2 bis 5 | 6 bis 10 | 11 bis 25 | mehr als 25 |
|---|---------|----------|-----------|-------------|

5. Was haben Sie bisher über psychologische Beratung bzw. Psychotherapie gehört? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein:

|               |   |   |   |               |
|---------------|---|---|---|---------------|
| nur Positives |   |   |   | nur Negatives |
| 1             | 2 | 3 | 4 | 5             |

6. Wie bewerten Sie eventuelle bisherige eigene Beratungs-/Therapie-Vorerfahrungen? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein:

|                        |   |   |   |                        |
|------------------------|---|---|---|------------------------|
| nur Positives erfahren |   |   |   | nur Negatives erfahren |
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5                      |

Keine eigenen Vorerfahrungen: 0

7. Wie erwartungsvoll gehen Sie in diese Beratung/Therapie? Bitte schätzen Sie auf der nachfolgenden Skala das ein:

|                    |   |   |   |                   |
|--------------------|---|---|---|-------------------|
| sehr pessimistisch |   |   |   | sehr optimistisch |
| 1                  | 2 | 3 | 4 | 5                 |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Anhang 2 BFKE

BFKE (Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen)

Chiffre \_\_\_\_\_; Datum \_\_\_\_\_; Alter \_\_\_\_\_ Jahre; Geschlecht: m./w.: \_\_\_\_\_

Jede Klientin bzw. jeder Klient, die/der eine Beratung/Psychotherapie beginnt, macht sich Gedanken darüber, wie das wohl sein wird. In diesem Fragebogen werden Sie nach ihren Erwartungen gefragt, die Sie bezüglich Ihres Therapeuten haben: Was Sie sich von ihm wünschen oder aber befürchten, mit welchen Reaktionen Sie auch bei sich selbst rechnen usw.

Sie finden unten eine Reihe von Gedanken, die Ihnen in diesem Zusammenhang durch den Kopf gehen könnten. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und beurteilen Sie jeweils, inwieweit diese Gedanken auch für Sie zutreffen, ob sie Ihnen vertraut oder fremd vorkommen. Je nachdem, in welchem Maße dies der Fall ist, kreuzen Sie bitte eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Die Antwortmöglichkeiten sind:

- 0 = trifft überhaupt nicht zu
- 1 = trifft kaum zu
- 2 = trifft etwas zu
- 3 = trifft überwiegend zu
- 4 = trifft genau zu

Bitte lassen Sie keine dieser Fragen aus und entscheiden Sie sich immer nur für eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Denken Sie auch nicht zu lange nach, sondern versuchen Sie, möglichst spontan zu reagieren.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich denke öfters darüber nach, ob mir die Beratung/Therapie etwas geben wird.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ich werde mit meinem Berater/Therapeuten recht leicht über all das sprechen können, was in meinem Inneren vorgeht.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ich könnte mir denken, daß es meinem Berater/Therapeuten zu viel werden könnte, mich und meine Probleme zu ertragen.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Mich würde es stören, wenn mein Berater/Therapeut mich allzu sehr auf meine Gefühle ansprechen sollte.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Ich werde mich meinem Berater/Therapeuten gegenüber leicht öffnen können.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Wenn ich mich über meinen Berater/Therapeuten ärgern sollte, werde ich mich hüten, es ihm zu zeigen.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Es wird mir gegenüber meinem Berater/Therapeuten ziemlich leicht fallen, über meine Gefühle zu sprechen.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Wenn sich mein Berater/Therapeut einmal nicht genug um mich kümmern sollte, würde mich das schon sehr entmutigen.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ich befürchte, daß mein Berater/Therapeut auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er wüßte, was wirklich in mir vorgeht.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Vor allem wenn es mir schlecht gehen sollte, werde ich besonders darauf angewiesen sein, daß mein Berater/Therapeut sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Wenn mich mein Berater/Therapeut auf meine Gefühle ansprechen sollte, wird mir das ziemlich merkwürdig vorkommen.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ich fürchte, mein Berater/Therapeut wird sich weniger um mich persönlich kümmern, als ich das eigentlich bräuchte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 13. Mein Berater/Therapeut wird wahrscheinlich gut darauf eingehen können, was in mir vorgeht.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Ich bin ziemlich sicher: zu meinem Berater/Therapeuten werde ich ein gutes Vertrauensverhältnis haben.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Ich werde von meinem Berater/Therapeuten mehr Zuwendung wünschen, als ich das nach außen zeigen möchte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Ich kann mir vorstellen, daß es mir am Ende der Therapie schwer fallen wird, mich von meinem Berater/Therapeuten zu trennen.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Wenn mein Berater/Therapeut zu mir freundlich sein wird, könnten bei mir schon einmal Zweifel aufkommen, ob er das auch wirklich so meint.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Ehrlich gesagt: am liebsten wäre es mir, wenn sich mein Berater/Therapeut möglichst viel Zeit nur für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern könnte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Mich könnte Kummer so sehr lähmen, daß mein Berater/Therapeut dann auf mich zugehen und mir weiterhelfen müßte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, daß mich mein Berater/Therapeut am liebsten los sein möchte.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Ein eher etwas distanziertes Verhältnis zu meinem Berater/Therapeuten wäre mir letztlich angenehmer.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Ehrlich gesagt: ich wünsche mir, daß mein Berater/Therapeut auch außerhalb der Therapiesitzungen möglichst viel für mich da sein könnte.                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Mir wird es wahrscheinlich nicht leicht fallen, mit meinem Berater/Therapeuten "warm" zu werden.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ich könnte schon auf den Gedanken kommen, daß mein Berater/Therapeut mich in dem Maße mag, in dem ich in der Therapie Fortschritte mache.                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. So, wie ich mich kenne, werde ich meinem Berater/Therapeuten gegenüber eher zurückhaltend sein mit dem, was ich von mir zeige.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Ich fürchte, daß sich mein Berater/Therapeut von mir zurückzieht, wenn ich auf ihn ärgerlich sein sollte.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Mir graut es heute schon vor dem Abschied am Ende der Beratung/Therapie und all der Sentimentalität dabei.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Ich muß aufpassen, daß ich meinen Berater/Therapeuten meinen großen Wünschen nach Zuwendung nicht irritiere.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Ich könnte mir schon vorstellen, daß ich in der Beziehung zu meinem Berater/Therapeuten ein Wechselbad der Gefühle erleben werde.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Ich könnte mir vorstellen, daß ich meinem Berater/Therapeuten mehr Zuneigung entgegenbringen werde als er mir.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Es könnte passieren, daß ich mit meinen Gefühlen mehr an meinem Berater/Therapeuten hängen werde, als mir das selber recht sein wird.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Es fällt mir relativ leicht, über mich und mein Erleben zu sprechen, und so wird es auch meinem Berater/Therapeuten gegenüber sein.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. So, wie ich mich einschätze, kann ich mir kaum vorstellen, daß mich mein Berater/Therapeut akzeptieren kann.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

