

Die verhaltenstherapeutische Beziehung
Selbst- und Fremdeinschätzung deutscher und französischer
Verhaltenstherapeuten und ihrer Klienten im SASB-Fragebogen

Inauguraldissertation
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
Universität Heidelberg

Von
Claudia Caspari-Prokop

Heidelberg, 2000

Erstgutachter: Prof. Dr. Reiner Bastine, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dieter Tscheulin, Institut für Psychologie der Universität Würzburg

Tag der mündlichen Prüfung: 28. August 2000

Vorwort

Ich bedanke mich bei allen, die meine Promotionsarbeit ermöglicht und unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt den Betreuern und Gutachtern Herrn Professor Reiner Bastine und Herrn Professor Dieter Tscheulin. Herr Bastine hat die Dissertation über die Jahre ihrer Entstehung mit zahlreichen inhaltlichen und methodischen Anregungen begleitet. Seine ermutigende Förderung hat viel zum Gelingen des Promotionsvorhabens beigetragen. Herr Tscheulin stand mir mit differenzierten methodischen Hinweisen insbesondere zum Zeitpunkt der Datenauswertung zur Seite.

Marie-Lys Bouyer und Ghyslaine Cortial haben durch die Korrekturen meiner SASB- Fragebogen-Übersetzung eine Erhebung in Frankreich wesentlich erleichtert. Ihnen gebührt mein herzlicher Dank. Für die erfolgreiche Datenerhebung in Frankreich bin ich der „Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive“ in Paris und besonders ihrem damaligen Präsidenten Dr. Patrick Légéron zu Dank verpflichtet. Sein wissenschaftliches Interesse an dieser nationalvergleichenden Untersuchung hat im Kreis der französischen Verhaltenstherapeuten zu einer überaus positiven Aufnahme der Erhebung geführt.

Ich danke dem Deutschen Akademischen Austauschdienst, der den Abschluss der Datenerhebung in Frankreich nach der Rückkehr meiner Familie nach Deutschland gefördert hat. 1996 wurde mir nach der Geburt meines dritten Kindes der Wiedereinstieg in mein Promotionsvorhaben durch ein Stipendium im Rahmen des Hochschulsonderprogramms II der Universität Heidelberg ermöglicht, wofür ich mich auch ausdrücklich bedanke.

Meiner Freundin und ehemaligen Kollegin aus Münster Regina Reichelt danke ich für ihre unermüdliche Bereitschaft, in nicht enden wollende Diskussionen über das Thema der Arbeit einzusteigen. Guido Mehlkop von der Universität Bonn danke ich für seine Hilfe in der Klärung auswertungstechnischer Fragen.

Nicht zuletzt danke ich meinem Mann Heimo Prokop, ohne dessen Liebe und Unterstützung ich die Dissertation nicht hätte abschließen können.

Ich widme meine Arbeit unseren Kindern Maximiliane, Konstantin und Felicitas.

Claudia Caspari-Prokop

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Einführung in die Fragestellung	4
2.1	Beziehungsforschung	4
2.1.1	Beziehungsforschung als ein Aspekt von Psychotherapieforschung	4
2.1.1.1	Der psychotherapeutische Beziehungsbegriff	5
2.1.1.2	Die Bedeutung der Beziehungsperspektive für die Psychotherapie	7
2.1.1.3	Die therapeutische Beziehung im Psychotherapieprozess: das generische Psychotherapiemodell (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994)	10
2.1.2	Die Interdependenz von psychotherapeutischer Beziehung und psychotherapeutischem Kontext: Argumente für eine kulturvergleichende Erforschung der therapeutischen Beziehung	16
2.1.2.1	Warum kulturvergleichende Forschung?	17
2.1.2.2	Die Auswahl geeigneter Kulturen	18
2.1.2.3	Erfassung kultureller Merkmale: Kulturdimensionen	19
2.1.2.4	Hofstedes Untersuchung zur „societal culture“ (1980)	20
2.1.2.5	Vergleich von Frankreich und Deutschland anhand der Dimensionen Hofstedes	21
2.1.2.5.1	MDI-Wert	23
2.1.2.5.2	UVI-Wert	24
2.1.2.5.3	Kovariieren MDI- und UVI-Wert?	24
2.1.2.5.4	IDV-Wert	25
2.1.2.5.5	MAS-Wert	26
2.1.2.6	Hofstedes Kulturdimensionen im psychotherapeutischen Kontext	27

2.2	Die verhaltenstherapeutische Beziehung	29
2.2.1	Empirische Ansätze im Überblick	31
2.2.1.1	Therapeuten- und Klientenvariablen und ihr Zusammenhang mit dem Therapieergebnis	32
2.2.1.2	Die Therapeut-Klient-Interaktion auf Therapieprozessebene	35
2.2.1.3	Verhaltenstherapeutische Beziehungsforschung im Streit um Standardisierung oder Individualisierung in der Verhaltenstherapie	40
2.2.2	Die theoretische Entwicklung der Verhaltenstherapie: Ansätze und Methoden	43
2.2.3	Prozessmodelle in der Verhaltenstherapie	49
2.2.3.1	Das 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996)	52
2.2.3.2	Das duale Basismodell von Schulte (1996)	55
2.2.4	Die Berücksichtigung störungsspezifischer Charakteristika bei der Beziehungsgestaltung als ein Aspekt des individualisierten Arbeitens im verhaltenstherapeutischen Setting	59
2.2.4.1	Komplexe Phobien und soziale Ängste	60
2.2.4.2	Depressionen	61
2.2.4.3	Zwangsstörungen	62
2.2.4.4	Somatoforme Störungen	64
2.2.4.5	Suchterkrankungen: Alkoholismus	65
2.2.4.6	Persönlichkeitsstörungen	65
2.2.4.7	Schizophrenie	66

2.2.5	Charakterisierung der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie	68
2.2.5.1	Die verhaltenstherapeutische Beziehung als kollaboratives Arbeitsbündnis	68
2.2.5.2	Komponenten der verhaltenstherapeutischen Beziehung im individuellen Kontext	70
2.2.5.3	Ausblick	76
2.3	Beziehungsdeskription mittels SASB	78
2.3.1	Das SASB-Modell: Ursprung und Deskription	79
2.3.1.1	Circumplex-Modelle interpersonalen Verhaltens	79
2.3.1.2	Die Modelle von Leary (1957) und Schäfer (1959)	81
2.3.1.3	Modelldeskription	83
2.3.1.4	Validierung	89
2.3.2	Abbildung von Beziehungsmustern im SASB-Modell	89
2.3.2.1	Komplementarität	89
2.3.2.2	Opposition	91
2.3.2.3	Antithese	92
2.3.3	SASB-Messinstrumente	93
2.3.3.1	Die SASB-Kodiermethode	93
2.3.3.2	Der SASB-Fragebogen	94
2.3.3.2.1	Beschreibung der SASB-Fragebogen-Langform: Der Item-Satz und seine Validierung	95
2.3.3.2.2	Fragebogen-Bezüge und Analyseeinheiten	98
2.3.3.2.3	Auswertung der SASB-Fragebogendaten	106
2.3.4	SASB-Anwendung in der therapeutischen Beziehungsforschung	105

3	Methodik	107
3.1	Hypothesen	108
3.1.1	Analyse und Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten	111
3.1.1.1	Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten im Umgang mit sich selbst: H_1	111
3.1.1.2	Gegenseitige Wertschätzung in der verhaltenstherapeutischen Beziehung: H_2	113
3.1.1.3	Affiliation in der verhaltenstherapeutischen Beziehung: H_3	114
3.1.1.4	Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: H_4	116
3.1.1.5	Zusammenhang zwischen der Kontrollwahrnehmung des Klienten und seiner Wertschätzung für den Therapeuten: H_5	117
3.1.1.6	Zusammenhang zwischen dem Introjekt des Therapeuten und seinem Beziehungsverhalten: H_6	118
3.1.2	Der nationale Vergleich: Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe	120
3.1.2.1	Umgang mit sich selbst: Selbstkontrolltendenzen in der deutschen und der französischen Stichprobe: H_7	121
3.1.2.2	Therapeutenverhalten: Therapeutische Kontrolle aus der Sicht deutscher und französischer Therapeuten und Klienten: H_8 und H_9	121
3.1.2.3	Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten: Akzeptanz therapeutischer Kontrolle in den beiden Nationalstichproben: H_{10}	124
3.1.2.4	Beziehungsmuster im nationalen Vergleich: H_{11}	124
3.1.3	Hypothesen im Überblick	126

3.2	Durchführung der Erhebung	130
3.2.1	Stichprobenrekrutierung	130
3.2.1.1	Die französische Stichprobe	131
3.2.1.2	Die deutsche Stichprobe	131
3.2.2	Stichprobendeskription	132
3.2.2.1	Therapeuten	134
3.2.2.1.1	Geschlecht	134
3.2.2.1.2	Alter	134
3.2.2.1.3	Beruf	135
3.2.2.1.4	Berufserfahrung	135
3.2.2.1.5	Anzahl therapeutischer Ausbildungen	136
3.2.2.2	Klienten	136
3.2.2.2.1	Geschlecht	137
3.2.2.2.2	Alter	137
3.2.2.2.3	Familienstand	138
3.2.2.2.4	Beruf	138
3.2.2.2.5	Diagnose	139
3.2.2.2.6	Therapieerfahrung	140

4	Ergebnisse und Diskussion	141
4.1	Ergebnisse	141
4.1.1	Selbst- und Fremdeinschätzung von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten	142
4.1.1.1	Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten im Umgang mit sich selbst: H_1	142
4.1.1.2	Gegenseitige Wertschätzung in der verhaltenstherapeutischen Beziehung: H_2	152
4.1.1.3	Affiliation in der verhaltenstherapeutischen Beziehung: H_3	154
4.1.1.4	Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: H_4	160
4.1.1.5	Zusammenhang zwischen der Kontrollwahrnehmung des Klienten und seiner Wertschätzung für den Therapeuten: H_5	166
4.1.1.6	Zusammenhang zwischen dem Introjekt des Therapeuten und seinem Beziehungsverhalten: H_6	170
4.1.2	Der nationale Vergleich: Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe	173
4.1.2.1	Umgang mit sich selbst: Selbstkontrolltendenzen in der deutschen und der französischen Stichprobe: H_7	173
4.1.2.2	Therapeutenverhalten: Therapeutische Kontrolle aus der Sicht deutscher und französischer Therapeuten und Klienten: H_8 und H_9	180
4.1.2.3	Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten: Akzeptanz therapeutischer Kontrolle in den beiden Nationalstichproben: H_{10}	187
4.1.2.4	Beziehungsmuster im nationalen Vergleich: H_{11}	189
4.1.3	Ergebnisse im Überblick	196

4.2	Diskussion	202
4.2.1	Deskription der verhaltenstherapeutischen Beziehung als reziproker Interaktionsprozeß	202
4.2.1.1	Personvoraussetzungen von Therapeuten und Klienten	203
4.2.1.2	Transitives Therapeutenverhalten aus der Perspektive von Therapeut und Klient	204
4.2.1.3	Intransitives Klientenverhalten	206
4.2.1.4	Die Interaktion von Personvoraussetzungen, transitivem Therapeutenverhalten und intransitivem Klientenverhalten in der verhaltenstherapeutischen Beziehung	206
4.2.2	Nationale Unterschiede als Ausdruck reziproker Determination von Person und Umwelt	209
4.2.2.1	Personvoraussetzungen deutscher und französischer Probanden	210
4.2.2.2	Transitives Verhalten deutscher und französischer Therapeuten	212
4.2.2.3	Intransitives Verhalten deutscher und französischer Klienten	213
4.2.2.4	Der Einfluss nationaler Unterschiede auf die Interaktion von Personvoraussetzungen, transitivem Therapeutenverhalten und intransitivem Klientenverhalten in der verhaltenstherapeutischen Beziehung	214
4.2.3	Weitere Ergebnisse	217
4.2.4	Resümee und Ausblick	222
	Literaturverzeichnis	226
	Abbildungsverzeichnis	239
	Tabellenverzeichnis	242

Anhang A: Tabellen 247

Anhang B: Dokumente 255

Lebenslauf

1 Einleitung

Die Autorin lebte nach Abschluss ihres Psychologiestudiums bedingt durch die berufliche Situation ihres Mannes in Paris. Dies bot ihr Gelegenheit, drei Jahre lang den alltäglichen Umgang mit Franzosen zu üben, sowie sich mit den Ausbildungsbedingungen französischer Verhaltenstherapeuten vertraut zu machen. Ihre sozialen Erfahrungen in Frankreich und der Anfang bis Mitte der neunziger Jahre immer wieder beklagte Bedarf einer expliziten theoretischen wie empirischen Aufarbeitung der verhaltenstherapeutischen Beziehung ließen die Idee entstehen, die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie nationalvergleichend, basierend auf den Daten einer deutschen und einer französischen Stichprobe, zu untersuchen.

Zur selben Zeit wiesen erste Arbeiten im deutschsprachigen Raum (z.B. Grawe-Gerber, 1992) auf die therapieschulenübergreifende Bedeutung der interpersonellen Theorie für die psychotherapeutische Beziehungsforschung hin. Die am Interpersonalen Kreismodell von Leary (1957) orientierte „Structural Analysis of Social Behaviour“ von Lorna Smith Benjamin (1974) gilt nunmehr seit fast zehn Jahren als eine der wichtigsten Methoden, mit denen die Beziehungsperspektive in der Psychotherapie realisiert wird (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1993). Die SASB liegt sowohl in Fragebogenform als auch eigens auf die Analyse von Psychotherapien zugeschnittene Kodiermethode vor. Für die vorliegende Arbeit wurde der SASB-Fragebogen in seiner Langform ins Französische übersetzt, um ihn einer Stichprobe französischer Verhaltenstherapeuten und ihrer Klienten vorlegen zu können. Eine Validierung der französischen Fragebogenversion wurde nicht vorgenommen. Eine deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe bearbeitete im darauffolgenden Jahr die deutsche, 1992 von Tscheulin & Glossner validierte SASB-Fragebogenversion.

Die französische Stichprobe wurde von September 1993 bis Februar 1994, die deutsche Stichprobe von Mai 1994 bis März 1995 rekrutiert. Einbezogen wurden ärztliche und psychologische Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten, die

zwischen der dritten und sechsten Sitzung arbeiteten. In die Auswertung gingen 23 französische und 14 deutsche Therapeut-Klient-Dyaden ein.

Ziel der Arbeit ist eine detaillierte Deskription der verhaltenstherapeutischen Beziehung basierend auf den Selbst- und Fremdeinschätzungen französischer und deutscher Verhaltenstherapeuten und ihrer Klienten.

Der Leser wird in Kapitel 2 in die Arbeit eingeführt:

Kapitel 2.1 setzt sich therapieschulenübergreifend mit der Therapeut-Klient-Beziehung auseinander und erläutert den kulturvergleichenden Ansatz der Arbeit als eine Möglichkeit ihrer empirischen Erfassung.

Kapitel 2.2 beschäftigt sich mit der verhaltenstherapeutischen Beziehung. Dargestellt werden empirische Ansätze zur verhaltenstherapeutischen Beziehungsforschung, die theoretische Entwicklung der Verhaltenstherapie, Therapieprozessmodelle und die konkrete Ausgestaltung der verhaltenstherapeutischen Beziehung in Abhängigkeit von den jeweiligen Störungsbildern. Das Kapitel schließt mit einem Ausblick auf den empirischen Ansatz der vorliegenden Arbeit.

Kapitel 2.3 stellt die „Structural Analysis of Social Behaviour“ von Lorna Smith Benjamin vor. Ursprung und theoretischer Hintergrund der SASB werden kurz erläutert. Der SASB-Fragebogen wird ausführlich beschrieben. Abschließend werden im Hinblick auf das eigene Forschungsinteresse SASB-Ergebnisse aus dem Bereich der therapeutischen Beziehungsforschung vorgestellt.

In Kapitel 3 wird die Methodik der Arbeit erläutert. Untersuchungsdesign und Hypothesen werden dargestellt sowie die soziodemografischen Merkmale der Stichprobe beschrieben.

Da nur die deutsche Stichprobe einen validierten SASB-Fragebogen bearbeitet hatte, musste der Schwerpunkt des Forschungsinteresses auf Hypothesen liegen, die keine nationalen Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe beinhalten. Erfasst werden sollte, wie Verhaltenstherapeuten und/oder

ihre Klienten sich und den anderen wahrnehmen und diese Beziehung mittels des SASB-Fragebogens darstellen.

Die Auseinandersetzung mit den Unterschieden zwischen den Nationalstichproben musste explorativ erfolgen. Von Interesse war, wie französische Verhaltenstherapeuten bzw. ihre Klienten im Vergleich zu den Teilnehmern der deutschen Stichproben sich selbst und den anderen im SASB-Fragebogen beschreiben.

Die Ergebnisse der Hypothesentestung werden nach ihrer reinen Deskription in Kapitel 4.1 vor dem Hintergrund der interpersonalen Theorie in Kapitel 4.2 miteinander in Beziehung gesetzt.

Mit den Daten beider Nationalstichproben kann gezeigt werden, dass sich die verhaltenstherapeutische Beziehung als reziproker Interaktionsprozess der Personvoraussetzungen (Introjekte) der Klienten, des aktiven (transitiven) Therapeutenverhaltens und des reaktiven (intransitiven) Klientenverhaltens beschreiben lässt. Die unbedeutenden Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe werden als Hinweis auf den immer stärker werdenden internationalen Austausch der Therapieverbände gewertet. Weitere Ergebnisse der Untersuchung, die auf wechselseitige Beziehungen zwischen verschiedenen intra- und interpersonalen Personaspekten im Sinne der interpersonalen Theorie hinweisen, werden besprochen und als Anregung für weitergehende Studien diskutiert. Abschließend werden im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse die allgemeinen Untersuchungsbedingungen kritisch reflektiert.

2 Einführung in die Fragestellung

2.1 Beziehungsforschung

Kapitel 2.1 setzt sich therapieschulenübergreifend mit der Therapeut-Klient-Beziehung auseinander und erläutert den kulturvergleichenden Ansatz der Arbeit als eine Möglichkeit ihrer empirischen Erfassung.

2.1.1 Beziehungsforschung als ein Aspekt von Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung versteht sich als Anwendungsforschung mit dem Ziel, möglichst effiziente Behandlungsmethoden für Menschen mit psychischen Störungen zu entwickeln. Als technologische Forschung versucht sie daher, Zusammenhänge aufzuzeigen zwischen der Wirkung von Therapiemethoden und Faktoren, von denen diese Wirkung abhängt. „Wenn man alle je untersuchten Zusammenhänge zwischen Aspekten des Therapiegeschehens und dem Therapieergebnis zusammennimmt, sind Aspekte des Beziehungsgeschehens in Psychotherapien diejenigen Merkmale des Therapieprozesses, deren Einfluss auf das Therapieergebnis am besten gesichert ist“ (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 775). Die Bedeutung der Beziehungsperspektive für die Psychotherapie ergibt sich jedoch nicht aus nur dem empirischen Forschungsstand (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), sondern auch aus theoretischen Überlegungen. Nach einer terminologischen Klärung und Standortbestimmung des Beziehungsbegriffes, wird die aktuelle Diskussion um die Bedeutung der Beziehungsthematik für die Psychotherapie (vgl. z.B. Grawe, Donati & Bernauer, 1994) erörtert und damit der Bezug zum interpersonalen Forschungsansatz hergestellt. Das abschließend vorgestellte generische Psychotherapiemodell integriert in diesem Sinne Ergebnisse der Psychotherapieforschung mit Anregungen für neue Forschungsinhalte. Es verdeutlicht die für den therapeutischen Prozess zentrale Bedeutung der Therapiebeziehung und deren Wechselwirkung mit dem psychotherapeutischen Kontext, womit zum kulturvergleichenden Ansatz der Arbeit und Kapitel 2.1.2 übergeleitet wird.

2.1.1.1 Der psychotherapeutische Beziehungsbegriff

„Beziehung“ entsteht und entwickelt sich in dem Moment, in dem zwei Menschen aufeinandertreffen und sich „aufeinander bezogen“, d.h. sich wechselseitig beeinflussend, verhalten. Sie kennzeichnet die psychotherapeutische Situation daher wie jede andere zwischenmenschliche Situation. Nach Bastine (1992) ist die therapeutische Begegnung jedoch im Unterschied zu anderen persönlichen, engen oder nahen Beziehungen in Partnerschaft, Familie und Freundschaft zeitlich und von ihrer Intention her deutlich begrenzt. Schulte (1996) unterscheidet eine professionelle helfende Beziehung von sonstigen hilfreichen Interaktionen in Anlehnung an Kanfer & Goldstein (1977) anhand von vier Merkmalen: Die therapeutische Beziehung ist einseitig, systematisch, formal und zeitlich begrenzt. „Einseitigkeit, Zweckgebundenheit und zeitliche Begrenzung machen die therapeutische Beziehung zu einem labilen Gebilde“ (Schulte, 1996, S. 55). Beide Partner müssen sich vertragsgemäß verhalten, um die zweckgebundene Beziehung überhaupt aufrecht zu erhalten. Tscheulin (1980, S.111) grenzt die therapeutische begrifflich von der „veränderungsneutralen“ oder „psychonoxischen“ Beziehung ab.

Der Beziehungsbegriff stand lange Zeit im Zentrum des Streites therapeutischer Schulen, was eine Vielzahl von Beziehungsdefinitionen mit unterschiedlichen theoretischen Begriffen auf unterschiedlichen theoretischen Ebenen zur Folge hatte. Eine Zusammenstellung solcher Beziehungsdefinitionen findet sich erstmals bei Goldstein (1971). Horvath & Luborsky (1993) erläutern das Konzept des therapeutischen Arbeitsbündnisses in seinem psychodynamischen Ursprung und stellen es in einen übergeordneten theoretischen Rahmen. In ihrer Darstellung wird deutlich, welche dynamische Entwicklung dieses Konzept in den letzten Jahren durchlaufen hat.

Die Fülle theoretischer Konzepte lässt bis heute eine einheitliche Begrifflichkeit in diesem Bereich vermissen. Im Deutschen setzt sich nach Bastine (1992) „psychotherapeutische Beziehung“ oder „Therapeut-Klient/Patient-Beziehung“ als übergreifender Begriff durch. Er verweist auf entsprechende deutschsprachige

Monographien u.a. von Reinelt & Datler (1989), Schindler (1991), Tscheulin (1983) und Zimmer (1983). Im angloamerikanischen Sprachraum bezeichnen „working alliance“ (Bordin, 1979), „therapeutic alliance“ (Horvath & Luborsky, 1993) oder „therapeutic bond“ (Orlinsky & Howard, 1986) die Therapiebeziehung.

Bedingt durch ihre Funktion vollzieht sich die Therapeut-Klient-Beziehung immer auf mehreren Ebenen: Gelso und Carter (1985) sprechen von den verschiedenen Komponenten psychotherapeutischer Beziehungen; Bastine (1992) weist auf die strukturellen Gemeinsamkeiten psychotherapeutischer Beziehungen hin. Diese haben einmal den Charakter alltäglicher Begegnungen, was Gelso und Carter in Anlehnung an die psychoanalytische Konzeption als „reale Beziehung“ („real relationship“) bezeichnen. Mit diesem Aspekt soll der gegenseitigen genuinen, von persönlichen Sympathien geprägten Wahrnehmung von Therapeut und Klient Rechnung getragen werden. Im Hinblick auf ein Therapieziel sind psychotherapeutische Beziehungen ebenso immer durch ein aufgabenbezogenes Beziehungsmuster gekennzeichnet. Gelso und Carter sprechen an dieser Stelle in Anlehnung an Bordin (1979) vom Arbeitsbündnis („working alliance“), was sich über das Übereinkommen von Therapeut und Klient hinsichtlich Therapieaufgaben und -ziel definiert. Bordin (1994) betont die besondere Bedeutung des beidseitigen Verstehens der Veränderungsziele vor allem als wesentliches Motivationsmoment für den Klienten, sich aktiv um Veränderung zu bemühen.

Als dritter und letzter Beziehungsaspekt ist das problembezogene Beziehungsmuster zu ergänzen, den Gelso und Carter mit dem psychoanalytischen Begriff der Übertragungsbeziehung benennen. Mit diesem Begriff wird die Tendenz des Klienten bezeichnet, Erfahrungen mit anderen Sozialpartnern auf die Person des Therapeuten zu übertragen. Während das symptomatische Klientenverhalten in der Therapiesituation in interpersonalen Psychotherapien lediglich als missglückte interpersonelle Problemlösung angesehen wird, versucht man in psychoanalytischen Behandlungsansätzen Rückschlüsse über die Ursache des problematischen Klientenverhaltens zu ziehen.

Es wird deutlich, dass die die therapeutische Beziehung konstituierenden Komponenten je nach Therapieschule eine unterschiedliche Gewichtung erfahren. Sie bedingen und beeinflussen sich gegenseitig und überschneiden sich im praktischen therapeutischen Handeln.

2.1.1.2 Die Bedeutung der Beziehungsperspektive für die Psychotherapie

Die Bedeutsamkeit der Therapeut-Klient-Beziehung für psychotherapeutische Veränderungsprozesse wird heute therapieschulenübergreifend und ausnahmslos bestätigt. Die Anzahl der Untersuchungen zur therapeutischen Beziehung der vergangenen 30 Jahre ist kaum mehr überschaubar. Die umfassende Meta-Analyse von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) ermöglicht jedoch eine recht gute Orientierung im Bereich der empirisch untersuchten Process-Outcome-Zusammenhänge: Allein die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Therapieergebnis ist in fast eintausend signifikanten Zusammenhängen zwischen verschiedenen Merkmalen der Qualität der Therapiebeziehung und dem Therapieerfolg dokumentiert.

Für ihre Ergebnisanalysen unterscheiden Orlinsky, Grawe und Parks folgende interpersonale Dimensionen der Therapiebeziehung: personal role-investment (erfaßt als Engagement, Motiviertheit), interactive coordination (erfaßt als Kollaboration vs. thp. Führungsstil bzw. Kontrolle oder Abhängigkeit des Klienten), communicative contact (erfasst als empathisches Verstehen, Ausdrucksfähigkeit), mutual affect (erfasst als einseitige und gegenseitige Wertschätzung), sowie eine Variable allgemeine Qualität der Beziehung (erfasst als Kohäsion). Für alle untersuchten Aspekte der therapeutischen Beziehung hat sich gezeigt, dass sie deutlich stärker mit dem Therapieerfolg korrelieren, wenn sie vom Patienten eingeschätzt werden, als wenn der Therapeut selbst oder unabhängige Beurteiler die Einschätzung vornehmen. Entscheidend ist also, wie der Patient den Therapeuten hinsichtlich dieser Merkmale erlebt und weniger, wie der Therapeut glaubt, sich zu verhalten oder wie er sich in den Augen Außenstehender verhält.

Betrachtet man die von Orlinsky, Grawe & Parks analysierten Untersuchungen im Querschnitt, so fällt auf, dass der Beitrag des Therapeuten zur Güte der Therapiebeziehung besonders oft untersucht wurde. Dem steht jedoch als empirische Tatsache gegenüber, dass das Beziehungsverhalten des Klienten eine bessere Vorhersage des Therapieerfolges ermöglicht als das des Therapeuten. Patienten, die ihrem Therapeuten mit Wertschätzung und Bestätigung begegnen, haben besonders guten Therapieerfolg. Dies konnte in 69% der Untersuchungen zu diesem Thema bestätigt werden, wohingegen sich in nur 56% der Studien zur therapeutischen Wertschätzung ein Zusammenhang mit dem Therapieergebnis zeigte. Interessanterweise erwiesen sich die Therapeuten für diesen Aspekt des Patientenverhaltens auch sehr viel sensibler als für ihren eigenen Beitrag zur Qualität der Therapiebeziehung. Ob die Haltung des Klienten Ursache für die Verlaufsgüte des therapeutischen Prozesses oder als Ergebnis desselben zu werten ist bzw. ob hier überhaupt eine klare Trennung vorgenommen werden kann, ist mit diesen Untersuchungen nicht geklärt, was die klinische Bedeutung des Zusammenhangs jedoch nicht beeinflusst.

Leider finden sich in den Auswertungen von Orlinsky, Grawe & Parks keine Hinweise auf gegenseitige Beziehungsmuster, die die Perspektive von Therapeut und Klient gleichermaßen einbeziehen. Beziehungsaspekte wie z.B. die gegenseitige Wertschätzung von Therapeut und Klient werden zwar als besonders relevant für das Therapieergebnis (signifikanter Zusammenhang für 78% der analysierten Ergebnisse) analysiert, sind jedoch in erster Linie auf der Grundlage von Beobachtungsdaten durch Außenstehende oder einem der beiden Interaktionspartner untersucht worden. Grawe-Gerber (1992) kritisiert hier unter Bezugnahme auf die interpersonale Sichtweise von Psychotherapie, dass eine getrennte Erfassung der Beiträge von Therapeut und Klient nicht möglich ist, da sich die Beziehungsqualität aus dem wechselseitigen Zusammenspiel des Interaktionsverhaltens beider Interaktionspartner ergibt. Geht man nach der interpersonalen Theorie davon aus, dass therapeutische Veränderungen über das zwischenmenschliche Geschehen in der Psychotherapie (Prozessaspekt) herbeigeführt werden, erkennt man Psychotherapie im wesentlichen als Behandlung von Beziehungsstörungen (Geneseaspekt) und den Zusammenhang des Therapieergebnisses („Outcome“-Aspekt) mit den Eigenschaften der Therapeut-Klient-Be-

ziehung an. Damit wird deutlich, dass die besondere Bedeutung der Beziehungsperspektive für die interpersonale Psychotherapie noch weit über die empirischen Ergebnisse hinausgeht (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

Forschungsresümees wie die von Orlinsky & Howard (1978, 1986), Horvath & Symonds (1990) oder Orlinsky, Grawe & Parks (1994) vermitteln somit zwar einen guten Einblick in den Forschungsstand zu einem bestimmten Thema, können und wollen jedoch keine erschöpfende Auseinandersetzung mit einzelnen Fragestellungen gewährleisten. Überblicksarbeiten dieser Art sind in der Vergangenheit gerne und oft zitiert worden, haben an der einen oder anderen Stelle allerdings auch zu unzulässigen Verallgemeinerungen geführt, was nicht immer ohne Kritik geblieben ist (vgl. Fiedler & Rogge, 1990).

