Uwe Mallin

Therapeut-Klient-Interaktion: Einstellungen und Interventionen

Anmerkung 1:

Einstellung bezeichnet in der Psychologie die implizite Gesamtbewertung einer oder mehrer 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.

Inhaltsverzeichnis

Einführung und Gliederung der Kapitel **1**
1. Einleitung **3**
1.1 Psychotherapie-Wirkungsforschung - wozu? 3
1.2 Wann kann eine therapeutische Intervention als wirksam betrachtet werden? 7
1.3 Ursprung meiner Fragestellungen 10
1.4 Fragestellungen 11
1.5 Zielsetzung meiner Arbeit 13
1.6 Theoretischer Hintergrund, Konstruktion und Besonderheiten der Studie 17
1.7 Die Bedeutung der Klientenperspektive in dieser Arbeit 19
1.8 Ausblick 21

2. Stand der Forschung **23**
2.1 Forschungskontext 23
2.2 Ergebnisse in der Psychotherapieforschung 27
2.3 Das Allgemeine Psychotherapiemodell von Orlinsky und Howard 63

Empirischer Teil: Darstellung der Methoden **74**
3.Grundlagen und Konstruktion des HILF **74**
3.1 Zum Begründungszusammenhang dieser Studie mit der Wirkfaktorenforschung 74
3.2 Einführung in den Forschungsgegenstand 89
3.3 Fragestellungen und Hypothesen. 91
3.4 Die Zielsetzung dieses Forschungsansatzes 93
3.5 Methodische Überlegungen zur Konzeption des Fragebogens HILF 98
3.6 Konstruktion des Fragebogens HILF 101

4. Fragebögen zur Erfassung von Einstellungen bei Therapeuten und Klienten **124**
4.1 Eigene Fragenkataloge: KLIENTENPROFIL, ERST und ABSCHLUSSFRAGEBOGEN 125
4.2 Fragebogeninventare: BFKE, FMP, FPI-R 137

5. Darstellung der Forschungsmethode der Qualitativen Inhaltsanalyse **147**
5.1 Theoretische Einführung 147
5.2 Einige Modelle inhaltsanalytischer Datenauswertung 149
5.3 Die ‚Grounded Theory' von Glaser und Strauss 154

Ergebnisteil **165**
6. Deskriptive Statistiken der Fragebogeninventare FPI-R, BFKE, FMP und Fragenkataloge ERST, ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, Zusatzfragen HILF **165**
6.1 Untersuchungsablauf 165
6.2 Allgemeine statistische Angaben zum Untersuchungskollektiv 167
6.3 Fragebogeninventare FPI-R, BFKE, FMP 169
6.4 Eigene Kurzfragenkataloge (ERST,ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, Zusatzfragen im HILF) 174
6.5 Diskussion der korrelativen Zusammenhänge (ERST, Zusatzfragen HILF, ABSCHLUSSFRAGEBOGEN, BFKE, FMP) 192

7. Qualitative und quantitative Auswertung des HILF **194**
7.1 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Auswertung des Fragebogens HILF 194
7.2 Auswertung der skalierten Fragebogendaten (HILF) mittels Faktorenanalysen. 254
7.3 Diskussion: Nutzen der Forschungsergebnisse 291

8. KLIENTENPROFIL **329**
8.1 Einführung in die Fragestellungen 329
8.2 Fragestellungen 331
8.3 Deskriptive Auswertungen der Skalierungen 331
8.4 Korrelationsstatistische Auswertungen 332
8.5 Diskussion der Ergebnisse aus der Auswertung des KLIENTENPROFILs 367
8.6 Gesamt-Diskussion der Ergebnisse in Kap. 8 377

9. Diskussion des Forschungsansatzes und der Ergebnisse **384**
Literatur **405**
Anhang: Die Fragebögen **419**

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 konstruierte 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 Therapeuten-Interventionen aus Klientensicht können gemeinsamen Faktoren zugeordnet werden? Im dritten Teil werden beide methodischen Verfahren, die der qualitativen Inhaltsanalye 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 ängstigenden 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 positivistischen 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[1] 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.

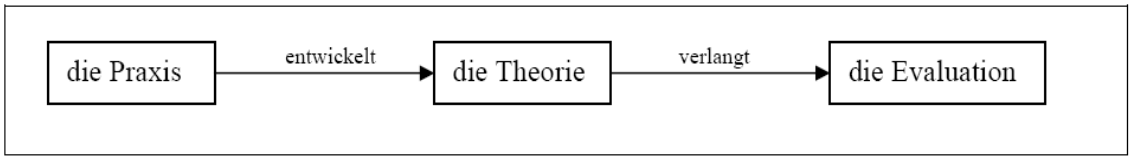
[1] *Nomothetisch* (griechisch *nomos* ‚Gesetz‘ und *thesis* ‚aufbauen‘) bezeichnet eine Forschungsrichtung, bei der das Ziel wissenschaftlicher Arbeit die Abstraktion des untersuchten Phänomenen ist, d.h. allgemeingültige Gesetze abgeleitet werden. Ihre Methoden sind experimentell, oft reduktionistisch,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

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 (s. zu dieser Thematik Michael Polanyi: “Implizites Wissen“, 1985). 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 begrenzt durch Ableitung aus wissenschaftlich Erforschtem 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 Hintergrundeinflüsse 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 Zusammenhänge 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 TherapeutenInterventionen), 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. Deutungsaustausch 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.
Inspiriert 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[2] „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, Differenzerleben*“ 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*

[2] **Heuristik** (griech. *Heuriskein* ‚(auf-)finden‘, ‚entdecken‘) bezeichnet die Kunst, mit begrenztem Wissen und wenig Zeit zu guten Lösungen zu komme

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)

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 TherapeutenInterventionen 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. 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-Verschränkung entwerten. Somit bleibt es eine schwierig zu beantwortende 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, zwangsläufig 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 For-

schungsmethode 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 Untersuchungteils 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 zahlrei-

chen 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 „Schulenherkunft“.
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 Therapie-

schulen-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 i h r e r 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 Interaktionsse-

quenz hervorrufen. Seine Art der Erkenntnisgewinnung hat fast ausschließlich eine funktionale Bedeutung und lässt sich kaum theoriebildend verwerten.

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:

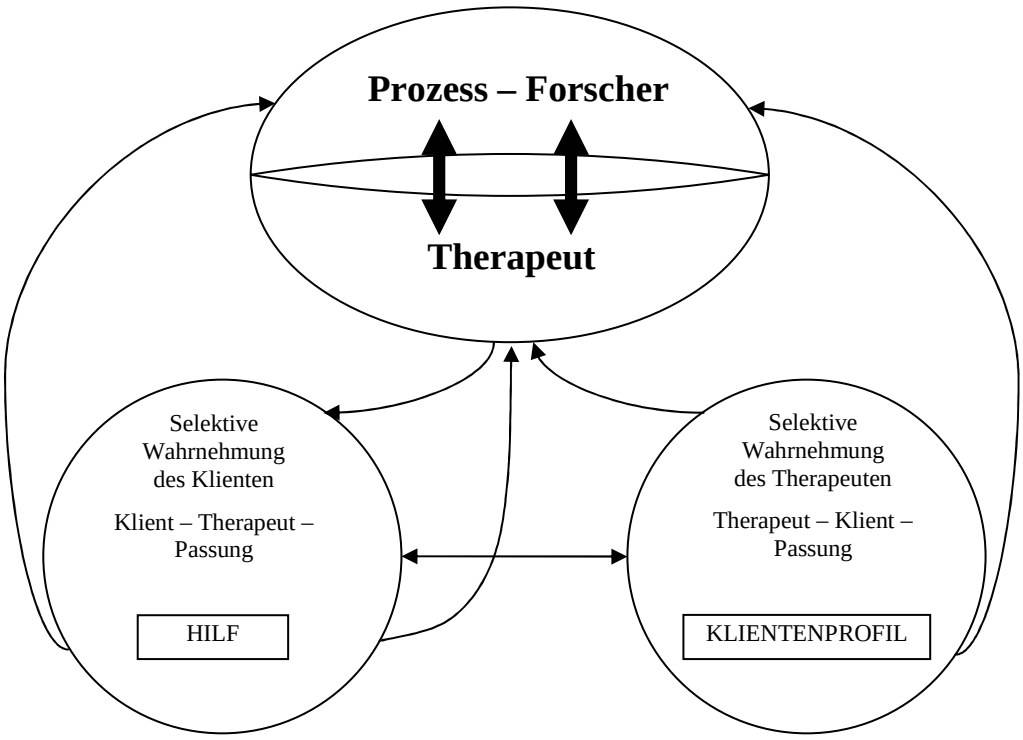


Abb. 1: Vereinfachtes Modell der Klient-Therapeut-Interaktion aus der Perspektive dieser Studie.