### Anhang 3 KLIENTENPROFIL

1. Chiffre:                      2. Alter:                      3. Geschlecht:                      4. Familienstand:                      5. Kinder:

Nationalität:                      6. (Hoch)schulbildung:                      7. Beruf:

8. Therapieerfahrung:                      Sitzung(en) am:

9. Einzel/Pair/Gruppe:

Gegenwärtige Lebenssituation:

|   |              |   |   |   |   |   |              |
|---|--------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 10. Schweregrad der Problematik:            | leicht       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr schwer  |
| 11. Ausbildungsqualifikation:               | keine/kaum   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | umfassend    |
| 12. Berufliche Stellung:                    | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 13. Intellektuelles Verständnis:            | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 14. Reflexionsfähigkeit:                    | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 15. Emotionale Intelligenz:                 | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 16. Qualität verbaler Kommunikation:        | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 17. Qualität nonverbaler Kommunikation:     | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 18. Qualität sprachlichen Ausdrucks:        | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 19. Verbale Passung Therapeut–Klient:       | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 20. Emotionale Passung Therapeut–Klient:    | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 21. Neugier:                                | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 22. Kooperationsbereitschaft mit Therapeut: | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 23. Kooperationsbereitschaft mit Partner:   | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 24. Kooperationsbereitschaft mit Gruppe:    | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 25. Sympathie für den Klienten:             | sehr gering  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr hoch    |
| 26. Gegenübertragung:                       | sehr negativ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr positiv |
| 27. Prognose:                               | sehr negativ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sehr positiv |

## Anhang 4 ABSCHLUSSFRAGEBOGEN

Ihre Chiffre (X 00.00.00): ..... Datum: .....

Bitte kreuzen Sie jeweils die zutreffende Zahl an (nicht dazwischen!):

1. "Die Beratung/Therapie ist für mich erfolgreich gewesen."  
Wie stark stimmen Sie dieser Aussage zu?

|                  |   |   |   |                    |
|------------------|---|---|---|--------------------|
| kein/kaum Erfolg |   |   |   | sehr großer Erfolg |
| 1                | 2 | 3 | 4 | 5                  |

2. Haben Sie in der Beratung/Therapie etwas dazu gelernt?

|             |   |   |   |           |
|-------------|---|---|---|-----------|
| nichts/kaum |   |   |   | sehr viel |
| 1           | 2 | 3 | 4 | 5         |

3. Wie hat sich das Problem, das Sie veranlasst hat, die Beratung/Therapie zu beginnen, durch die Beratung/Therapie verändert?

|                     |             |                  |                     |                    |
|---------------------|-------------|------------------|---------------------|--------------------|
| eher verschlechtert | unverändert | etwas verbessert | deutlich verbessert | hat sich aufgelöst |
| 1                   | 2           | 3                | 4                   | 5                  |

4. Falls sich etwas verändert (gebessert) hat, zu wie viel Prozent ungefähr führen Sie die Verbesserung auf die Arbeit des Therapeuten zurück?

|           |         |         |         |          |
|-----------|---------|---------|---------|----------|
| gar nicht | zu 25 % | zu 50 % | zu 75 % | zu 100 % |
| 1         | 2       | 3       | 4       | 5        |

5. Wie hoch schätzen Sie Ihren Leidensdruck ein, den Ihre Probleme gegenwärtig auslösen?

|                   |   |   |   |                     |
|-------------------|---|---|---|---------------------|
| ganz unerträglich |   |   |   | sehr gut erträglich |
| 1                 | 2 | 3 | 4 | 5                   |

6. Können Sie darüber hinaus unerwartete Verbesserungen Ihres Befindens bzw. Ihrer Lebenssituation feststellen, die nicht unbedingt in der Therapie bearbeitet worden sind?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an:

Ja  Nein

Falls ja, was wäre das?

7. Finden Sie im Rückblick die Dauer der Beratung/Therapie für angemessen?

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an:

Ja  Nein

Wenn Nein:  zu kurz

zu lang

Vielen Dank!



## Anhang 5 PILOT Form A

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, sich Zeit (ca. 15-20min) für die Beantwortung der drei nachfolgenden Fragebögen zu nehmen. Bitte schicken Sie mir diese möglichst bald zurück!

Sie helfen damit der wissenschaftlichen Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit.

Meine Frage an Sie:

In welcher Weise (sowohl im positiven als auch im negativen Sinne) würden die nachfolgend genannten Beschreibungen Ihrer Meinung nach das beratende oder therapeutische Gespräch, die beratende oder therapeutische Arbeit sowie Ihre Anteilnahme beeinflussen?

Ich möchte gerne wissen, ob die folgenden Aussagen oder Handlungen von Ihnen eher als hilfreich oder eher als hinderlich empfunden wurden.

Dabei verstehen Sie bitte

hilfreich:

ähnlich wie *nützlich, wirksam*; beeinflusst Ihre Gedanken, Ihre Gefühle, Ihr Verhaltenskonsequenzen positiv; bringt Sie der Lösung Ihrer Probleme bzw. Ihrem Ziel näher.

hinderlich:

als das Gegenteil von hilfreich; ähnlich wie *unpassend*;

behindert Sie bei Ihren Gedanken, in Ihrer Gefühlswahrnehmung, bei der Lösung Ihrer Probleme.

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen so, dass Sie zu jeder einzelnen Aussage ein Kreuz in eine der Ziffern von +2 bis -2 machen (bitte nicht dazwischen!), je nachdem, ob das fragliche Berater/Therapeutenverhalten Ihrer Meinung nach (sehr, eher) hilfreich oder (sehr, eher) hinderlich ist, unabhängig von meiner Person.