Dennoch konnten Orlinsky & Howard (1986) aufgrund ihrer umfangreichen Meta-Analysen empirisch untersuchter Process-Outcome-Zusammenhänge sowie eigener jahrzehntelanger Forschungsarbeit ein „generisches Modell von Psychotherapie“ vorstellen, mit dem es gelungen ist, die zentrale funktionale Bedeutung der Therapiebeziehung für das Therapieergebnis zu veranschaulichen. Die Validität des Modells konnte in den letzten Jahren mehrfach dokumentiert werden (z.B. Ambühl, 1993 und Kolden, 1991). Es hat sich darüberhinaus in jüngster Zeit auch in der Evaluation von Veränderungsprozessen (Kolden, 1996) bewährt. Das Modell wurde inzwischen von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) überarbeitet und integriert, wie sein Vorgänger, bereits vorliegende Ergebnisse der Psychotherapieforschung mit Anregungen für neue Forschungsinhalte.

2.1.1.3 Die therapeutische Beziehung im Psychotherapieprozess: das generische Psychotherapiemodell (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994)

Das generische Modell der Psychotherapie von Orlinsky und Howard (1986) beansprucht in seiner Universalität, gleichermaßen Prozess und funktionalen Kontext von Psychotherapie sowie deren wechselseitige Beeinflussung zu berücksichtigen. In ihrer Modellüberarbeitung haben Orlinsky, Grawe & Parks (1994) wesentliche Modellaspekte der Originalversion durch eine veränderte schematische Darstellung optisch veranschaulicht, jedoch auch inhaltlich ergänzt. Das aktuelle Modell (siehe Abb. 2) ist in seiner Komplexität sehr viel unübersichtlicher als sein Vorgänger, im Grundkonzept jedoch identisch, weshalb die Version von Orlinsky & Howard (1986) (siehe Abb. 1) Ausgangspunkt der Modellbesprechung sein wird.

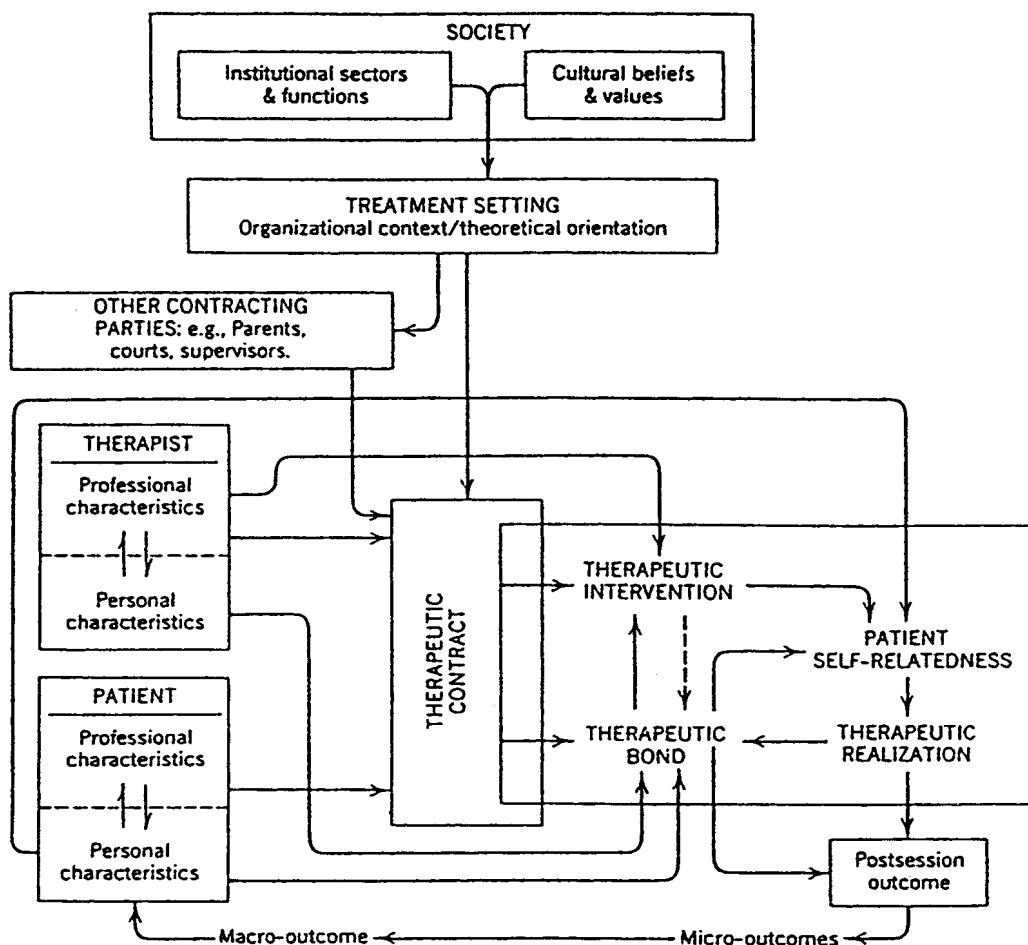


Abb. 1: Das generische Modell der Psychotherapie von Orlinsky & Howard (1986)

Orlinsky & Howard (1986) definieren den Therapieprozess umfassend als "everything that can be observed to occur between and within the patient and the therapist during their work together" (S. 311). Sie unterscheiden fünf Prozessfaktoren: den therapeutischen Vertrag, die Interventionen (Methodik), die therapeutische Beziehung, die therapeutische Aufnahmebereitschaft des Klienten („patient self-relatedness“) und die therapeutische Umsetzung. Die Unterscheidung in formale (Vertrag), technische (Methodik), interpersonale (Beziehung), intrapersonale („self-relatedness“) und klinische (Umsetzung) Prozessaspekte findet sich auch bei Orlinsky, Grawe & Parks (1994) wieder. Darüber hinaus fügen sie jedoch noch den temporalen Aspekt („sequential flow“) des psychotherapeutischen Prozesses hinzu (siehe Abb. 2).

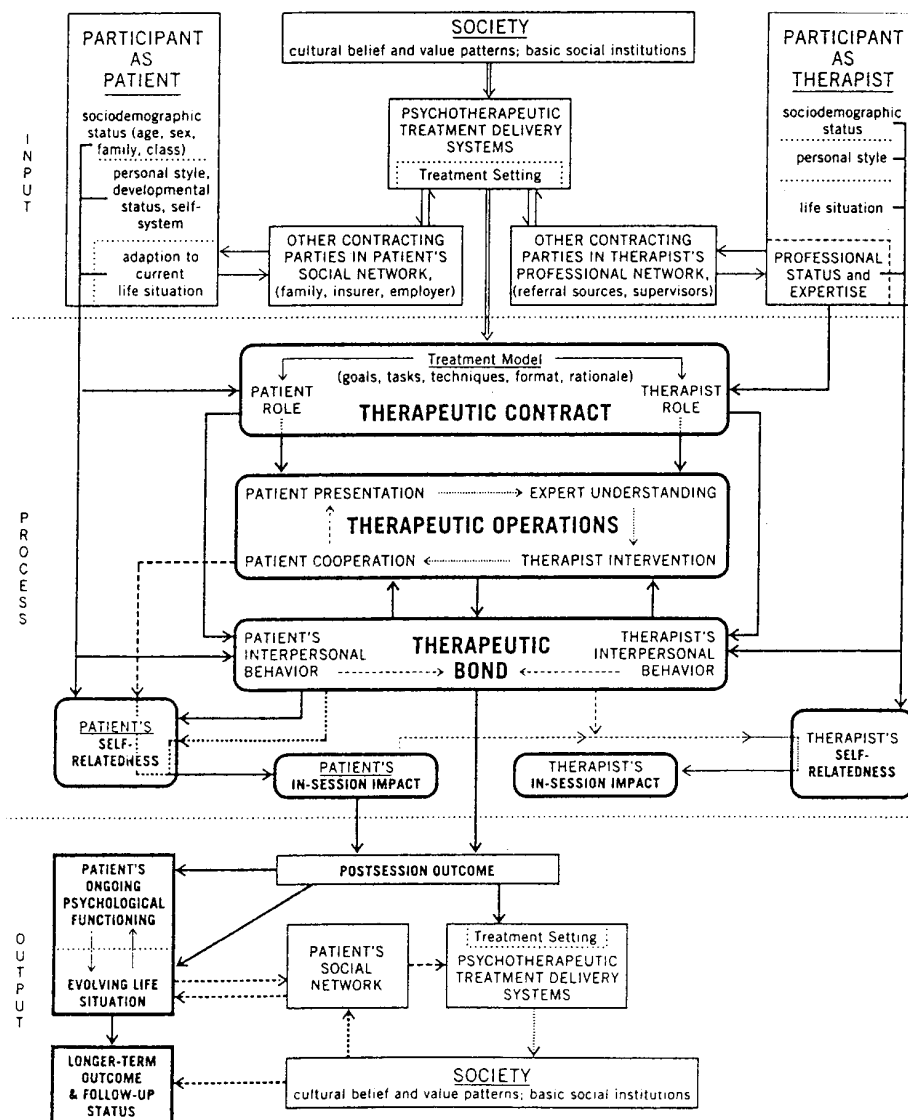


Abb. 2: Das generische Modell der Psychotherapie von Orlinsky, Grawe & Parks (1994)

Sehr viel differenzierter setzt sich das neue Modell mit der therapeutischen Beziehung auseinander. Der Begriff „therapeutic bond“ bezieht sich auf die Beziehung zwischen Klient und Therapeut während der Ausführung des Therapiekontraktes als Grundlage therapeutischer Interventionen. In Anlehnung an die von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) durchgeführten Ergebnisanalysen und -synthesen kommt der Therapiebeziehung im Modell die zentrale Stellung zu, weil für sie der eindeutigste Zusammenhang mit dem Therapieergebnis nachgewiesen werden konnte. Für die therapeutische Beziehung berücksichtigt das Modell intra- wie interpersonale Aspekte gleichermaßen für Therapeut und Klient. Das neue Modell ergänzt die intrapersonale Komponente („self-relatedness“) des Therapeuten. Es wird ein direkter Einfluss der intrapersonalen Situation von Therapeut wie Klient auf deren jeweiliges interpersonales Verhalten in der Therapeut-Klient-Dyade beschrieben. Über sein interpersonales Verhalten bzw. die Therapiebeziehung kann es dem Therapeuten gelingen, den intrapersonalen Zustand des Klienten positiv zu beeinflussen. Gleichzeitig ist es der intrapersonale Status-quo des Klienten, der die Wahrnehmungen des Klienten filtert und damit unmittelbar seine therapeutische Aufnahmebereitschaft beeinflusst.

Personen, die direkt oder indirekt am therapeutischen Vertrag teilhaben (Therapeut, Klient und eventuell Eltern, Supervisoren etc.), sowie soziale und kulturelle Einflüsse des Settings und der Gemeinschaft, in der die Therapie stattfindet, werden von Orlinsky & Howard (1986) als „Kontext“ berücksichtigt. Das Modell von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) ist in der Darstellung dieser Kontextkomponenten und ihrer gegenseitigen Beeinflussung etwas ausführlicher, fügt aber nichts wesentliches hinzu.

Im Hinblick auf die Psychotherapieauswirkungen unterscheiden Orlinsky und Howard zwischen „Micro- und Macro-outcome“, womit kurzfristige Veränderungen bereits zwischen den Sitzungen und längerfristige Veränderungen nach Behandlungsabschluß eingeschlossen sind. Durch diesen Modellaspekt wird nachvollziehbar, dass Prozess und Ergebnis nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch ineinander übergreifen und damit nicht isoliert voneinander gesehen werden können. Das Modell von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) greift die Unterscheidung von „Micro- und Macro-outcome“ nicht mehr auf, sondern betont

in Bezug auf die Psychotherapieauswirkungen vor allem den Einfluss des psychotherapeutischen Systems auf seine interne und externe Umgebung, d.h. seinen Kontext. Die Unterscheidung von Prozess-, Kontext- und Outcome-Aspekten wird in der Modellversion von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) durch die Einteilung in die drei Abschnitte „Input, Process und Output“ auch grafisch veranschaulicht. Bastine (1992) (siehe Abb. 3) unterscheidet im Modell von Orlinsky & Howard (1986) (1) Kontextbedingungen, (2) beteiligte Personen, (3) Vertrag, Prozess, Methodik und (4) Auswirkungen als die vier interagierenden Merkmalsbereiche.

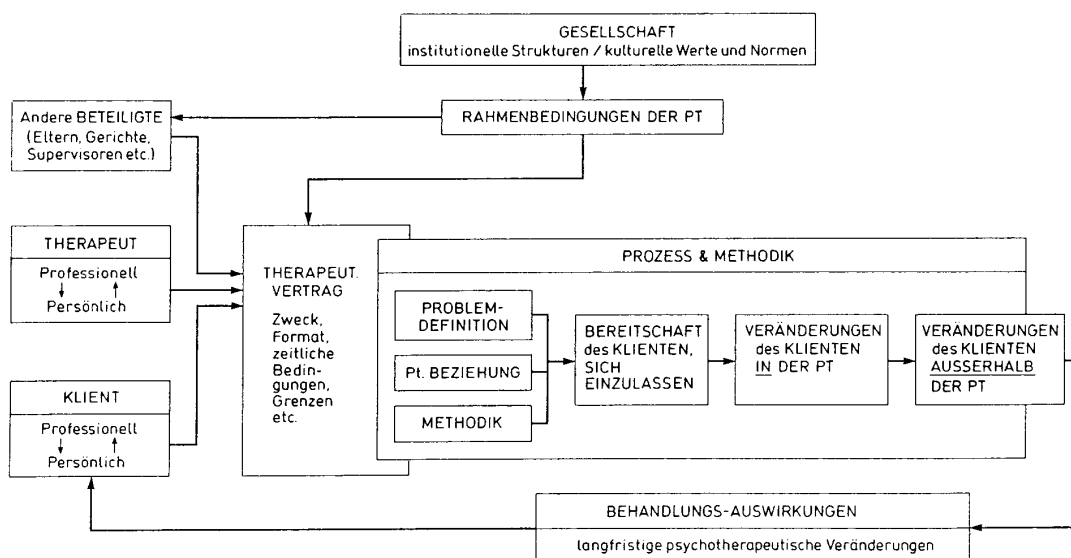


Abb. 3: Allgemeines Modell der Psychotherapie (Bastine, 1992, modifiziert nach Orlinsky & Howard, 1986)

Unter Kontextbedingungen werden das soziale System und die institutionellen Bedingungen von Psychotherapie zusammengefasst. Damit sind einerseits gesellschaftliche Wert- und Normvorstellungen und andererseits die formalen Rahmenbedingungen (z.B. rechtliche und finanzielle Regelungen) innerhalb des sozialen Systems, in dem Psychotherapie stattfindet, gemeint. Durch sie wird der gesamte Prozess der Psychotherapie direkt und indirekt beeinflusst, jedoch wirkt das „soziale System Psychotherapie“ selbst auch wieder auf sie zurück. Während

Orlinsky und Howard die an der Psychotherapie direkt oder indirekt beteiligten Personen mit ihren persönlichen und rollenspezifischen Eigenschaften unter die Kontextbedingungen fassen, stellt Bastine sie als eigenen Merkmalsbereich daneben. Vertrag, Prozess und Methodik überschreibt im Grunde das, was Orlinsky und Howard unter „therapeutischem Prozess“ subsumieren. Während mit dem psychotherapeutischen Vertrag die Behandlungsziele, die Art und Weise der Durchführung sowie zeitliche Abläufe und Grenzen festgelegt werden, bezeichnen Prozess und Methodik das konkrete Geschehen in der Psychotherapie. Bastine modifiziert das Modell von Orlinsky und Howard, in dem er auf Prozessebene die Perspektive für den Klienten erweitert. Über die Variable der therapeutischen Aufnahmebereitschaft des Klienten hinaus, unterscheidet er noch innerhalb des Prozessgeschehens Veränderungen des Klienten, die sich innerhalb bzw. außerhalb der Psychotherapie vollziehen. Damit wird auch hier deutlich, dass Prozess und Ergebnis der Psychotherapie nicht getrennt werden können, ebenso wie die Unterscheidung in Veränderung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie zwar theoretisch wertvoll, aber in der Praxis kaum nachvollziehbar ist.

Die Auswirkungen als vierten Merkmalsbereich greift Bastine insofern von Orlinsky und Howard abweichend auf, als dass er das „Micro-outcome“ in der Abbildung explizit als Bestandteil des Therapieprozessgeschehens aufnimmt und damit die Verwobenheit von Prozess und Ergebnis auch grafisch anschaulich wird.

Das generische Modell wird der Einbindung des psychotherapeutischen Prozesses in den ihn umgebenden Kontext sowie der Wechselwirkung zwischen diesen beiden Systemen gerecht. Gleichzeitig führt es damit vor Augen, wie wenig Beachtung die psychologische Forschung vor allem dieser Interdependenz von Person und Umwelt bisher geschenkt hat.

Die Vernachlässigung des sozialen Kontextes menschlichen Handelns wird in vielen Teildisziplinen der Psychologie hörbar bedauert (vgl. Graumann, 1991) und man versucht, diesem Defizit auf der Grundlage einer kulturvergleichenden Vorgehensweise zu begegnen. Viele kulturvergleichende Studien konzentrieren

sich jedoch nun ausschließlich auf den Einfluss kultureller Faktoren und nehmen damit intrapersonale Prozesse wie z.B. Wahrnehmung, Kognition, Motive, Emotionen u.s.w. als universell verbreitet und bei allen Menschen in gleicher Weise handlungsdeterminierend an. Die klassischen Untersuchungen über Wahrnehmungsprozesse (Segall et al., 1966), Kognitionen (Cole & Scribner, 1974) oder zur Leistungsmotivation (McClelland & Friedman, 1952) im Kulturvergleich gehören in diese Kategorie.

Es zeichnet sich somit als wünschenswert für zukünftige Forschungen ab, beobachtbares Verhalten als abhängig von personalen- *und* Umwelt-, d.h. soziokulturellen Faktoren zu beschreiben, wobei personenspezifische und soziokulturelle Verhaltensdeterminanten häufig nicht klar voneinander trennbar sind. Die Person ist mit ihren psychischen Strukturen und ihren psychischen Prozessen immer schon kulturell determiniert und zugleich ein Teil der Kultur. Kulturelle Determinanten sind keine vom Individuum getrennte, externale Verursachungsfaktoren, sondern sind mit seinem Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln verwoben. Individuelles Handeln wird aus seinem kulturellen Kontext hervorgebracht ebenso wie es als dynamischer Teil der Kultur, diese stabilisiert oder verändert. Thomas (1993) fasst dieses Beziehungsverhältnis mit Rekurs auf die Lewin'sche Verhaltensformel wie folgt zusammen: $V = f(P - kU)$. Danach ist Verhalten eine Funktion der Interdependenz von Person und kultureller Umwelt, wobei das Verhalten selbst immer sowohl Resultat als auch Determinante dieses interdependenten Beziehungsverhältnisses ist.

Das generische Psychotherapiemodell formuliert diese Wechselwirkungen für das System Psychotherapie. Es berücksichtigt personale - *und* Umweltfaktoren in ihrem dynamischen Zusammenhang und regt für die psychotherapeutische Beziehungsforschung eine kulturvergleichende Empirie an.

2.1.2 Die Interdependenz von psychotherapeutischer Beziehung und psychotherapeutischem Kontext: Argumente für eine kulturvergleichende Erforschung der therapeutischen Beziehung

Orlinsky & Howard (1986) bezeichnen in ihrem generischen Psychotherapiemodell mit „Kontext“ Personen, die direkt oder indirekt am therapeutischen Vertrag teilhaben (Therapeut, Klient und eventuell Eltern, Supervisoren etc.), sowie soziale und kulturelle Einflüsse des Settings und der Gemeinschaft, in der die Therapie stattfindet. Bastine (1992) fasst unter „psychotherapeutische Kontextbedingungen“ einerseits gesellschaftliche Wert- und Normvorstellungen und andererseits die formalen Rahmenbedingungen (z.B. rechtliche und finanzielle Regelungen) innerhalb des sozialen Systems, in dem Psychotherapie stattfindet.

Mit der Definition von Kultur nach Thomas (1996) als einem universellen, für eine Gesellschaft, Organisation und Gruppe aber sehr typischem Orientierungssystem, das aus spezifischen Symbolen gebildet wird, das das Wahrnehmen, Denken, Werten und Handeln aller seiner Mitglieder beeinflusst und somit deren Zugehörigkeit zu ihrer Gesellschaft bestimmt, scheint der Kulturbegriff zunächst nur einen Teil dessen abzudecken, was im generischen Psychotherapiemodell unter „Kontext“ verstanden wird. Sieht man jedoch die kulturellen Bedingungen als Quelle der „kollektiven mentalen Programmierung¹, die die Mitglieder einer Gruppe oder Kategorie von Menschen von einer anderen unterscheidet“ (Hofstede, 1993, S. 19), so wird deutlich, dass Kultur als übergeordnete oder antezedente Bedingung jede Art menschlichen Verhaltens in jeglichem Kontext, d.h. zum Beispiel auch Interaktionen in der Therapeut-Klient-Beziehung, beeinflusst. Über eine ausdrücklich kulturvergleichende Vorgehensweise ist es möglich, den soziokulturellen² Bedingungen menschlichen Verhaltens explizit Rechnung zu tragen und sie nicht mehr als mehr oder weniger kontrollierbare Störfaktoren gelten zu lassen (vgl. Trommsdorf, 1993).

¹ Hofstede (1980) prägt hier den Begriff der „mentalen Software“ eines Menschen

² Kultur wird von manchen Autoren von Sozialisation unterschieden, weil zeitliche Veränderungen in sozialen Beziehungen nicht mit kultureller Evolution gleichzusetzen sind (Grossmann, 1993). Eine wechselseitige Beziehung zwischen Kultur und Sozialisation wird jedoch durchaus immer gesehen, was häufig in der Verwendung „soziokulturell“ seinen Ausdruck findet.

Kapitel 2.1.2 widmet sich einem kurzen Exkurs in den Bereich der kulturvergleichenden Psychologie, um die theoretischen und methodischen Voraussetzungen für den hier durchgeführten Ländervergleich zu klären. Abschließend werden die für die Hypothesenbildung verbindlichen Kulturdimensionen (Hofstede, 1980) eingeführt.

2.1.2.1 Warum kulturvergleichende Forschung?

Psychologische Gesetzmäßigkeiten, kausale Zusammenhänge oder an spezifischen Bevölkerungsgruppen zu bestimmten Zeiten gewonnene Erkenntnisse wurden und werden in der herkömmlichen Psychologie immer noch als für alle Menschen und zu allen Zeiten zutreffend und allgemein gültig angesehen. Wenn die Psychologie in theoretischer und methodischer Hinsicht sowie in der Bestimmung ihrer Forschungsinhalte zwar immer schon kulturabhängig war, trat und tritt sie oft mit einem impliziten oder expliziten universalistischen Anspruch auf. Die kulturvergleichende Psychologie greift Inhalte der verschiedenen psychologischen Teildisziplinen auf und stellt sie vor ihren kulturellen Hintergrund.

Die kulturvergleichende Psychologie entwickelte sich in den 50er und 60er Jahren als eine eigenständige Teildisziplin innerhalb der Psychologie (vgl. Triandis, 1980). Dennoch lebte die deutsche Psychologie bis in die 90er Jahre immer noch hauptsächlich vom Import kulturvergleichender Forschung aus dem Ausland und es fehlte ihr „jede wissenschaftliche Infrastruktur, aus der heraus kulturvergleichende Forschung und kulturpsychologische Forschung entstehen könnte“ (Thomas, 1993, S. 14, in Anlehnung an Andritzky, 1989). 1993 wurde von Alexander Thomas erstmals eine deutschsprachige Einführung in das Gebiet der kulturvergleichenden Psychologie vorgelegt.

Die Ziele kulturvergleichender psychologischer Forschung lassen sich nach Thomas (1993) in drei zentralen Punkten zusammenfassen:

1. Beschreibung und Analyse psychologisch relevanter Unterschiede im Verhalten und Erleben von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen.
2. Überprüfung der universellen bzw. kulturspezifischen Gültigkeit psychologischer Hypothesen und Theorien.
3. Analyse und Identifizierung der kulturellen Grundlagen psychischer Prozesse.

2.1.2.2 Die Auswahl geeigneter Kulturen

Ein Vergleich von Kulturen erfordert vorab eine Festlegung der zu untersuchenden Kulturebene. Häufig ist die Staatsangehörigkeit das „einzige brauchbare Kriterium für eine Klassifizierung“ (Hofstede, 1993, S.27), nicht zuletzt weil es bedeutend einfacher ist, Daten für Staaten zu erhalten als für organische, homogene Gesellschaften. Innerhalb von Staaten oder Ländern gibt es bestimmte Kräfte einer mehr oder weniger umfassenden Integration ihrer Mitglieder: eine dominante Landessprache, gemeinsame Massenmedien, ein nationales Bildungssystem, ein nationales politisches System, einen nationalen Markt für bestimmte Fertigkeiten, Produkte und Leistungen, u.s.w..

Ein gewichtiger Grund für die Datensammlung auf nationaler Ebene besteht darin, dass eines der Forschungsziele die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Ländern ist. So beschreibt Thomas (1993) z.B. ein deutlich wachsendes Interesse an kulturvergleichender psychologischer Forschung seit Beginn der europäischen Integrationsbewegung, der zunehmenden weltweiten wirtschaftlichen und politischen Bedeutung Europas und der globalen Orientierung Europas im Nord-Süd- und Ost-West-Dialog.

Mit der Festlegung der Datengewinnung auf nationaler Ebene, steht im nächsten Schritt die Auswahl der zu vergleichenden Länder an. In der Absicht, die intervenierenden Variablen (äußere Rahmenbedingungen) möglichst gering zu halten, um die Auswirkungen der als unterschiedlich angenommenen unabhängigen Variablen (Einstellungen, Meinungen, Werte) auf die abhängigen Variablen (hier: Selbst- und Fremdeinschätzung von Verhaltenstherapeuten und ihren

Klienten) stärker hervortreten zu lassen, ist die Länderauswahl auf politisch-administrativ und ökonomisch vergleichbare Länder festgelegt. Mit Deutschland als dem Herkunftsland der einen Stichprobe beschränkt sich in Anlehnung an diesen „Most-similar-cases“-Ansatz von Lijphart (1975) die Auswahl des anderen Landes auf „westliche“, „kapitalistische“ und „liberal-demokratische“ Systeme. Es werden eine deutsche und eine französische Stichprobe verglichen.

2.1.2.3 Erfassung kultureller Merkmale: Kulturdimensionen

In der Sozialanthropologie wurde zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts die These entwickelt, dass alle Gesellschaften in ihrem Alltag mit den gleichen Grundproblemen konfrontiert und lediglich die Antworten darauf unterschiedlich seien. Diese Grundproblembereiche stellen Dimensionen von Kultur dar. Eine Dimension vereinigt eine Reihe von Aspekten einer Kultur, die sich im Verhältnis zu anderen Kulturen messen lassen (Hofstede, 1993).

Die Anzahl der Dimensionen entscheidet darüber, wie differenziert und komplex kulturelle Merkmale erfasst werden. Von zwei Dimensionen (Glenn & Glenn, 1981) zu drei (Hall & Hall, 1990), vier (Hofstede, 1980) oder fünf (Hofstede, 1990, 1991, 1993) über plus minus zehn Kulturstandards pro Nationalkultur (Thomas, 1996), bis hin zu einer erweiterbaren Liste von zwanzig, dreißig präadaptiven Gegensätzen, die in sich unendliche Kombinationsmöglichkeiten bergen (Demorgon, 1993), sind beinahe alle Möglichkeiten vertreten. Die jeweiligen Ergebnisse sind deutlich von jeweiligem Theorieansatz und der Erhebungsmethode geprägt. Anthropologische Grundkonstanten (Hall, 1983), Ergebnisse von Faktorenanalysen (Hofstede, 1980), qualitativen Inhaltsanalysen (Thomas, 1996) oder philosophischer Reflexion (Demorgon, 1993) führen zu ganz unterschiedlichen Differenzierungsgraden.

Hofstedes fünf Kulturdimensionen (1980, 1990) der Machtdistanz (von gering bis zu groß), der Unsicherheitsvermeidung (von schwach bis stark), des Individualismus gegenüber Kollektivismus, der Feminität gegenüber Maskulinität und der langfristigen gegenüber kurzfristigen Orientierung erlauben in ihrer Diffe-

renziertheit eine gute Erfassung alltagsweltlicher kultureller Komplexität und wahren durch ihren Umfang - ohne stereotypisierend zu sein - eine gute Übersichtlichkeit.

2.1.2.4 Hofstedes Untersuchung zur „societal culture“ (1980)

Hofstedes (1980) Analyse von 116.000 Fragebögen von IBM-Beschäftigten in über 50 Ländern mit mehr als 20 Sprachen hat im Bereich der Forschung zu kulturspezifischen Wertvorstellungen Standards gesetzt und bleibt bis heute ohne Konkurrenz. Die Mitarbeiter des multinationalen Großkonzerns IBM stellten perfekt zusammengesetzte Stichproben in ihrem jeweiligen Land dar, da sie einander in jeder Hinsicht außer der Staatsangehörigkeit ähnelten. So konnten sich die durch die Staatsangehörigkeit bedingten Unterschiede bei ihren Antworten deutlich bemerkbar machen.