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 andern 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 Therapiegeschehen neutraler - ohne die Brille einer Therapieschule - zu beschreiben. Diese Unterscheidungen müssen für die Forschung operationalsierbar 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.

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 Kodes gebündelt und durch weitere Bündelung auf die höhere Generalisierungsstufe von Wirkkategorien transformiert. Exakterweise müsste von Interventionsfaktoren gesprochen werden. Da den TherapeutenInterventionen per se eine Wirkung (auf den Klienten) zugeschrieben wird, soll hier der allgemeine Sprachgebrauch ‚Wirkfaktor' beibehalten werden, wenngleich er in der Wirkfaktoren-Forschungsterminologie sehr unpräzise verwendet wird.

In Subsummierung der bisherigen Forschungsliteratur, insbesondere in Anlehnung an Orlinskys Modell möchte ich folgende heuristisch aufgestellte ***allgemeine Wirkfaktorenebenen*** 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, Thera-

piemotivation, 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 ‚vertragsgemäßen' 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.

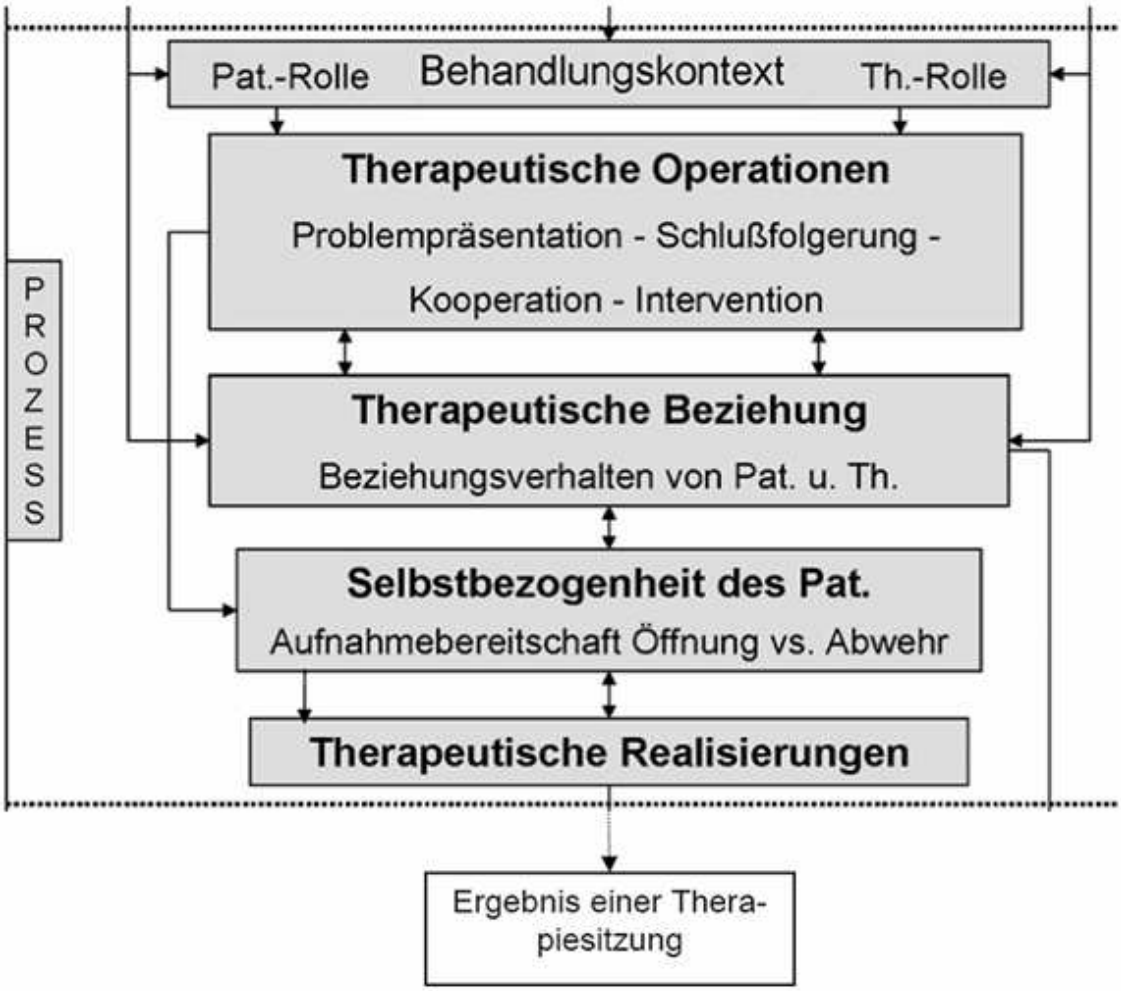


Abb. 3: Der prozessuale Aspekt aus dem Modell von Orlinsky (1988)

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 Therapeuten) 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 Therapeutensseite 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 The-

rapeut 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 bedeutsamsten 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 bis siebziger 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, das 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 Konfliktdarstellung, 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 den 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 therapeutischen 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 spielt.

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 Beziehungsproblemen, 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 faktorenanalytisch 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 à 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, <u>was</u> der Therapeut macht, bedeutsamer ist, <u>wie</u> 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 Interventionen 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, Veränderungsbemühungen). Diese sind notwendig, um Einstellungänderungen 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 diesen 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!). Dennoch meine ich, dass in der Forschung sowie in der schulengenerierten Theo-

rienbildung 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 Nachherein 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 therapierelevanten 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 Proßess einflußnehmende Hilfestellungen wahrgenommen werden.

Diejenigen Therapeuteninterventionen, die vom Klienten als „hilfreich“ erkannt werden (können), lassen sich als **hilfreiche TherapeutenInterventionen** im Sinne therapierelevanter Wirkkomponenten im Informations- und Deutungsaustausch 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 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 der vorliegenden 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 zusammenfallen.
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 Therapiegeschehen 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 TherapeutenInterventionen im Sinne einer ‚Wertschätzung', gemessen durch inhaltliche Beschreibung einerseits und Patienten*rating* 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 Therapeuten-Interventionen 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 Explo-

ration 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 relevante 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 Therapeuteninterventionen 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 unter der in diesem Kapitel beschriebenen Perspektive untersucht mittels

(a) indirekter Betrachtung, unter der

(b) Perspektive 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 Wirkfakor-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*[10]-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 ProzessDiagnostik 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 mög-

[10] *Rating*: Englisch für *Einschätzung, Beurteilung*

licherweise (zumindest aus Klientensicht) wirksamen 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 es 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 Herangehensweise.
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 TherapeutenInterventionen 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 Kategoriesystemen gelangen.
-

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 Kodes 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 Verbatimtransskripten 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 Verbatimtransskript ununterbrochen aufgeführte Therapeutenäußerung zwischen zwei verbalen Äußerungen des Patienten darstellte.

Ergebnisse: Die Kategorie der *minimalen Äußerungen* wurde als häufigste Therapeuten-Interventionsart 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 direktiver gestalteten. 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 wohlgemerkt 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:

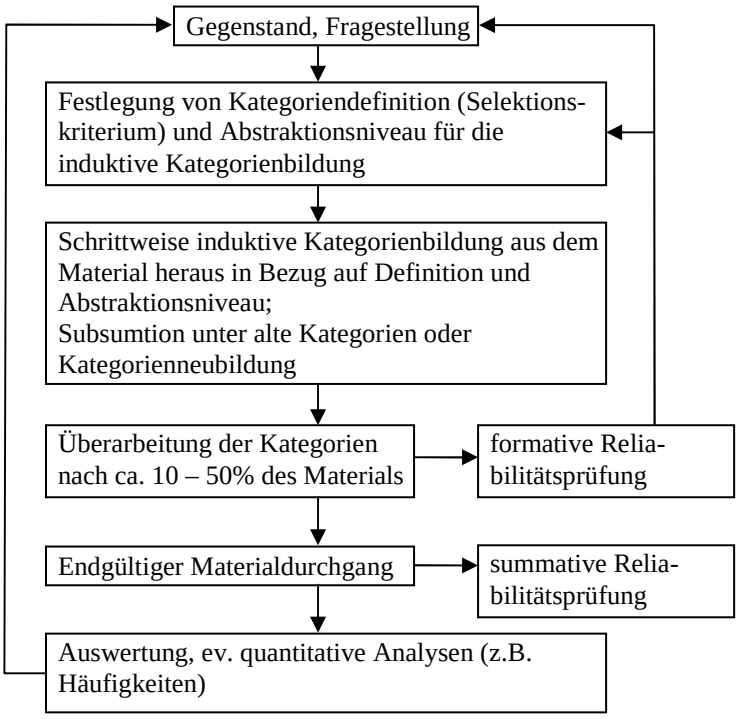


Abb. 4: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung von Mayring (2000)