- +2 : wäre sehr hilfreich
- +1 : wäre eher hilfreich
- 0 : hätte keinen Einfluss, ist weder hilfreich noch hinderlich
- 1 : wäre eher hinderlich
- 2 : wäre sehr hinderlich

### Der Berater/Therapeut

|   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| 1. formuliert präzise   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 2. macht mir die Zusammenhänge meines Problems oder Konfliktes verständlich   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 3. zeigt unterschiedliche Lösungen auf  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 4. zeigt mir, dass ich das halbleere Glas Wasser auch als halbvoll sehen kann | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 5. formuliert verständlich  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 6. spricht psychologisch-professionell  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 7. geht sachlich auf den Anderen ein  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 8. verhält sich herausfordernd  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 9. gibt mir die Freiheit, sein Angebot anzunehmen oder nicht                  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 10. schätzt mich  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 11. nimmt für mich Partei   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 12. bringt mich dazu, mir selbst Gedanken zu machen                           | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 13. ... und ich haben die gleiche ‚Chemie‘                                    | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

|   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| 14. ist ein ganz anderer Mensch als ich   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 15. ist ganz unvoreingenommen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 16. lässt mich nicht aus den Augen  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 17. benutzt meine Sprache   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 18. nimmt sich viel Zeit beim Zuhören   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 19. gibt mir viele Anregungen mit   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 20. zeigt mir eine neue Perspektive im Umgang mit meinem Problem  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 21. gliedert und ordnet regelmäßig zwischendurch das, was er sagt   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 22. ist einfühlsam  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 23. hält körperlich Abstand   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 24. lässt seine Betroffenheit erkennen  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 25. lässt erkennen, dass ein Therapeut auch ein Mensch ist  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 26. verhält sich warm und verständnisvoll   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 27. liegt mit seiner Aussage/seinem Tun absolut richtig   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 28. holt mich aus meinem Versteck heraus  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 29. hört mir überwiegend schweigend zu und kommentiert gelegentlich treffend<br>mein Verhalten                          | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 30. spricht mich mit Namen an   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 31. erkennt rasch, worum es geht  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 32. nimmt sich für mich Zeit  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 33. zeigt Zuversicht in meine Heilungschancen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 34. arbeitet am gleichen Ziel wie ich   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 35. zeigt Verständnis für meine Ängste  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 36. macht mir meine Schwäche deutlich   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 37. zeigt mir seine Sorge um mich   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 38. ist wirklich offen für mich   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 39. stellt eine Stimmigkeit zwischen uns her  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 40. weicht mir nicht aus  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 41. erträgt Kritik  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 42. schafft eine ruhige Atmosphäre  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 43. kann auch mit Schweigen umgehen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 44. lässt mich an Erfahrungen anderer Menschen teilhaben (anonym) ,damit ich<br>sehe, dass es auch Anderen ähnlich geht | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 45. schafft eine Atmosphäre, in der ich keine Angst habe und mich nicht schämen<br>muß                                  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 46. schafft eine klare Struktur für unsere Arbeit   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 47. anderes:<br>.....   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 48.<br>.....  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 49.<br>.....  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

In wieweit würden Sie das Berater- oder Therapeutenverhalten als (sehr, eher) hilfreich oder als (sehr, eher) hinderlich empfinden, wenn Ihre Reaktionen darauf in folgender Weise ausfielen?

Bitte wählen Sie unter den nachfolgenden 5 Kategorien:

- +2 : wäre sehr hilfreich
- +1 : wäre eher hilfreich
- 0 : hätte keinen Einfluss, ist weder hilfreich noch hinderlich
- 1 : wäre eher hinderlich
- 2 : wäre sehr hinderlich

|  |    |    |   |    |    |
|--|----|----|---|----|----|
| 1. ich würde mich gut verstanden fühlen  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 2. ich würde mich danach sehr betroffen fühlen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 3. ich würde spüren, dass mich der Therapeut versteht                                  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 4. etwas Wichtiges würde klar  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 5. ich könnte die Widersprüche in meinem Erleben als gegenwärtige Gegebenheit annehmen | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 6. ich würde merken, dass mir der Therapeut eine große Hilfe ist                       | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 7. ich würde mich dem Therapeuten besonders nahe fühlen                                | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 8. ich würde merken, dass ich alles sagen kann, was mich bewegt                        | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 9. ich würde mich unterstützt und bestätigt fühlen                                     | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 10. ich würde mich wie von großer Last befreit erleben                                 | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 11. ich könnte meine Schwächen gut akzeptieren   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 12. anderes  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| .....  |    |    |   |    |    |
| .....  |    |    |   |    |    |
| 13.  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| .....  |    |    |   |    |    |
| .....  |    |    |   |    |    |
| 14.  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| .....  |    |    |   |    |    |
| .....  |    |    |   |    |    |

Welchen Einfluss hätte Ihrer Meinung nach das Therapeutenverhalten darauf, dass Sie aus der Beratung oder Therapie in Ihrem Alltag die folgenden Konsequenzen zögen?

Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Kategorien aus.

- +4 : der Berater / Therapeut hätte einen unbestreitbaren Einfluss darauf
- +3 : der Berater / Therapeut hätte einen deutlichen Einfluss darauf
- +2 : der Berater / Therapeut hätte einen gewissen Einfluss darauf
- +1 : der Berater / Therapeut hätte einen geringen Einfluss darauf
- 0 : der Berater / Therapeut hätte keinen Einfluss darauf

wenn der Berater oder Therapeut Sie dazu veranlasst, folgende Konsequenzen zu ziehen:

|   |   |    |    |    |    |
|---|---|----|----|----|----|
| 1. ich würde mich bemühen, auf Verhalten zu achten, das mich oder Andere stört          | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 2. ich würde mich bemühen, das, was ich im Umgang mit Anderen gerade fühle, zu beachten | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 3. ich würde mich bemühen, um die Veränderung meiner Lebenssituation zu kämpfen         | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 4. ich würde meine Art zu handeln prüfen und ändern                                     | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 5. ich würde mich in der Lage fühlen, Unterstützung von außen in Anspruch zu nehmen     | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 6. ich könnte meine momentanen Gefühle akzeptieren                                      | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 7. ich könnte meine Bedürfnisse und Wünsche artikulieren                                | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 8. ich wüßte jetzt, was ich tun zu hätte  | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 9. anderes:<br>.....  | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 10.<br>.....  | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 11.<br>.....  | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |

## Anhang 6 PILOT-Form B

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, sich Zeit (ca. 15-20min) für die Beantwortung der drei nachfolgenden Fragebögen zu nehmen.

Sie helfen damit der wissenschaftlichen Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit.