Hofstedes auf Länderebene durchgeführte Faktorenanalyse von 32 wertbezogenen Statements der Stichprobenteilnehmer ergab vier Faktoren, die zusammen etwa 50% der Variablenvarianz erklären. Der **Machtdistanzindex (MDI)** gibt Auskunft über die Akzeptanz ungleicher Machtverteilung. Der **Unsicherheitsvermeidungsindex (UVI)** beschreibt die Toleranz gegenüber Ungewissheit und unstrukturierten Situationen. Der **Individualismusindex (IDV)** misst den Vorrang von Ich-Bezogenheit und losen Sozialbeziehungen gegenüber engen Beziehungen innerhalb einer größeren Gruppe und entsprechender Gruppenloyalität (Kollektivismus). Der **Maskulinitätsindex (MAS)** informiert darüber, ob in einer Gesellschaft die Geschlechterrollen mit Betonung von Leistung, Selbstbehauptung und Status scharf unterschieden werden (hoher MAS) oder sich eher überlappen (niedriger MAS).

Wenngleich nicht alle Faktoren Hofstedes durch Studien mit stärker auf ost-asiatische Wertvorstellungen abgestimmte Fragebögen (Chinese Culture Connection, 1987) oder mit individuumbezogenen Auswertungsmethoden (Bond, 1988) repliziert werden konnten, so wurde die kulturpsychologische Diskussion zumindest durch den Faktor „Individualismus-Kollektivismus“ nachhaltig beein-

flusst (Bond & Hwang, 1986). HSU (1983) zum Beispiel kontrastierte den krassen Individualismus in den USA und anderen westlichen Ländern mit einer eher auf das Gemeinwohl bezogenen Einstellung in China und Japan. Die Arbeiten von Bond, bei der Fragebögen chinesischen Ursprungs zum Einsatz kamen, führten zur Identifikation einer weiteren Dimension von Kultur - einer langfristigen gegenüber einer kurzfristigen Orientierung innerhalb von Gesellschaften - die Hofstede (1990, 1993) als fünfte Dimension in sein vierdimensionales Kulturmodell aufnimmt.

2.1.2.5 Vergleich von Frankreich und Deutschland anhand der Dimensionen Hofstedes (1980)

Hofstede bestimmt die relative Position der von ihm untersuchten fünfzig Länder und drei Länderregionen zueinander anhand von für die einzelnen Faktoren ermittelten Indexwerten. Die Landesindizes berechnen sich für die vier Dimensionen unterschiedlich. Im Falle von Machtdistanz und Unsicherheitsvermeidung wird der Indexwert eines Landes aus den Mittelwerten der drei Fragebogenitems mit den höchsten Ladungen auf dem interessierenden Faktor ermittelt. Die Berechnung von Individualismus- sowie Maskulinitätsindex basiert auf den Faktorpunktswerten der jeweiligen Dimension.

Für den Ländervergleich Deutschland - Frankreich werden nachfolgend die Indexwerte für diese beiden Länder sowie deren relative Position im Gesamtländerspektrum tabellarisch zusammengestellt.

Tabelle 1

MDI-, UVI-, IDV- und MAS-Werte für Deutschland und Frankreich (entnommen aus den entsprechenden Tabellen von Hofstede, 1993)

Faktor	Land	Indexwert	relative Position
Machtdistanz	Deutschland	35	42/44
	Frankreich	68	15/16
Unsicherheitsvermeidung	Deutschland	65	29
	Frankreich	86	10/15
Individualismus	Deutschland	67	15
	Frankreich	71	10/11
Maskulinität	Deutschland	66	9/10
	Frankreich	43	35/36

Anmerkungen. Die Angaben zur relativen Position eines Landes beziehen sich auf die Gesamtstichprobe der 50 Länder und drei Länderregionen. Ist die relative Position des Indexwertes eines Landes mit mehr als einer Ziffer gekennzeichnet, so weist das darauf hin, dass mehrere Länder auf dieser Dimension denselben Indexwert erzielt haben. So z.B. haben Deutschland, Costa Rica und Großbritannien einen Machtdistanzindex von 35. Alle drei werden mit der Position 42/44 zwischen Australien (MDI: 36, rel. Position: 41) und der Schweiz (MDI: 34, rel. Position: 45) positioniert.

Zur besseren Interpretierbarkeit wird die Platzierung der Länder auf der Indexskala von Hofstede verbalisiert, womit auch das Verhältnis der Länder deutlicher wird.

Tabelle 2

Platzierung von Deutschland und Frankreich auf der Indexskala von Hofstede

	MDI	UVI	IDV	MAS
Deutschland	<u>niedrig</u> /mittel	mittel	mittel/ <u>hoch</u>	mittel/ <u>hoch</u>
Frankreich	hoch	hoch	mittel/ <u>hoch</u>	<u>mittel</u> /niedrig

Anmerkungen. Die Unterstreichungen geben die Tendenz des Wertes an

Hofstede (1980) hat zu jeder seiner Dimensionen eine gesamtgesellschaftliche Norm und Hypothesen über deren Ursprung aufgestellt. Damit ist es möglich, jeden der Index-Werte relativ hinsichtlich der dahinterstehenden Einstellungen, Merkmale, Strukturen, gesellschaftlichen Normen und Verhaltensweisen zu interpretieren.

2.1.2.5.1 Machtdistanzindex (MDI)-Wert

Während Deutschland mit einem Indexwert von 35 den Ländern mit niedrigem MDI-Wert zuzuordnen ist, hat Frankreich im Vergleich dazu einen eindeutig hohen MDI-Wert. Nach Hofstede finden sich in Gesellschaften mit hohem MDI-Wert folgende Einstellungen und Verhaltensweisen ausgeprägt:

Innerhalb der Familie legen die Eltern großen Wert auf kindlichen Gehorsam. Unter Studenten wird Konformität angestrebt und autoritäre Richtlinien als soziale Norm akzeptiert. In Betrieben haben unterschiedlich qualifizierte Arbeitskräfte eine übereinstimmende Ansicht über Autorität. Angestellte zögern, Nicht-Übereinstimmung mit ihren Vorgesetzten kundzutun; untereinander misstrauen sie sich. Eine enge arbeitsbegleitende Überwachung wird von rangniedrigen Mitarbeiter positiv bewertet. Die emotionale Distanz zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten ist sehr groß.

Demnach macht der Machtdistanzindex eine Aussage über die Qualität der Abhängigkeit von Beziehungen innerhalb von Gesellschaften. Bei Ländern mit einem hohen Machtdistanzindex stößt man auf „Kontradependenzen“ (Hofstede, 1993, S.42), d.h. negative und einseitige Abhängigkeiten, während in Ländern mit geringer Machtdistanz Interdependenzen vorherrschen.

2.1.2.5.2 Unsicherheitsvermeidungsindex (UVI)-Wert

Deutschland ist mit seinem UVI-Wert eher im mittleren Bereich anzusiedeln, während Frankreich mit 86 auch hier einen eher hohen Index-Wert hat. Hofstede (1980) beschreibt die gesellschaftliche Norm von Ländern mit hohem UVI-Wert geprägt von Zukunftsangst, Konsensstreben, einem Bedürfnis nach geschriebenen Regeln und Vorschriften, Expertengläubigkeit, Nationalismus und Konservatismus („law and order“).

Im Vergleich zu Deutschland besteht in Frankreich ein weitaus höheres Bedürfnis nach Formalisierungen und Reglementierungen, was sich offensichtlich wechsel-

seitig mit der ebenso großen Akzeptanz gesellschaftlicher und individueller Machtunterschiede, wie sie durch den MDI-Index erfasst wird, ergänzt. Denn einerseits geht aus der Bejahung von Machtunterschieden in einer Gesellschaft die Bereitschaft hervor, Regeln und Autoritäten zu respektieren und andererseits zementieren Gesetze und formalisierte Abläufe bestehende Machtstrukturen. In der Tat finden sich fast alle Länder mit hohem UVI-Wert in der derselben Gruppierung wieder wie sie bereits für Machtdistanz feststellbar war.

2.1.2.5.3 Kovariieren MDI-und UVI-Wert ?

Länder, in denen eine romanische Sprache gesprochen wird, wie französisch, spanisch, portugiesisch, italienisch, haben mittlere bis hohe Positionen auf der Machtdistanz- wie der Unsicherheitsvermeidungsskala. Länder mit einer germanischen Sprache wie deutsch, englisch, niederländisch, dänisch, norwegisch, schwedisch belegen auf beiden Skalen eher die unteren Positionen. Die chine-sprachigen Länder wie Taiwan, Hongkong und Singapur ebenso wie Länder mit bedeutenden Minderheiten chinesischer Abstammung (Thailand, Indonesien, Philippinen, Malaysia) hingegen verbinden hohe Machtdistanzwerte mit wesentlich niedrigeren Werten bei der Unsicherheitsvermeidung. Die Gruppierungen der Länder weist auf einen Zusammenhang zwischen dem jeweiligen historisch begründeten Verbreitungsgebiet der Sprache und heutiger „mentaler Software“ (Hofstede, 1980, S. 14 ff.) hin. Die Unterschiede zwischen den Ländergruppierungen erklärt Hofstede (1993, S. 156 ff.) aus ihrem jeweiligen historischen Erbe.

Unterschiede in der Machtdistanz stehen in statistischer Beziehung zur (1) geografischen Breite eines Landes (größere Breite in Verbindung mit niedrigerem MDI) (2) Größe seiner Bevölkerung (größere Bevölkerung in Verbindung mit höherem MDI) und (3) seines Wohlstandes (reichere Länder in Verbindung mit niedrigerem MDI). Derart weite Beziehungen konnten bei der Unsicherheitsvermeidung nicht ermittelt werden. Es wurde lediglich eine schwache negative Korrelation des nationalen Wohlstandes mit dem UVI festgestellt.

Unter dem grundsätzlichen Vorbehalt der doppelten Stichprobenabhängigkeit von Faktorenanalysen, weist dies darauf hin, dass es sich bei Machtdistanz und Unsicherheitsvermeidung um zwei unabhängige Faktoren handelt.

2.1.2.5.4 Individualismusindex (IDV)-Wert

Die Erhebungsfragen im IBM-Fragebogen, die dem Individualismusindex zugrunde liegen, gehören zu einer Gruppe von 14 Kriterien (z.B. persönliche Freiheit, Einkommen), nach denen die Befragten auf einer Punkteskala von 1 bis 5 (wichtig - unwichtig) eine für sie ideale Arbeit bewerten sollten. Die Auswertung der Antwortmuster der Befragten ergab, dass sie zwei zugrundeliegende Dimensionen widerspiegelten. Die eine war Individualismus gegenüber Kollektivismus; die andere wurde als Maskulinität gegenüber Feminität bezeichnet. Auf den Maskulinitäts-Index wird unter 2.1.2.6.5 eingegangen.

Hinsichtlich ihres IDV-Wertes liegen Deutschland und Frankreich mit einem Indexwert von 67 bzw. 71 ungefähr gleich; die Differenz von vier Indexwertpunkten ist nicht sinnvoll interpretierbar. Beide Werte sind im Gesamtspektrum als mittel bis hoch einzustufen, was die deutsche und französische Gesellschaft als individualistische im Gegensatz zu anderen eher kollektivistischen Gesellschaften festlegt.

In Ländern mit höherem IDV-Wert werden die persönliche Zeit und das eigene Leben hoch bewertet. Individuelle Leistung und Initiative werden sehr betont. Der Einzelne sieht sich gerne als eigenständig und unabhängig von seinem Arbeitgeber. Jeder kümmert sich um sich selbst bzw. seine engste Familie. Aus den Ergebnissen Hofstede's geht hervor, dass Individualismus und Machtdistanz tendenziell in negativer Korrelation zueinander stehen: Länder mit großer Machtdistanz sind mit hoher Wahrscheinlichkeit auch stärker kollektivistisch und Länder mit geringer Machtdistanz mehr individualistisch. In Kulturen, in denen die Menschen relativ unabhängig von Wir-Gruppen sind, hängen sie normalerweise auch weniger stark von mächtigen anderen Personen ab. Bei Frankreich und Belgien jedoch stößt man auf eine Kombination hoher Machtdistanz und starkem

Individualismus, was darauf hinweist, dass die wirtschaftliche Entwicklung der verglichenen Länder als moderierende Variable entscheidend mit Betracht gezogen werden muss.

Für den in der vorliegenden Arbeit anstehenden Ländervergleich, wird die Individualismusdimension nicht berücksichtigt, weil beide Ländern fast übereinstimmend positioniert sind.

2.1.2.5.5 Maskulinitätsindex (MAS)-Wert

Die Dimension „Maskulinität gegenüber Feminität“ ist die einzige der Dimensionen, bei der die männlichen und weiblichen IBM-Angestellten in ihrem Antwortverhalten auf die Erhebungsfragen sich systematisch unterscheiden. Für Männer sind Einkommen und Beförderung, für Frauen das Arbeitsverhältnis zum Vorgesetzten und die kollegiale Zusammenarbeit von größerer Bedeutung. Hofstede unterteilt in diesem Sinne in maskuline und feminine Werte. Die MAS-Werte wurden nicht nur länderweise berechnet, sondern auch für Männer und Frauen getrennt. Der Maskulinitätsindex für Männer ist von den am meisten femininen Ländern (Schweden und Norwegen) zu den am meisten maskulinen Ländern (Japan und Österreich) ungefähr anderthalbmal so groß wie für Frauen. Die Werte von Frauen differieren von Land zu Land weniger als die der Männer.

Deutschland ist mit einem hohen MAS-Wert von 66 den maskulinen Ländern zuzurechnen. Frankreich reiht sich mit seinem mittleren bis niedrigen Punktwert auf der MAS-Skala bei den femininen Ländern ein. Demnach wird in Deutschland im Vergleich zu Frankreich Erfolg über Begriffe wie Anerkennung und Wohlstand definiert. Die Frauenbewegung wird stärker kritisiert und es gibt weniger Frauen in guten beruflichen, gutbezahlten Positionen. Bestimmte Berufe werden als typisch männlich, andere als typisch weiblich eingestuft. Es besteht Tendenz, Männer als Familienernährer und Frauen als Hausfrau und Mutter zu sehen.

Diese „Gleichheitskepsis“ (Kaelble, 1991, S.173) der Deutschen gegenüber den französischen Vorstellungen gleicher Aufgaben- und Kompetenzaufteilung zwischen Frau und Mann wird auch von anderen Autoren beschrieben. Der Zusammenhang mit einem höheren Prozentsatz berufstätiger Ehefrauen und Mütter, höheren Studentinnenzahlen, geringeren Verdienstunterschieden und einer höheren Anzahl weiblicher Führungskräfte in der französischen Bevölkerung ist unübersehbar.

Diese Unterschiede zwischen Deutschland und Frankreich erklären sich nicht zuletzt aus dem historisch gewachsenen Dienstleistungsangebot der ganztägigen Kleinkindbetreuung und später anschließender Ganztagschule in Frankreich. Die Frauen werden für ein eigenes Berufsleben freigestellt, was die gesellschaftlichen Erwartungen an die weibliche Rolle entsprechend beeinflusst. Gleichzeitig sind es eben diese Sozialisationsbedingungen in einer Gesellschaft, die zu einem hohen Unsicherheitsvermeidungsindex, wie Frankreich ihn hat, beitragen können.

2.1.2.6 Hofstedes Kulturdimensionen im psychotherapeutischen Kontext

Wie zu Beginn des Kapitels 2.1.2 erläutert, wird der Kontext, in dem Psychotherapie stattfindet, entscheidend durch kulturelle Einflüsse determiniert. Diese Einflüsse wurden durch den Begriff der Kulturdimensionen systematisiert und empirisch fassbar gemacht (s. 2.1.2.3). Hofstedes Dimensionen von Kultur werden mit dieser Arbeit erstmalig auf das psychotherapeutische Setting angewendet.

Die vergleichbaren Machtstrukturen und Abhängigkeitsverhältnisse in der Ausgangsstichprobe Hofstedes und der Stichprobe von Therapeut-Klient-Paaren legitimieren den Transfer der Ergebnisse Hofstedes auf das hier untersuchte Setting: Die ungleichen³ Rollen von Therapeut und Klient sind sozial und institutio

³ Bei der Therapeut-Klient-Dyade handelt es sich um eine Beziehung mit ungleicher Machtverteilung. Keupp & Bergold (1972) erklären die „interne Machtproblematik“ (ebd., S.107) jedweder Therapiesituation durch die Rollenverteilung zwischen Therapeut und Klient, durch die Macht auf der einen und Abhängigkeit anderen Seite verankert werden.

nell festgelegt, ebenso wie das ungleiche Verhältnis der IBM-Mitarbeiter und ihren Vorgesetzten in der Studie Hofstedes. Damit ist grundsätzliche Vergleichbarkeit der beiden Stichprobe gewährleistet und somit z.B. die Übertragung des von Hofstede ermittelten Machtdistanzindex, als Kollektivmaß für die in einer Gesellschaft vorherrschenden und empfundenen Machtunterschiede, auf die verhaltenstherapeutische Beziehung möglich.

2.2 Die verhaltenstherapeutische Beziehung

Der lange tradierte Mythos einer kalten und mechanistischen Verhaltenstherapie gilt heute als überholt und müßig. Beiträge zur Beziehungsthematik in der Verhaltenstherapie machen sich nunmehr nicht zur Aufgabe, die Notwendigkeit der Beachtung der therapeutischen Beziehung zu belegen, sondern arbeiten an Konzepten und Gestaltungsmöglichkeiten für selbige. Der immer noch recht geringe Umfang an aktuellen Forschungsaktivitäten in diesem Bereich lässt sich nicht etwa aus der interaktionellen Inkompetenz verhaltenstherapeutischer Praktiker erklären, sondern aus dem noch anstehenden Bedarf einer expliziten theoretischen Aufarbeitung der verhaltenstherapeutischen Beziehung. Nach Grawe (1997) ist die Beziehungsperspektive für die Psychotherapie nach wie vor von größerer Bedeutung, „als es der gegenwärtigen Rezeption in der Verhaltenstherapie entspricht“ (ebd., S.36). Die Therapiebeziehung wird zwar seit Jahren immer wieder als Voraussetzung oder Grundlage für die Durchführung spezieller therapeutischer Methoden betont (Schindler, 1991; Margraf & Lieb, 1995), der spezielle Zusammenhang bleibt jedoch unreflektiert (Schulte, 1996).

Mit der Unterscheidung von Beziehungsregeln und Methodenregeln verdeutlicht Schulte (1996) das Verhältnis von Beziehung und Technik für die Verhaltenstherapie und klärt damit die lange Zeit erbittert geführte Technik-vs.-Beziehungsdebatte (Tscheulin, 1981): Aus seinem Wissen um Methodenregeln bezieht der Therapeut die Inhalte der Kommunikation mit seinem Klienten; er weiß, *was* er tun soll. Die Kenntnis von Beziehungsregeln vermitteln ihm, *wie* er das tun soll.

Das Kapitel wird eingeleitet mit einer Auswahl empirischer Ansätze zur verhaltenstherapeutischen Beziehungsforschung. Die Darstellung veranschaulicht - ebenso wie die daran anschließende Beschreibung der theoretischen Entwicklung der Verhaltenstherapie - den Wandel des Beziehungskonzeptes einer zukunfts-offenen psychotherapeutischen Grundorientierung über die letzten 30 Jahre.

Von hohem Stellenwert für ein zeitgemäßes Verständnis der verhaltenstherapeutischen Beziehung sind die im Anschluss daran explizierten Therapieprozessmodelle. Die Modelle von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) und von Schulte (1996) enthalten die gegenwärtig differenziertesten Konzepte, die praktisches Vorgehen und theoretische Begründung für die Verhaltenstherapie in idealer Weise aufeinander beziehen. Die Modelle verdeutlichen die interpersonale Dynamik des therapeutischen Prozesses und zeigen auf, dass der Schwerpunkt aktueller verhaltenstherapeutischer Konzepte bei einem individualisierten Vorgehen innerhalb des therapeutischen Prozesses liegt. Das nachfolgende Unterkapitel greift dies auf, indem es die konkrete Gestaltung der therapeutischen Beziehung in Abhängigkeit von den jeweiligen Störungsbildern reflektiert.

Das Kapitel abschließend werden unter 2.2.5 die Ausführungen der vorangegangenen Unterkapitel rekapituliert und integriert. Besonders hervorgehoben wird hier die Arbeit von Schulte (1996), mit der es gelingt, unter Einbezug empirischer Ergebnisse die verhaltenstherapeutische Beziehung umfassend zu charakterisieren. Basierend auf der Systematisierung Schultes schließt das Kapitel mit einem Ausblick auf den empirischen Ansatz der vorliegenden Arbeit.

2.2.1 Empirische Ansätze im Überblick

Im Streit therapeutischer Schulen wurde der Verhaltenstherapie von ihren Kritikern lange Zeit eine Vernachlässigung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient zugunsten der Realisierung therapeutischer Techniken vorgeworfen. Dieses Bild wurde jedoch auch nicht zuletzt durch einseitige Selbstdarstellungen der Behavioristen als „social reinforcement machines“ (Krasner, 1962) oder „programmers of behavior“ (zit. n. Sweet, 1984) provoziert und aufrechterhalten. In der Tat aber wurde die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung ebenso wie die kognitiver Faktoren in der verhaltenstherapeutischen Praxis schon recht früh erwähnt: Bereits 1957 hat Meyer auf die Bedeutung einer guten Beziehung zwischen Therapeut und Patient für Übungen in vivo hingewiesen (Margraf, 1996). Wegen des fehlenden theoretischen Bezugssystem kam Beziehungsaspekten allerdings der Status unspezifischer Faktoren zu, womit die Notwendigkeit einer systematischen empirischen Bearbeitung zunächst entfiel (Seiderer-Hartig, 1980). Die verhaltenstherapeutische Literatur aus dieser Zeit setzt sich daher ausschließlich implizit mit der Beziehungsthematik auseinander: So lassen auch Wolpe & Lazarus (1966) die Bedeutung einer warmen, freundlichen und akzeptierenden Interaktion als unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen therapeutischer Intervention nicht unerwähnt. Später wurden Beziehungsvariablen in experimentellen Designs der Therapieforschung insofern berücksichtigt, als versucht wurde, sie zusammen mit anderen denkbar relevanten Variablen konstant zu halten und zu kontrollieren (Zimmer, 1983).

Erste empirische Arbeiten von Forschern wie Bandura (1956, 1960) und Kanfer (1961, 1968) beschäftigten sich mit Fragen der Aggressionshemmung von Psychotherapeuten oder der Wirkung verbaler Verhaltensstile von Therapeuten auf Klienten. Diese wichtigen und subtilen Forschungsansätze wurden anfänglich durch das gleichzeitig aufkommende starke Forschungsengagement zur Effizienz verhaltenstherapeutischer Verfahren (siehe Kap. 2.2.2) überdeckt und fanden wenig Aufmerksamkeit.

Während die frühen Untersuchungen Therapeuten- oder Klientenvariablen fokussieren, setzen sich Beziehungsstudien seit Ende der 80er Jahre auch mit der Interaktion von Therapeut und Klient auf Therapieprozessebene auseinander. Um diese Entwicklung innerhalb der verhaltenstherapeutischen Beziehungsforschung besser deutlich zu machen, werden die für dieses Kapitel ausgewählten empirischen Ansätze in zwei getrennten Abschnitten dargestellt.

Die aktuellen Ansätze zur verhaltenstherapeutischen Beziehungsforschung sind bestimmt von den verschiedenen kontroversen Positionen zur „störungsspezifischen Wende“ innerhalb der Verhaltenstherapie, was in dem das Unterkapitel abschließenden Abschnitt zur Sprache kommt. Die empirische Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit wird an dieser Stelle konzeptuell eingeordnet. Gleichzeitig wird deutlich, wie eng die Entwicklung von Theorie, Praxis und Empirie miteinander verknüpft sind, womit zum Unterkapitel über die historische Entwicklung der Verhaltenstherapie übergeleitet wird.

2.2.1.1 Therapeuten- oder Klientenvariablen und ihr Zusammenhang mit dem Therapieergebnis

Sweet greift in seinem 1984 erschienenen Überblicksartikel die Untersuchungen von Sloane et al. (1975), Alexander et al. (1976) und Ford (1978) als bedeutend für die Beziehungsforschung der 70er Jahre heraus. Den Studien ist gemeinsam, dass sie entweder Therapeuten- oder Klienteneigenschaften in ihrer Funktion für das Therapieergebnis untersuchen, gegenseitigen Steuerungsprozessen von Therapeut und Klient jedoch keine Beachtung schenken.

In der vergleichenden Psychotherapiestudie von Sloane et al. (1975) konnte für Verhaltenstherapeuten in Abgrenzung zu Psychoanalytikern ein höheres Level an interpersonalem Kontakt, Empathie und Selbstkongruenz festgestellt werden. Verhaltenstherapeuten gingen direkter vor; sie sprachen häufiger und über längere Zeiträume, antworteten eher, gaben Informationen und Ratschläge an den Klienten weiter. Sie tendierten sehr viel weniger stark dazu, abzulenken oder zu reflektieren. Diese Verhaltensweisen konnten auch in anderen vergleichenden Untersuchungen (z.B. Luborsky et al., 1982) als für den verhaltensthe-

rapeutischen Stil typisch bestätigt werden. Jedoch konnte für keine dieser Variablen ein Zusammenhang mit dem Ergebnis einer verhaltenstherapeutischen Intervention nachgewiesen werden. Als besserer Prädiktor für den Therapieerfolg stellte sich die Beziehungsbewertung durch den Klienten heraus: Es zeigte sich ein - wenn auch nicht signifikanter- positiver Zusammenhang des Therapieergebnisses mit der dem Therapeuten entgegengebrachten Sympathie. Diese Tendenz konnte von Orlinsky & Howard (1986) sowie von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) auch therapieschulenübergreifend bestätigt werden.

Alexander et al. (1976) untersuchten den Einfluss von Therapeutenvariablen bei der Behandlung von jugendlichen Delinquenten und deren Familien. In dieser Studie wurden 21 Therapeuten einem zehnwöchigen Vortraining in einem semi-strukturierten Therapieprogramm unterzogen. Damit konnte man für die anschließend von den Therapeuten durchzuführende Therapie davon ausgehen, dass ein übereinstimmender Stand im technischen Vorgehen, d.h. in der differentiellen Therapieanwendung, gewährleistet war. Vor Beginn der Therapie wurden die Therapeuten von ihren Trainern nach ihrer Beziehungsfertigkeit (Integrationsfähigkeit von Affekt und Verhalten, Wärme und Humor) und ihrer Strukturierungsfähigkeit (Direktivität und Selbstvertrauen) beurteilt. Die Einschätzung in diesen beiden Kategorien des Therapeutenverhaltens wurde nach der Therapie mit dem Ergebnis in Zusammenhang gesetzt. Den Ergebnissen einer multiplen Regressionsanalyse zufolge konnten, entgegen aller Erwartungen, Beziehungs- und Strukturierungsfertigkeiten 60% der Varianz des Therapieerfolgs erklären, wobei erstere offensichtlich einen größeren Beitrag leisteten.

Alexander et al. (1976) bestätigen damit ein in der Literatur (z.B. Zimmer, 1983) immer wieder beschriebenes Merkmal des Therapeutenverhaltens in der Verhaltenstherapie, nämlich den gezielten Wechsel von direktivem und empathischem Vorgehen. Die Autoren schlussfolgern, dass Variablen wie Wärme und Humor erst dann zum Tragen kommen, wenn der Therapeut die Situation gut strukturiert und klare Direktiven setzt. Inzwischen liegen sehr viel differenziertere Ergebnisse (Schulte, 1992, 1995) zur Kontrollthematik in der Verhaltenstherapie vor (siehe unten), die z.B. darauf hinweisen, dass es auch für die Verhaltenstherapie unterschiedliche Qualitäten therapeutischer Strukturierung zu erfassen gilt.

In der Studie von Ford (1978) wurde die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung durch den Klienten untersucht. Die Klienten wurden in drei Gruppen aufgeteilt, in denen jeweils unterschiedliche therapeutische Strategien angewendet wurden. Das Therapeutenverhalten wurde nach 48 Kategorien anhand von Tonbandaufzeichnungen ausgewertet, die Klientenwahrnehmung nach jeder Sitzung mit dem Relationship Inventory - Form G (RI-G) von Gurman (1973) erfasst: Es zeigte sich keine Abhängigkeit des Therapieerlebens von der in den einzelnen Gruppen eingesetzten Technik. Deutlich wurde, dass die Klienten recht verschiedenes Therapeutenverhalten zu unterschiedlichen Therapiephasen positiv bewerten: Zu Therapiebeginn wurde emotionale Unterstützung, in der Therapiemitte eher an Kognitionen und konkreten Problemen orientiertes Arbeiten und gegen Ende zurückhaltendes und damit Selbstständigkeit provozierendes Therapeutenverhalten von den Klienten geschätzt. Eine positive Therapie-wahrnehmung des Klienten erwies sich generell als Prädiktor für den kurzzeitigen Therapieerfolg. Individuelle Unterschiede im Therapeutenverhalten stellten sich zwar als die Klientenwahrnehmung determinierend heraus, allerdings konnte mit dem Therapeutenverhalten nur 15-30% der Varianz der Klientenratings aufgeklärt werden.

Nach Sweet (1984) verweist das eindeutig darauf, dass die Wahrnehmung des Klienten nicht nur durch das Therapeutenverhalten, sondern auch durch den Klienten selbst determiniert ist: „Finally, a positive relationship is an elusive construct that is probably determined by mutually interactive components in treatment, and is not dependent solely on the therapist's behavior“ (Sweet, 1984, S. 259). Diese Verquickung von inter- und intrapersonaler Dynamik innerhalb der Therapiebeziehung findet sich im generischen Psychotherapiemodell von Orlinsky & Howard (1986) erstmals theoretisch aufgegriffen.

Mit den Studien von Sloane et al., Alexander et al. und Ford wird also bereits deutlich, dass dem Therapeuten und dem Klienten gleichermaßen bzw. der Therapeut-Klient-Interaktion eine bedeutende Rolle im therapeutischen Prozess zukommen. Schindler (1991) forderte in diesem Sinne die Erforschung der therapeutischen Beziehung als „Wirkfaktor“ in der Verhaltenstherapie mittels syste-

matischer Therapieprozessforschung. Über eine exakte Beschreibung des therapeutischen Prozesses sollte erklärbar werden, warum bestimmte Effekte eintreten, was wiederum Prognosen für zukünftige Therapieverläufe möglich macht.