Übertragen auf meinem Forschungsgegenstand würde das Modell wie folgt aussehen:

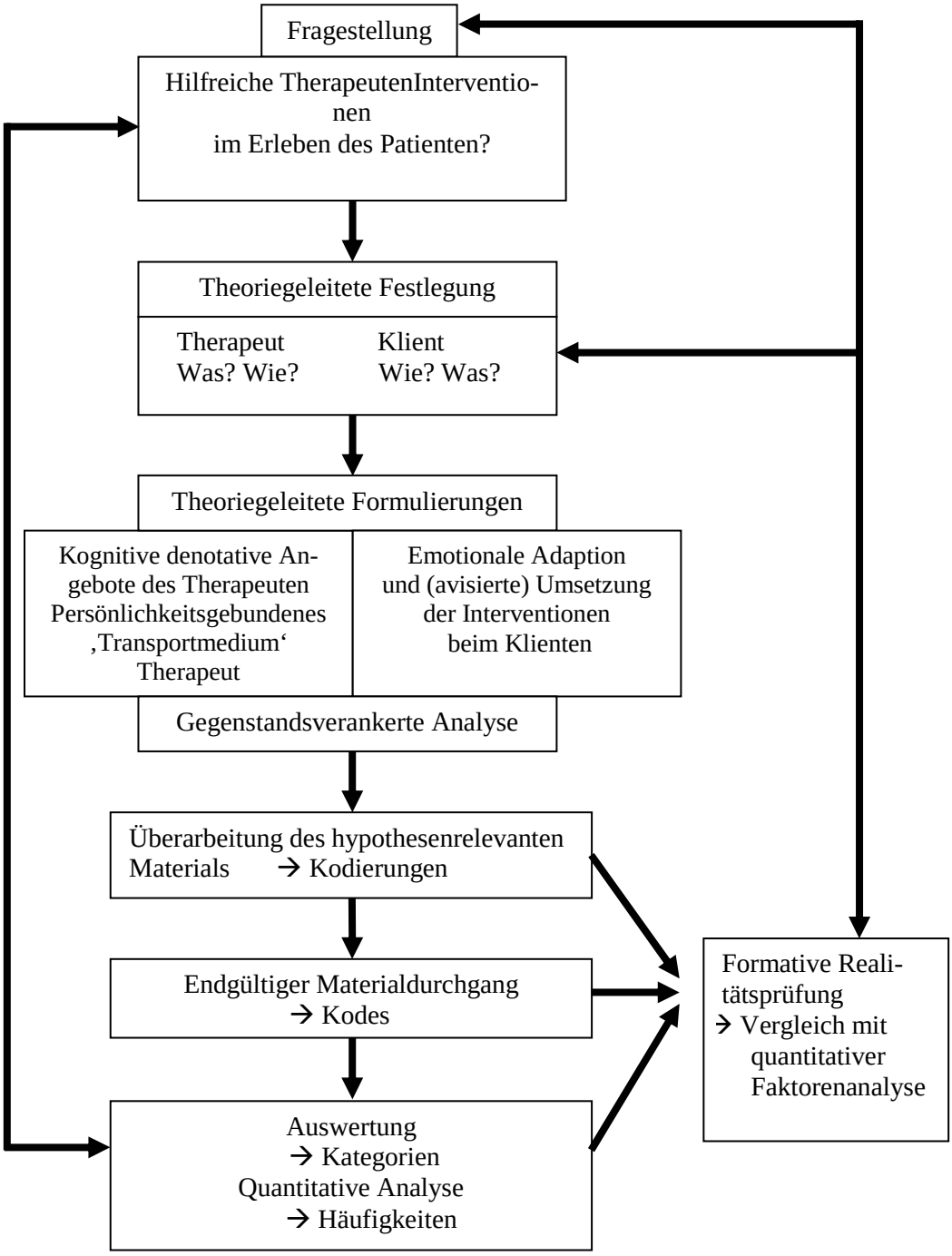


Abb. 5: Auf diese Studie übertragenes, von mir modifiziertes Abblaufmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring

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 Kodes) 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, Kodes 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 auswerten/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:

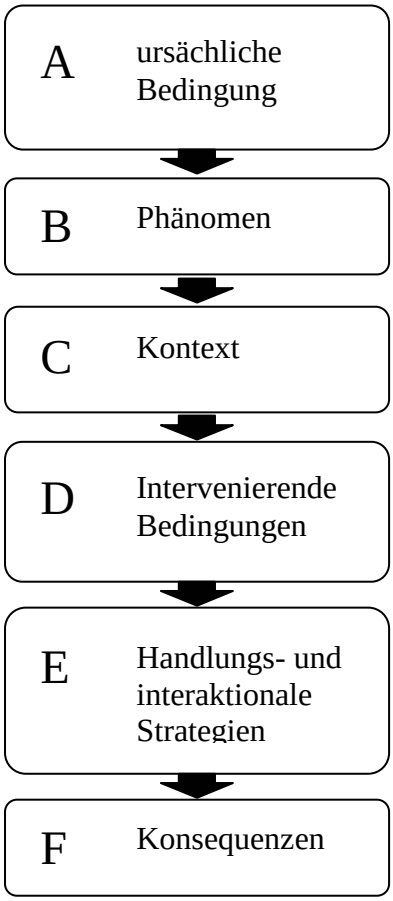


Abb. 6: Das paradigmatische Modell von Strauss und Corbin in vereinfachter Darstellung

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 Prakti-*

ker 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 durchzuarbeiten. 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 na-

türlich 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 welchen 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 Darstellung 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:

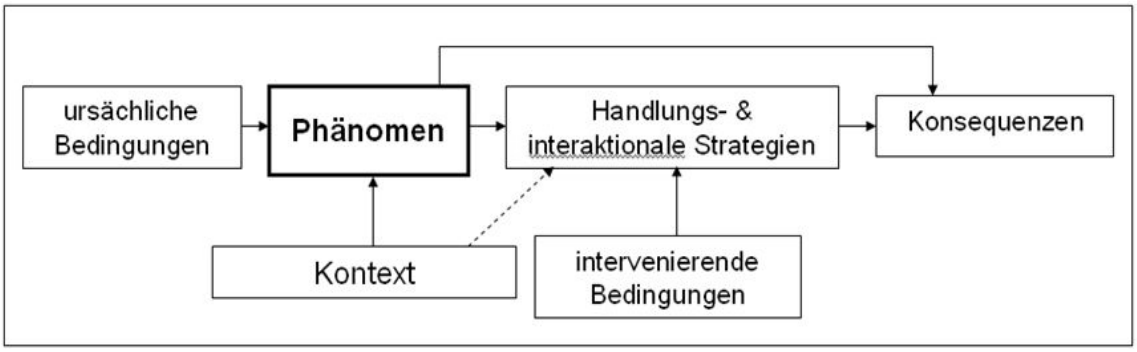


Abb. 7: Von mir modifiziertes paradigmatisches Modell nach Strauss und Corbin (1996)

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:

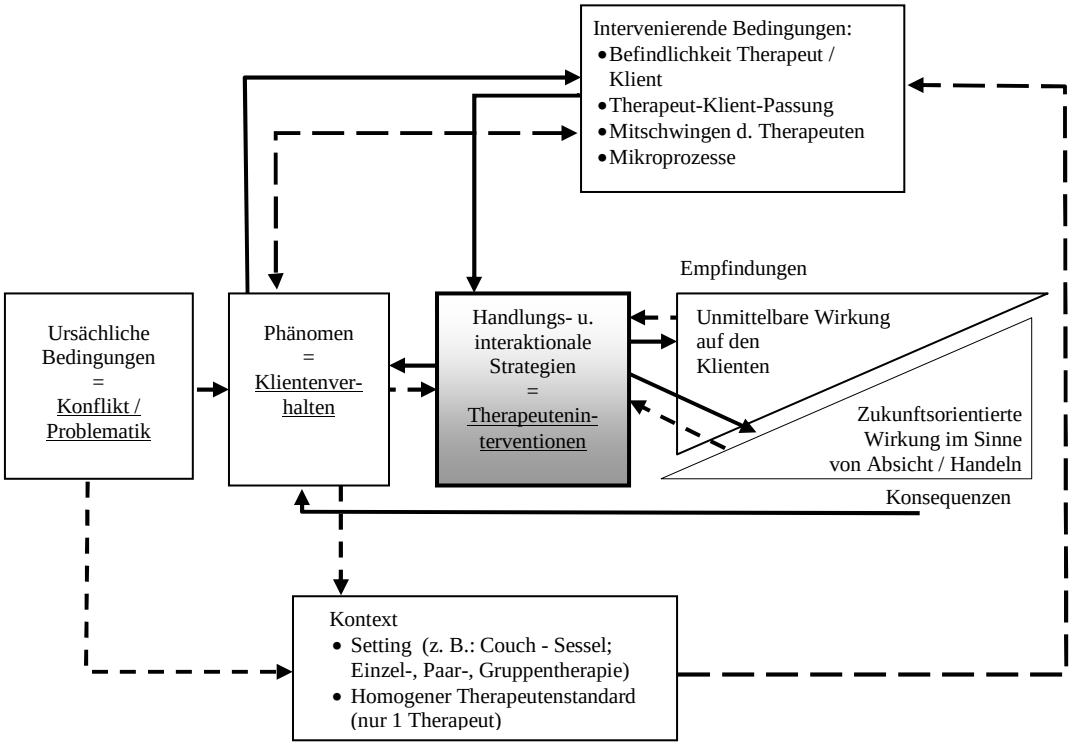


Abb. 8: Von mir modifiziertes, auf diese Studie zugeschnittenes paradigmatisches Modell nach Strauss & Corbin (1996)

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 Wir-*

kung (Empfindungen) der Intervention (normalerweise eine coverte Klientenreaktion) und die beabsichtigte (in sensu) oder auch schon umgesetzte 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 ‚*Hand-*

lungs-/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 Entwickllung 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 d i e 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.

7.
Qualitative und quantitative Auswertung des HILF[13]

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:

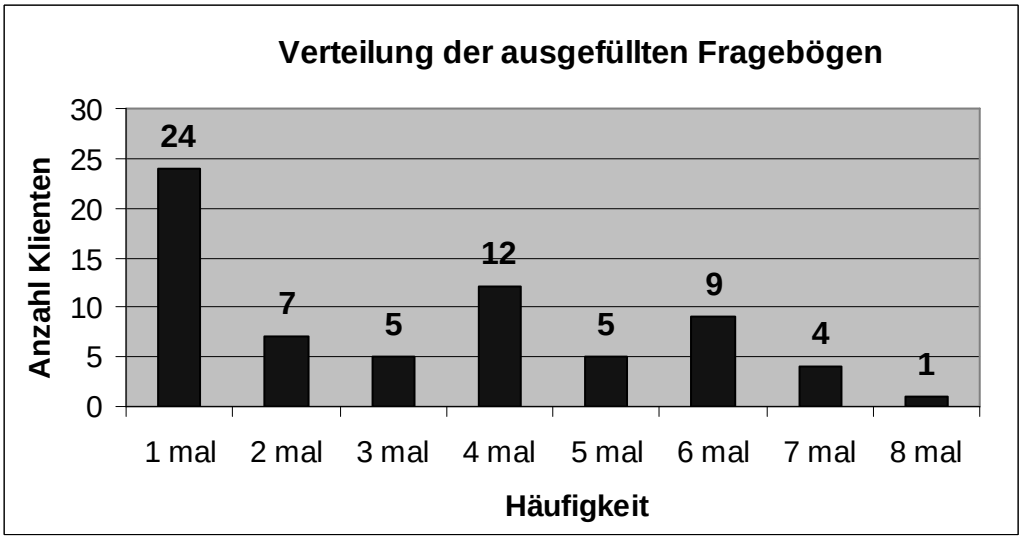


Abb. 9: Verteilung der ausgefüllten Fragebögen HILF je Klient:

4 Fragebögen mussten wegen Lücken in der Beantwortung herausgenommen werden.

[13] 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 inhalsanalytisch auswertbaren Fragebögen, aufgeteilt auf die vier Fragestellungen

Auswertung von N = 212 Fragebögen				
N Kodierungen	Fragestellung	Anzahl Fragebögen	Verhältnis: Kodierungen* ./. 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

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 Kodes 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 korrektiver 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 empfunden 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

Kodes 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)

Interpretation und Kritik zur I. Kernkategorie

Ob die Anzahl der Kodes 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 träfen, 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 Kodes, 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 Selbsterforschenden 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 ‚Feinmotori' 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 anbietet (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 Kodes 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. Mitteilungsmodus) *mittels :*

Empathie (Kode 21: 10 Kodierungen) - **Begleitung** (Kode 30: 4 Kodierungen) - **Therapeut als Gleicher** (Kode 19: 2 Kodierungen) –- **Offenheit** (Kode 37: 1 Kodierung) - **Autentizität** (Kode 40: 1 Kodierung)

In dieser Kategorie sind 5 Kodes 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 ge-*

macht, ermutigend mit Zielrichtung." ‚***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.

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 Kodes	4 Kodes	3 Kodes	5 Kodes	3 Kodes	5 Kodes	8 Kodes	7 Kodes	8 Kodes	9 Kodes	8 Kodes	5 Kodes	6 Kodes	4 Kodes	2 Kodes	2 Kodes	4 Kodes
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 Zusstandekommen verdeutlichen:

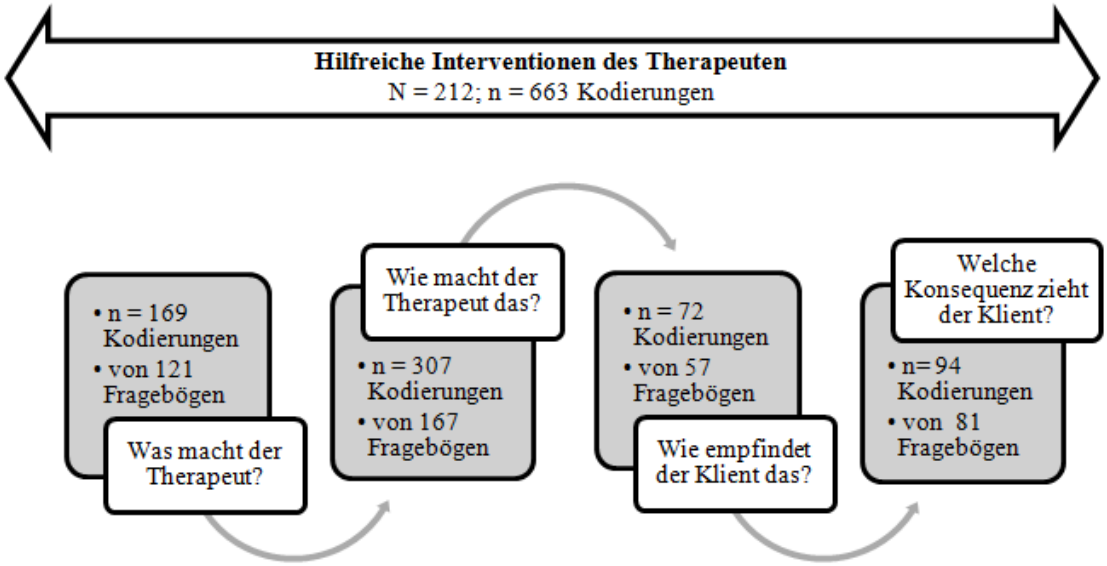


Abb. 10: lineares Modell der vier Kernkategorien

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:

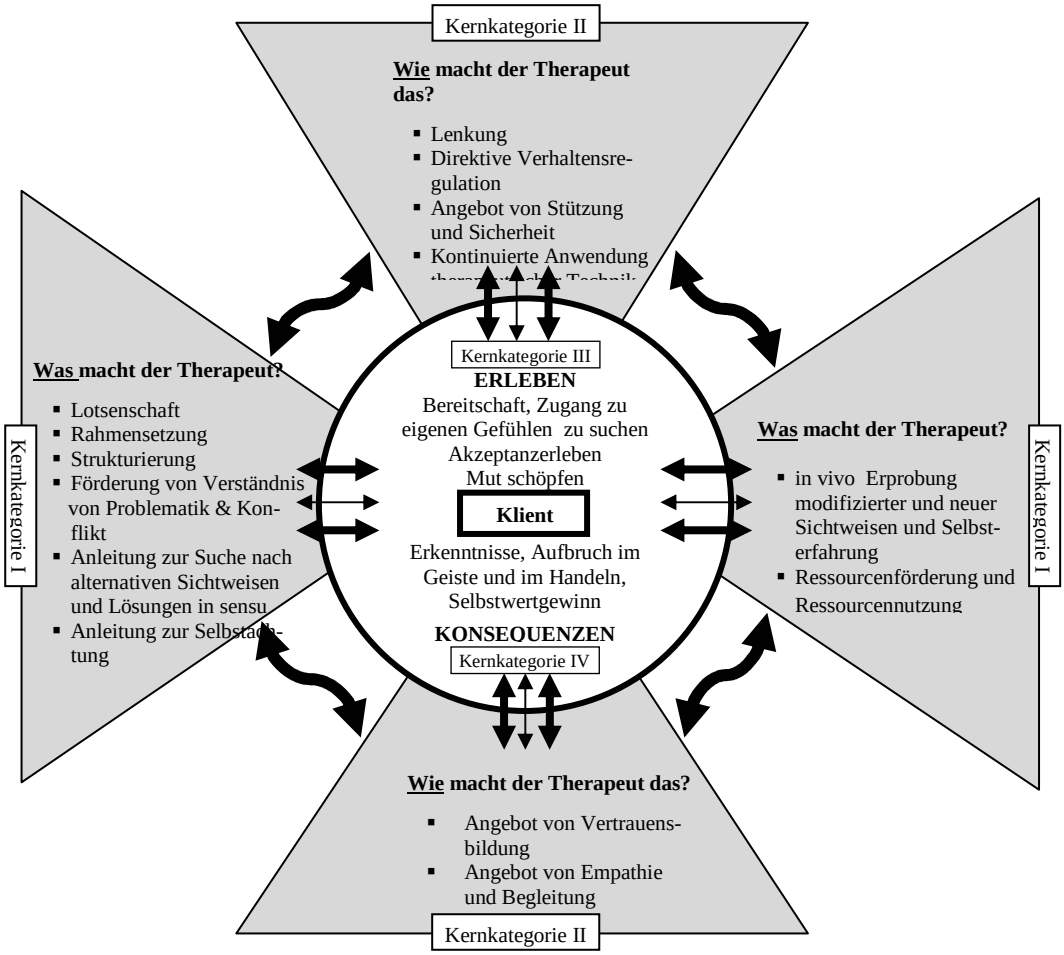


Abb. 10: Schaubild der Wechselwirkung von Therapeuten-Interventionen und Klientenerleben

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 hilfreichen therapeutischen Handelns (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.

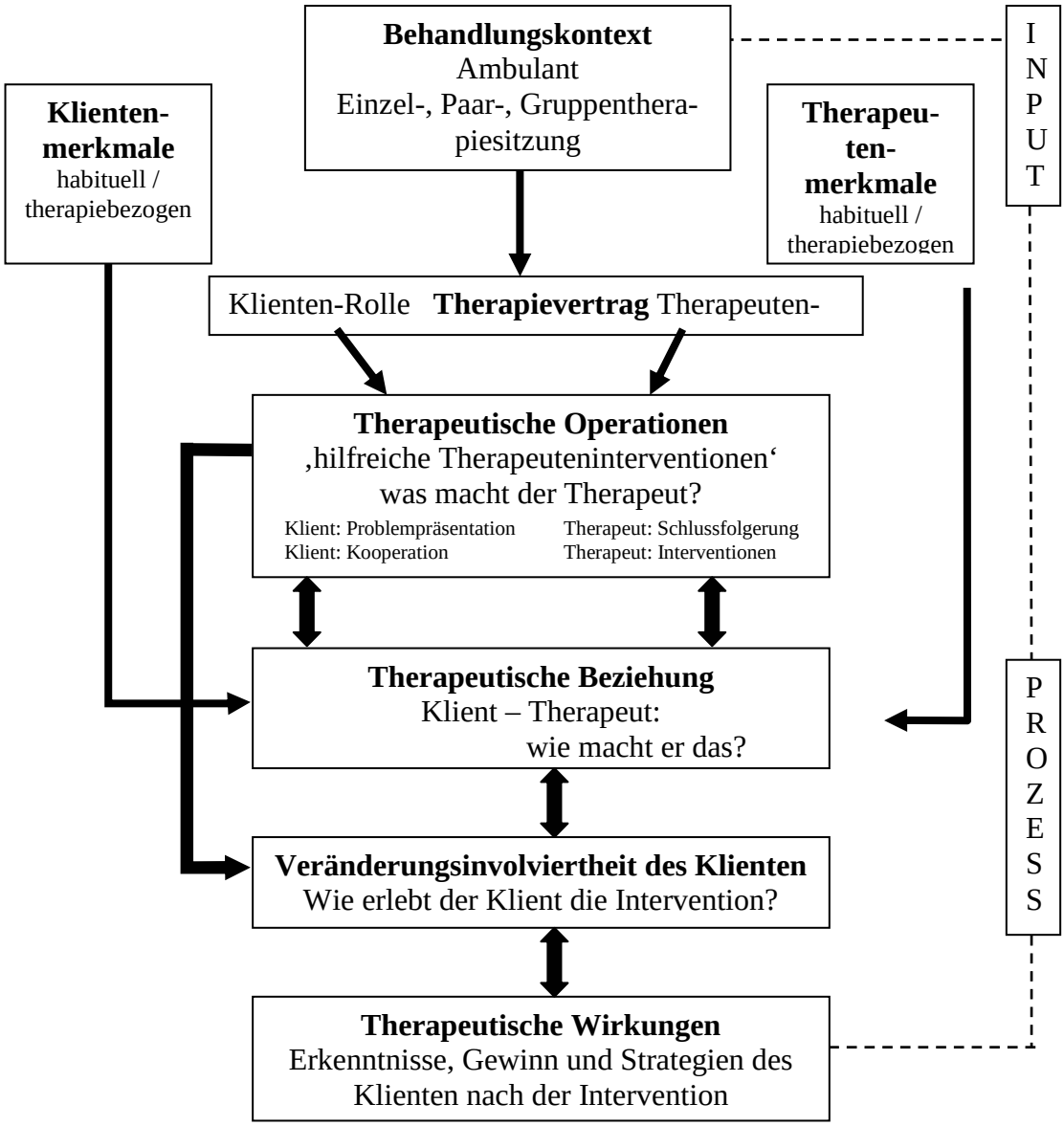


Abb. 11: Therapeuten-Interventionen und Klientenreaktionen (Modellananhmen unter Modifizierung des Models von Orlinsky,1988)

Eine Zusammenfassung und kritische Stellungnahme zu den Ergebnissen aus dem Fragebogen HILF findet sich im 9. Kapitel**.**

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 ≥ .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

Item	Kurzfassung des Items	Faktorladung
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 ≤ .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 ≤ .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 ≤ .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 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 wiederspiegeln.

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') <u>am höchsten skaliert</u> (≥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 (≤ 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 lösungsanbietenden, 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 avisierter Konsequenzen als im Skalierungsteil des Fragebogens.
Selbstverständlich muß bewußt bleiben, daß die Benenungen 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 erfah-**

renen 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 Therapeut 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.

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, dass dem nahekommt, 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 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.

gegebenen 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.