Meine Frage an Sie:

In welcher Weise (sowohl im positiven als auch im negativen Sinne) würden die nachfolgend genannten Beschreibungen Ihrer Meinung nach das beratende oder therapeutische Gespräch, die beratende oder therapeutische Arbeit, sowie Ihre Anteilnahme beeinflussen?

Ich möchte gerne wissen, ob die folgenden Aussagen oder Handlungen von Ihnen eher als hilfreich oder eher als hinderlich empfunden wurden.

Dabei verstehen Sie bitte

Hilfreich:

ähnlich wie *nützlich, wirksam*; beeinflusst Ihre Gedanken, Ihre Gefühle, Ihr Verhaltenskonsequenzen positiv; bringt Sie der Lösung Ihrer Probleme bzw. Ihrem Ziel näher.

Hinderlich:

als das Gegenteil von hilfreich; ähnlich wie *unpassen* ;

behindert Sie bei Ihren Gedanken, in Ihrer Gefühlswahrnehmung, bei der Lösung Ihrer Probleme.

Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen so, dass Sie zu jeder einzelnen Aussage ein Kreuz in eine der Ziffern von +2 bis -2 machen (bitte nicht dazwischen!), je nachdem, ob das fragliche Berater-/Therapeutenverhalten Ihrer Meinung nach (sehr, eher) hilfreich oder (sehr, eher) hinderlich wäre, unabhängig von meiner Person.

- +2 : wäre sehr hilfreich
- +1 : wäre eher hilfreich
- 0 : hätte keinen Einfluss, ist weder hilfreich noch hinderlich
- 1 : wäre eher hinderlich
- 2 : wäre sehr hinderlich

Der Berater/Therapeut

|   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| 1. stellt schnell eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre her          | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 2. überlässt mir die Schritte, die ich irgendwie auch selbst tun kann | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 3. geht das Problem auf unterschiedlichen Wegen mit mir an            | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 4. bietet mir eine Lösung an, die er für sinnvoll hält                | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 5. formuliert kurz und prägnant                                       | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 6. spricht bildlich   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 7. benutzt Beispiele, Wortbilder, Geschichten                         | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 8. formuliert herausfordernd  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 9. verhält sich humorvoll – augenzwinkernd                            | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 10. würdigt meine Person  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 11. verhält sich unparteiisch   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 12. macht wenig Worte   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 13. bringt mich dazu, selbst zu entscheiden                           | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

|  |    |    |   |    |    |
|--|----|----|---|----|----|
| 14. ist mir ähnlich  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 15. zeigt viel Neugier   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 16. sprüht nur so von Ideen  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 17. hindert mich an der Flucht vor dem unangenehmen Thema  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 18. macht mir Komplimente für das, was ich schon erreicht habe   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 19. achtet mit seiner Mitteilung/Botschaft auf den richtigen Zeitpunkt   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 20. hat zündende Ideen für mich  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 21. formuliert seine Äußerung sehr einfach und verständlich  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 22. erklärt ausführlich  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 23. stellt körperliche Nähe her, wenn ich sie brauche  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 24. bleibt mit seinen eigenen Gefühlen auf Distanz   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 25. versteht mich, ohne dass ich etwas sagen muss  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 26. lässt viel Akzeptanz erkennen  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 27. sagt oder tut etwas genau an der richtigen Stelle  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 28. macht einen kompetenten Eindruck   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 29. ist aktiv und direkt   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 30. macht keinen Lösungsvorschlag, deutet lediglich mein Verhalten und<br>überlässt mir die Lösung für die Zukunft | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 31. lässt nicht locker, wo ich ausweichen will   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 32. formuliert/verhält sich so, dass ich auf einmal eine Lösung sehe   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 33. hört geduldig zu   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 34. wirkt aufrichtig   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 35. schweigt im richtigen Moment   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 36. stimmt mit mir hinsichtlich der nächsten Schritte überein  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 37. zeigt eine ganz persönliche (authentische) Reaktion  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 38. dröselt mit mir genau auf, was gerade passiert ist   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 39. berichtet auch von eigenen Lebenserfahrungen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 40. anderes<br>.....   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| .....  |    |    |   |    |    |
| 41.<br>.....   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| .....  |    |    |   |    |    |
| 42.<br>.....   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

In wieweit würden Sie das Berater- oder Therapeutenverhalten als (sehr, eher) hilfreich oder als (sehr, eher) hinderlich empfinden, wenn Ihre Reaktionen darauf in folgender Weise ausfielen?

Bitte wählen Sie unter den nachfolgenden 5 Kategorien :

- +2 : wäre sehr hilfreich
- +1 : wäre eher hilfreich
- 0 : hätte keinen Einfluss, ist weder hilfreich noch hinderlich
- 1 : wäre eher hinderlich
- 2 : wäre sehr hinderlich

|   |    |    |   |    |    |
|---|----|----|---|----|----|
| 1. der Kern meines Problems würde sichtbar  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 2. ich würde mich danach richtig gut fühlen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 3. ich würde merken, dass ich mir etwas vormache  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 4. ich hätte ein regelrechtes Aha-Erlebnis  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 5. ich würde die Zusammenhänge zwischen meinem Denken und Verhalten und meinen Problemen erkennen | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 6. ich könnte die Gegensätze in mir in Einklang bringen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 7. das vom Therapeuten Gesagte/Getane würde mich (fast) zu Tränen rühren                          | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 8. ich würde mich geborgen fühlen   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 9. ich wäre mit meinen tiefen Gefühlen in Kontakt   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 10. ich würde mich wie neugeboren fühlen  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 11. ich würde mit Vertrauen auf meine Stärken blicken   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| 12. anderes:<br>.....   | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| .....   |    |    |   |    |    |
| 13.<br>.....  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |
| .....   |    |    |   |    |    |
| 14.<br>.....  | -2 | -1 | 0 | +1 | +2 |

Welchen Einfluss hätte Ihrer Meinung nach das Therapeutenverhalten darauf, dass Sie aus der Beratung oder Therapie in Ihrem Alltag die folgenden Konsequenzen zögen?

Bitte wählen Sie aus den nachfolgenden Kategorien aus.