Die im folgenden Abschnitt dargestellten Studien verbindet das gemeinsame Bemühen um Beziehungsaspekte auf Therapieprozessebene, was letztendlich die Identifikation von Beziehungsmustern bedeutet.

2.2.1.2 Die Therapeut-Klient-Interaktion auf Therapieprozessebene

Kaimer, Reinecker & Schindler (1989) konnten durch die sequentiell vergleichende Analyse zweier unterschiedlich erfolgreicher Therapieverläufe differentielle Klient-Therapeut-Interaktionsmuster identifizieren. Die Klientinnen zeigten eine depressive Symptomatik und wurden von einem 33-jährigen Verhaltenstherapeuten mit siebenjähriger Therapieerfahrung orientiert am Breitspektrumansatz nach Lazarus (1971) und verschiedenen problemlösungsbezogenen Therapieansätzen (beschrieben in Abschnitt 2.2.2) behandelt. Die Therapiesitzungen wurden auf Tonband aufgezeichnet und mit einem Kategoriensystem (CIP= Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie) vollständig codiert. Der Therapeut zeigte im erfolgreichen Verlauf mehr an Unterstützung und Erklärung (Stärkung der Selbsteffizienz), im weniger erfolgreichen Fall mehr an Einfühlung und Exploration. Die erfolgreichere Klientin war aktiver und zeigte mehr änderungsrelevantes Verhalten. Interessanterweise wurden die unterschiedlichen Muster bereits zu Beginn der Therapie deutlich und blieben im weiteren Verlauf stabil, woraus sich ableiten lässt, dass die ersten Sitzungen für die Etablierung der therapeutischen Arbeitsbeziehung eine große Bedeutung haben. Mit einer weiteren Studie von Hartung (1990) konnte bestätigt werden, dass sich die Beschaffenheit der therapeutischen Interaktion auf den Therapieverlauf auswirkt: In erfolgreichen Therapien gelang es den Therapeuten bereits in den ersten Sitzungen, den Fokus von den individuellen Beschwerden auf änderungsrelevante Strategien zu verlagern.

Fiedler, Vogt, Rogge und Schulte (1994) konnten mit ihrer Studie darüberhinaus verdeutlichen, dass unter Kenntnis spezifischer Beziehungsmuster, anhand derer sich Therapieverläufe und -wirkungen prognostizieren lassen, die zu Therapiebeginn erkennbare Haltung eines Patienten zum differentiellen Indikationskriterium für die Anwendung bestimmter therapeutischer Verfahren erhoben werden kann. Sie hatten vier ausgewählte Sitzungen aus dem Gesamtverlauf verhaltenstherapeutischer Phobienbehandlungen von insgesamt 48 Patienten einer detaillierten Interaktionsanalyse mit der „Structural Analysis of Social Behavior“ (SASB) unterzogen. In Abhängigkeit vom verhaltenstherapeutischen Verfahren (hier: Expositionstherapie vs. kognitiv-orientierte Verhaltenstherapie zur Phobienbehandlung) erwies sich die Autonomieentwicklung des Klienten als differentieller Prädiktor für den späteren Therapieerfolg: Patienten, die bereits recht früh im Behandlungsverlauf deutlich unabhängig von therapeutischer Lenkung und Einflussnahme waren, profitierten optimal von einer Expositionsbehandlung. Der günstige Verlauf einer kognitiven Verhaltenstherapie konnte durch eine genau gegenläufige Interaktionsstruktur vorausgesagt werden. Demzufolge sollte in Abhängigkeit der zu Beginn der Therapie erkennbaren Haltung eines phobischen Patienten (Eigenständigkeit oder Lernhaltung) über das jeweilig indizierte Verfahren (Expositionstherapie oder kognitiv-orientierte Verhaltenstherapie) entschieden werden. Die Ergebnisse dieser Studie widerlegen die vielfach gegen die Verhaltenstherapie vorgebrachte Kritik, dass deren lenkend-psychoedukative Strategien grundsätzlich Gefahr laufen, eine günstige Autonomieentwicklung von Patienten zu behindern und damit eine Abhängigkeitsbeziehung der Patienten zu begünstigen. Sie heben vielmehr die Notwendigkeit therapeutischer Fähigkeit zur individuellen Patientenanalyse und ein diesen individuellen Bedürfnissen angepasstes therapeutisches Vorgehen auf der Beziehungs- wie Technikebene hervor.

Die Ergebnisse der Berner Therapievergleichsstudie von Grawe, Caspar und Ambühl (1990) weisen in die selbe Richtung. Im Vergleich von vier Therapieformen (Interaktionelle Verhaltenstherapie (IVT) einzeln und in Gruppen, Breitspektrum-Verhaltenstherapie (BVT), Gesprächspsychotherapie (GT)) zeigte sich, dass sich die Therapien eindeutig darin unterscheiden, in welchen Bereichen Verbesserungen erzielt werden und welche Patienten am deutlichsten profitieren. Die Pa-

tienten der vier Therapiebedingungen waren auf sehr verschiedene Art und Weise zu ihren charakteristischen Veränderungen gelangt. Für Grawe et al. (1990) erscheint es demzufolge unangemessen, Therapieerfolg numerisch auf einzelnen Skalen zu erfassen. Ihrer Ansicht nach führt erst die Betrachtung von Veränderungsmustern zu aufschlussreichen Einsichten in Veränderungsprozesse und -effekte. Als Schlussfolgerung für die Praxis formulieren sie den Anspruch an den Therapeuten, sich jedem Patienten ganz individuell anzupassen.

Die Ergebnisse der Berner Therapievergleichsstudie haben darüber hinaus einen Vergleich der Therapiebeziehungen, die unter den drei verschiedenen Therapiebedingungen (IVT, BVT, GT) entstanden sind, ermöglicht (s. Grawe, 1992). Der Vergleich der Therapiebeziehungen stützte sich auf eine Einschätzung der Therapiebeziehung durch die Patienten, eine Einschätzung der Therapiebeziehung durch den Therapeuten, eine Einschätzung der Therapiebeziehung durch unabhängige Rater, eine Analyse durch unabhängige Beurteiler mit dem SASB (Benjamin, 1974) und eine Einschätzung durch unabhängige Beurteiler auf Interaktionsskalen.

Neben der Feststellung, dass Patienten, Therapeuten und unabhängige Beurteiler den größten Beitrag zu einer guten Therapiebeziehung übereinstimmend den interaktionellen Verhaltenstherapeuten zumaßen, ergab die SASB-Analyse für die verschiedenen Therapiebedingungen folgende Beziehungsporträts:

1. Die Gesprächspsychotherapeuten bejahten sehr ausgeprägt Autonomie bei ihren Klienten und gingen bestätigend auf diese ein. Sie gewährten ihnen in nur geringem Maße aktive Hilfe und Unterstützung. Auffällig war, dass sie es ausgeprägt vermieden, sich selbst zu öffnen und dem Klienten, etwas von sich mitzuteilen.
2. Die Therapeuten der BVT waren dagegen weniger Autonomie gewährend und gingen im Vergleich weniger verstehend/bestätigend auf ihre Klienten ein. Dafür waren sie sehr viel stärker lenkend und kontrollierend. Ihre Kontrolle war häufiger als in den anderen Therapiebedingungen unfreundlich und sehr oft affektiv neutral.

3. Dagegen halfen die Therapeuten der IVT ihren Klienten besonders viel, kritisierten und lenkten / kontrollierten aber eher selten. Wirkten sie aktiv auf ihre Klienten ein, so geschah das fast immer in affektiv freundlicher Weise. Im Vergleich zu den Therapeuten der BVT grenzten sie sich von ihren Klienten sehr viel weniger ab und teilen recht häufig etwas von sich selbst mit.

Die von Grawe, Caspar und Ambühl vorgenommene Abgrenzung von IVT und BVT wurde von Reinecker & Schindler (1991) „als sehr problematisch und eventuell artifiziell, gemessen am heute praktizierten Stand von Verhaltenstherapie“ (S. 278) beurteilt. Insgesamt stieß die Studie auf heftige Reaktionen von mehreren Seiten (s. auch Hand, 1991), die sich kritisch mit ihrer Methode und Intention auseinandersetzen, dennoch war sie für die beginnenden 90er Jahre die erste breit angelegte Studie im deutschsprachigen Raum, welche den „geforderten Wechsel von der Effizienz- zur Prozess-Erfolgsforschung“ (Reinecker & Schindler, 1991, S.274) vollzog.

Eine differenzierte, ausschließlich auf das verhaltenstherapeutische Geschehen bezogene Auseinandersetzung mit Kontrollprozessen findet sich bei Schulte (1992, 1995). Im Rahmen der Bochumer Angsttherapiestudie konnte mit 30 phobischen, kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten gezeigt werden, dass die subjektive Kontrollwahrnehmung von Therapeut und Klient in unterschiedlicher Weise mit Aspekten des durch neutrale Beobachter erfassten Kontrollverhaltens in Zusammenhang steht.

Es wurde deutlich, dass der subjektive Eindruck der Klienten, Kontrolle zu haben, nur zu Therapiebeginn vom tatsächlichen Kontrollgeschehen abhängt: Das Ausmaß eigener Autonomie wurde daran gemessen, ob Therapeut und Klient gleich häufig direktives Verhalten zeigten und in gleichem Umfang neue Themen ansprachen. Im weiteren Therapieverlauf orientierte sich die Kontrollwahrnehmung stark am Gesamteindruck, die der Klient von der Therapie hatte: Brachte er dem Therapeuten positive Wertschätzung entgegen und bewertete er

den bisherigen Therapieverlauf günstig, so hatte er auch den Eindruck, auf das Therapiegesehen Einfluss nehmen zu können.

Umgekehrt zeigte sich auf Therapeutenseite zu Therapiebeginn ein deutlicher Zusammenhang zwischen Kontrollwahrnehmung und Gesamteindruck des therapeutischen Geschehens, der im weiteren Therapieverlauf immer mehr verschwand. Für die Therapeuten konnte zu keinem Therapiezeitpunkt eine Korrelation ihrer Kontrollwahrnehmung mit irgend einem der durch neutrale Beobachter erfassten Kontrollaspekte (Direktivität etc.) nachgewiesen werden. Demzufolge weist die subjektive Kontrollwahrnehmung von Klient und Therapeut eher auf deren globale Wertschätzung der Therapie als auf tatsächliche Kontrollprozesse innerhalb des therapeutischen Geschehens hin.

Abgesehen von diesem Wahrnehmungsaspekt erwiesen sich die durch systematische Beobachtung erhobenen Kontrollaspekte therapeutischen Verhaltens als unterschiedlich mit dem Therapieerfolg korreliert: Direktives Therapeutenverhalten (direkte Aufforderungen oder Anordnungen, Kritik und geschlossene Fragen) beeinflusste den Therapieverlauf ungünstig, bzw. war in weniger gut verlaufenden Therapien sehr viel häufiger zu beobachten. Ebenso korrelierte der Gesprächsstil einer die Bearbeitungstiefe fördernden „psychologischen Bearbeitung“ negativ mit dem Therapieerfolg, wohingegen der Gesprächsstil der die Bearbeitungsweite betonenden „Situationsanalyse“ mit dem Therapieerfolg positiv zusammenhing. Damit wird deutlich, dass Verhaltenstherapeuten durch Gestaltung des Gesprächsthemas und durch gezieltes Aufgreifen von Gesprächsangeboten des Klienten, das therapeutische Gespräch nachhaltig steuern. Jedoch ist nicht jede Art von Steuerung gleichermaßen erfolgreich. Immer vermieden werden sollten offene verbale Direktiven, die dem Klienten das Gefühl nehmen, Autonomie zu haben.

2.2.1.3 Verhaltenstherapeutische Beziehungsforschung im Streit um Standardisierung oder Individualisierung in der Verhaltenstherapie

Es wird deutlich, dass sich die Erforschung der verhaltenstherapeutischen Beziehung konzeptuell und empirisch über die letzten Jahrzehnte kontinuierlich entwickelt hat. Der Schwerpunkt aktueller verhaltenstherapeutischer Forschung liegt jedoch eher bei der Evaluation phänomen- und störungsspezifischer Behandlungsansätze für bestimmte Patientengruppen und es scheint, als müsse sich die verhaltenstherapeutische Beziehungsforschung ihren Platz innerhalb der seit Beginn der neunziger Jahre wieder aufgeflammtten Kontroverse um Standardisierung versus Individualisierung des verhaltenstherapeutischen Vorgehens suchen (vgl. Reinecker & Fiedler, 1997). Die Berner Therapievergleichsstudie von Grawe, Caspar & Ambühl (1990), die ihr Forschungsinteresse erklärtermaßen auf die Beziehungsebene und nicht auf spezifische Störungen richtet, wird von Fiedler (1997a) als störungs- und schulübergreifende Therapiestudie - weil zu global - als nicht mehr zeitgemäß gesehen.

Grawe (1997) hingegen lastet einer rein störungsspezifischen Vorgehensweise die Vernachlässigung interpersonaler Beziehungsmuster und damit der verhaltenstherapeutischen Beziehung an. Er fordert eine Ergänzung der Verhaltenstherapie um eine „genuin interpersonale Betrachtungsweise“ (Grawe, 1997, S.39). Fiedler betrachtet diesen übergreifenden, allgemein strukturierten Ansatz der interpersonalen Analyse im Sinne seiner phänomen- und störungsspezifischen Psychotherapie als völlig unzureichend (Fiedler, 1997b, S.146 ff.), weil er der Abhängigkeit von der jeweiligen psychischen Störung eines Klienten individuell zu wenig gerecht wird. Er verdeutlicht damit, dass Beziehungsforschung auch und seiner Meinung nach eigentlich nur im Rahmen störungsspezifischer Ansätze adäquat möglich ist. Da jedoch nicht für alle Störungen empirisch überprüfte Ätiologiemodelle und optimierte und hinreichend evaluierte Therapieverfahren (vgl. Schulte, 1997) vorliegen, ist ein völliger Verzicht auf eine störungsübergreifende Erforschung des Therapieprozesses, z.B. auch und gerade für den Bereich der Beziehungsforschung, aktuell nicht denkbar. Nach Schulte (1997) sollten die allgemeine, störungsübergreifende Forschung und Praxis in der Ver-

haltenstherapie daher nicht als Alternative, sondern als Rahmen für störungsspezifische Ansätze verstanden werden.

Nach wie vor sprechen viele Argumente für eine das interpersonale Umfeld fokussierende, nicht störungsspezifische Perspektive bei der Erforschung der verhaltenstherapeutischen Beziehung (vgl. z.B. die Beiträge von Grawe, Caspar, Schulte in Reinecker & Fiedler, 1997). Durch eine interpersonale Betrachtungsweise würde die verhaltenstherapeutische Beziehung nicht nur unter dem Ressourcenaspekt (Therapiemotivation des Klienten etc.), sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Problemaktualisierung (zwischenmenschliche Probleme des Klienten bedingen einen Teil seines Problems und aktualisieren sich in der Therapiebeziehung) systematisch reflektiert und gestaltet werden.

Die vorliegende Arbeit zur verhaltenstherapeutischen Beziehungsforschung greift den interpersonalen Ansatz theoretisch und empirisch auf, ohne störungsspezifisch vorzugehen.

2.2.2 Die theoretische Entwicklung der Verhaltenstherapie: Ansätze und Methoden

Die Geschichte der Verhaltenstherapie zeichnet sich seit ihrer Gründung in den 50er Jahren besonders durch eine ständige Ausdifferenzierung und Diskussion ihrer theoretischen Grundlagen und praktischen Behandlungsmethoden aus. Durch ihre Orientierung an der empirischen Psychologie hat die Verhaltenstherapie alle Entwicklungen dieses Wissenschaftsbereiches mitdurchlaufen.

Bis Ende der fünfziger Jahre war in der angloamerikanischen Psychologie eine behavioristische Sicht psychischer Prozesse, wonach beobachtbares Verhalten Verankerungspunkt jeder theoretischen Aussage zu sein hatte, vorherrschend. Die Inhalte der Verhaltenstherapie waren in dieser ersten Zeit eng mit den Namen von Wolpe, Skinner, Eysenck und Shapiro verbunden und setzten ihren Schwerpunkt auf den Abbau unerwünschter und den Aufbau erwünschter Verhaltensweisen mittels klassischer und operanter Konditionierungsmethoden. Aus dieser Zeit stammen eine gewisse Anzahl verhaltenstherapeutischer Methoden, die für die Verhaltenstherapie bis heute große Aktualität besitzen. Die von Wolpe (1958) eingeführte Systematische Desensibilisierung ist eines der ältesten lerntheoretisch begründeten Therapieverfahren, dessen Wirksamkeit zur Behandlung spezifischer Ängste verschiedener Art in einer Vielzahl empirischer Untersuchungen (im Überblick Grawe, Donati & Bernauer, 1994) nachgewiesen ist. Die früh einsetzenden systematischen Effektivitätsuntersuchungen verhaltenstherapeutischer Ansätze zur Angstreduktion bewirkten, dass diese rasch bedeutenden Einfluss bekamen. Mit Hilfe eines Umkehrschlusses versuchten die frühen Verhaltenstherapeuten die Logik der erfolgreichen Angstreduktionsverfahren auf die Behandlung von Alkoholproblemen und abweichendem sexuellen Verhalten zu übertragen. Die willentliche Erzeugung von Angst durch aversive Reize wie z.B. Elektroschocks in der sog. Aversionstherapie erwies sich jedoch recht schnell als wenig effektiv und ethisch nicht vertretbar. Nach Margraf (1996) hat dieser Ansatz trotz seiner marginalen Bedeutung für die Verhaltenstherapie eine nachhaltig negative Stigmatisierung der damals noch jungen Therapierichtung bewirkt und ist in der Diskussion um Manipulation und Kontrolle in der Verhaltenstherapie immer spürbar geblieben.

Grundsätzlich wurde der Einfluss partieller Kontrolle und Macht des Therapeuten bei der Anwendung lerntheoretischer Konzepte in der Verhaltenstherapie von Anfang an ehrlich thematisiert (Bandura, 1969; Keupp & Bergold, 1972). Die Offenheit der Diskussion, die sich mit Grenzen und Gefahren ebenso wie mit Möglichkeiten und Zielen dieser Therapieform auseinandersetzte, gab jedoch gleichzeitig den Gegnern der Verhaltenstherapie immer wieder Argumente an die Hand, Verhaltenstherapie einseitig zu problematisieren. Ausführungen, wie die von Keupp und Bergold (1972), wonach in der Verhaltenstherapie „das Machtpotential des Therapeuten so weit wie möglich erhöht wird, um die Effizienz der Behandlung zu steigern“ (ebenda, S.128) führten dazu, dass Verhaltenstherapie pauschal mit Manipulation gleichgesetzt wurde. Dass die Autoren das Problem Machtgefälles Therapeut-Klient, mit Bezug auf die frühen Arbeiten von Kanfer, durch die dem verhaltenstherapeutischen Prozess inhärente Aktivierung klientischer Selbstkontrolle relativiert betrachteten, blieb hierbei natürlich ungesehen. Dennoch war es letztendlich diese bis heute andauernde Auseinandersetzung, die selbstbindende ethische Verpflichtungen und eine kritische Reflexion der eigenen Praxis (siehe Satzung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)) in einer Weise vorangetrieben haben, die nach Zimmer (1983) für die Psychotherapie einmalig ist.

Mit der kognitiven Wende der Psychologie in den 60er Jahren wurde die rein behavioristische Betrachtungsweise dann abgelöst durch theoretische Modelle, die nicht direkt beobachtbaren psychischen Abläufen, zusammengefasst unter dem Begriff „Kognitionen“, eine zentrale Bedeutung im psychischen Geschehen zumaßen - ohne jedoch den Bezug auf objektiv beobachtbare Indikatoren dieser Prozesse aufzugeben. Parallel zu diesem Wandel innerhalb der empirischen Psychologie gingen aus der bis dahin entwickelten Verhaltenstherapie neuere kognitive Therapiemethoden hervor. Nach Margraf (1996) hatte an dieser Stelle vor allem die Übernahme des sog. „Drei-Ebenen-Ansatzes“ von Lang et al. (1971), der verhaltensmäßige, kognitiv/affektive und physiologische Reaktionen gleichermaßen berücksichtigt, wesentlichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie. Die Neuentwicklung kognitiv-behavioraler Ansätze wurde nicht zuletzt angeregt durch die immer stärker werdende Unzufriedenheit

mit den strikt behavioralen Grundsätzen der frühen Jahre. Besonders Lazarus (1971) kritisierte, dass die Vielfalt verhaltenstherapeutischer Maßnahmen nicht einfach in lerntheoretischen Begriffen zu fassen sei. Er schlug die Einführung der „Breitspektrum-Verhaltenstherapie“ (ausführlich siehe unten) vor, in die Techniken mit empirisch belegter Wirksamkeit ohne Rücksicht auf ihre theoretische Herkunft integriert werden sollten. Insgesamt wurde innerhalb der Verhaltenstherapie eine Bewegung deutlich, die auf eine Integration kognitiver Maßnahmen in bereits bestehende therapeutische Ansätze abzielte. Trotz dieser eindeutigen Impulse kam es jedoch nicht zu einer raschen Vereinigung kognitiver und behavioraler Ansätze, was nach Margraf (1996) wohl unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass es den Verhaltenstherapeuten schwer fiel, die „identitätsstiftenden Grenzen“ (ebd., S.17) zu anderen Therapieformen aufzugeben.

Banduras (1969) Arbeiten zum sozialen Lernen, die auch die Aufmerksamkeit auf kognitive Faktoren in der Verhaltenstherapie lenkten, erreichten jedoch durch ihre rigorose empirische Methodik auch ursprünglich rein behavioristisch ausgerichtete Forscher und Praktiker. Seine Theorie integriert behavioristische und kognitive Positionen, indem sie externalen wie internalen Reizgegebenheiten für menschliches Verhalten Rechnung trägt. Verhalten wird durch Prozesse des klassischen und operanten Konditionierens sowie durch die Wirksamkeit der Imitation von Modellen aus der Umwelt erklärt. Modelle sind nicht nur Menschen, sondern auch symbolische Verhaltensmuster, wie sie z.B. Büchern oder verbalen Instruktionen entnommen werden können. Ihre Imitation setzt kognitive Prozesse wie z.B. Wahrnehmen oder Denken als Mediatoren insofern voraus, als diese zwischen den äußeren Reizbedingungen und dem offenen beobachtbaren Verhalten vermitteln. Die Voraussetzungen solcher Modelllernprozesse bzw. des stellvertretenden Konditionierens wurden so weitestgehend erforscht, dass sie für die Verhaltenstherapie bis heute eine zentrale Rolle spielen. Von Cautela und Kazdin (Cautela, 1973) konnte darüberhinaus gezeigt werden, dass die Verfahren des klassischen, operanten und stellvertretenden Konditionierens nicht nur bei offenem beobachtbaren, sondern auch bei verdecktem Verhalten gültig sind. Damit verbunden ist die Erkenntnis, dass bereits die Vorstellung, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, dafür verstärkt oder bestraft zu werden,

therapeutische Wirksamkeit besitzt. In Abgrenzung zu den frühen behavioristischen Theorien kamen also nunmehr sozialen Faktoren und der aktiven Rolle des Individuums eine entscheidende Bedeutung zu.

Mit der kontinuierlichen Ausdifferenzierung kognitiver Theorien wurde kognitiven Prozessen alsbald eine echte Steuerungs- und Kausalfunktion für Verhalten zuerkannt. Unter diesem Einfluss hat sich die Verhaltenstherapie von einem Verhaltenstraining für umschriebene Problemsituationen weg zu einem Training genereller Verhaltensstrategien oder -kompetenzen für verschiedenste Problembereiche entwickelt. Kennzeichnend für die kognitiven Therapiemethoden sind die fließenden Übergänge zwischen den einzelnen Verfahren. Verschiedene Ansätze aus diesem Bereich implizieren eine Integration kognitiv-behavioralen Vorgehens mit interpersonalen Schwerpunkten, indem sie die auf die Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungen ausgerichtet sind oder in denen vom therapeutischen Setting her eine starke Betonung des interpersonalen Aspektes besteht. Im Konzept der Interaktionellen Verhaltenstherapie von Grawe & Dzielas (1978) stehen Analyse und Veränderung der Beziehungsmuster des Patienten ganz im Mittelpunkt der Therapie. Das Konzept geht davon aus, dass die Therapiebeziehung zu einer optimalen Grundlage für einen fruchtbaren Veränderungsprozess wird, wenn sich der Therapeut möglichst komplementär, d.h. im Sinne Grawes erfüllend, bestätigend zu den wichtigsten erschlossenen positiven Zielen seines Klienten verhält.

Das letztendliche Zusammenwachsen kognitiver und behavioraler Ansätze hat bis in die 80er Jahre gedauert und fand zum Beispiel erst 1992 in der Umbenennung der EABT in „European Association for Behavioural and Cognitive Therapies“ auch formal seinen Ausdruck.

Nach Margraf (1996) war wohl das Selbstinstruktionstraining Meichenbaums (1975) der erste kognitive Ansatz, der bei Verhaltenstherapeuten anerkannt wurde. In diesem Selbstinstruktionstraining ist es Ziel, durch Modellvorgabe und Einübung in der therapeutischen Situation bzw. Anwendung auf reale Situationen neue „innere Dialoge“ aufzubauen und damit problematische, unangepasste Selbstinstruktionen zu ersetzen. Grundannahme des Verfahrens ist es, dass Verhalten von Kognitionen vorbereitet, begleitet und bewertet wird. Bisher

liegen wenige Ergebnisse zur Wirkungsweise und differentiellen Indikation des kognitiven Bewältigungstrainings vor. Es ist leicht erlernbar und seine erfolgreiche Anwendung setzt keine vollständige verhaltenstherapeutische Ausbildung voraus. Bei sehr vielen Störungen bewirkt es innerhalb kurzer Zeit (max. 12 Therapiesitzungen) bedeutsame und dauerhafte Verbesserungen.

Anders als der Ansatz von Meichenbaum wurden die als eigenständige Ansätze entwickelten kognitiven bzw. rational-emotiven Therapien von Beck (1967) und Ellis (1962) in der Verhaltenstherapie sehr viel zögernder übernommen. Heute gehören sie allerdings zu den wichtigsten kognitiven Ansätzen. Die Rational-Emotive Therapie (RET) von Ellis (1962) macht sich zum Ziel, unangemessene Einschätzungen („irrational beliefs“) aufzudecken, neue Bewertungsmuster zu entwickeln und diese im Sinne neuer Bewältigungsfertigkeiten in problematischen Situationen unter unterschiedlichen Stressbedingungen einzuüben. Zu den „rationalen“ Techniken zählen insbesondere die argumentative, auf der sokratischen Methode beruhende Gesprächsführung, die systematische Selbstbeobachtung zur Identifizierung „irrationaler“ Überzeugungen und eine Situations- und Handlungsanalyse im Hinblick auf „rationaleres“ Verhalten. Es wird eine starke Eigenbeteiligung des Klienten gefordert. Der Klient soll baldmöglichst in der Lage sein, das Vorgehen eigenständig zu übernehmen und auf neue Problemsituationen anzuwenden. Die kontrollierte Forschung zur RET begann in den siebziger Jahren und setzt sich bis heute fort. Die Mehrzahl der vorliegenden Studien kommt aus den USA. Grawe, Donati & Bernauer (1995) referieren die Ergebnisse von 17 Wirksamkeitsstudien zur RET, wonach sich diese Therapieform bei einer ganzen Reihe von Störungen wie sozialen Ängsten, neurotischen Depressionen sowie anderen neurotischen und Persönlichkeitsstörungen überzeugend bewährt.

Die kognitive Therapie nach Beck (1967) wurde zunächst nur als spezifische Depressionstherapie verstanden. Sie umfasst mehrere Therapieschritte, die mittels Erklärungen, systematischen Instruktionen und gezielten Analyseprozessen vollzogen werden. Das therapeutische Vorgehen richtet sich auf die verbalen oder bildhaften Kognitionen des Klienten bzw. die hinter diesen Kognitionen stehenden Prämissen, Annahmen oder Einstellungsmuster. Auch hier erarbeiten

Therapeut und Klient gemeinsam neue Bewertungen und Einstellungen, die dann eigens in dafür ausgewählten exemplarischen Problembereichen eingeübt werden. Wie auch alle anderen kognitiv-behavioralen Ansätze zeichnet sich dieses Verfahren durch seine strukturiertes, geplantes und transparentes Vorgehen aus. Das therapeutische Handeln wird für den Klienten bewertbar. In der Therapie werden für den Klienten Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien angestrebt, die auch außerhalb des Therapierahmens eingeübt werden. Das Vorgehen wird immer individuell auf den Klienten und seine ganz persönlichen Probleme abgestimmt. Beck gilt als einer ersten Therapeuten, der die Frage der Beziehungsgestaltung an einem klar umschriebenen Störungsbild entwickelte (vgl. Zimmer & Zimmer, 1996).

Eine ganz besondere Betonung des individualisierten Vorgehens findet sich in der Durchführung von Breitspektrumverhaltenstherapien (BVT). Basierend auf der individuellen Problemlage des Klienten konzipiert der Therapeut hier ein spezielles Behandlungsprogramm, bei dem er auf sein ganzes Repertoire verhaltenstherapeutischer Methoden zurückgreift. Diese Anwendungsform dürfte in der therapeutischen Praxis vorherrschend sein, da sie sich auf keine Störungsart festlegt und daher offen für ein wie auch immer geartetes Klientel ist. Nach Grawe, Donati & Bernauer (1995) grenzt sich die BVT von anderen breit angelegten verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen dadurch ab, dass die Abfolge ihrer Problemlöseschritte nicht von vornherein durch ein Schema festgelegt ist. Dieses Kriterium trennt die BVT auch von den sogenannten Problemlösungstherapien, die sich, wie die BVT, basierend auf einer individuellen Problemanalyse durch die Erarbeitung ganz persönlicher Behandlungsziele und -schritte auszeichnen, deren anschließendes Vorgehen jedoch in einzelnen Schritten genau vorgegeben ist. Das Konzept von Problemlösungstherapien wird im nächsten Abschnitt mit der Erläuterung des der Selbst-Management-Therapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) zugrundeliegenden Therapieprozessmodells zur Sprache kommen. Empirisch wurde deutlich, dass Klienten, die eine hohe interne Kontrollenerwartung bereits mit in die Therapie brachten, auch bereits kurzfristig von dieser profitieren. Zentral für diese Therapieform ist die Selbstverpflichtung des Klienten, im Training von Problemlösungsstrategien diese

zunehmend selbstständig auf weitere und zukünftige Probleme zu übertragen.