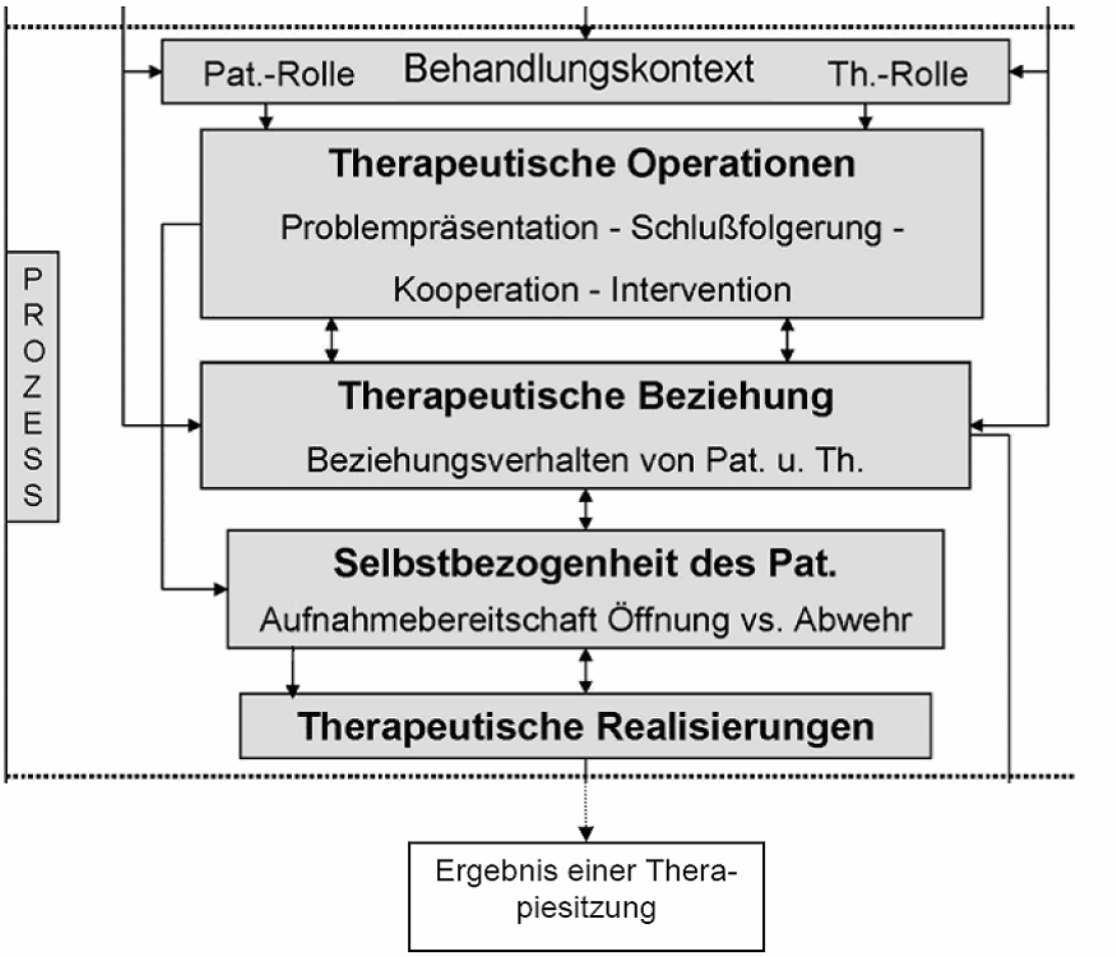


Abb. 12: Generic Model of Psychotherapy“ (nach Orlinsky, 1994)

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)

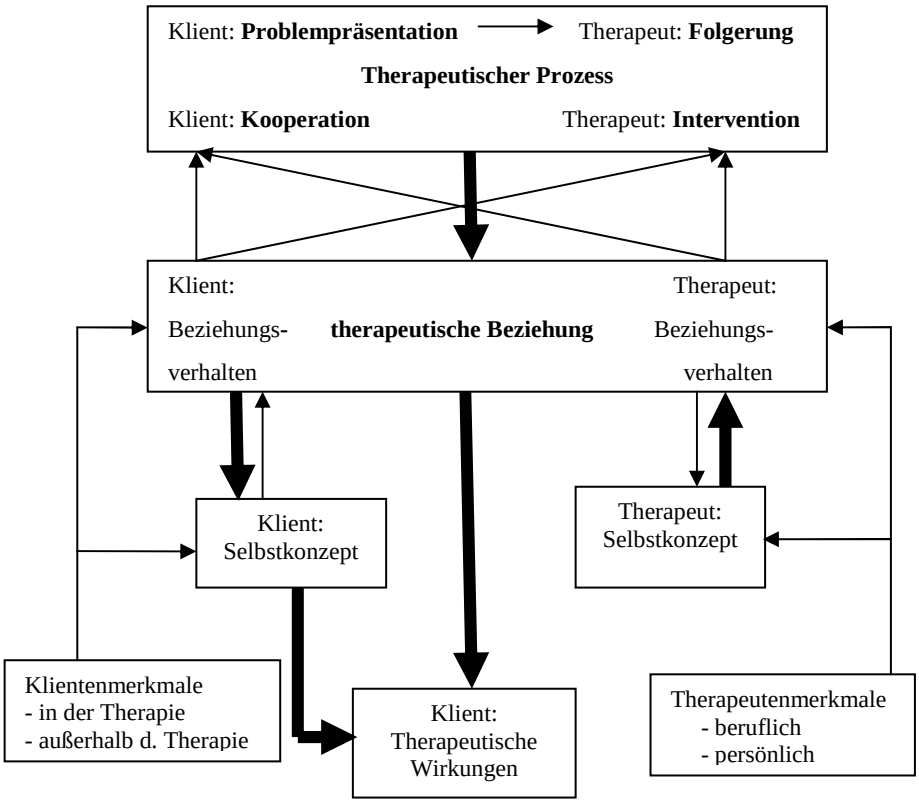


Abb. 13: Modifiziertes Modell nach Orlinsky (nur Prozessebene)

In der Abbildung 14 wird dieses Schema nochmals verändert, um meinen Forschungschwerpunkt zu verdeutlichen.

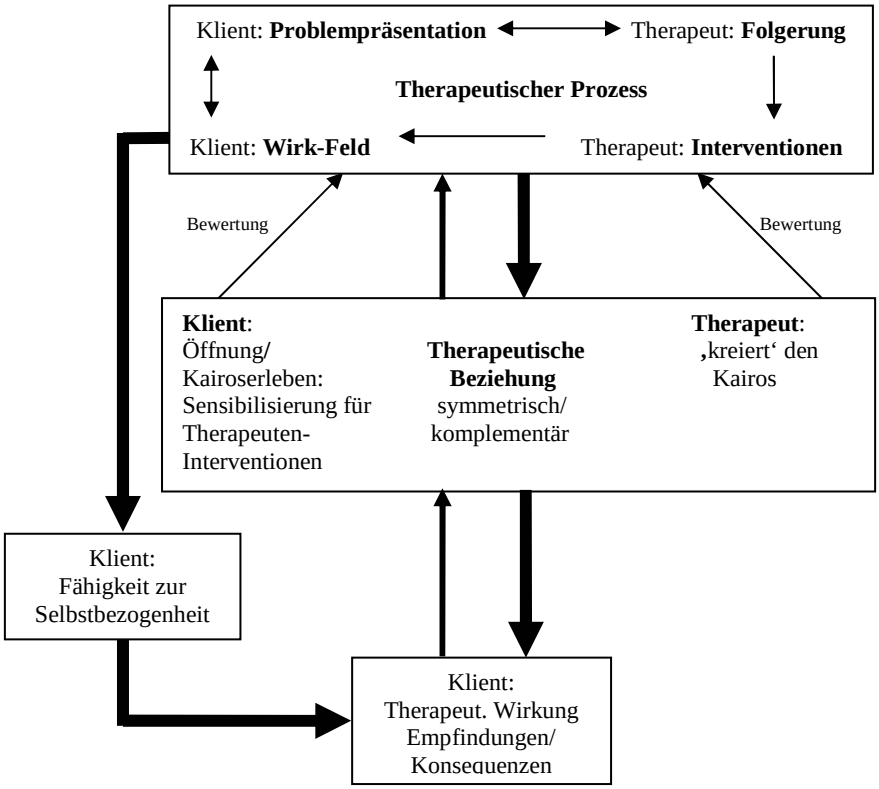


Abb. 14: Modifiziertes Modell nach Orlinsky. Therapeuten-Interventionen, der ‚Kairos' und die Wirkungen beim Klienten

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 kompromiert. Das Datenmate-

rial 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 Problemklärung. 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 <u>Interventionsstil</u> 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.

Bemerkenswerterweise haben Interventionen wie Herausforderung, zupackende, fordernde, aktive, strukturierende, direktive und lenkende Interventionen (Kernkategorie II*D,E*) einen hohen Stellenwert bei meinen Klienten erhalten, also Strategien, die geeignet sind, lagerorientierte[19] Denkroutinen der Klienten zu unterbrechen und einen handlungsorientierten Umgang mit ihren Anliegen zu forcieren.

‚***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

[19] 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.

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, 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 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 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. 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 direktive 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 Ergeb-

nis, 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 II*A*), 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 Sitzun-

gen 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.