- +4 : der Berater / Therapeut hätte einen unbestreitbaren Einfluss darauf
- +3 : der Berater / Therapeut hätte einen deutlichen Einfluss darauf
- +2 : der Berater / Therapeut hätte einen gewissen Einfluss darauf
- +1 : der Berater / Therapeut hätte einen geringen Einfluss darauf
- 0 : der Berater / Therapeut hätte keinen Einfluss darauf

wenn der Berater oder Therapeut Sie dazu veranlasst, folgende Konsequenzen zu ziehen:

|   |   |    |    |    |    |
|---|---|----|----|----|----|
| 1. ich würde mich bemühen, zu erkennen, dass jeder Mensch eine unterschiedliche Sichtweise hat                            | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 2. ich würde mich bemühen, das, was ich fühle, während ich handele, zu beachten   | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 3. ich würde versuchen, meine Stärken und Möglichkeiten zu nutzen   | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 4. ich daran glauben, dass Andere mich unterstützen und mir helfen wollen   | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 5. ich würde für mich selbst Verantwortung übernehmen, soweit es sinnvoll und mir möglich wäre                            | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 6. ich könnte mich mit Anderen auseinandersetzen  | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 7. ich könnte meine Wirkung auf Andere deutlich beobachten  | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 8. ich wüsste, was ich später auch ohne Berater/Therapeut tun könnte, ohne in alte Muster zurückzufallen.                 | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 9. ich könnte mich auf mein Selbstvertrauen stützen   | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 10. ich würde mit Mut an neue und auch an alte Herausforderungen herangehen   | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 11. ich würde aufhören, mich meiner selbst und wegen meiner Lebenssituation zu schämen und deswegen unter Druck zu setzen | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 12. anderes:<br>.....<br>.....  | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |
| 13.<br>.....<br>.....   | 0 | +1 | +2 | +3 | +4 |



## Anhang 7 Anleitung zur Beantwortung des Fragebogens HILF

Bitte gehen Sie im Geiste noch mal die heutige bzw. letzte Sitzung durch und schreiben hier auf - so gut es geht - welches Verhalten von mir auf Sie eine besondere Wirkung ausgeübt hat.

Ich möchte gerne wissen, **was** von dem, was ich gesagt (oder getan) habe, von Ihnen als besonders hilfreich empfunden wurde, und in welcher Weise. Dabei verstehen Sie bitte hilfreich in etwa wie *nützlich, wirksam, treffend; beeinflusst Ihre Gedanken, Ihre Gefühle, die Konsequenzen Ihres Verhaltens positiv; bringt Sie der Lösung Ihrer Probleme bzw. Ihrem Ziel näher.*

Beispiel für die Beantwortung des Antwortbogens:

1. Sie schreiben auf, was der Therapeut in etwa gesagt (getan) hat; er sagte z.B.: „*Da haben Sie mutig Ihre Deckung verlassen und etwas riskiert!*“
2. Sie versuchen, zu beschreiben, wie der Therapeut das gesagt (getan) hat, z.B.: *Das Bild traf genau, zeigte Anerkennung, und der Therapeut ließ keine Zweifel daran, das er dies auch so empfand.*
3. Sie werden dann anhand von mir vorgegebener Aussagen gefragt,

- d) wie Sie mein Verhalten als Berater/Therapeut in dieser speziellen Situation einschätzen,
- e) welche Empfindungen sich darauf bei Ihnen einstellten und
- f) welche Konsequenzen Sie (selbst) möglicherweise aus dieser Erfahrung ziehen werden/würden.

Bewerten Sie bitte dabei die vorgegebenen 71 Aussagen so, dass Sie zu jeder Aussage ein Kreuz in eine der Ziffern von 4 bis 0 machen (bitte nicht dazwischen!). Nutzen Sie bitte auch die ganze Bandbreite der Ziffern beim Ausfüllen des Antwortbogens! Eine Anzahl von Aussagen werden Sie vermutlich nicht mit dem oben Aufgeschriebenen in Verbindung bringen können. In diesen Fällen kreuzen sie bitte die „0“ an.

Die Ziffer wählen Sie danach aus, wie sehr sich in den folgenden 71 Beschreibungen das aufgeschriebene hilfreiche Verhalten Ihres Therapeuten Ihrer Meinung nach widerspiegelt, bzw. ob sie in dieser speziellen Situation gar keine Rolle spielen. Noch mal: es geht nur um die spezielle Situation, an die Sie sich erinnern, nicht um die gesamte Sitzung

Bezüglich der oben niedergeschriebenen Situation wären Ihrer Meinung nach z. B. die nachfolgenden Aspekte beraterischen/therapeutischen Verhaltens zwischen

4: trifft sehr zu    3                    2                    1                    0: trifft nicht zu/spielt keine Rolle einzuordnen.

a) Der Berater/Therapeut: (Beispiel)

Ihre persönliche Einschätzung:

|  |                                     |   |                                     |   |                                     |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| 43. stellte schnell eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre her | 4                                   | 3 | 2                                   | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 44. würdigte meine Person                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 2                                   | 1 | 0                                   |
| 45. machte wenig Worte   | 4                                   | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 | 0                                   |

b) Meine Empfindungen (Beispiel)

Ihre persönliche Einschätzung:

|  |                                     |   |   |   |                                     |
|--|-------------------------------------|---|---|---|-------------------------------------|
| 15. ich habe mich gut verstanden gefühlt             | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 | 3 | 2 | 1                                   |
| 16. ich habe mich wie von großer Last befreit erlebt | 4                                   | 4 | 3 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> |

c) Die Konsequenzen, die ich daraus ziehe: (Beispiel)

Ihre persönliche Einschätzung:

|  |                                     |   |   |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|
| 14. ich werde mich mit Anderen auseinandersetzen können    | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 2 | 1                                   | 0 |
| 15. ich werde meine Wirkung auf Andere deutlich beobachten | 4                                   | 3 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 |

Unter a)1. haben Sie beispielsweise die „0“ angekreuzt, unter a)2. die „4“, unter a)3. die „2“, unter b)1. die „4“ u. s. w. Die im Beispiel angekreuzten Ziffern bedeuten in diesem Beispiel also, dass Sie mit der anfangs von Ihnen beschriebenen Aussage des Therapeuten vor allem verbinden, dass der Therapeut *Ihre Person würdigte, Sie sich gut verstanden fühlten und als Konsequenz vermuten, dass Sie sich mit anderen auseinandersetzen können werden*; Sie bringen in diesem Zusammenhang die Handlung des Therapeuten dagegen nicht damit in Verbindung, dass in dieser Situation *der Therapeut z. B. eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre herstellte und Sie sich von einer großen Last befreit fühlten*.