In der Verhaltenstherapie ist eine sehr große Anzahl einzelner Therapietechniken entwickelt worden. Es gibt Kategoriensysteme (Ali & Schmalstieg, 1984), die weit über 200 verhaltenstherapeutische Methoden zählen. Im Vergleich zu anderen Psychotherapiemethoden liegen für verhaltenstherapeutischen Verfahren die meisten Effektivitätsstudien für das breiteste Spektrum psychischer Störungen vor.

In der Vielzahl der Ansätze findet zuletzt die definitorische Heterogenität von Verhaltenstherapie ihren Ausdruck. Während in ihrer frühen Phase durch die Eysenck'sche Charakterisierung der Verhaltenstherapie (Eysenck, 1959) wenigstens ein annähernder Konsens über die Definition dieser Therapierichtung bestand, verlor sie durch ihre Orientierung an der empirischen Psychologie und deren dynamischer Entwicklung immer mehr ihren festen theoretischen Rahmen. Als eine auf der empirischen Psychologie basierende psychotherapeutische Grundorientierung überprüft und entwickelt die Verhaltenstherapie ihre Ansätze ständig. Ihr umfangreiches Wissen zu Ätiologie, Diagnostik und Therapiewirkungen hat die Erstellung spezieller Therapieprogramme für die ständig wachsende Zahl von Störungsbildern und Problemen ermöglicht. Zeitgemäße Verhaltenstherapiekonzepte beinhalten ätiologietheoretische Begründungen, Vorschläge für eine phänomen- und störungsdifferentielle Bedingungsanalyse und Therapieplanung sowie Hinweise zum störungsdifferentiellen Einsatz. Der Schwerpunkt aktueller Verhaltenstherapieforschung ist eindeutig im Bereich der Entwicklung phänomen- und störungsspezifischer Behandlungsansätze zu sehen.

Nach Margraf & Lieb (1995) muss die Frage nach dem Wesen der Verhaltenstherapie immer wieder neu gestellt und beantwortet werden. Eine aussagekräftige Standortbestimmung der Verhaltenstherapie kann niemals ausschließlich über eine reine Definition erfolgen, sondern muss - um zukunfts offen zu bleiben - immer Grundprinzipien, typische Methoden und Indikationsstellungen berücksichtigen (ausführlich siehe Margraf, 1996). Es kann nicht mehr beantwortet

werden, was Verhaltenstherapie „allgemein“ ist und wie sie prototypisch funktioniert. Nach Fiedler (1997a) hängt die Antwort auf diese Frage in erster Linie davon ab, mit welchen Schwierigkeiten und Problemen die Patienten in die Praxis kommen.

2.2.3 Prozessmodelle in der Verhaltenstherapie

Wenn die Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Verfahren auch mit Abstand am besten untersucht worden ist, so wird es dennoch bis in die beginnenden 90er Jahre beklagt, dass diese Betonung des Therapieerfolges immer mit einer Vernachlässigung des Therapieprozesses einherging (z.B. Margraf & Schneider, 1992).

Die Notwendigkeit von Orientierungsmodellen zur Organisation des diagnostisch-therapeutischen Prozesses ergibt sich aus einem Bedarf an konkreten Handlungsanweisungen in der therapeutischen Praxis. So ist für den Therapeuten z.B. sehr wertvoll, auf Hinweise für eine sinnvolle Gestaltung der therapeutischen Beziehung zurückgreifen zu können. Gleichzeitig ermöglicht die genaue Beschreibung des therapeutischen Prozesses eine intensiviertere systematische Erforschung psychotherapeutischer Wirkfaktoren. Es werden Erklärungen möglich, warum bestimmte Effekte eingetreten sind und schließlich die Prognose, daß unter einem gegebenen Ereignis ein bestimmter Effekt zu erwarten sein wird.

Historisch betrachtet, hatte bereits das Modell von Kanfer und Saslow (1965) eine wichtige „Vorreiterrolle“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996, S.136) für die Ausarbeitung späterer Modelle in der Klinischen Psychologie. Dieses Modell hat zum Ziel, die diagnostische Analyse des zu behandelnden Problemverhaltens anzuleiten, indem es die Frage nach der Art des zu verändernden Verhaltens, seinen aktuellen Bedingungen und den optimalen Maßnahmen für seine angestrebte Veränderung stellt. Schulte (1974) griff diese Teilschritte verhaltenstherapeutischer Problemanalyse als Problemstrukturierung, Bedingungsanalyse und

Therapieplanung auf und fand mit seinem Schema zur Verhaltensdiagnostik zu Beginn der 70er Jahre im deutschsprachigen Raum weite Verbreitung.

Im „Schlüssel-Schloss-Modell“ von De Voge & Beck (1978) fand sich erstmals eine theoretische Annäherung an eine interaktionistische Sichtweise von Verhaltenstherapie. Damit wurde erstmalig explizit dem Beziehungs-, aber nicht dem Prozessaspekt Beachtung zuteil. In Anlehnung an das Modell interpersonales Verhalten von Leary (1957) mit den beiden Dimensionen Affekt und Status (ausführlicher s.u.) hatten De Voge & Beck die ideale therapeutische Beziehung durch einen freundlich/dominanten Therapeuten und einen freundlich/submissiven Klienten beschrieben.

Nach Ansicht Jaeggis (1989) brachte dieses Modell zwar Verbesserungen, dennoch blieben „die vollen Möglichkeiten der Beziehung aber weder in der Praxis genügend ausgelotet noch konzeptuell auch nur einigermaßen zufriedenstellend erfasst“ (Jaeggi, ebd., S.163). Im Gegensatz dazu sahen Raue und Goldfried (1994) in dem Modell eine „interessante Integration von Behaviorismus und interpersonaler Theorie“ (Rau & Goldfried, 1994, S. 135), in dessen Konzept therapeutischer Interaktion auch Strategien für den therapeutischen Umgang mit Widerstand auf Seiten des Klienten vorgesehen sind. Ein nicht submissiver Klient sollte vom Therapeuten zunächst positive und engagierte Anteilnahme erfahren, um in der Folge mit nicht erwartungsgemäßem therapeutischem Verhalten (z.B. offener Kritik) konfrontiert zu werden. Das dadurch nach De Voge und Beck beim Klienten entstehende Unbehagen sollte zu freundlich/submissivem (komplementärem) Verhalten führen.

Schindler (1991) kritisierte das Modell von De Voge und Beck als reduktionistisch, weil es Therapeut-Klient-Interaktionen nach dem Vorbild von Leary (1957) auf die reziproke Wirkung von nur vier Interaktionsstilen festlegt. Er forderte daher ein Modell, das unter Berücksichtigung sozialpsychologischer und kommunikationstheoretischer Konzepte die Rolle von Therapeut und Klient definiert und auf der Handlungsebene konkret operationalisiert. Erst die Erfassung und Beschreibung des therapeutischen Interaktionsverlaufes auf „molekularer

Ebene“, d.h. in einzelnen Verhaltensweisen, ermögliche die Formulierung komplexer Strategien der sozialen Beeinflussung auf „molarer Ebene“.

Kanfer & Grimm hatten bereits 1980 erstmalig ein Verlaufsmodell formuliert, das unter Einbezug interpersoneller Aspekte eine Verbindung zwischen den Annahmen sozialer Beeinflussung und der für die Verhaltenstherapie typischen Strukturierung des Therapieverlaufes beinhaltet. Therapie wurde dabei als gemeinsamer Problemlöseprozess von Therapeut und Klient aufgefasst.

Das den Therapieverlauf in sieben Phasen gliedernde Modell wurde in den letzten Jahren mehrfach überarbeitet und ausdifferenziert. In seiner aktuellen Version von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) enthält es gemeinsam mit dem dualen Basismodell der Psychotherapie von Schulte (1996) die gegenwärtig differenziertesten Konzepte, die praktisches Vorgehen und theoretische Begründung in idealer Weise aufeinander beziehen. Indem sie die Einbindung der therapeutischen Beziehung in den psychotherapeutischen Prozess und damit therapeutische Beziehungsgestaltung als prozessimmanente Vorgang klären, erfassen die beiden Modelle Bedeutung und Qualität der verhaltenstherapeutischen Beziehung in ihrer aktuellsten Form: „Alles, was sich in der Therapie ereignet, ist gleichzeitig sowohl konkrete Verhaltenstherapie als auch Beziehungsarbeit“ (Hoffmann, 1996, S.251). Die Modelle ermöglichen die Untrennbarkeit von verhaltenstherapeutischem Handeln und Beziehungsarbeit auf theoretischer Ebene sowie im klinischen Praxisalltag nachzuvollziehen. Sie haben daher einen hohen Stellenwert für ein zeitgemäßes Verständnis der verhaltenstherapeutischen Beziehung und sind somit grundlegend für die vorliegende Arbeit. Zur besseren Übersicht werden sie in den beiden nun folgenden Unterkapiteln gesondert dargestellt.

2.2.3.1 Das 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996)

Das 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) (siehe Abb. 4) integriert das Modell von Kanfer und Grimm (1980) mit dem „OPTIMIZE“-Prozessmodell von Schmelzer (1986) und den Ausarbeitungen von Kanfer & Schefft (1988). Es basiert auf einem „Selbstmanagement“-Ansatz, wonach der Klient im diagnostisch-therapeutischen Prozess zu aktiver Problembewältigung und Selbststeuerung angeleitet wird.

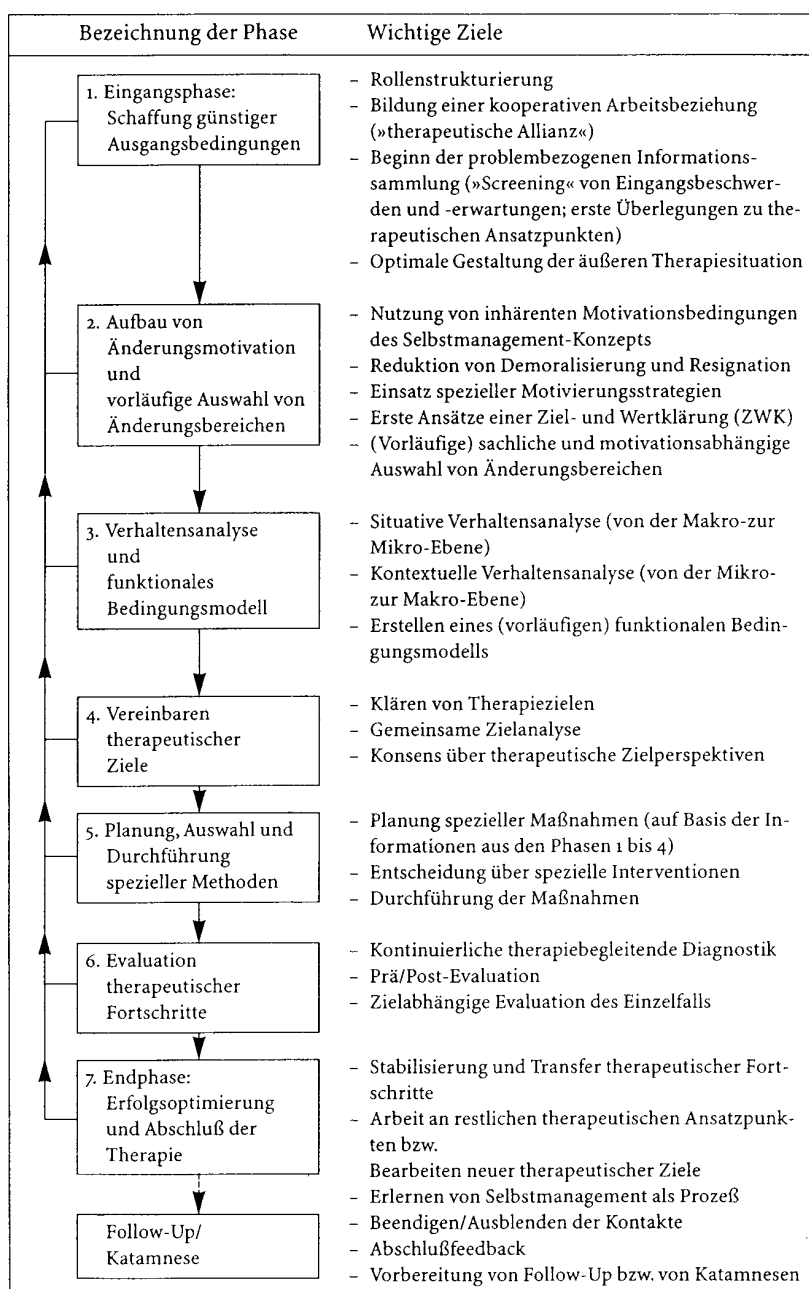


Abb. 4: Das 7-Phasen-Modell im Überblick (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996)

Für jede Phase finden sich, in Anlehnung an klinische Erfahrungswerte, Ziele und Strategien für den Therapeuten formuliert. Das Modell berücksichtigt die von Grawe, Donati & Bernauer (1994) als zentral angesehenen Wirkprinzipien erfolgreicher Psychotherapie: die Problembewältigungs-, Klärungs- und Beziehungsperspektive. Unter dem Aspekt der Problembewältigung wird vom Therapeuten gefordert, Klienten mit den verschiedensten Problemen aktive Hilfe zur Problembewältigung zu geben. Das Modell bietet hierzu konkrete Hilfestellungen bei der Problembewältigung auf unterschiedlichen Ebenen. Um der Klärungsperspektive Rechnung zu tragen, sollte der Therapeut in der Lage sein, einen motivationalen Klärungsprozess mit hilfreichen Interventionen zu unterstützen. Selbstmanagement im Sinne des Modells intendiert eine prinzipielle Klärung der für den Patienten problematischen Situationen, wozu auch persönliche Ziele und Motive gehören (siehe Phase 2 und 4). Beziehungsarbeit leistet der Therapeut, indem er einen auf den jeweiligen Patienten spezifisch zugeschnittenen interpersonalen Rahmen für die Therapie herzustellen und mit seinem eigenen Beziehungsverhalten kontinuierlich zu gestalten versucht (schwerpunktmäßig in Phase 1). Im idealen Therapieverlauf werden die einzelnen Phasen chronologisch durchlaufen; die gegenläufig verlaufenden Pfeile am linken Rand der Abbildung verweisen allerdings darauf, dass in der klinischen Praxis im Bedarfsfalle auch immer zu Schwerpunkten früherer Phasen zurückgekehrt werden kann.

Die ersten Phasen bereiten den Klienten hauptsächlich auf seine aktive Rolle im zentralen Veränderungsprozess vor, welcher in Phase 5 umgesetzt und in Phase 6 im Hinblick auf seine Effekte evaluiert wird. In der Endphase wird der Transfer positiver therapeutischer Erfahrungen auf alltägliche Situationen außerhalb des therapeutischen Settings geprobt und eine vollständige Ablösung des Klienten von seinem Therapeuten vorbereitet. Die eigentlichen Therapieverfahren erscheinen im Therapieverlauf also relativ spät und kommen im Grunde erst zum Einsatz, wenn sich ein „Beziehungsfundament“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996, S.156) zwischen Therapeut und Klient bereits etabliert hat. Die Autoren betonen an dieser Stelle, dass sich Art und Intensität der Beziehungsgestaltung über den Verlauf des gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozesses verän-

dem. Dies erklärt sich aus der Entwicklung des Therapieprozesses, der über die einzelnen Phasenziele definiert ist.

Im Modell lassen sich drei Zeitpunkte mit unterschiedlichen Qualitäten von Beziehungsarbeit erkennen: Während zu Beginn der Therapie der aktive Aufbau einer Vertrauensbasis im Vordergrund steht, werden während der inhaltlich sachlichen Problembearbeitung bestehende Voraussetzungen auf der Beziehungsebene zwar weiter gepflegt, sind jedoch nicht mehr Mittelpunkt des Interesses. Das heißt jedoch nicht, dass Beziehung zu diesem Zeitpunkt weniger relevant ist. In der Phase der konkreten Intervention wird die therapeutische Beziehung unter Umständen insofern sogar sehr stark tangiert, als dass die bedingungslos empathische Aufnahme der Anfangsphase einem sich zu bestimmten Interaktionsplänen des Patienten konträr verhaltenden Benehmen des Therapeuten (im Sinne Grawes, 1992) Platz macht. Es ist naheliegend, dass ein verfrühtes änderungsorientiertes Arbeiten den Therapieerfolg gefährdet, wenn die nötige Vertrauensbasis fehlt. Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) sprechen hier von einem „Dilemma zwischen den beiden Hauptzielen Beziehungsstabilisierung und Problemveränderung“ (ebd. S.165). Gegen Ende der Therapie wird die Beziehung im Hinblick auf eine völlige Unabhängigkeit des Klienten wieder gelöst. Schwerpunkt der therapeutischen Beziehungsarbeit muss es in diesem Therapie stadium sein, konkrete Maßnahmen zur Therapiebeendigung einzuleiten.

Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) betonen also die grundlegende Funktion der Anfangsphase im Prozess der Beziehungsgestaltung. Das zu Therapiebeginn entstehende Beziehungsfundament wird bis zum Zeitpunkt der Ablösung vor allem gepflegt und aufrechterhalten. Dieser Aspekt wird durch eine Vielzahl empirischer Befunde (z.B. Strupp, 1993), die eine Stabilität der Beziehungsqualität ab der dritten Therapiesitzung nachweisen, gestützt.

In diesem Sinne expliziert das Modell als erstes und grundlegendes Schwerpunktziel für den diagnostisch-therapeutischen Prozess in der Eingangsphase die Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung. Kanfer et al. (1996) beschreiben diese therapeutische Allianz als zweckgerichtetes, zeitlich begrenztes Arbeitsbündnis mit spezifischer Rollenverteilung. Ausgehend von einer partnerschaftli-

chen Interaktion, werden für eine kooperative Beziehung bestimmte Rollenmerkmale von Therapeut und Klient differenziert. Dem Klienten soll die Annäherung an die idealen Merkmale seiner Rolle (z.B. Einhalten von Spielregeln der Therapie, wie Offenheit, aktive Mitarbeit, Selbst-Beobachtung, etc.) in der Beziehung zu seinem Therapeuten durch das Interaktionsverhalten des Therapeuten während der Sitzungen vermittelt werden, d.h. der Therapeut strukturiert die Rollen aktiv.

Neben der Übersicht über die Rollenmerkmale formulieren Kanfer et al. (1996) anhand der beim Klienten anzuvisierenden Ziele „Offenheit/Vertrauen“, „Spannungsreduktion“, „Kooperation mit der speziellen Person des Therapeuten“ eine Reihe von konkreten Beobachtungskriterien für kooperative Therapeut-Klient-Beziehungen, die dem Therapeuten eine Beurteilungsgrundlage liefern können. Selbst wenn es dem Therapeuten aus seiner Perspektive gelingt, optimale Voraussetzungen zu schaffen, resultiert daraus nicht automatisch eine gute Therapeut-Klient-Beziehung. Ob ein Therapeut die idealen Merkmale seiner Rolle (z.B. Echtheit oder Kompetenz) für die jeweilige Beziehung verkörpert, entscheidet nämlich letztlich immer das Individuum Klient in seiner subjektiven Wahrnehmung. Es liegt daher am Therapeuten, für die Klientenperspektive sensibel zu bleiben, was z.B. über eine kontinuierliche Beziehungsanalyse, wie Schulte (1996) sie in seinem Modell (s.u.) expliziert, realisierbar wird.

2.2.3.2 Das duale Basismodell von Schulte (1996)

Ebenso wie Kanfer, Reinecker & Schmelzer dem Verhaltenstherapeuten eine aktive Rolle bei der Beziehungsgestaltung im diagnostisch-therapeutischen Prozess zuschreiben, formuliert es auch Schulte (1996) als Aufgabe des Therapeuten, durch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, das Basisverhalten des Klienten und damit die Voraussetzungen für die eigentliche Therapie zu fördern. In seinem „dualen Basismodell des therapeutischen Prozesses“ bilden die beiden Aufgaben des Therapeuten „Förderung des Basisverhaltens und Modifikation der Verhaltensauffälligkeiten“ die beiden gleichberechtigten Stränge (siehe Abb. 5).

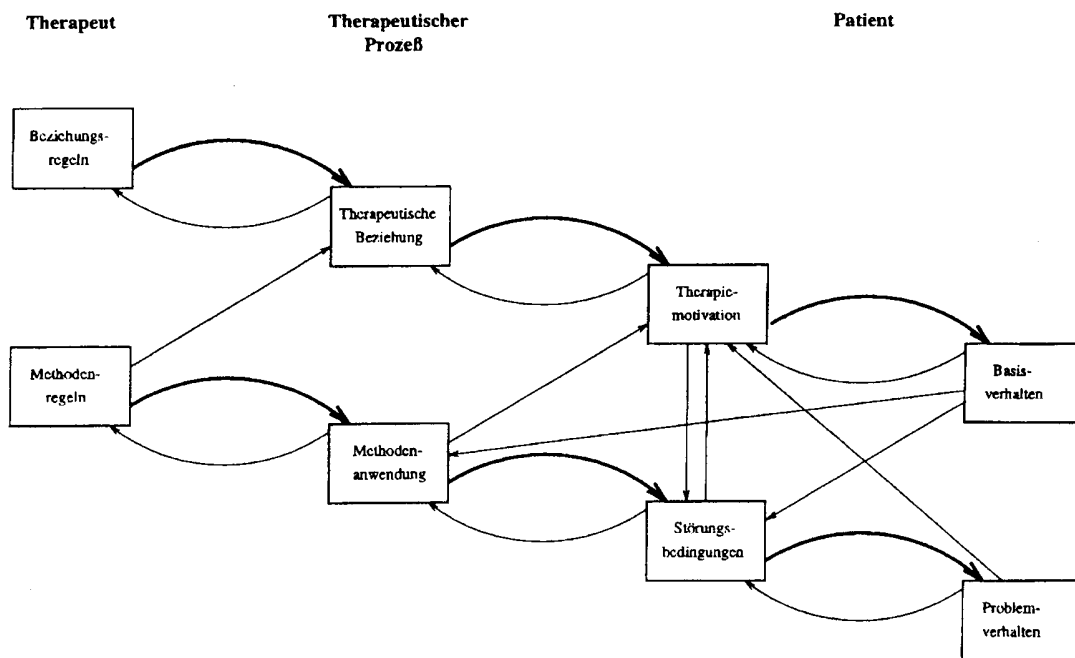


Abb. 5: *Duales Basismodell der Psychotherapie (Schulte, 1996)*

Während sich das 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) in seiner deskriptiven Form als anwendungsbezogener Leitfaden für den Therapiealltag anbietet, grenzt Schulte das duale Basismodell als explikativ - da die Zusammenhänge zwischen den Modellkomponenten explizierend - von anderen Psychotherapiemodellen ab.

Basierend auf seinem dualen Basismodell differenziert Schulte die Stufen des diagnostisch-therapeutischen Prozesses in die drei Hauptschritte Diagnostik, Therapieplanung und Therapie-Durchführung (siehe Abb. 6).

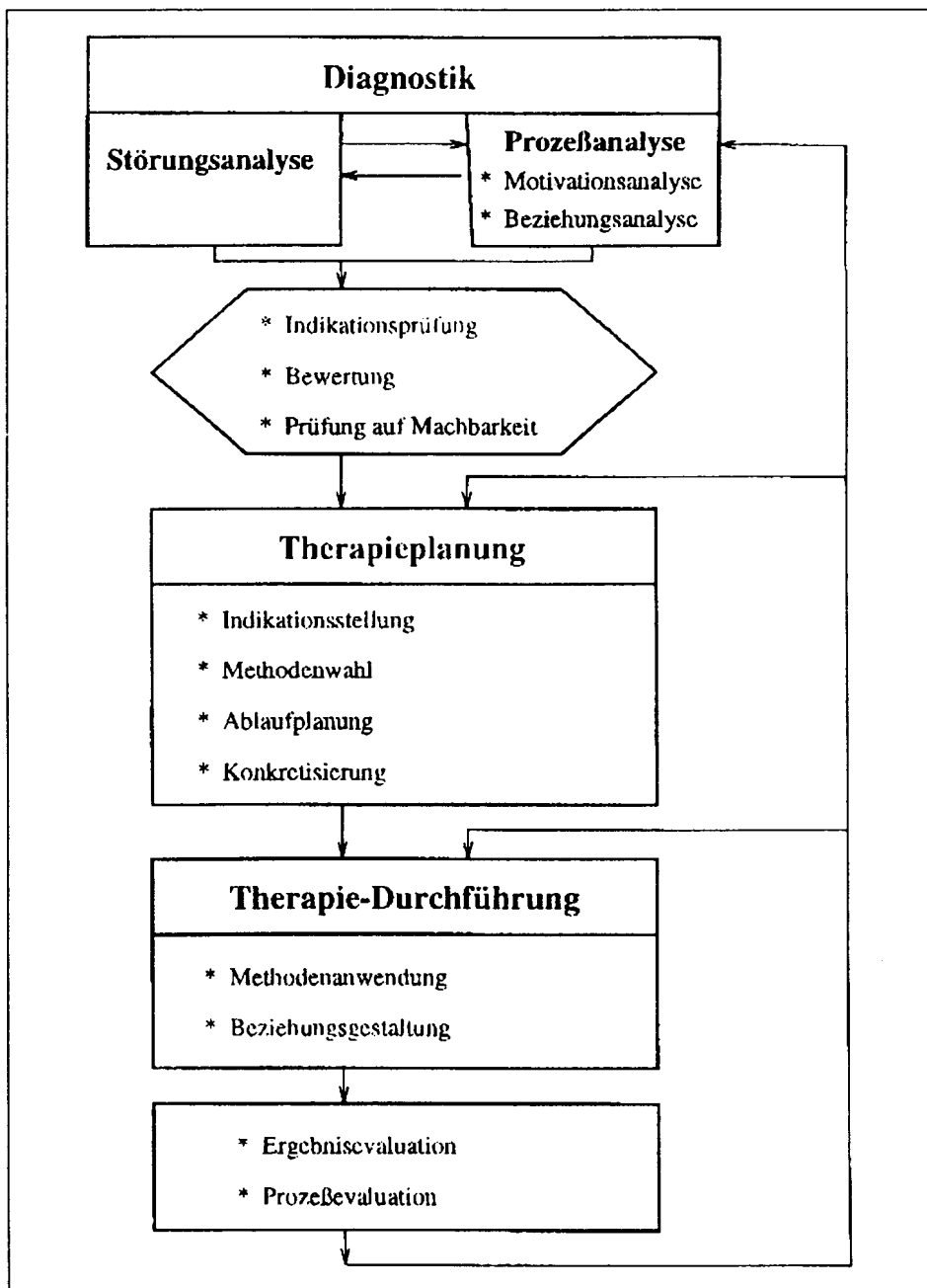


Abb. 6: *Präskriptives Stufenmodell des diagnostisch-therapeutischen Prozesses (Schulte, 1996)*

Das Modell veranschaulicht eindrücklich die Untrennbarkeit von Therapie und Diagnostik. Die zu Beginn des therapeutischen Kontaktes stehende Eingangsdiagnostik, die durch eine „Störungs- und Motivationsanalyse“ (Schulte, 1996, S.34) des Klienten dessen Anliegen für das Aufsuchen einer Therapie sowie die Therapieziele zu erfassen sucht, setzt sich im Therapieverlauf lückenlos in einem evaluativ-analytischen Vorgehen des Therapeuten fort. Der Therapeut macht sich damit zur Aufgabe, nicht nur solche Probleme zu bearbeiten, die durch die

Störungen des Klienten vorgegeben sind, sondern auch Teilprobleme, die sich aus dem Therapieverlauf ergeben. Hierbei kann es sich um Schwierigkeiten auf der Beziehungsebene oder im Bereich der persönlichen Motive und Erwartungen des Klienten handeln. Der eindeutig interpersonale Schwerpunkt des Modells zeigt einmal mehr den fließenden Übergang zwischen einer traditionellen Therapierichtung und interpersonaler Psychotherapie.

Noch deutlicher als Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) reflektiert Schulte in seinem Modell, in welcher Weise die Therapiebeziehung im verhaltenstherapeutischen Prozess relevant wird: Eine den gesamten psychotherapeutischen Prozess überdauernde Beziehungsanalyse und die Kenntnis von Beziehungsregeln ermöglichen dem Verhaltenstherapeuten idealerweise eine adäquate Beziehungsgestaltung, wodurch er die Motivation und das Basisverhalten des Klienten entscheidend beeinflusst. Der Therapeut schafft damit die Grundlage für die Umsetzung spezieller Therapiemethoden zur Modifikation der die Störung verursachenden und aufrechterhaltenden Bedingungen.

2.2.4 Die Berücksichtigung störungsspezifischer Charakteristika bei der Beziehungsgestaltung als ein Aspekt des individualisierten Arbeitens im verhaltenstherapeutischen Setting

Die Modelle von Kanfer et al. (1996) und Schulte (1996) zeigen deutlich, dass der Schwerpunkt aktueller verhaltenstherapeutischer Konzepte bei einem individualisierten Vorgehen innerhalb des therapeutischen Prozesses liegt. Sie stützen sich damit auf empirische Befunde, wie z.B. aus der Arbeit von Fiedler et al. (1994) (siehe 2.2.2.1.2), wonach die therapeutische Fähigkeit zur individuellen Patientenanalyse und ein diesen Bedürfnissen angepasstes therapeutisches Vorgehen auf der Beziehungs- wie Technikebene (differentielle Indikation) eines der wichtigsten Erfolgskriterien verhaltenstherapeutischer Arbeit darstellt.