[20] *Konfirmatorische FA*: ein Faktorenladungsmuster wird als Hypothese vorgegeben, im Gegensatz zur explorativen FA, die ohne Vorannahmen gerechnet wird.

Direktives Vorgehen: Selbstoffenbarung, Exploration von Aktivitäten, Zusammenfassen, Herausfordern, Erklären der Vorgehensweise.
S*trukturgebung*: 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

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 Bedürnisse und Identitätsziele des Klienten positiv zurückspiegeln und unter Wahrung der therpeutischen 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 Therapieveränderungen 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 beiden 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 Gewahr-werden 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 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 III*A*). 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 (2006) 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 <u>Konsequenzen</u>, 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 Konsequen-

zen. 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 IV*B*) 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 (IV*A*) 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(en) 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 diesen 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 Art von 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:

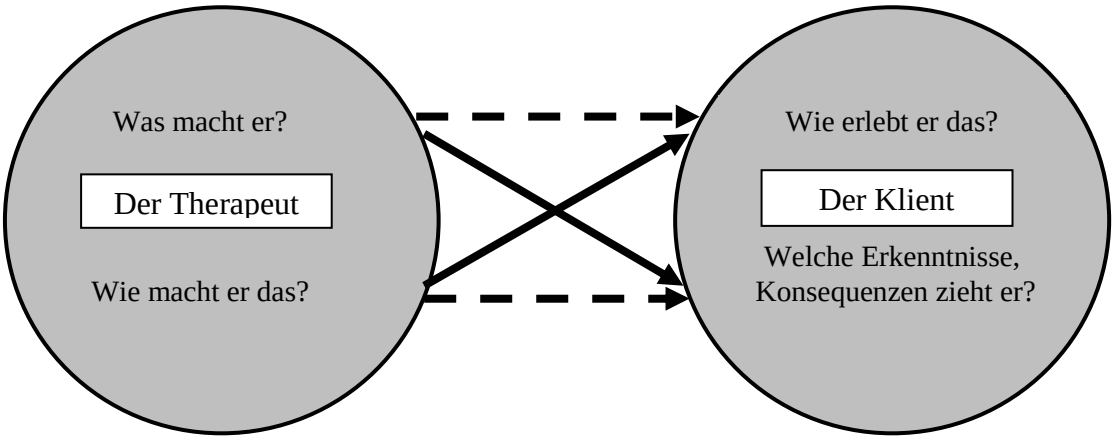


Abb. 15: Einfluß von Methodik und Interventionsstil des Therapeuten und ihre Rezeption durch den Klienten

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 anglichen. 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 gezeitigten 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 abzuarbeiten 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 Er-

gebnissen dieser Untersuchung bestätigt sich, dass die Arbeit des Therapeuten vermutlich dann erfolgreich ist, wenn sie auf die Entfaltung eins 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 hohe 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 Veränderungsinvolviertheit. 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 Nutze 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 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 Kodes (z.B. *‚Therapeut benennt das Wesentliche'*). Weiteres Vorgehen : **a)** Auswertung im inhaltsanalytischen Ablaufmodell zur Validierung meiner Ergebnisse, auf einer breiteren Basis. Die Kodes 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)** Kodes werden in Fragebogen-Items transformiert zur Erstellung eines Vorfragebogens.

3. **Schritt (weiter nach b):** Nach Itemselektion aus dem Vorfragebogen Konstruktion eines Skalierungsfragebogens. 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 („Schulen"), 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.

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 jdedoch über die Gefahr des „Über-Einen-Kamm-Scherens“ im Klaren sein, d.h., in einer Tendenz zur Mitte würde sowohl ungewöhnkiche, 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 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 denjenigen Prozessvariablen interessiert, die in einer

nachgeordneten 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 der Suchscheinwerfer 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 ihren Klienten nicht gerecht 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 einfühlend 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 Problemakzeptierer 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.) korreliert der Ersteindruck des Therapeuten von seinem Klienten mit postulierten Merkmalen von Klienteneinstellungen und Klientenverhalten?

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 sollten 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:

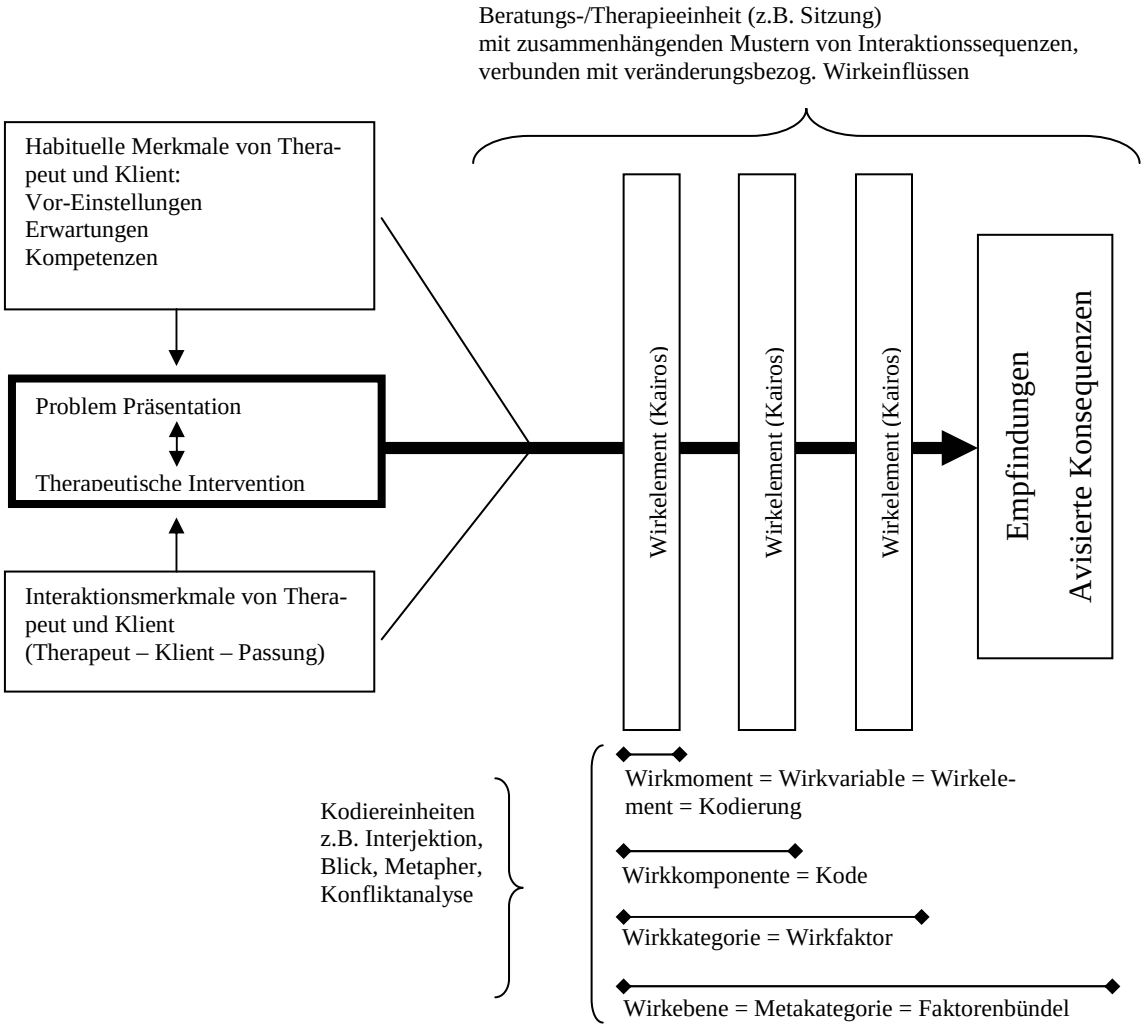


Abb. 20: Sequenzierung des therapeutischen Wirkprozesses

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-Validierungssstudien, 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 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, der letztlich über Wirksamkeit und Nichtwirksamkeit therapeutischer Bemühungen entscheiden sollte, und weniger die (Schulen-) Experten und Interessenverbände (KV, Kassen etc.). Genau deshalb möchte die Forschung wissen, wie der Klient die Arbeit seines Therapeuten ‚ver-arbeitet'.