Und jetzt können Sie den eigentlichen Fragebogen beantworten!

**Anhang 8 HILF-E**

Datum: ..... Chiffre (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geb.-Datum (X 00.00.00)):  
 .....

Die folgende Aussage/Handlung des Therapeuten in der heutigen Sitzung fand ich besonders hilfreich (versuchen Sie bitte möglichst genau die Aussage oder Handlung des Therapeuten wiederzugeben oder zu umschreiben!):

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Beschreiben sie bitte mit eigenen Worten, was am Therapeutenverhalten Sie hierbei als hilfreich empfanden:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Wenn Ihnen gar nichts einfällt, schätzen Sie bitte einfach die ganze Sitzung ein und beantworten Sie bitte auf jeden Fall die nicht nummerierten Fragen zum Schluss!

In wieweit passen die nachfolgenden Beschreibungen auf das obige Therapeutenverhalten ?

| a) Der Therapeut  | trifft sehr zu |   |   |   |   | trifft nicht zu /<br>spielt keine Rolle |
|---|----------------|---|---|---|---|---|
| 2. formulierte präzise  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| 3. machte mir die Zusammenhänge des Problems oder Konfliktes verständlich     | 5              | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| 4. zeigte unterschiedliche Lösungen auf                                       | 5              | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| 5. zeigte mir, dass das halbleere Glas Wasser auch halbvoll sein kann         | 5              | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| 6. benutzte ein geeignetes, passendes Beispiel, Wortbild oder eine Geschichte | 5              | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| 7. ging sachlich auf mich ein   | 5              | 4 | 3 | 2 | 1 |   |
| 8. ging das Problem auf unterschiedlichen Wegen mit mir (ihr, ihm) an         | 5              | 4 | 3 | 2 | 1 |   |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. sprach psychologisch-professionell                                   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. würdigte meine Person   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. verhielt sich unparteiisch  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. gab mir die Freiheit, auf sein Angebot einzugehen oder nicht        | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. brachte mich dazu, mir selbst Gedanken zu machen                    | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. war ganz unvoreingenommen   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. nahm sich viel Zeit beim Zuhören                                    | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. sagte oder tat etwas genau an der richtigen Stelle                  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. gab mir viele Anregungen mit  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. zeigte mir eine neue Perspektive im Umgang mit dem Problem          | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. gliederte und ordnete regelmäßig zwischendurch das, was er sagte    | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. war einfühlsam  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. verhielt sich warm und verständnisvoll                              | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. hinderte mich an der Flucht vor dem unangenehmen Thema              | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. machte mir Komplimente für das, was ich schon erreicht habe         | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. achtete mit seiner Mitteilung/Botschaft auf den richtigen Zeitpunkt | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. lag mit seiner Aussage/seinem Tun richtig                           | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. formulierte seine Äußerung einfach und verständlich                 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

In wieweit passen die nachfolgenden Beschreibungen auf das obige  
Therapeutenverhalten?

| a) Der Therapeut   | trifft sehr zu |   |   |   | trifft nicht zu /<br>spielt keine Rolle |
|--|----------------|---|---|---|---|
| 27. erkannte rasch, worum es ging  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 28. holte mich aus meinem Versteck heraus  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 29. zeigte mit seiner Aussage bzw. seinem Handeln Zuversicht in meine Chancen, meine Probleme und Konflikte zu lösen | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 30. ließ viel Akzeptanz erkennen   | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 31. stellte eine Stimmigkeit zwischen uns her  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 32. ging mit dem Thema (Problem oder Konflikt) kompetent um  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 33. war aktiv und direkt   | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 34. arbeitete am gleichen Ziel wie ich   | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 35. zeigte Verständnis für meine Ängste  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 36. machte mir meine Schwäche deutlich   | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 37. schuf eine Atmosphäre, in der ich keine Angst hatte und mich nicht schämen musste                                | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 38. ließ nicht locker, wo ich ausweichen wollte  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |
| 39. formulierte/verhielt sich so, dass ich auf einmal eine Lösung sah  | 5              | 4 | 3 | 2 | 1                                       |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 40. hörte geduldig zu  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41. wirkte aufrichtig  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 42. schwieg im richtigen Moment                                | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 43. stimmte mit mir hinsichtlich der nächsten Schritte überein | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44. zeigte eine ganz persönliche (authentische) Reaktion       | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 45. analysierte mit mir genau, was gerade passiert war         | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 46. war wirklich offen für mich                                | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 47. wich mir nicht aus   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 48. ertrug Kritik  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 49. konnte gut mit meinem Schweigen umgehen                    | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 50. übte konstruktive Kritik                                   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

b) Meine Empfindungen bei der beschriebenen Aussage oder Handlung des Therapeuten

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 51. ich fühlte mich gut verstanden   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 52. etwas Wichtiges wurde mir klar   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 53. ich konnte die Widersprüche in meinem Erleben als gegenwärtige Gegebenheit annehmen      | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 54. ich merkte, dass mir der Therapeut eine große Hilfe war                                  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 55. ich merkte, dass ich alles sagen konnte, was mich bewegte                                | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 56. ich erlebte mich wie von großer Last befreit   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 57. ich konnte meine Schwächen in diesem Moment gut akzeptieren                              | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 58. der Kern meines Problems wurde sichtbar  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 59. ich merkte, dass ich mir etwas vormachte   | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 60. ich erkannte die Zusammenhänge zwischen meinem Denken und Verhalten und meinen Problemen | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 61. ich konnte die Gegensätze in mir in Einklang bringen                                     | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 62. ich kam mit meinen tiefen Gefühlen in Kontakt  | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

In wieweit passen die nachfolgenden Beschreibungen auf das obige Therapeutenverhalten?