Mit einem individualisierten Vorgehen ist es möglich, dem einzelnen Klienten in seiner Eigenart gerecht zu werden, denn „Patienten bringen nicht nur höchst unterschiedliche Probleme mit in die Therapie, sondern sind auch in ihren Beziehungsmöglichkeiten und -einschränkungen jeder ganz verschieden“ (Grawe, 1992, S.221). Bei seiner Einflussnahme auf die Entwicklung einer adäquaten Therapeut-Klient-Beziehung verlässt sich der Therapeut auf Informationen aus der aktuellen Problemsituation des Klienten und deren Bedingungen, aber auch auf sein Wissen über sich aus dem Störungsbild ableitende Charakteristika (vgl. Kanfer et al., 1996). Hieraus entsteht die ethische Verpflichtung des Therapeuten, sich im Bedarfsfalle immer mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu einem Störungsbereich vertraut zu machen. Der Rückgriff auf klinische Stereotypen ist in der Praxis jedoch wohl eher die Regel, d.h. der Therapeut bezieht - auch aus der Fachliteratur - mehr oder weniger spekulative Informationen, wie sich Angehörige einer bestimmten Störungsgruppe „in der Regel“ verhalten, als anfängliche Orientierungshilfe mit ein. Fehlt auch vielen dieser klinischen Stereotypen die empirische Bestätigung, so erlauben sie dem Therapeuten dennoch, in Kombination mit anderen den Klienten betreffende Informationen, Hypothesen zu entwickeln, die den Therapieverlauf entscheidend beeinflussen. Im Idealfall sensibilisieren diese Hypothesen den Therapeuten für Probleme, die die thera-

apeutische Beziehung gefährden könnten und ermöglichen eine adäquate Auswahl geeigneter Behandlungsstrategien.

In diesem Unterkapitel werden solche Störungsbilder erläutert, für die auch ausführlichere Hinweise bezüglich beziehungsrelevanter Charakteristika vorliegen.

2.2.4.1 Komplexe Phobien und soziale Ängste

Verhaltenstherapie ist bei der Behandlung komplexer Phobien (im Sinne der Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung) die sowohl kurzfristig wie langfristig erfolgreichste Methode (Linden, 1996). Auf Therapeutenseite ist hier besonders sorgfältig auf empathisches Vorgehen zu achten, wobei es nicht darum geht, dem Patienten die „Grundlosigkeit“ seiner Ängste zu verdeutlichen, sondern dem subjektiv Bedrohlichen der Angststörung Rechnung zu tragen ist. Gleichzeitig muss sorgfältig darauf geachtet werden, einfühlsames und schonendes Verhalten nicht in Unterstützung von Vermeidung übergehen zu lassen.

Für kognitive Verhaltenstherapien bei Angststörungen haben Margraf & Schneider (1992) anlässlich der 22. Verhaltenstherapiewoche 1991 einen Katalog beziehungsverbessernder Maßnahmen formuliert, der in Abbildung 7 im Überblick dargestellt ist.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Glaubwürdiges Erklärungsmodell für Störung und Intervention 2. Genaue Vorbereitung auf Konfrontationsübungen 3. „Geleitetes Entdecken“ 4. Trennung von Entdecken und Verändern 5. Widerstandsmindernde Reihenfolge beim Korrigieren von Fehlinterpretationen 6. Ermutigen von Fragen und Zweifeln 7. Häufige Zusammenfassungen und Rückmeldungen |
|---|

Abb. 7: *Beziehungsverbessernde Maßnahmen in der kognitiven Verhaltenstherapie der Angststörungen (Margraf & Schneider, 1992)*

Bei Klienten mit sozialen Phobien muss prinzipiell berücksichtigt werden, dass sich deren zunächst begrenzte soziale Fertigkeiten natürlich auch während des Aufbaus einer therapeutischen Allianz bemerkbar machen. Starke Irritierbarkeit durch Kritik, Bedürfnis nach klaren Aufgabenstellungen, übertriebener Perfekti-

onismus, überhöhte Ansprüche an sich selbst und ausgeprägte Konformitätstendenz sind Persönlichkeitsmerkmale vieler Sozialphobiker (Pfungsten, 1996), die der Therapeut vor allem in der Therapieanfangsphase beachten muss.

Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung ist mit den Klienten am schwierigsten, die in ihrem gesamten bisherigen Leben im Umgang mit anderen Menschen vorwiegend Misstrauen und Angst erlebt haben. In Extremfällen muss die Bildung einer therapeutischen Allianz als Hauptziel der gesamten Behandlung verfolgt werden, was allerdings eine sorgfältige Diagnostik des Therapeuten voraussetzt. Die therapeutische Beziehung gibt dem Klienten damit Raum, sozialen Umgang zu erleben und einzuüben; sie wird im Sinne Kieslers (1982) Grundlage und Mittel für Veränderung des Klienten, was den fließenden Übergang zur Interpersonalen Psychotherapie deutlich macht.

2.2.4.2 Depressionen

Für den Umgang mit depressiven Patienten ist es nach Hautzinger (1992) wichtig, dass sich der Therapeut auf deren negative Äußerungen und Haltungen, ihre Appelle und Hostilität, ihre Hilf- und Hoffnungslosigkeit, die für den Interaktionspartner belastend bis aversiv sein können, einstellt. Wie jeder alltägliche Interaktionspartner kann auch der Therapeut durch sein Verhalten im ungünstigsten Fall depressionstabilisierend wirken: Der appellative Charakter depressiven Verhaltens provoziert beim Gegenüber symptomatischerweise stereotype Überzeugungsversuche und Empfehlungen, auf die der depressive Patient nur mit vermehrtem depressivem Verhalten antworten kann.

Grundlage für die Behandlung ist ein strukturiertes, problemzentriertes und lösungsorientiertes Vorgehen eines freundlichen, unterstützenden, erklärenden, didaktisch geschickten, bemühten, aktiven und direktiven Therapeuten (Hautzinger, 1996). In einem „aktiven Arbeitsbündnis“ (Hautzinger, 1996, S.367) muss der Patient durch gelenktes Fragen (sog. „sokratischer Dialog“) des Therapeuten auf Widersprüche, Handlungsdefizite, Fehlannahmen, unberechtigt negative Erwartungen usw. stoßen. Die daraus resultierende kognitive Dissonanz motiviert die Veränderungsbereitschaft und die Kooperation des Patienten bei

den Übungen. Die meist zunächst nur kurzlebige Motivation depressiver Patienten, das verzögerte Lernen in nur kleinen Schritten, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Übungen und Hausaufgaben sowie wiederholte Rückschläge fordern auf Seiten des Therapeuten sehr viel Frustrationsbereitschaft und Geduld.

1.	Fachliche Kompetenz
2.	Beruhigende Versicherungen
3.	Interaktionswirksamkeit
4.	Transparenz
5.	Kooperatives Arbeitsbündnis
6.	Rückmeldungen
7.	Strukturiertheit
8.	Problemorientierung
9.	Schlüsselprobleme
10.	Planung der Therapiestunde
11.	Verwendung der Therapiezeit
12.	Gelenktes Fragen
13.	Zusammenfassungen

Abb. 8: *Therapeutenmerkmale zum wirksamen Umgang mit depressiven Patienten in der Verhaltenstherapie (Hautzinger, 1992)*

Damit stellt das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen bei depressiver Symptomatik an den Therapeuten eine Reihe von Anforderungen, die sowohl die Beherrschung verschiedener Behandlungstechniken, als auch zunächst einmal zwischenmenschliche Qualitäten, besondere Verhaltensweisen und Einstellungen einschließen (siehe Abb. 8).

2.2.4.3 Zwangsstörungen

Für Patienten mit Zwangsstörungen ist nach den Ergebnissen von Keijsers, Hoogduin und Schaap (1994) die therapeutische Beziehung eine der signifikanten Prognosevariablen für eine erfolgreiche Therapie.

Manche Patienten schämen sich ihrer Zwangsgedanken und -impulse oder des Ausmaßes ihrer Zwangshandlungen so sehr, dass sie auch dem Therapeuten gegenüber manches verschweigen. Durch ihr Interaktionsverhalten vermitteln sie häufig eine starre, defensive und sehr anspruchsvolle Haltung. Eine der eigentlichen Therapie vorangehende Phase der Stützung (evtl. mit medikamentösen Maßnahmen) ist unerlässlich, wenn sich die Patienten ihren Zwängen so ausgeliefert fühlen, dass sie sich eine aktive Auseinandersetzung mit ihnen, besonders unter Verletzung ihrer zwanghaften Regeln, ohne Zusammenbruch ihres quasi-stabilen Gleichgewichtes nicht vorstellen können.

Ebenso wie bei depressiven Patienten gilt es auch hier, „beruhigend und versichernd“ auf den Klienten einzuwirken. So kann es sehr wichtig sein, dem Patienten zu vermitteln, dass er kein Einzelfall ist. Der Therapeut kann ansprechen, welche belastende Gedanken bei anderen Patienten mit Zwangsstörungen vorkommen und dass das für solche Störungen normal ist. Wichtig ist es, dass der Therapeut sich in der Lage sieht, seinen Klienten geduldig und ohne Drängen zu ermutigen, Vertrauen zu ihm zu fassen und Auskunft zu geben. Unter Umständen kann es in dieser Phase für den Therapeuten hilfreich sein, das Vorliegen einer - im Sinne von Offenheit/Vertrauen, Spannungsreduktion und Kooperation - kooperativen Therapeut-Klient-Beziehung empirisch anhand der von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) formulierten Beobachtungskriterien zu überprüfen (siehe Kapitel 2.2.3.1).

Problematisch kann es allerdings werden, wenn zwanghafte Patienten ihren Therapeuten zur „letzten Instanz“ (Hoffmann, 1996, S.365) erheben und vom Therapeuten bis ins Detail festgelegte Regeln für ihr Problemverhalten fordern. Da es auf keinen Fall Ziel ist, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, einen Zwang durch einen anderen zu ersetzen, erweist es sich in solchen Fällen häufig als schwierig, einen vernünftigen Kompromiss zwischen notwendiger therapeutischer Lenkung und Anleitung zur Autonomie zu finden.

2.2.4.4 Somatoforme Störungen

Der Schwerpunkt der Behandlung von Personen mit somatoformen Störungen liegt auf der Umattribution von einem organischen Krankheitsverständnis zu einem psychosomatischen oder psychophysiologischen Krankheitsmodell (Rief, 1996).

Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung in den ersten Sitzungen wird nicht selten durch Patientenmerkmale wie Klagsamkeit, Negativismus und Vorwürfe gegenüber früheren Behandlern gefährdet. Andere Patienten haben sich im Laufe der Jahre ein (populär-)medizinisches Fachwissen angeeignet, mit dessen Hilfe sie versuchen, mit dem Therapeuten in eine Art Kompetenzwettstreit zu treten. Häufig gestaltet sich auch die Koordination zwischen organmedizinischer und psychotherapeutischer Betreuung als schwierig und belastend für die Therapeut-Klient-Beziehung. Es ist wichtig, ein integratives Behandlungskonzept für den Patienten zu entwerfen, das Psychotherapeut und Organmediziner gleichermaßen einbezieht und verhindert, dass der Patient unbewusst oder bewusst versucht, einen Experten gegen den anderen auszuspielen. Trotz subjektiven Leidensdruckes auf Seiten des Klienten darf bei Behandlungsbeginn nicht selbstverständlich von dessen notwendiger Veränderungsmotivation ausgegangen werden. Um erste Zwischenziele herausarbeiten zu können, ist daher eine ausführliche Motivationsanalyse zu Therapiebeginn unerlässlich - nicht zuletzt auch um sekundäre Gewinne aus der Krankheit (z.B. Vorteile durch Krankenrolle in der Familie) aufzudecken. Belastend für den Beziehungsaufbau kann es auch sein, wenn der Therapeut zu früh in Richtung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses drängt. Vielmehr sollte der Therapeut die Experimentierfreudigkeit seines Klienten für die Überprüfung von Störungshintergründen fördern und verstärken.

2.2.4.5 Suchterkrankungen: Alkoholismus

Als ein Kernproblem der Suchttherapie wird immer wieder auf die Motivationsfrage und die starken Verleugnungsmechanismen Suchtkranker hingewiesen. Nach Petry (1996) hat es sich allerdings gezeigt, dass Suchtkranke lediglich in der Kontaktphase zum Bagatellisieren neigen, während sie im Rahmen der Therapie überdurchschnittlich offen sind und relativ zuverlässige Angaben zu ihrem Suchtverhalten machen. Mit einer auf diesem Hintergrund entwickelten Konfrontationsstrategie für Suchtkranke von Miller und Rollnick (1991) ist es dem Therapeuten möglich, dem Klienten in der Anfangsphase sein Suchtproblem konkret verständlich zu machen und damit wesentlich zum Motivationsaufbau beizutragen.

Auch zur speziellen Bearbeitung von Bagatellisierungstendenzen liegen kognitive Strategien (Petry, 1996) vor, mit Hilfe derer es gelingen kann, über verfremdende Analogien („Kraftfahrzeuganalogie“) das Abwehrverhalten zu Beginn der Behandlung abzubauen.

2.2.4.6 Persönlichkeitsstörungen

Nach Ecker (1996) ist allen Persönlichkeitsstörungen gemeinsam, dass es sich immer auch um „Störungen der zwischenmenschlichen Interaktion“ bzw. „Beziehungsstörungen mit sozial unflexiblen und wenig angepassten Verhaltensauffälligkeiten“ handelt. Der Betroffene kann jedoch im Hinblick auf persönlichkeitsbedingte, interpersonelle Schwierigkeiten (z.B. Ichbezogenheit, Empathiemangel) meist nur Leidensdruck erzeugende Negativreaktionen seiner Umwelt schildern (z.B. Verlassenwerden durch Partnerin), kaum aber eigene Anteile an diesen Problemen erkennen.

Das mangelnde Störungsbewusstsein auf Seiten des Patienten führt in der Regel immer zu diskrepanten Problem- und Therapiezieldefinitionen von Therapeut und Patient. Diese lassen sich ausschließlich über eine gezielte, die spezifische

Störung respektierende Beziehungsgestaltung und nicht durch direkte Konfrontation bearbeiten. Voraussetzung ist eine individuelle Bedingungsanalyse, die Hypothesen über Entwicklung und Aufrechterhaltung der Persönlichkeitsstörung und Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Problemen des Patienten umfasst. Indem der Therapeut seinem Patienten aktuelle Verhaltensmuster aus dessen lerngeschichtlichen Kontext erklärt und ihn damit entlastet, macht er den Patienten zum Beispiel offener für die Problematisierung kritischer Anteile seines Interaktionsstils. Die therapeutische Beziehung wird zum Lernfeld für den Patienten: Unerwünschte Kernschemata (z.B. „ich bin nicht liebenswert“) und daraus resultierende verzerrte Wahrnehmungen (z.B. betreffender Patient fühlt sich vom Therapeuten zurückgewiesen und abgelehnt) sollen entkräftet und alternative Schemata aufgebaut werden. Beck et al. (1993) betonen, dass der Therapeut hierbei sehr viel Geduld (Behandlungsdauer 12-20 Monate vs. 12-20 Wochen) aufbringen muss, da Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sich durch extrem rigide Kernschemata auszeichnen und keine Verhaltensalternativen verfügbar haben. Genuin hilfloses Patientenverhalten darf nicht als manipulativ fehlinterpretiert werden.

2.2.4.7 Schizophrenie

Der schizophrene Patient konfrontiert seinen Therapeuten mit Apathie, mangelnder Motivierbarkeit, großer Antriebslosigkeit und Anhedonie. Die Nebenwirkungen der Medikamente führen unter Umständen auch zu mangelnder Medikamentencompliance (Gebhardt & Stieglitz, 1996).

Die Rolle des Therapeuten ist daher stark strukturierend. Die Patienten müssen immer wieder zur aktiven Mitarbeit aufgefordert werden. Erarbeitete Ziele oder kleine Schritte mit konkreten Bewältigungsstrategien müssen wiederholt und auch zusammenfassend ständig vergegenwärtigt werden. Häufig vollzieht sich im Kontext therapeutischer Konzepte eine Gratwanderung zwischen Über- und Unterstimulation. Um einer fast zwangsläufigen Resignation aus dem Weg zu gehen, muss der Therapeut sich selbst in einer optimistischen Grundhaltung bezüglich des erwartenden Behandlungsverlaufs stärken.

Therapeutische Interventionen müssen bei schizophrenen Patienten grundsätzlich auf die jeweilige Erkrankungsphase abgestimmt sein: Ausgeprägte Defizite in Informationsverarbeitungsprozessen und schwere Kontaktstörungen in der Akutphase der Erkrankung lassen z.B. gruppentherapeutische Ansätze völlig kontraindiziert erscheinen.

Für alle Störungsgruppen gilt gleichermaßen, dass man unter rein störungsspezifischem Aspekt den Charakteristika der Klienten nicht immer erschöpfend gerecht wird. Die Angehörigen einer Störungsgruppe unterscheiden sich häufig nicht nur in der Quantität, sondern auch in der Qualität der Ausprägung ihrer Störung. Hinzu kommt das Problem der Komorbidität, d.h., dass viele Störungen unterschiedlich kombiniert auftreten können, was ihr jeweiliges Erscheinungsbild beeinflusst. Darüber hinaus besteht „das Leben eines Menschen nicht hauptsächlich aus den Störungen, die bei ihm diagnostiziert werden können“ (Grawe, 1997, S.32), was bedeutet, dass das Wissen um klinische Erscheinungsbilder für therapeutische Entscheidungen zwar hilfreich, aber nicht allein determinierend sein kann.

Die Auseinandersetzung mit klinischen Stereotypen berührt einmal mehr die Diskussion um die störungsspezifische Wende innerhalb der Verhaltenstherapie und verdeutlicht, dass jeder Klient für seinen Therapeuten immer ein ganz individuelle Herausforderung darstellt - unabhängig davon, ob der Therapeut gezielt nicht störungsspezifisch vorgeht oder seinen Mittelweg zwischen Phänomen- und Störungsorientierung (vgl. Fiedler, 1997b) findet.

2.2.5 Charakterisierung der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie

Die vorangehenden Unterkapitel haben deutlich gemacht, dass die Verhaltenstherapie und mit ihr natürlich ihre Konzepte in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung durchgemacht haben, die immer noch andauert. Eine aussagekräftige Standortbestimmung der Verhaltenstherapie ist daher immer sehr komplex und kann niemals definitiv sein. Erschwert wird eine Orientierung dadurch, dass sich neben den verhaltenstherapeutischen Konzepten auch die Art und Weise der Auseinandersetzung mit selbigen gewandelt hat. Das Kapitel gliedert die verschiedenen Charakterisierungsversuche der verhaltenstherapeutischen Beziehung in zwei Abschnitten chronologisch: Während frühere Ansätze sich mehr oder weniger simplifizierend einzelne Beziehungsaspekte herausgreifen (siehe 2.2.5.1), bemühen sich neue Arbeiten um eine umfassende Systematisierung verschiedenster empirischer Beziehungsaspekte unter Berücksichtigung ihrer Zusammenhänge und Wechselwirkungen (siehe 2.2.5.2).

Mittels einer Beziehungscharakterisierung von Schulte (1996) werden die Ausführungen der vorangehenden Unterkapitel für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit rekapituliert und integriert. Hierauf basierend schließt das Kapitel mit einem Ausblick auf den empirischen Ansatz dieser Arbeit.

2.2.5.1 Die verhaltenstherapeutische Beziehung als kollaboratives Arbeitsbündnis

Bemüht man sich um eine Charakterisierung der verhaltenstherapeutischen Beziehung, z.B. in Anlehnung an das Drei-Komponenten-Modell von Gelso und Carter (1985) (siehe Kapitel 2.1.1), besteht in der Verhaltenstherapie bestimmt ein eindeutiges Bemühen um ein gutes kollaboratives Arbeitsbündnis sowie um die konkrete Beziehungsebene in dem Ausmaß, in dem sie förderlich für das Arbeitsbündnis ist. Dem Übertragungsaspekt als dritter Komponente therapeutischer Beziehungen kommt in diesem Modell zwar auch eine Rolle zu, jedoch wird er seiner Aussage nach in der verhaltenstherapeutischen Beziehung nicht expliziert und gefördert.

Nach Raue und Goldfried (1994) basiert die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie auf einer klar rollendefinierten Zusammenarbeit von Therapeut und Klient. Vom Therapeuten angeleitet und begleitet, exploriert der Klient seine Gedanken, Gefühle und Verhalten. Während der Therapeut zu Therapiebeginn inhaltlich und zeitlich strukturierend den Ablauf bestimmt, wird vom Klienten im weiteren Verlauf aktives und eigenverantwortliches Handeln erwartet. Die kontrollierende wird dadurch mehr und mehr durch eine beraterische Funktion des Therapeuten abgelöst (s. Wilson & Evans, 1977). Sweet (1984) spricht vom Klienten als Co-Therapeuten, der über ein Problemverständnis und die Kenntnis entsprechender Lernprinzipien letztlich selbst in der Lage ist, sein Problem zu lösen. Tritt das gewünschte Therapieziel nicht ein, so wird die Ursache nicht in erster Linie im Widerstand des Klienten gesucht. Es geht vielmehr für den Therapeuten darum, Situation und Prozess neu zu analysieren, um gemeinsam mit dem Klienten einen neuen Treatmentplan auszuarbeiten. Das Bemühen um eine rasche Herbeiführung des Therapieziels soll der Entwicklung eines Abhängigkeitsverhältnisses Therapeut-Klient entgegenwirken und die aktive Rolle des Klienten fördern. Die Verhaltenstherapie nutzt die Therapeut-Klient-Beziehung somit in funktionaler wie pragmatischer Hinsicht.

Die in den Arbeiten von Gelso & Carter, Raue & Goldfried und Sweet zum Ausdruck kommende therapeutische Grundhaltung und Auffassung von einem aktiven Klienten findet sich in den Therapiemodellen von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) und Schulte (1996) weiter ausgearbeitet und differenziert wieder.

2.2.5.2 Komponenten der verhaltenstherapeutischen Beziehung im individuellen Kontext

In der Vergangenheit wurde immer wieder der Versuch unternommen, die ideale therapeutische Beziehung zu charakterisieren, sowie Merkmale idealen Therapeutenverhaltens zusammenzustellen. Nach Schulz (1996) sind solche Versuche in der therapeutischen Praxis nur wenig brauchbar, wenn nicht sogar schädlich. Wie in den vorangehenden Unterkapiteln mehrfach zur Sprache gekommen, bedarf therapeutische Arbeit immer der individuellen Ausgestaltung und muss als interpretativer Akt im Sinne persönlicher Entscheidungen des Therapeuten verstanden werden. Ein und dasselbe Therapeutenverhalten kann für einen Klienten hilfreich und für einen anderen Klienten falsch sein. Als Orientierungsrahmen für die Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten nennt Schulz (1996) in Übereinstimmung mit Zimmer & Zimmer (1996) außer dem Störungsbild des Klienten, dessen individuelles Beziehungsangebot, das Stadium der Therapie und die jeweils spezifische Situation, in der die Therapie stattfindet. Zimmer & Zimmer (1996) beziehen sich in ihrer Arbeit explizit auf das wegweisende 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1991, 1996) und haben in Anlehnung daran das Konzept einer „funktionalen Beziehungsgestaltung“ (Zimmer & Zimmer, ebd.) für die Verhaltenstherapie vorgelegt.

Ausgehend von einem individualisierten Vorgehen im Rahmen verhaltenstherapeutischer Settings charakterisiert Schulte (1996) die therapeutische Beziehung anhand empirisch untersuchter Beziehungsaspekte, wie sie bereits unter 2.2.1 zur Sprache kamen. Wesentlich an der Systematisierung von Schulte ist die besondere Berücksichtigung der Klientenperspektive, womit er einem von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) replizierten Befund Rechnung trägt, wonach die Varianz von Prozess-Ergebnis-Zusammenhängen im therapeutischen Geschehen größtenteils über die Wahrnehmung des Klienten aufgeklärt werden kann (s. Kapitel 2.1.2.3). Eine Unterscheidung beziehungsrelevanter Erwartungen des Klienten, vom Klienten wahrgenommener Beziehungsaspekten und therapeutischen Beziehungsregeln bzw. deren Relation verhindert nach Schulte, dass gleiche Begriffe für unterschiedliche Sachverhalte verwendet werden, wie es in der Literatur bislang häufig geschehen ist.

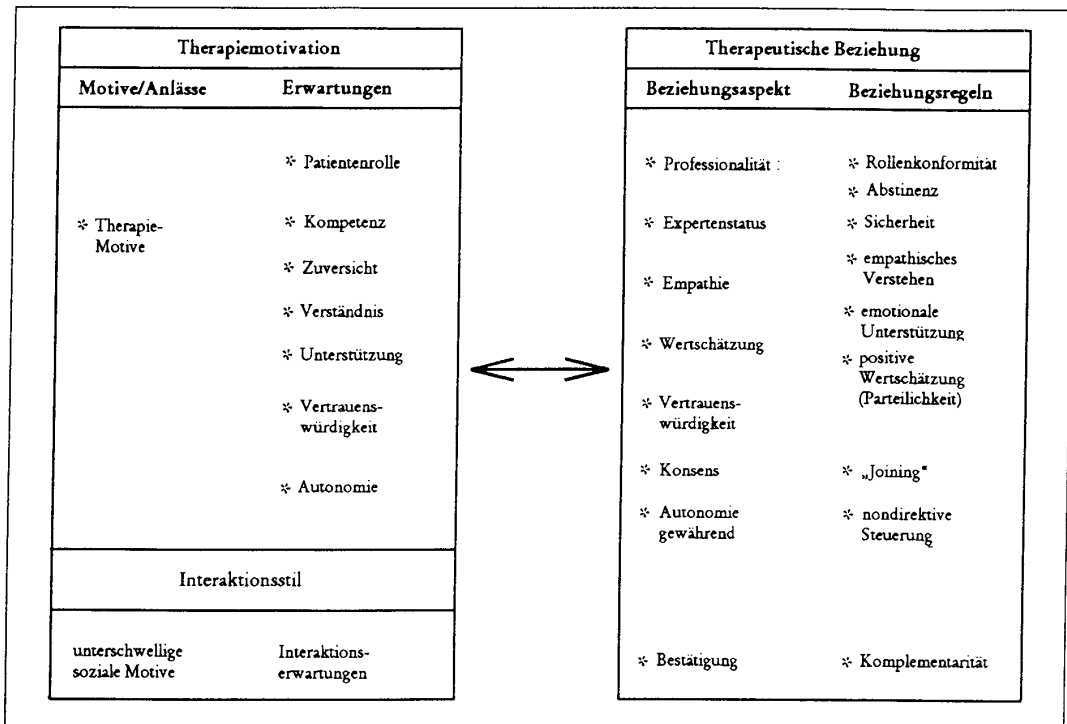


Abb. 9: Zusammenhänge von Therapiemotivation des Klienten, Beziehungsaspekten des Therapeutenverhaltens und Beziehungsregeln (Schulte, 1996)

Professionalität, Expertenstatus, Empathie, Wertschätzung, Vertrauenswürdigkeit, Konsens-Bemühen, autonomiegewährendes Verhalten und Bestätigung gehören zu den Merkmalen, die ein Klient nach Schulte bei seinem Therapeuten erwartungsgemäß wahrnehmen muss, um sich in der Therapie richtig aufgehoben zu fühlen. Therapeutische Beziehungsgestaltung vollzieht sich daher im Wissen um diese Beziehungsaspekte und damit verbundene Beziehungsregeln, die dem Therapeuten als Orientierung dienen.

Während Empathie, Wertschätzung, Vertrauenswürdigkeit, Konsens-Bemühen und autonomiegewährendes Verhalten in einer spezifischen Interaktionssituation entstehen und gepflegt werden, sind Professionalität und Expertenstatus antezedente Merkmale des Therapeuten, die dieser idealerweise a priori in die Beziehung mitbringt. Professionalität und Expertenstatus werden durch den jeweiligen Klienten zwar individuell wahrgenommen, unterliegen jedoch nicht derselben interpersonalen Dynamik wie die anderen Merkmale, deren Über-

gänge untereinander zum Teil fließend sind. Diese Übergänge lassen sich durch das Kreismodell interpersonalen Verhaltens von Leary (1957) veranschaulichen. Learys Modell beschreibt Interaktionen anhand zweier orthogonaler Dimensionen: Affiliation (freundlich vs. feindlich) und Status oder Kontrolle (dominant vs. submissiv). Die gleichzeitige Relevanz dieser beiden Beziehungsdimensionen für psychotherapeutische Situationen konnte in den letzten Jahren mehrfach empirisch nachgewiesen werden (z.B. Henry et al., 1986, 1990) und ist auch theoretisch für die Verhaltenstherapie sehr gut nachvollziehbar.

Empathie ist das Bemühen des Therapeuten, den Patienten, seine Situation und Perspektive zu verstehen. Ist der Therapeut in der Lage, dem Klienten über die rein sachliche Exploration hinaus seine Einfühlung in dessen Situation zu vermitteln, so dass dieser das auch konkret wahrnimmt (zusammenfassend Orlinsky, Grawe und Parks, 1994), fördert er das Basisverhalten des Klienten in einer für den weiteren Therapieverlauf erheblich relevanten Weise. Nur wenn sich der Klient verstanden fühlt, ist die Grundlage für eine weitere therapeutische Beeinflussung gegeben. Nach Schindler (1991) kann Empathie in der Verhaltenstherapie allerdings nur in Verbindung mit Unterstützung und einem gewissen Maß an Direktivität einen änderungsrelevanten therapeutischen Beitrag leisten. Er bezieht sich damit auf ein in der Literatur immer wieder beschriebenes Merkmal verhaltenstherapeutischen Vorgehens, den gezielten Wechsel empathischen und direktiven Therapeutenverhaltens, wie ihn z.B. auch schon Alexander et al. (1976) untersucht und bestätigt gefunden hatten. Schulte (1996) grenzt sich in seiner Auseinandersetzung mit der Empathie thematik von diesem traditionellen Verhaltenstherapeutenbild etwas ab: Seiner Meinung nach ist es zulässig, Empathie als therapeutische Methode mit direktem Einfluss auf Steuerungsprozesse der Symptomatik zu verstehen, wenn diese neue Sichtweisen oder Erkenntnisse beim Klienten bewirkt.