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 Prozess- und Therapiewirksamkeitsforschung und zu 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, mit dem Ziel, wirksame, (unspezifische) prozessuale Parameter zu extrahieren.
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 Therapieschulen 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 z.B. 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. Beiden Aspekten 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 Beobachtung (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 Therapieklienten 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 meiner ‚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) ein-

gebetteten theoretischen Implikationen sollte dann nachgewiesen werden, auf welche Weise die Praxeologie zur Problemklärung 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 Vor-Einstellungen 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 zusammenhängende 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 ist 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 explo-

rativen 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 und 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 vorgelegte 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 sochen Fragebogens zu einem Forschungsinventar wurde w.o. bereits beschrieben. Dieses würde den Ver-

gleich 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 (zu Therapiebeginn) 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.

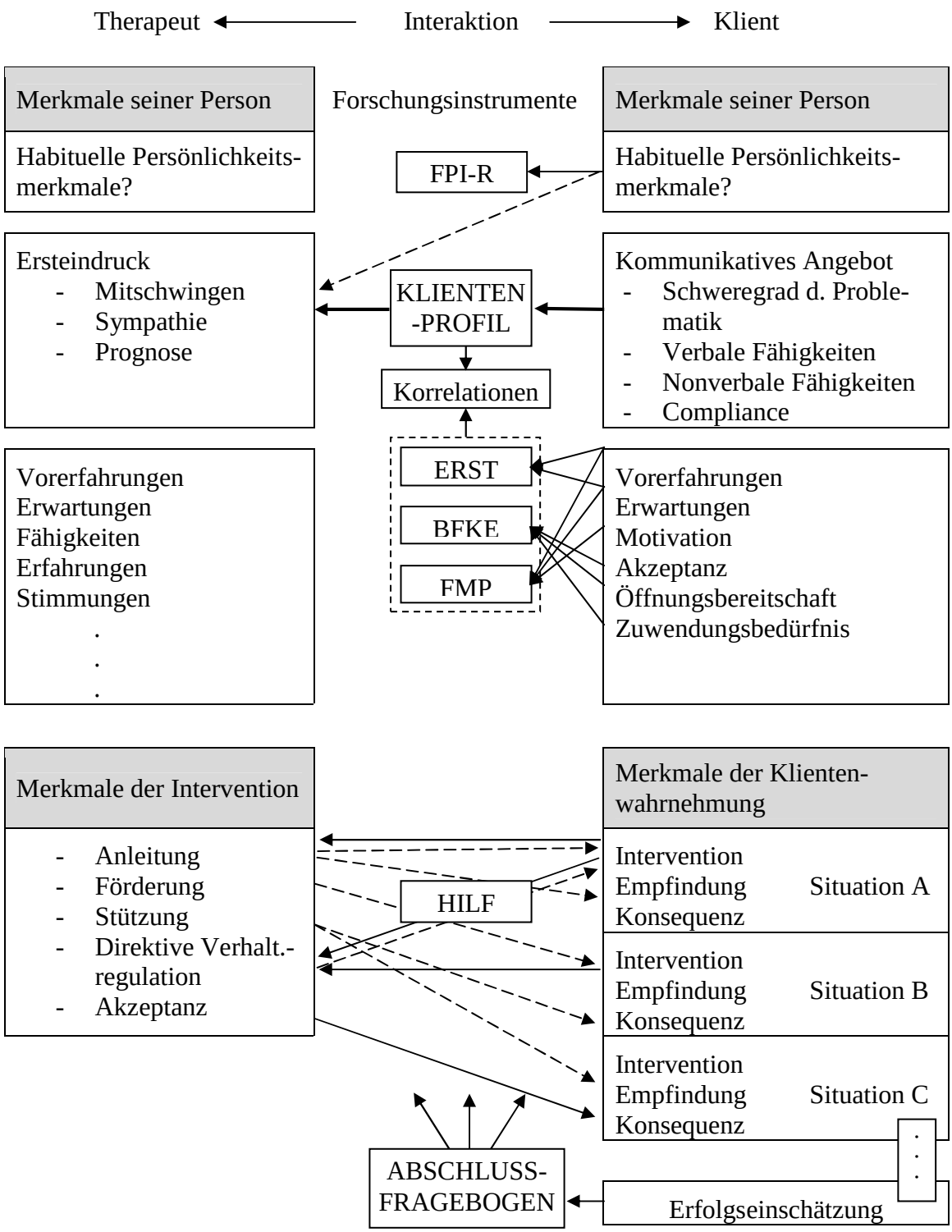


Abb.22: Einsatz der Datenerhebungsinstrumente und ihre Zuordnung zum Untersuchungsmodell

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 Begriffsystem 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 darauf (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 beruhigendererweise 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 Merkmalen 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 beschrieben 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 wahrgenommen 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: *"psychotherapeutische Kompetenz sich als Wissensanwendung vorzustellen, entspringt somit einem Kategorienfehler. Wer sich gekonnt verhält tut es nicht deshalb, weil er ein set von Re-*

> *geln 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 Könner 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 Könnens 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 Ele-

mente 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* verließe, 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 Gewahrwerden 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 Schlüsselsituation 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 therapierelevan-

ten 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 intuitv 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 gefundenn 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. Jedenfals 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 wertegebend 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 Unterdeterminiertthese (Quine, 1980) besagt, das 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.

Anhang: Die Fragebögen

Anhang 1 ERST

ERST

Psychotherapiepraxis 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 erträg-lich				ganz unerträg-lich
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 pessimis-tisch				sehr optimistisch
1	2	3	4	5

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 2 BFKE

Psychotherapiepraxis Uwe Mallin, Dipl.-Psych.
Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

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

Psychotherapiepraxis Uwe Mallin, Dipl.-Psych.
Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

1. Chiffre: 2. Alter: 3. Geschlecht: 4. Familienstand: 5. Kinder:

Nationalität: 6. (Hoch)schulausbildung: 7. Beruf:

8. Therapievorerfahrung: Sitzung(en) am:

9. Einzel/Paar/Gruppe:

Gegenwärtige Lebenssituation:

10. Schweregrad der Problematik:	leicht	1	2	3	4	5	sehr schwer
11. Ausbildungsqualifikation:	keine/ kaum	1	2	3	4	5	umfas-send
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 Kommunikati-on:	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

Psychotherapiepraxis Uwe Mallin, Dipl.-Psych., Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

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

Fragebogen PILOT-Form A

Psychotherapiepraxis Uwe Mallin, Dipl.-Psych., Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

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. verhalt 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 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 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 muß	-2	-1	0	+1	+2
46. schafft eine klare Struktur für unsere Arbeit	-2	-1	0	+1	+2
47. anderes: …….....	-2	-1	0	+1	+2
48. …….....	-2	-1	0	+1	+2
49. …….....	-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 mei-	0	+1	+2	+3	+4

ner Lebenssituation zu kämpfen					
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: ……...……..… …….....……	0	+1	+2	+3	+4
10. ……...… …….....……	0	+1	+2	+3	+4
11.	0	+1	+2	+3	+4

Anhang 6 Fragebogen PILOT-Form B

Uwe Mallin, Dipl.-Psych., Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

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 -2 -1 0 +1 +2

	her					
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 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 über-ein	-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 …….....	-2	-1	0	+1	+2
41.	…….....	-2	-1	0	+1	+2
42.	…….....	-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 erken-nen	-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: …….	-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, 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: ……...…….…… …….....……	0	+1	+2	+3	+4
13. ……...… …….....……	0	+1	+2	+3	+4

Anhang 7 Anleitung zur Beantwortung des Fragebogens HILF

Uwe Mallin, Dipl.-Psych., Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

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	0
44. würdigte meine Person	4	3	2	1	0
45. machte wenig Worte	4	3	2 ×	1	0

b) Meine Empfindungen (Beispiel) Ihre persönliche Einschätzung:

15. ich habe mich gut verstanden gefühlt	4 ×	4	3	2	1
16. ich habe mich wie von großer Last befreit erlebt	4	4	3	2	1 ×

c) Die Konsequenzen, die ich daraus ziehe: (Beispiel) Ihre persönliche Einschätzung:

14. ich werde mich mit Anderen auseinandersetzen können	4	3 ×	2	1	0
15. ich werde meine Wirkung auf Andere deutlich beobachten	4	3	2	1 ×	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

Fragebogen HILF-E

Uwe Mallin, Dipl.-Psych., Clemens-August-Str. 43, 53115 Bonn

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 / 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	5	4	3	2	1

oder eine Geschichte					
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 / 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 / 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 Bera-	5	4	3	2	1

ter/Therapeut tun könnte, ohne in ein altes Muster zurückzufallen					
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 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!