c) Die Konsequenzen, die ich aus der Aussage oder Handlung des Therapeuten ziehe:

|  |                |   |   |   |   |  |
|--|----------------|---|---|---|---|--|
|  | trifft sehr zu |   |   |   |   |  |
|  |                | trifft nicht zu /<br>spielt keine Rolle |   |   |   |  |
| 63. ich kann jetzt mit Vertrauen auf meine Stärken blicken   | 5              | 4                                       | 3 | 2 | 1 |  |
| 64. ich ermutigt, um die Veränderung meiner Lebenssituation zu kämpfen   | 5              | 4                                       | 3 | 2 | 1 |  |
| 65. ich werde meine Art, zu handeln, prüfen und ändern   | 5              | 4                                       | 3 | 2 | 1 |  |
| 66. ich werde mit Mut an neue oder auch alte Herausforderungen herangehen  | 5              | 4                                       | 3 | 2 | 1 |  |
| 67. ich weiß jetzt, was ich später auch ohne Berater/Therapeut tun könnte, ohne in ein altes Muster zurückzufallen | 5              | 4                                       | 3 | 2 | 1 |  |
| 68. ich bin ermutigt, meine Stärken und Möglichkeiten zu nutzen  | 5              | 4                                       | 3 | 2 | 1 |  |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 69. ich bin ermutigt, meine Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren                | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 70. ich bin ermutigt, das, was ich fühle, während ich handele, zu beachten         | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 71. ich werde mich auf mein Selbstvertrauen stützen können                         | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 72. ich bin ermutigt, das, was ich im Umgang mit Anderen gerade fühle, zu beachten | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Bitte beantworten Sie zum Schluss noch einige Fragen:

|  | sehr |   |   |   | gar<br>nicht |
|--|------|---|---|---|--------------|
| Wie aufnahmefähig waren Sie heute?               | 5    | 4 | 3 | 2 | 1            |
| Wie hilfreich empfanden Sie die heutige Sitzung? | 5    | 4 | 3 | 2 | 1            |
| War der Fragebogen (zu) lang?                    | 5    | 4 | 3 | 2 | 1            |

War Ihnen bei einigen Aussagen nicht ganz verständlich, was gemeint war? Wenn ja, welche waren das?

Es war(en) Nr.

Möchten Sie zum Verhalten des Therapeuten und Ihren Reaktionen oder Konsequenzen noch etwas mitteilen, was nicht im Fragebogen erfasst wurde?

Gab es hinderliche (wenig nachvollziehbare, unpassende) Aussagen/Handlungen des Therapeuten und wenn ja, welche?

Falls Sie den Fragebogen nicht beantworten konnten:

a) Was war aus Ihrer Sicht das Wichtigste, was innerhalb der Sitzung geschehen ist?

b) Wie verhielt sich der Therapeut im Zusammenhang mit dieser Erfahrung?

Vielen Dank!

## Anhang 9 Transskripte zu den Zusatzfragen 4 – 7 des HILF

Die Antworten der einzelnen zitierten Klienten sind durch das /-Zeichen voneinander getrennt.

**Frage 4:** bei der Beantwortung beurteilt man eher die ganze Sitzung als eine einzelne Handlung/ Ich beziehe bei der Beantwortung die Aussage auf mein Leben (Item in 62 bis 71)/ Items 14 und 39 sind ähnlich/ Item 3 und 16 sind ähnlich/ Mich hat bei allen Fragen gestört, dass "trifft nicht zu" und "spielt keine Rolle" dieselbe Markierung haben/ Nummer 17,47,60/ Nummer 59/ Nummer 47: ich übte keine Kritik!/ Items 47,58/ Ich fände es besser, wenn die Spalte "trifft nicht zu-spielt keine Rolle" auch zwei separate Spalten geteilt wäre/ Nummer 47/ Die Nummern 3, 4,18, 21,23, 27, 28,33, 37,38, 42,47, 48,49, 52,58,59, 60,61 und die Beantwortung der Fragen unter c) ist im jetzigen Zeitpunkt zu früh/ Nummer 52/ Gesamter Block C mit Ausnahme Frage 64+65+71, da ich bisher keine Probleme mit meinem Selbstvertrauen habe, hatte.

**Frage 5:** Mir fallen Sätze und Wirkungen auf mich meistarst an den nächsten Tagen ein. /die Reaktion auf sein Anliegen war klar, eindeutig, aber auch überraschend und konstruktiv. Für mich ! persönlich in meiner eigenen Situation klar aber auch verwirrend./meine Antworten beziehen sich auf den Tag der Sitzung, wobei erst viel später klar wurde, was er mit der Unterbrechung bezwecken wollte. Diese Unterbrechung war mir eine große Hilfe, wo meine Antworten anders ausfallen müssen./ Meine Empfindungen nach den einzelnen Sitzungen waren sehr unterschiedlich!/ Der Therapeut holte eine Münze um zu symbolisieren, dass es diese zwei Seiten und es unterschiedliche "Ansichten" gibt. Das war sehr anschaulich und handfest./ Das Therapeutenverhalten löste bei mir eine Mischung aus Angst und Vorfreude aus. Angst, die mit dem Therapeuten gemeinsam gearbeiteten Ziele nicht erreichen zu können. Vorfreude durch Erreichen der Ziele zu seelische Gesundheit und einen lebenswerten Leben zu gelangen./ Bezug zum eigenen Leben, zur eigenen Partnerschaft (Beispiele) finde ich hilfreich, weil es authentisch ist./ Ich habe die angebotene Möglichkeit, meinen Partner zu einer Sitzung mitbringen zu dürfen, als erleichternd empfunden./ Der Therapeut war sehr direkt und unverblümt, scheute sich nicht, klare Stellung zu beziehen, was ich als sehr hilfreich empfand!/ Die Rolle meines Mannes wurde für mich nicht ausreichend beleuchtet/ Ich fühlte mich (bzw. meine Gefühle) nicht ernst genommen. Alte negative Gefühle wurden wieder wach: ich bin nicht normal./ Möchte den Zusammenhang Wertschätzung durch Chef-Arbeit-Frust-Workaholic noch einmal aufgreifen; auch das Thema Freude auf zuhause nach der Arbeit, Frau, Kinder halte ich für wichtig. Beim vorherigen Arbeitgeber führte Mangel an "Chef-Wertschätzung" ebenfalls zu Frust./ Der Therapeut erkannte schnell den Zusammenhang zwischen jetziger Situation und Konditionierung in der Kindheit. Ich sah in diesem Zusammenhang einen Schlüssel - der Therapeut eher eine Fluchdecke und wollte nicht näher darauf eingehen. Die knappen Erläuterungen reichten aber, das bedeutende Gefühl zu Beginn der Sitzung aufzulösen./ Guter, hilfreicher Ansatz von Humor, gut dosiert und angemessen/War zulange mit Erklärungen zu administrativen Abwicklung beschäftigt, was meine Gesprächszeit verkürzte./ Ich fühle mich gut verstanden, aber nur leider manchmal das Gefühl, dass ich schnell sprechen muss, da der Therapeut unter Zeitdruck steht. Manchmal bekomme ich somit den Eindruck einer "leicht gekotzten" Atmosphäre; soweit bin ich bisher zufrieden und fühle mich kompetent beraten./ Es fällt mir schwer, meine eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen. Ohne Ihre beharrliche Unterstützung hätte ich die Verletzung der Äußerung wohl einfach „ geschluckt"./ Danke für deine Wärme. Die Umarmung, das Angebot dich anrufen zu dürfen und das Stück Schokolade am Schluss./ Das Verhalten des Therapeuten war völlig ok. Ich habe kein Vertrauen mehr in mich, konsequent das zu tun, was mir gut tut./ Ich fühle mich wie in einer Sackgasse und bin zu steif, um mich umzudrehen./ Es treffen nicht alle Aussagen auf die Situation zu. Es ist teilweise daher etwas schwierig, die Aussagen zu bewerten./ Gegebenenfalls ist die Schiefelage in der Beziehung nicht die "ursächlichste