Ebenso der Affiliationsdimension zugehörig ist der Ausdruck und die Wahrnehmung von Wertschätzung: Gemäß der von Rogers (1951) aufgestellten Beziehungsregel ist es Pflicht des Therapeuten, dem Klienten gegenüber bedingungslose Wertschätzung zum Ausdruck zu bringen. Nach Schulte (1996) ist die Erfahrung dieser Wertschätzung, angesichts der sozialen Ablehnung, die der

Patient durch seine Symptomatik mehr oder weniger erfährt, eine wesentliche Motivation für diesen, die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten. Positive Wertschätzung in der aktuellen Interaktion und im Verhalten des Therapeuten fördert die Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten und damit die Bereitschaft zur Selbstöffnung des Klienten. Orlinsky, Grawe und Parks (1994) berichten, dass Wertschätzung des Klienten durch den Therapeuten im Sinne von Akzeptanz, nicht besitzergreifender Wärme oder positiver Rücksichtnahme („acceptance, nonpossessive warmth or positive regard“) im Bereich der Psychotherapieforschung zwar wesentlich häufiger untersucht wurde als die Wertschätzung des Therapeuten durch den Klienten, für letztere jedoch ein sehr viel konsistenterer Zusammenhang mit dem Therapieergebnis nachgewiesen werden konnte. Ein eindeutig positiver Zusammenhang mit dem Therapieerfolg hingegen zeigte sich für 78% der insgesamt 32 in die Auswertung eingehenden Untersuchungsergebnisse für die gegenseitige Wertschätzung von Therapeut und Klient, was einmal mehr die Relevanz der interpersonalen Dynamik in der therapeutischen Beziehung deutlich macht (siehe 2.2.1.2). Verbunden mit Wertschätzung nennt Schulte die Unterstützung des Klienten durch den Therapeuten, auf deren Bedeutung Ford (1978) bereits hingewiesen hat (s. Kap. 2.2.1.1). Unterstützung ist eine recht komplexe Verhaltenskategorie, die minimale Ermunterung ebenso beinhaltet wie positive Rückmeldung und Anerkennung. Sie reicht von positiver Umdeutung problematischer Aspekte bis hin zu Zuspruch und Ermutigung. Nach Schindler (1992) ruft dieses Therapeutenverhalten die deutlichste Zielorientierung und aktive Mitarbeit des Klienten hervor. Durch Unterstützung vermittelt der Therapeut Akzeptanz und baut beim Klienten positive Erwartungen hinsichtlich seiner Selbst-Effizienz zur Veränderung auf. Daraus lässt sich ableiten, dass der Therapeut sein Vorgehen in Abhängigkeit von der Eigenart seines Klienten unterschiedlich stark strukturieren muss um therapie- und veränderungsrelevante Aspekte beim Klienten anzusprechen. Damit wird die Verbindung von Unterstützung und Direktivität, als weiterer wichtiger Dimension des Therapeutenverhaltens, deutlich.

Empirische Vergleichsuntersuchungen haben gezeigt, dass sich Verhaltenstherapeuten tatsächlich aktiver und direkter verhalten als Psychoanalytiker (z.B. Sloane et al., 1975, zit. nach Sweet, 1984, siehe 3.1), auch direkter als inter-

personell orientierte Therapeuten (DeRubeis et al., 1982) oder Therapeuten einer stärker explorativen Therapieform (z.B. Hardy & Shapiro, 1986), aber weniger direktiv als Gestalttherapeuten (vgl. Schindler, 1991). Dagegen steht - scheinbar - dass mit der zunehmenden Betonung von Methoden und Theorien der Selbstkontrolle auch den Klienten „eine aktive, therapeutische Rolle“ (Schulte, 1992, S.186) im verhaltenstherapeutischen Prozess zugesprochen wurde. In der Selbstmanagement-Therapie von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) wird dieser Aspekt als grundlegend für eine erfolgversprechende Therapie herausgestellt.

Anhand einer differenzierten Operationalisierung des Konstruktes Kontrolle und einer darauf basierenden Systematisierung zur empirischen Analyse von Kontrollprozessen im therapeutischen Geschehen, gelingt es Schulte (1992, 1995, 1996) die Vereinbarkeit aktiver und selbstständiger Mitarbeit des Klienten und der Steuerung des verhaltenstherapeutischen Geschehens durch den Therapeuten nachvollziehbar zu machen.

Im Rahmen der Bochumer Angsttherapiestudie (s. 2.2.1.2) konnte nachgewiesen werden, dass Verhaltenstherapeuten durch Gestaltung des Gesprächsthemas und gezieltes Aufgreifen von Gesprächsangeboten des Klienten, das therapeutische Gespräch nachhaltig steuern. Offene verbale Direktiven des Therapeuten, die dem Klienten das Gefühl nehmen, Autonomie zu haben, beeinflussen den Therapieverlauf jedoch immer ungünstig, d.h. nicht jede Art von Steuerung ist gleichermaßen erfolgreich. Die Ergebnisse von Schulte et al. demonstrieren, dass Kontrolle in der Verhaltenstherapie als komplexes soziales Phänomen im therapeutischen Prozess gesehen und immer auf den therapeutischen Kontext bezogen operationalisiert werden muss.

Mit dem Faktor Kontrolle eng verbunden ist der Faktor Konsens: die Übereinstimmung von Klient und Therapeut hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens und der Interventionsziele. Für einen erfolgreichen Therapieverlauf müssen Patient und Therapeut nicht notwendigerweise völlig gleiche Ziele verfolgen (Schulte-Bahrenberg, 1990), doch sollte vor allem der Patient den Eindruck haben, dass eine Übereinstimmung besteht (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994), was

in der Anfangsphase besonders wichtig ist. Der anfänglichen Angst des Klienten, dass es zu ungewollten Veränderungen und Beeinflussungen kommen könnte, muss der Therapeut zu Therapiebeginn durch ein gezieltes „joining“ entgegenreten: „Er holt den Klienten ab, wo er gerade ist“ und gibt ihm damit das Gefühl, verstanden zu werden und dem Therapeuten vertrauen zu können. In der Hauptphase muss dieses „joining“ jedoch schrittweise zurückgenommen und Dissonanz induziert werden, um beim Klienten Veränderungsmotivation zu fördern (Strong & Claiborn, 1982, zit. nach Schulte, 1996). Das Konsensbemühen des Therapeuten kann somit niemals unabhängig von therapeutischen Steuerungs- oder Kontrollprozessen gesehen werden.

2.2.5.3 Ausblick

Die Darstellung hat gezeigt, dass eine Charakterisierung der verhaltenstherapeutischen Beziehung über die von Schulte (1996) genannten Komponenten recht umfassend möglich ist, ohne die zentralen Aussagen aktueller verhaltenstherapeutischer Konzepte in Frage zu stellen. In Anlehnung an die zusammenfassenden Ergebnisse von Orlinsky, Grawe & Parks (1994) ist mit Schulte (1996) davon auszugehen, dass sich die Qualität der therapeutischen Beziehung nur über die Wahrnehmung von Klient und Therapeut verbindlich manifestiert. Probleme bisheriger Beziehungsforschung sieht Schulte (1996) vor allem darin, dass man sich z.B. wenig um eine Unterscheidung beziehungsrelevanter Erwartungen, wahrgenommener Beziehungsaspekte und therapeutischer Beziehungsregeln bzw. deren Relation untereinander bemüht hat. Die wechselseitige Beeinflussung beziehungsrelevanter Erwartungen mit der Wahrnehmung der Beziehung wie Schulte (1996) sie aus Klientenperspektive formuliert, legt einen empirischen Ansatz nahe, der intrapsychische (intrapersonale) und interpersonale Beziehungsaspekte sowie deren Wechselwirkung differenziert erfasst.

Da das subjektive Erleben einer Beziehung in der Wahrnehmung des eigenen beziehungsrelevanten Verhaltens (Selbsteinschätzung) sowie in der Wahrnehmung des beziehungsrelevanten Verhaltens des Interaktionspartners (Fremdeinschätzung) Ausdruck findet, ist es wünschenswert, diese beiden interpersonalen Wahrnehmungsbereiche aus der Perspektive von Klient und Therapeut zu erheben. Eine Korrelation solcher, aus der Perspektive von Therapeut und Klient erfassten Beziehungsverhältnisse, ließe es darüber hinaus zu, Beziehungsmuster zu identifizieren. Es wäre möglich, komplexe Interaktionsphänomene im therapeutischen Kontext zu untersuchen.

Die vorliegende Arbeit macht es sich zum Ziel, die individuelle Beziehungswahrnehmung von Klient und Therapeut, sowie deren Interaktion zu erfassen. Das empirische Material wird demnach nach der Untergliederung (i) Klienten, (ii) Therapeuten, (iii) Dyade erhoben und ausgewertet (siehe Abb. 10).

- (i) Klient
- Wahrnehmung intrapsychischer Prozesse
 - Selbstwahrnehmung (wie sich der Klient in der Beziehung zu seinem Therapeuten erlebt)
 - Fremdwahrnehmung (wie der Klient seinen Therapeuten in der Beziehung zu sich selbst erlebt)
- (ii) Therapeut
- Wahrnehmung intrapsychischer Prozesse
 - Selbstwahrnehmung (wie sich der Therapeut in der Beziehung zu seinem Klienten erlebt)
 - Fremdwahrnehmung (wie der Therapeut seinen Klienten in der Beziehung zu sich selbst erlebt)
- (iii) Dyade
- Korrelation der verschiedenen Beziehungsverhältnisse zur Identifikation von Beziehungsmustern

Abb. 10: *Ausblick auf den empirischen Ansatz der Arbeit*

2.3 Beziehungsdeskription mittels SASB

Wenn heute der Therapiebeziehung in der Verhaltenstherapie mehr Beachtung geschenkt wird, so beruht dies auf Anleihen bei theoretischen Konzepten, die nicht aus der Verhaltenstherapie heraus entwickelt worden sind. Aktuelle Erörterungen der Beziehungsthematik liegt letztlich meistens eine interpersonale Sichtweise von Psychotherapie zugrunde, die von immer mehr Psychotherapeuten verschiedener Schulrichtungen geteilt wird (vgl. Grawe-Gerber, 1992).

Das Kodiersystem und die Fragebögen, die aus dem Modell zur „Structural Analysis of Social Behavior“ (SASB) von L.S. Benjamin (1974, 1984) entwickelt wurden, sowie die dazugehörige Software, erlauben im Rahmen der Beziehungsforschung die Generierung empirischer Daten, die direkt auf die interpersonale Theorie, auf der die SASB basiert, bezogen werden können. Die besondere Bedeutung, die das SASB-Modell theoretisch wie empirisch für die Psychotherapieforschung hat, verdeutlichen zum Beispiel die Arbeiten von Henry & Strupp (zusammenfassend: 1994). Die Autoren haben das generische Psychotherapiemodell von Orlinsky & Howard (1986) (vgl. 2.1.1.3) auf der Grundlage der interpersonalen Theorie und ihrer Arbeit mit der SASB modifiziert. In dieser „interpersonal adaptation of the generic process model“ (Henry & Strupp, 1994, S. 73) wird die therapeutische Beziehung nicht mehr nur als einer der fünf wesentlichen Faktoren des therapeutischen Prozesses gesehen. Die Therapiebeziehung ist vielmehr das zentrale interpersonale Geschehen, das die Interaktion aller Prozesskomponenten vermittelt (ausführlich siehe Henry & Strupp, 1994 und Henry, 1996).

Auch in ihrer eigenen Überarbeitung des generischen Psychotherapiemodells von Orlinsky et al. (1994) kommt der Therapiebeziehung auf der Grundlage intra- wie interpersonaler Aspekte von Therapeut und Klient eine zentrale Stellung zu (vgl. 2.1.1.3). Die Modelladaptation von Henry und Strupp setzt sich jedoch nicht nur mit der theoretischen Formulierung der interpersonalen Schwerpunktsetzung auseinander, sondern operationalisiert die einzelnen Modellkomponenten basierend auf der SASB und macht sie damit methodisch einheitlich und erschöpfend empirisch fassbar (vgl. Henry, 1996).

Die SASB ist als Methode zur Analyse zwischenmenschlichen Verhaltens in allen sozialen Kontexten konzipiert und kommt in Forschungsprojekten mit unterschiedlichstem theoretischen Hintergrund zur Anwendung (vgl. Benjamin, 1996). Bevor der für diese Arbeit zum Einsatz kommende SASB-Fragebogen in diesem Kapitel vorgestellt wird, soll vorab Ursprung und theoretischer Hintergrund der SASB kurz erläutert werden. Im Hinblick auf das eigene Forschungsinteresse werden abschließend SASB-Ergebnisse aus dem Bereich der therapeutischen Beziehungsforschung vorgestellt.

2.3.1 Das SASB-Modell: Ursprung und Deskription

1968 wurde die erste Version des SASB-Modells konzipiert und 1974 erstmalig publiziert (Benjamin, 1974). Theoretisch geht das SASB-Modell sowie seine Vorgängermodelle von Leary (1957) und Schaefer (1959) bis auf die interpersonale Theorie von H.S. Sullivans (1953) zurück, der der erste große und in vielerlei Hinsicht wegweisende Vertreter interpersonaler Konzepte in der Psychiatrie war. Das SASB-Modell und seine Vorläufermodelle sind unter den Konzepten und Methoden zur Beschreibung interpersonalen Verhaltens den interpersonalen Kreismodellen zuzuordnen. Diese Circumplex-Modelle interpersonalen Verhaltens gelten unter psychometrischem Aspekt als die theoretisch kohärentesten und sensibelsten Modelle interpersonalen Verhaltens (vgl. Wiggins, 1982).

Ein Verständnis des SASB-Modells und seiner Aussagen setzt die Kenntnis um die methodische Struktur von Circumplex-Modellen voraus, weshalb eine allgemeine Erläuterung interpersonalen Kreismodellen der Deskription des SASB-Modells und seiner Vorläufermodelle vorangestellt wird.

2.3.1.1 Circumplex-Modelle interpersonalen Verhaltens

Interpersonale Kreismodelle beruhen auf der Annahme, dass sämtlichen zwischenmenschlichen Verhaltensweisen eine Mischung von zwei Grundbedürfnissen zugrunde liegt: dem Bedürfnis nach Macht und Kontrolle und dem Bedürfnis nach Zuwendung und Freundschaft. Mit jeder Interaktion wird das Verhältnis von Zuneigung und Macht definiert. In seiner umfassenden Übersicht über Cir-

cumplexmodelle interpersonellen Verhaltens in der Klinischen Psychologie nennt Wiggins (1982) 21 Modelle dieser Art. Ihnen ist gemeinsam, dass sie den Anspruch erheben, sämtliches zwischenmenschliches Verhalten abbilden zu können. Jedes Verhalten wird in einem durch die beiden Achsen Interdependenz und Affiliation gebildeten zweidimensionalen Raum abgebildet, d.h. jedes Verhalten wird als Kombination der Anteile auf den Dimensionen beschrieben. Das Charakteristische der Circumplex-Modelle besteht in der kreisförmigen Anordnung der Verhaltenskategorien um den Mittelpunkt der durch die beiden Dimensionen gebildeten Achsen eines kartesischen Koordinatensystems (siehe Abb. 11). Benachbarte Verhaltensweisen im Kreis korrelieren sehr hoch miteinander, gegenüberliegende hoch negativ und orthogonale zu null, d.h. der Abstand der Variablen ist eine Funktion ihrer Interkorrelation.

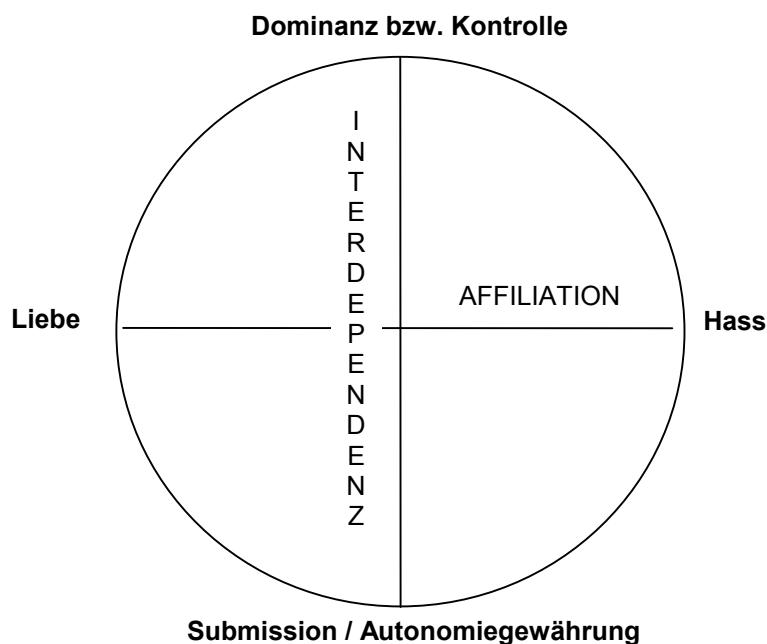


Abb. 11: *Circumplex-Modelle interpersonellen Verhaltens: Verhaltensdimensionen und ihre Relation, ohne Nennung einzelner Verhaltenskategorien (Die doppelte Benennung der Pole der Interdependenzdimension weist auf die verschiedenen Definitionen dieser Dimension in den Modellen von Leary (1957) und Schaefer (1959) (s. 2.3.1.2) hin.)*

Fast alle Persönlichkeitstests interpersonellen Inhalts lassen sich auf dieses Modell reduzieren, wie bereits LaForge et al. (1954) aber auch andere Autoren (z.B. Wiggins & Broughton, 1985) nachweisen konnten. Empirisch bestätigen lässt

sich eine Circumplexstruktur jeweils durch korrelationsstatistische und faktorenanalytische Untersuchungen. Sind die Faktorenladungen der Variablen in einem zweidimensionalen Raum mit orthogonalen Achsen kreisförmig angeordnet, so liegt eine Circumplexstruktur vor. Die Höhe der Interkorrelation ist dann invers proportional zum Abstand dieser Variablen auf dem Kreisumfang. Mit Hilfe der Kreismodelle können Individuen hinsichtlich ihres vorherrschenden oder bevorzugten Verhaltens (spezifisches Segment des Kreises) und dessen Intensität (proportional zur Entfernung vom Kreismittelpunkt innerhalb des Segmentes) beschrieben werden. Darüber hinaus erlauben Kreismodelle Voraussagen über zwischenmenschliche Prozesse in Dyaden oder Gruppen. Geht man nämlich davon aus, dass ein gegebener Verhaltensstil auch eine spezifische Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung sowie Definition einer sozialen Situation impliziert, lassen sich zum Beispiel über das Prinzip der Komplementarität auch soziale Beziehungen innerhalb dieser Modelle beschreiben. Der Komplementaritätsbegriff wird zusammen mit den Prinzipien der Opposition, Antithese und dem sog. „Shaurette-Prinzip“ bezogen auf das SASB-Modell in Kapitel 2.3.2 zur Sprache kommen.

2.3.1.2 Die Modelle von Leary (1957) und Schaefer (1959)

Das erste circumplexe Modell interpersonalen Verhaltens stellten 1954 LaForge, Leary, Nabossek, Coffey und Freedman vor. Es war in 16, einzelne Verhaltenskategorien beschreibende Segmente gegliedert. 1957 veröffentlichte Leary basierend auf den Arbeiten von LaForge et al. (1954) ein vollständiges interpersonales Diagnostiksystem für psychische Störungen. Learys interpersonales Kreismodell (siehe Abb. 12) löste in den darauffolgenden Jahren eine intensive Beschäftigung mit zweidimensionalen circumplexen Modellen aus und bildete die Basis für eine Vielzahl weiterer Taxonomien interpersonellen Verhaltens. Sein „Interpersonal Circle“ (IPC) beschrieb interpersonales Verhalten anhand von in 16 Kreissegmente gegliederte Verhaltenskategorien, die um die Faktoren „Dominanz-Unterordnung“ („dominance-submission“) und „Liebe-Hass“ („love-hate“) angeordnet waren. Jeweils zwei benachbarte Segmente wurden noch einmal zu acht Kategorien (Oktanten) zusammengefasst. Durch die Doppelnamen der

Oktanten wurden schwache und starke Ausprägungen von Verhaltensweisen berücksichtigt. Außerdem wurden die beim Interaktionspartner provozierten Verhaltensweisen genannt.

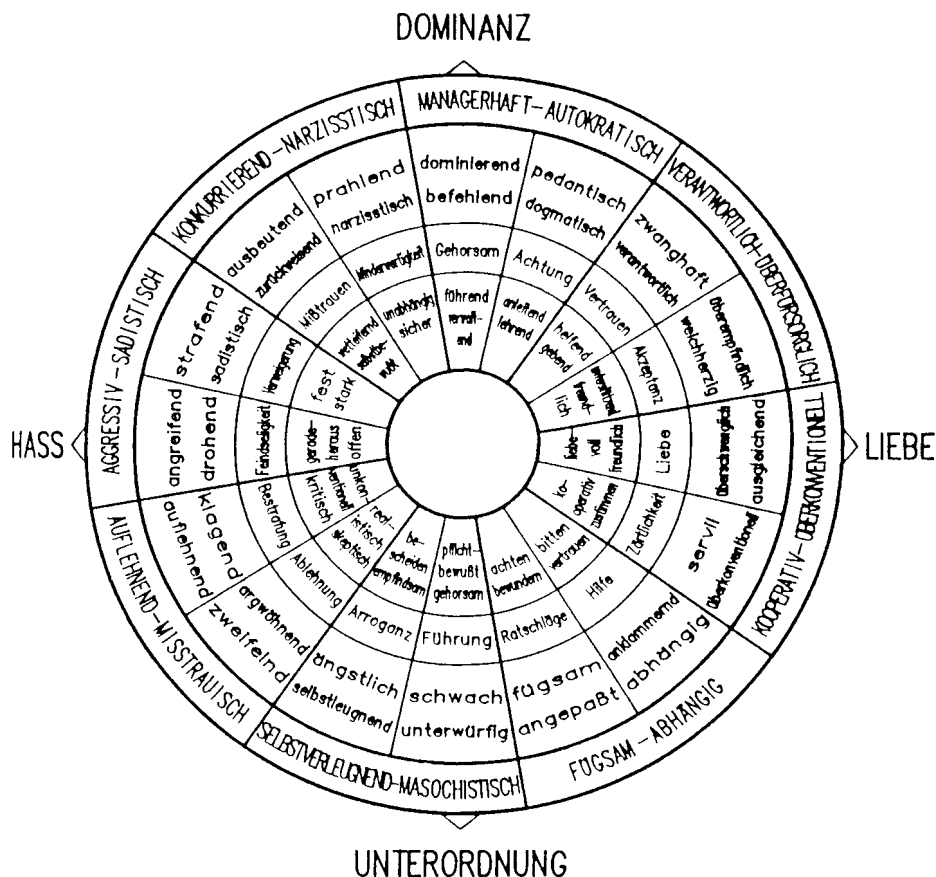


Abb. 12: Learys Interpersonal Circle (IPC) (1957) (aus Geil & Vonderlin (1991)) (Inhalte der Kreissegmente von außen nach innen: Oktanten Interpersonalen Verhaltens, extreme Ausprägungen der Kategorien, beim Interaktionspartner ausgelöste Reaktionen, moderate Verhaltensweisen)

Das Verhalten einer Person ließ sich um ganz bestimmte Oktanten gruppieren, was Leary als „Persönlichkeit“ beschrieb. Eine Fehlanpassung im Sinne Learys lag dann vor, wenn das Verhalten rigide und ausschließlich in einem Segment lokalisiert wurde.

Mit Hilfe der „Interpersonal Check List“ (ICL) von LaForge & Suczek (1955) konnte die von Leary postulierte Circumplexstruktur interpersonalen Verhaltens bestätigt werden.

Auf der Grundlage des IPC entwickelte Schaefer (1959) aus der Untersuchung von Eltern-Kind-Interaktionen ein Kreismodell für Elternverhalten mit der horizontalen Achse Liebe/Hass und der vertikalen Achse Kontrolle/Autonomie. Damit unterschieden sich die Modelle von Leary und Schäfer auf der vertikalen Achse: Während Leary dem Pol Kontrolle den Pol Submission gegenübergestellt hatte, wählte Schäfer an dieser Stelle Autonomiegewährung. Beide Modelle erfassten auf der vertikalen Dimension Aspekte der Macht und der Interdependenz in zwischenmenschlichen Beziehungen: „Autonomie zu gewähren“ ist allerdings nicht gleichzusetzen mit der „Bereitschaft sich zu unterwerfen“, weshalb die beiden Modellen zunächst unvereinbar erschienen.

Benjamin (1974) konnte mit der SASB ein etwas komplexeres Kreismodell vorlegen, das durch die Unterscheidung kommunikativer Gerichtetheiten (Fokusebenen) in eleganter Weise die Widersprüche aufhebt, die hinsichtlich der genauen Definition der Interdependenzdimension der beiden Vorgängermodelle bestanden.

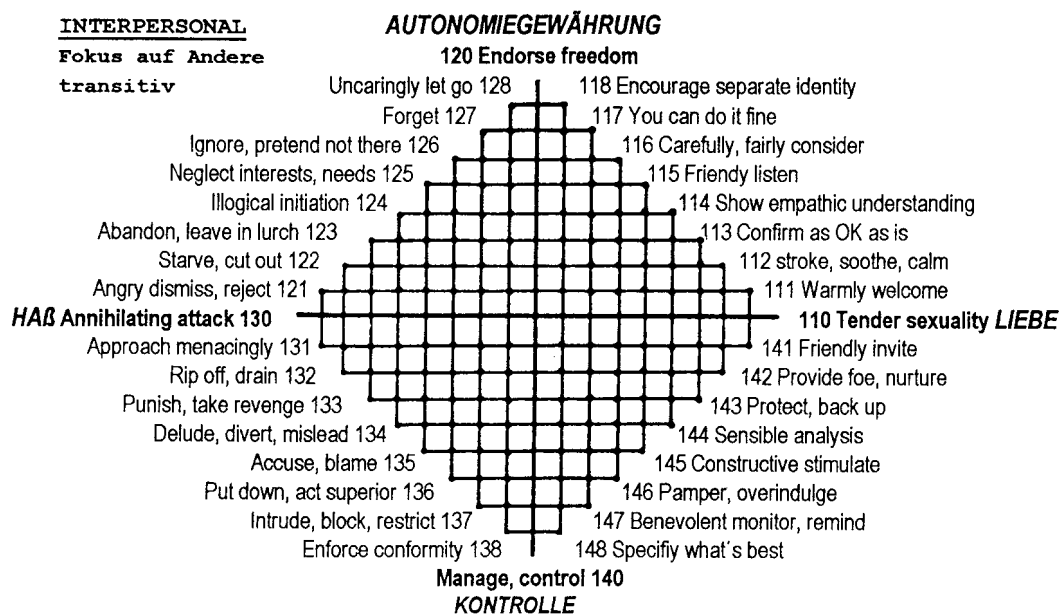
2.3.1.3 Modelldeskription

Die kaum mehr überschaubare Anzahl von Publikationen zur SASB bringt es mit sich, dass das Modell nicht immer übereinstimmend beschrieben wird. Unterschiedliche Übersetzungen des amerikanischen Originals von Lorna Smith Benjamin (1974, 1984) erschweren zudem im Deutschen die Erläuterung des Modells, weshalb sich die folgendende Darstellung - soweit möglich - immer wieder auf die Originalversion beziehen wird.

Benjamin (1974, 1984) übernimmt in ihr SASB-Modell einerseits die dem Leary-Modell und dessen Nachfolgemodellen gemeinsame horizontale Achse Liebe/Hass, differenziert aber andererseits die vertikale Dimension, indem sie sowohl den Aspekt der Dominanz/Submission (Leary) als auch den der Kontrolle/Autonomiegewährung (Schäfer) berücksichtigt. Dies wird dadurch möglich, dass das SASB-Modell im Unterschied zu seinen Vorläufermodellen nicht aus einem, sondern aus drei Kreisen bzw. diamantenförmigen Flächen oder

Rhomben⁴ besteht. Die ersten beiden bilden interpersonale Vorgänge, der dritte Kreis intrapersonale Ereignisse ab. Während die Affiliationachse mit den Polen Liebe/Hass für alle drei Flächen gleich ist, heißen die Pole der vertikalen Dimension im ersten Fall Autonomiegewährung/Kontrolle, im zweiten Kreis Abgrenzung (Dominanz)/Unterwerfung und in der dritten Rhombe wieder Autonomiegewährung/Kontrolle (entsprechend ihrer intrapersonalen Ausrichtung heißen die Pole dieser Oberfläche allerdings „freie Spontaneität“ vs. „Selbstkontrolle“).

Weiteren Erläuterungen des Modells sei nun zunächst Abbildung 13 der drei Ebenen in der vollständigen Version des Modells vorangestellt. Das englischsprachige Original wird in der nachfolgenden Abbildung um die deutschen Bezeichnungen der Pole der Affiliations- und Interdependenzachse ergänzt.



Fortsetzung Abb. 13 nächste Seite

⁴ Benjamin legt der Anordnung interpersonaler Verhaltensweisen in ihrem Modell absolute und nicht quadrierte Werte zugrunde, wodurch eine Raute und kein Kreis entsteht.