Ursache" für das Problem. Warum es so gekommen?/ Das Verhalten des Therapeuten stieß bei mir auf Trotz, den ich schluckte, doch mit der Frage, ob mein Empfinden doch gerecht sei.

**Frage 6:** die Diät Tipps war mir zu pragmatisch (es ist ja nicht so, dass ich nicht wüsste, was gesund wäre). Die Vermutungen über Schadstoffe in der Wohnung schienen mir zu weit hergeholt - ich bin schon sehr überzeugt, dass sich psychische Probleme habe./ Er versucht manchmal zu früh, mir mit seinen eigenen Erklärungsmustern zuvorzukommen. / Er sagte mal zu mir: ihre Stimme tut mir in den Ohren weh, deshalb unterbrech ich Sie jetzt. Das fand ich sehr unpassend./ Für mich war die Heftigkeit in der Auseinandersetzung mit T. zunächst nicht nachvollziehbar./ Aussage des Therapeuten: "Sex-Chats sind normal! Verallgemeinerte Aussagen wie "Männer sind ebenso." ...Fand ich unangebracht./ Die Schnelligkeit macht mir zu schaffen. Das hat aber eventuell den Vorteil, dass in einer Sitzung überhaupt etwas in Bewegung kommt./ Einige verallgemeinernde Aussagen über die Unterschiede der Geschlechter, die in direktem Widerspruch zu meinem persönlichen Erfahrungen stehen.../ Der Therapeut versuchte an die letzte Sitzung anzuknüpfen, obwohl der Gegenstand der letzten Sitzung unbedeutend geworden war. Er baute eine Brücke mit einem Rollenspiel (was werden Sie Ihrem Chef sagen?") Auf meinen Einwand, dass dieses Thema nur Prioritätsnummer sieben vier drei sei, reagierte er ein wenig getroffen - schaltete dann aber sehr schnell um und ging auf die aktuelle Problematik ein./ "Zu schnelles Sprechtempo " (etwas vernuschelnd)./ Ja, die Frage was meine Freundin und ich im Urlaub in der Türkei für Kleidung getragen haben?/ Was ich mir auferlege und abverlange, ist „mörderisch ", weiß nicht, wie dies gemeint ist./ Aussage: „Sec-Chats sind normal". Normal im Sinne einer Häufigkeit, ja. Normal für das Paar, nein. Ich konnte nicht immer Ausreden. Wurde unterbrochen. Keine Begründung für die Aussage: "bis zum nächsten Mal nicht darüber reden."/ Die letzte „Frage“ an mich (" führe den Satz fort") war mir nicht klar (ich konnte damit schlecht umgehen, weil ich nicht wusste, worauf diese Ansprache zielte.)

**Frage 7a:** Mein Schreien und das Ringen mit einer Teilnehmerin, das anschließende fühlende Emotionen, das Gefühl von beschränkt sein, Stärke, Kraft, mich spüren, Lust auf mehr. (Fragebogen nicht skaliert)/ Das Gefühl zu bekommen, Unterstützung zu haben - nicht allein zu sein, Fortschritte zu machen, voranzukommen. Verstanden werden. Meine verletzte Seite zeigen und ausleben können./ Ich bin mit der Realität konfrontiert worden./ Einen Zusammenhang erkennen zwischen meinem Problem an meinen Verhaltensweisen. Ansprüchen in Alltag und Menschen gegenüber./ Mein Abschied/ Vertrauen fassen/ Es hat mein Selbstvertrauen gestärkt und mir gezeigt dass ich auf dem richtigen Weg bin/ Dass ich die Probleme ansprechen konnte, die mich beschäftigen (sehr viele Infos auf einmal)!/ Dass der Therapeut mich " richtig " erkannte/ W. wollte vom Therapeuten eine Aufgabe für die Ferienpause, zum Beispiel Massagen (lass dich verwöhnen). / Therapeut hat die Stimme ungehalten und eindeutig erhoben (Theo)/ Ein Dialog um das zentrale Problem begann/Die Erkenntnis, dass mein Selbstbewusstsein eine Stärkung braucht/ Er hatte schnell erkannt und erste Maßnahmen, das heißt vorerst weitere Sitzungen vorgeschlagen./ Sich besser verstanden zu fühlen/ Den Mut über die Scham zu sprechen, Lust und Gewalt./ Die Wiederholung der Feststellung Dritter, von mir etwas zum ersten Mal zu hören./ Die Zielvereinbarung: Auswirkung abwarten./ Ich bin ermutigt worden. Ich bin nicht" krank oder sträflich pervers."

**Frage 7b:** einfühlsam, unterstützend (Fragebogen nicht skaliert)/ Einfühlsam/ Er gab mir viele gute Anregungen mit/ Verständnisvoll und zuversichtlich/ toll!/ Vertrauensvoll, danke!/ Geduldig und verständnisvoll. Und aktiv (sehr wichtig)!/ Verständnisvoll/ Ich glaube W. war überrascht über die Aufgabe, nämlich nichts Intellektuelles abarbeiten zu müssen, sondern positiv den eigenen Körper zu spüren und so ein Stück sich anzunehmen und sich lieben zu lernen./ Diskussion über Gesprächsverläufe aus der Vergangenheit zu unterbrechen, beenden, da dies nicht weiterführt./ Professionell/ Korrekt/ Angemessen/ Hilfestellung bei der Zielformulierung, nichts vorgeschrieben: sehr gut/ Sehr gut. Treffend.