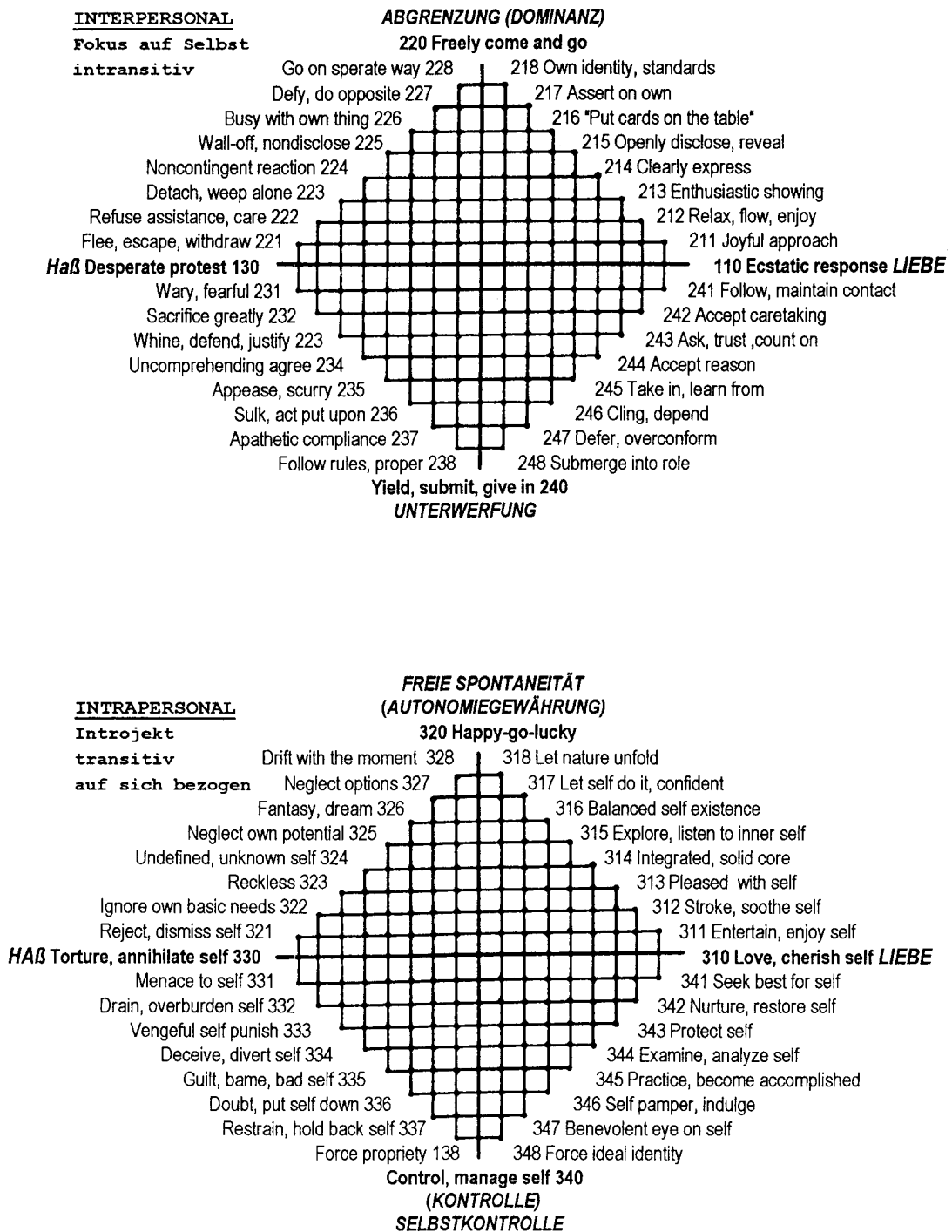


Abb. 13: Vollständige Version des SASB Modells nach Benjamin (1974, 1984) (Das „full model“ bietet auf jedem Rhombus 36 unterschiedliche Verhaltensqualitäten, also für jede Interaktion insgesamt 108 Möglichkeiten, an. Die Zahlen beschreiben mit der ersten Stelle den Fokus (100=Fokus „andere“, 200=Fokus „selbst“, 300=Fokus „Introjekt“) und mit der zweiten Stelle den Quadranten (1,2,3,4), in dem die Verhaltensweise liegt. Die dritte Ziffer bezeichnet die Lage des Punktes innerhalb des Quadranten (1 bis 8) und zeigt damit das Thema an. Steht an dritter Stelle eine 0, liegt der Punkt direkt auf einer der Achsen.)

Mit dieser Erweiterung der Vorläufermodelle trägt Benjamin unterschiedlichen Fokussierungen (aus der Perspektive des Akteurs) kommunikativer Akte Rechnung: Das SASB-Modell unterscheidet aktives (transitives), reaktives (intransitives) und selbstbezogenes (Introjekt) Verhalten, also verschiedene Gerichtetheiten kommunikativer Handlungen.

Die Ebene „Introjekt“ enthält die Verhaltensqualitäten der ersten Fokusebene („transitiv“), aber auf die eigene Person gerichtet. Basierend auf der Vorstellung Sullivans, daß Menschen sich selbst häufig so behandeln, wie sie es von signifikant anderen erfahren haben, verdeutlicht diese Ebene den Einfluss des sozialen Milieus auf das Selbstkonzept. Indem das Individuum auf dieser Ebene seine Verhaltenweisen sich selbst gegenüber darstellt, wird ein Rückschluss auf intrapsychische Ereignisse möglich. Es werden generalisierte interpersonale Erfahrungen mit intrapsychischen Prozessen verbunden.

Durch die Differenzierung in aktives (transitives) und reaktives (intransitives) Verhalten löst die SASB die Diskrepanzen zwischen den Modellen von Leary und Schäfer auf. Die Konfundierung der aktiven mit der reaktiven Dimension zwischenmenschlicher Kommunikation wird vermieden: Während „Autonomiegewährung“ das transitive Komplement zur intransitiven „Abgrenzung/Dominanz“ ist, ist „Unterwerfung“ das intransitive Komplement zur transitiven „Kontrolle“. Anders als einfache Kreismodelle ermöglicht die Struktur des SASB-Modells dadurch die Abbildung von Beziehungsmustern, was unter 2.3.2 näher ausgeführt wird.

Die Interdependenzachsen sowie die für alle drei Ebenen gleichbleibende Affiliationsachse haben ihren Nullpunkt im Zentrum des Circumplex-Modells. Beide Achsen bestehen aus einer Skala von -9 bis +9: Der Anteil an „freundlichem Verhalten“ und „Unabhängigkeit“ wird im Bereich von 0 bis 9, „feindliches Verhalten“ und „Abhängigkeit“ wird im Bereich von 0 bis -9 angegeben. Jeder Punkt auf den drei Fokusebenen besteht aus einer Kombination der beiden Grunddimensionen „Affiliation“ und „Interdependenz“. Demnach lässt sich jedes interpersonale Verhalten mit der SASB anhand der Grunddimensionen des

Modells, nämlich Fokus, Interdependenz und Affiliation, einstufen. Abbildung 14 stellt diese Grunddimensionen noch einmal zusammen.

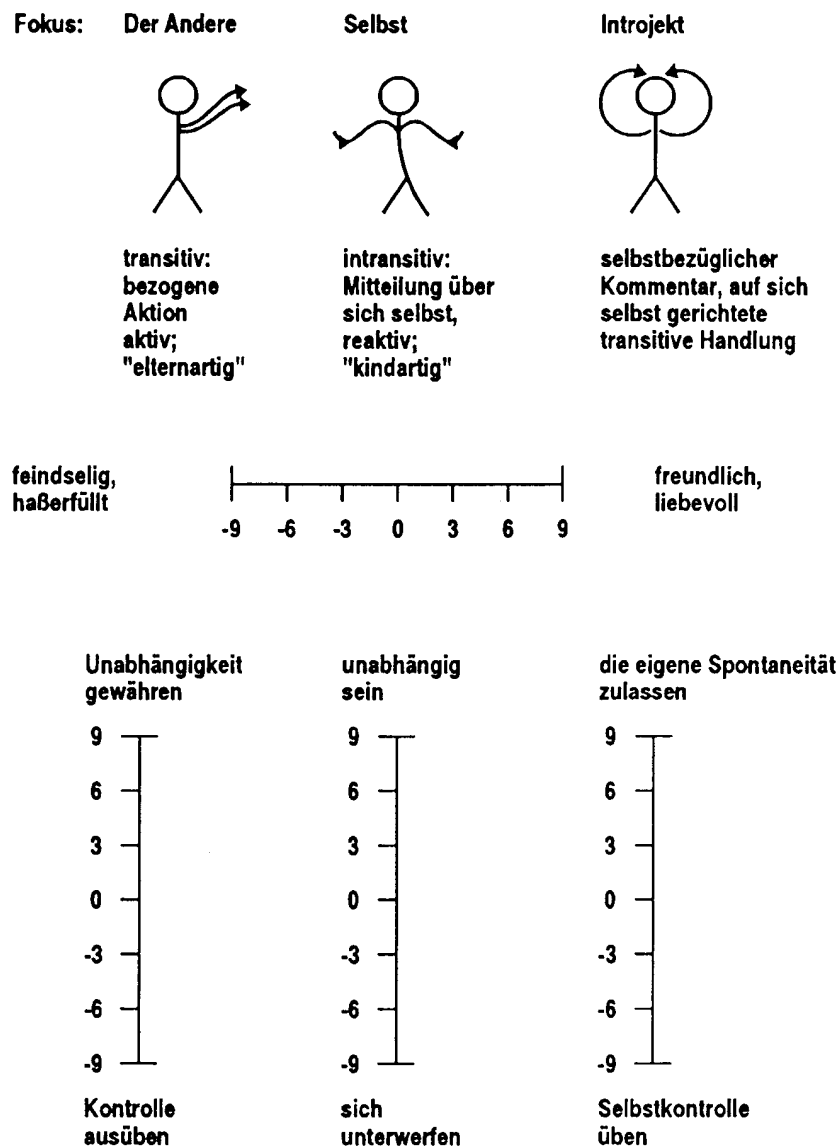


Abb. 14: Die drei Grunddimensionen des SASB-Modells (aus Tress & Junkert, 1993)

Abschließend sei noch die SASB-Cluster-Version (Benjamin, 1986) dargestellt, da auf ihr beruhend die SASB-Kodiermethode entwickelt wurde. Dieses Kodiersystem und die SASB-Fragebögen sind die beiden Messinstrumente, die auf der Grundlage des SASB-Modells entstanden sind. Sie werden in Abschnitt 2.3.3 zur Sprache kommen.

Die SASB-Cluster-Version fasst die jeweils 36 Punkte jeder Ebene in acht, im Uhrzeigersinn bezifferte Cluster zusammen. Jedes Cluster wird mit einer zwei-

stelligen Zahl versehen: Die erste Zahl bezieht sich auf den Fokus, die zweite auf das Cluster. So befindet sich z.B. das Cluster 1-2 im rechten oberen Quadranten der Fokusebene „andere“ und fasst unter der Bezeichnung „bestätigen, verstehen“ die Verhaltensweisen 113, 114, 115 und 116 des vollständigen Modells zusammen, was in der Klammer angegeben ist (siehe Abb. 15). Andere Arbeiten, wie die von Grawe-Gerber (1992), verwenden statt der ersten Zahl zur Fokusbezeichnung die Buchstaben O (Other), S (Self) und I (Introjekt).

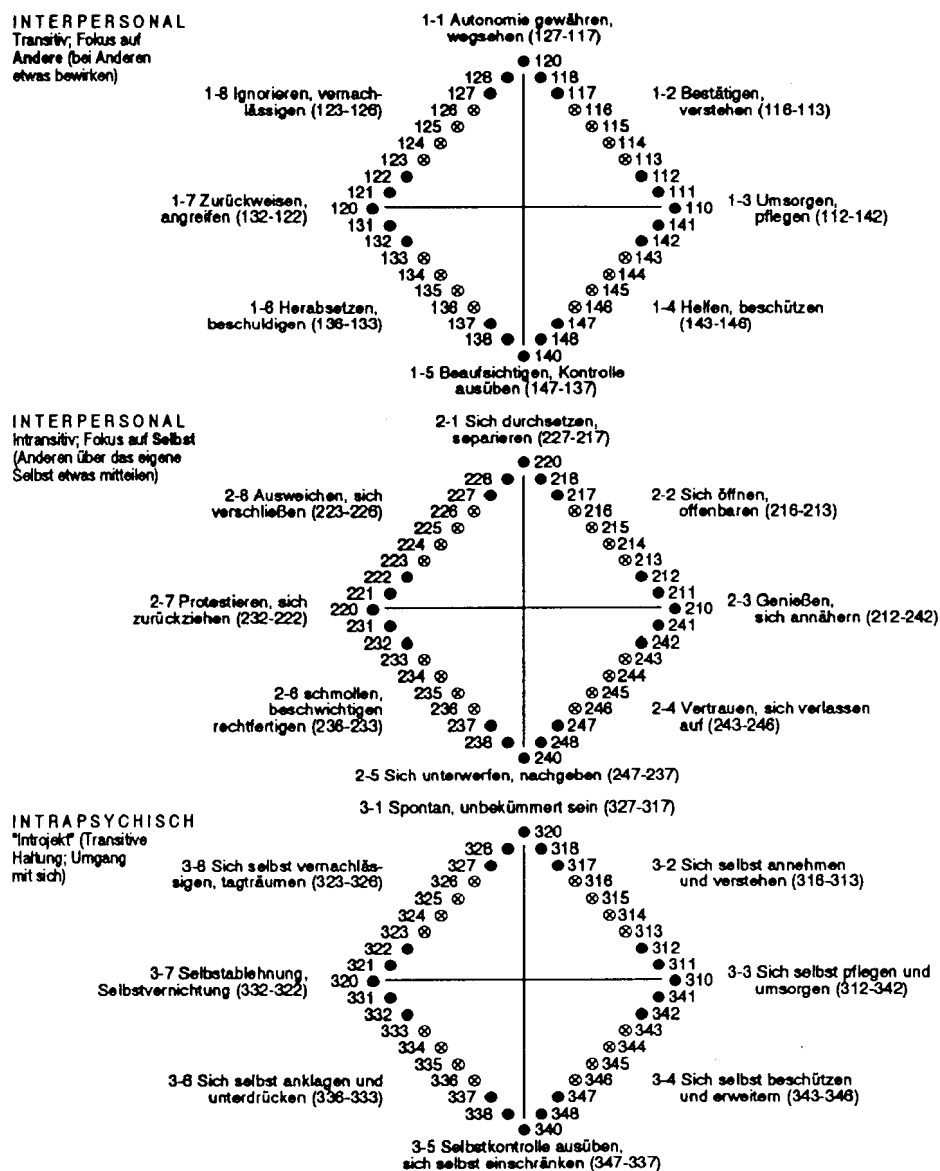


Abb. 15: Deutsche Clusterversion des SASB-Modells (aus Tscheulin & Glossner, 1993)

2.3.1.4 Validierung

Die „Structural Analysis of Social Behavior“ (SASB) wird unter den gängigen Circumplex-Modellen interpersonalen Verhaltens als „the most detailed, conceptually rigorous and empirically validated“ (Henry et al., 1986, p. 27) anerkannt. Zur Überprüfung der Modellstruktur entwickelte Benjamin (1974) eine Serie von Fragebögen. Diese Fragebögen zur Beschreibung der jeweiligen Modellpunkte wurden einer Validierungsstichprobe von 110 Personen vorgelegt. Die Ergebnisse bestätigten die Modellstruktur in der gewünschten Form. Eine ausführliche Darstellung der Validierungsuntersuchungen und ihrer Ergebnisse finden sich bei Benjamin (1974, 1984).

2.3.2 Abbildung von Beziehungsmustern im SASB-Modell

Die besondere Struktur des SASB-Modells erlaubt es, Muster zwischenmenschlicher Beziehungen zu analysieren und unter Bezugnahme auf bestimmte transaktionale Konzepte Verhaltensvorhersagen zu treffen. Basierend auf den Prinzipien der Komplementarität, Opposition, Antithese und dem sog. „Shaurette-Prinzip“ leitet Benjamin (1984) Hypothesen über die Entstehung und Behandlung von Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich ab. Die einzelnen Konstrukte werden nachfolgend dargestellt.

2.3.2.1 Komplementarität

Komplementarität im SASB-Modell bedeutet, wenn sich eine Person A mit einer bestimmten Verhaltensweise auf einen Interaktionspartner B ausrichtet (Fokus „andere“), bei B die Tendenz entsteht, mit dem entsprechenden Verhalten auf dem Fokus „selbst“ zu reagieren. Die zu einem bestimmten Verhalten auf Fokusebene „andere“ komplementäre Reaktion liegt räumlich gesehen an derselben Stelle der Fokusebene „selbst“. Das bedeutet, läßt sich das Verhalten einer Person A z.B. auf Punkt 116 (Abb. 4: „carefully, fairly consider“) lokalisieren, könnte man nach dem Prinzip der Komplementarität vorhersagen, daß Person B

sich wahrscheinlich entsprechend Punkt 216 (Abb. 4: „put cards on the table“) verhalten wird. Bei „blockierendem und einschränkendem Verhalten“ (137) wäre „sich hilflos fügendes Verhalten“ (237) zu erwarten, was bei Bearbeitung des SASB-Fragebogens z.B. durch das Item „Ich gebe klein bei und füge mich hilflos ihren/seinen Vorstellungen, ohne eigene Wünsche und Ziele“ erfasst werden könnte. Zusammenfassend lässt sich die Bedeutung von Komplementarität im SASB-Modell anhand der Quadranten der beiden Fokusebenen erschöpfend beschreiben. Wie Tabelle 3 zeigt, veranschaulicht eine Übersicht über die Quadranten darüber hinaus die Übereinstimmung auf der Affiliationsdimension und Reziprozität auf der Interdependenzdimension (Dominanz bewirkt Submission und umgekehrt) bei komplementären Interaktionen:

Tabelle 3

Komplementarität im SASB-Modell: Die Quadranten (1)-(4) der Fokusebene „andere“ mit ihren jeweiligen Komplementen der Fokusebene „selbst“.

(Fokus „andere“)		(Fokus „selbst“)	
1. Freundlichkeit, Autonomie löst	Ermutigen v.	1. Freundlichkeit, Autonomie aus.	Genießen v.
2. Feindseligkeit, Autonomie löst	Hervorrufen v.	2. Feindseligkeit, Autonomie aus.	Beanspruchen v.
3. Feindseligkeit, Macht löst	Ausüben von	3. Feindseligkeit, aus.	Unterordnung
4. Freundlichkeit, Beeinflussung löst		4. Freundlichkeit, Einflusses aus.	Akzeptieren d.

Anmerkungen. Zur Unterscheidung von Interdependenz- und Affiliationsdimension sind die Positionen auf der Affiliationsdimension kursiv gedruckt.

Reagiert der Interaktionspartner jeweils komplementär, spricht Benjamin von einer stabilen Beziehung. Maximale Instabilität entsteht, wenn beide Interaktionspartner durch identisches Verhalten im transitiven Fokus dieselbe Stelle im interpersonalen Raum besetzen. Dies tritt z.B. im Falle eines Machtkampfes ein.

Henry, Schacht und Strupp (1986) unterscheiden für die Therapeut-Klient-Beziehung positive von negativer Komplementarität. Als positiv komplementär bezeichnen sie affektiv freundliche Komplementarität (Tabelle 3: (1) und (4)). Reagiert der Klient beispielsweise mit „sich öffnen und mitteilen“ auf eine verstehende, bestätigende Äußerung des Therapeuten spricht man von positiver Komplementarität. Negativ komplementär sind feinselige komplementäre Inter-

aktionen (Tabelle 3: (2) und (3)). Kritik durch den Therapeuten gefolgt von einer Rechtfertigung des Klienten stellt in diesem Sinne ein Beispiel negativer Komplementarität dar.

Tress & Junkert (1993) betonen mit Bezug auf Henry et al. (1986) unter dem Aspekt der Gegenübertragung die „negative Komplementarität“ als für die therapeutische Beziehung besonders wichtig, weil Therapeuten negative Affiliationswerte (Cluster 1.6 - 1.8: herabsetzen beschuldigen; zurückweisen angreifen; ignorieren, vernachlässigen) ihrer Klienten nicht selten „spiegeln“.

2.3.2.2 Opposition

Das SASB-Modell erlaubt es, Gegensätze psychologisch, geometrisch und logisch zu definieren. Jedes Verhalten hat auf jeder der drei Fokusebenen seinen Opponenten („opposite“): Gegensatzpaare bestehen immer aus um 180° voneinander entfernten Verhaltensweisen auf einer Oberfläche. Die dreistelligen Codenummern gegensätzlicher Verhaltensweisen stimmen in der letzten Ziffer überein. Die Koordinaten eines gegenüberliegenden Punktes zeichnen sich jeweils umgekehrte Vorzeichen aus: Zum Beispiel hat der Punkt 137 („intrude, block, restrict“) die Koordinaten -2/-7, was bedeutet, dass er auf der Abszisse mit zwei Einheiten in Richtung feindseliges Verhalten und auf der Ordinate mit sieben Einheiten in Richtung dominierend kontrollierendes Verhalten tendiert. Der genau gegenüberliegende Punkt 117 („You can do it fine“) hat die Werte 2/7 und bezeichnet damit freundliche Zuwendung und autonomiegewährendes Verhalten. Somit sind Punkt 137 („intrude, block, restrict“) und Punkt 117 („You can do it fine“) ein Gegensatzpaar.

Mit Hilfe des Oppositionsprinzips beschreibt Benjamin (1984) Ambivalenzen, Doppelbindungen und Konflikte. Liegen bei einer Person entgegengesetzte Verhaltensweisen auf der Fokusebene „selbst“ vor, so spricht man von Ambivalenzen. Richtet sich eine Person mit zwei sich im Grunde gegenseitig ausschließenden Verhaltensweisen an ihren Interaktionspartner, werden also gegensätzliche Botschaften auf der Fokusebene „andere“ kommuniziert, geht man von einer

Doppelbindung aus. Bei gegenüberliegenden Kodierungen auf der Introjektenebene schließt man auf ein konfliktbeladenes Selbstkonzept: Die gleichzeitige Tendenz, sich selbst zu kontrollieren (340) und seinen Neigungen nachzugeben (320), weist zum Beispiel auf einen Selbstkontrollkonflikt hin.

2.3.2.3 Antithese

Antithetisches Verhalten ist definiert als „opposite“ des komplementären Verhaltens und liegt demzufolge grafisch gesehen diesem gegenüber. Es wird z.B. vom Therapeuten gezielt eingesetzt, um das Verhalten des Klienten in eine bestimmte Richtung zu verändern. Verhält sich der Klient beispielsweise abwertend und überheblich (136: „put down, act superior“), so wäre die zu erwartende komplementäre Reaktion schmollen und beleidigt sein (236: „sulk, act put upon“). Reagiert der Therapeut nun wider Erwarten mit dem entsprechenden „Opposite“ (216: „put cards on the table“), so folgt er dem Prinzip der Antithese: Er ist offen und zeigt, wie ihm zumute ist. Im Idealfall löst dies - eine stabile Beziehung und psychisch gesunden Interaktionspartner vorausgesetzt - die dazu komplementäre, erwünschte Verhaltensweise des Klienten (116: „carefully, fairly consider“) aus: Er hört sorgfältig zu und bemüht sich um Fairness.

Weitergehend wurde hieraus das „Shaurette-Prinzip“ entwickelt, wobei der einflussnehmende Interaktionspartner sich in Rücksichtnahme auf die mangelnde Flexibilität seiner Gegenübers zunächst komplementär verhält, um sich in der Folge in kleinen Schritten auf der selben Fokusebene gegen den Uhrzeigersinn in Richtung antithetisches Verhalten zu bewegen.

2.3.3 SASB-Meßinstrumente

Aus dem SASB-Modell wurden ein auf der Clusterversion beruhendes Kodiersystem und die SASB-Fragebögen entwickelt. Die SASB-Kodiermethode ist ein Beobachtungsverfahren zur Analyse von Interaktionsverläufen. Die Anwendung des Verfahrens erfordert eine gezielte Auswahl und Ausbildung der Rater. Es wird der zwischen den Interaktionspartnern gesprochene Text sowie ihre nonverbale Kommunikation erfasst und ausgewertet. Die Kodiermethode eignet sich daher sehr gut für die Untersuchung von Therapieverläufen im Rahmen der Psychotherapieprozessforschung. Der SASB-Fragebogen wird von den Sozialpartnern selbst ausgefüllt und erfasst somit die Wahrnehmung der interessierenden sozialen Beziehung ausschließlich aus der Perspektive der Interaktanten. Multiple Untersuchungsergebnisse (zusammenfassend: Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) weisen auf die besondere Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung der Therapiebeziehung durch Therapeut und Klient hin, was in Kapitel 2.1.1 bereits ausführlich dargestellt wurde. In der vorliegenden Untersuchung wird daher der SASB-Fragebogen verwendet. Nach einer kurzen Erläuterung der SASB-Kodiermethode wird deshalb der SASB-Fragebogen im Hinblick auf seine Auswertungsmöglichkeiten ausführlich beschrieben.

2.3.3.1 Die SASB-Kodiermethode

Mit Hilfe der SASB-Kodiermethode können soziale Interaktionen sehr feinkörnig analysiert werden. Es wird eine Ton- oder Videoaufnahme sowie eine Transkription der zu kodierenden Interaktionssequenz benötigt. Die Interaktion wird Äußerung für Äußerung auf den drei dem SASB-Modell zugrundeliegenden Dimensionen Fokus, Affiliation und Kontrolle (s. Abb. 14) eingeschätzt. Zunächst wird das Beziehungsgeschehen zwischen den Interaktanten, d.h. ihr direkt beobachtbares Verhalten zueinander, untersucht. Danach richtet sich die Aufmerksamkeit mehr auf den Inhalt, über den gesprochen wird, sofern es sich um interpersonale Inhalte handelt. Bei diesem Schritt des Kodiervorganges muss zunächst ermittelt werden, über welche Bezugspersonen am häufigsten gespro-

chen wird, um die Referenten für die Kodierung festzulegen. Das SASB-Kodiersystem ermöglicht die Kodierung der Interaktion zwischen bis zu sieben verschiedenen Referenten. Aus den drei Ratings einer Äußerung auf den Dimensionen Fokus („Other“, „Self“, „Introject“), Affiliation (-9 bis +9) und Kontrolle (-9 bis +9) ergibt sich ein genauer Punkt auf einer drei Fokusebenen. Dieser Punkt fällt in eines der acht Cluster auf der jeweiligen Fokusebene. Damit erhält die so analysierte Äußerung die entsprechende Clusterkodierung.

2.3.3.2 Der SASB-Fragebogen und seine Auswertung

Auf der Grundlage des SASB-Modells wurden von Benjamin (1977) auch die SASB-Fragebögen konstruiert. Die Fragebögen wurden ursprünglich nach dem von Benjamin begründeten „INTREX Interpersonal Institute“ als „INTREX Questionnaires“ benannt. Um jedoch ihre unmittelbare Anbindung an das SASB-Modell zu verdeutlichen, wird in dieser Arbeit in Anlehnung an Tscheulin & Glossner (1993) von SASB-Fragebögen gesprochen, was auch der Begrifflichkeit anderer aktueller Forschungsarbeiten mit der SASB-Fragebogenmethode entspricht. Zur Auswertung des SASB-Fragebogens hat Benjamin (1982, 1988) verschiedene MS-DOS Softwarepakete erstellt. Tscheulin & Glossner (1990) haben die englischen Originalprogramme für den deutschsprachigen Einsatz überarbeitet und erweitert. Die Beschreibung des deutschen Programms MAKEMAPS kann bei Tscheulin & Glossner (1993) nachgelesen werden.

Seit 1999 liegt das Programmpaket als Windows Software „MakeMapsWin“ von Tscheulin & Harms vor. Dieses Programm ermöglicht es nicht nur, ausgefüllte SASB-Fragebögen zu erfassen und auszuwerten, sondern auch mit der früheren MAKEMAPS-Version erhobene Dateien zu importieren und neu zu redigieren sowie die Ergebnisse zu weiteren Forschungszwecken in Rechenprogramme wie SPSS zu exportieren. Das Datenmaterial der vorliegenden Arbeit wurde daher mit „MakeMapsWin“ ausgewertet. Nach einer Beschreibung des Fragebogens interessiert im Hinblick auf die Aussagemöglichkeiten der Fragebogenergebnisse vor allem seine Auswertung, die anschließend erläutert wird.

2.3.3.2.1 Beschreibung der SASB-Fragebogenlangform: Der Itemsatz und seine Validierung

Es gibt die Intrex „Longform Questionnaires“ und eine „Short Form“ des SASB-Fragebogens. Während bei der Langform jedem der Punkte auf den drei Fokusebenen ein Fragebogenitem entspricht, basieren die Items der Kurzform auf den 24 Clustern des SASB-Clustermodells. Die Verwendung des Langform-Fragebogens ermöglicht eine differenziertere Darstellung und zuverlässigere Erfassung einer interessierenden Beziehung. Ungenauigkeiten, wie sie z.B. durch unterschiedliches Sprachverständnis bedingt sein können, werden damit ausgeglichen, dass die einzelnen Cluster durch mehrere Items repräsentiert sind.

Wie die Kodiermethode ermöglicht der SASB-Fragebogen die Selbst- und Fremdeinschätzung von Sozialpartnern im Hier und Jetzt, ebenso wie die Beziehung der Person zu sich selbst und zu anderen, auch für andere Zeitpunkte und andere Zustände, abgefragt werden kann. So können sich z.B. Therapeut und Klient in ihrer aktuellen Beziehung zueinander einschätzen ebenso wie eine rückblickende Beurteilung früherer Interaktionen, z.B. die Beziehung zu den Eltern, möglich ist. Auch kann ein Proband hinsichtlich seines besten und seines schlechtesten Zustandes befragt werden. Basierend auf entsprechenden Item-Umformulierungen liegt der Fragebogen in verschiedenen Versionen vor, die je nach Fragestellung unterschiedlich eingesetzt werden. Tscheulin & Glossner (1993) geben einen Überblick über die verschiedenen Formen der SASB-Fragebogen, der in Abbildung 16 dargestellt ist.

Fragebogen	Beziehung	Anzahl der Items
Form A	Zu sich selbst (Introjekt), Gegenwart	36
Form A (V)	Zu sich selbst (Introjekt), Vergangenheit	36
Form B (m)	Zu männlicher Bezugsperson, Gegenwart	144
Form B (w)	Zu weiblicher Bezugsperson, Gegenwart	144
Form C (m)	Zu männlicher Bezugsperson, Vergangenheit	144
Form C (w)	Zu weiblicher Bezugsperson, Vergangenheit	144
Form D	Partner zueinander, Gegenwart	144
Form E	Partner zueinander, Vergangenheit	144

Abb. 16: *Überblick über die verschiedenen Formen der SASB-Fragebogen der Version 0, 1989 (© Tscheulin & Benjamin, 1989) aus Tscheulin und Glossner (1993)*

Die Probanden können den Items auf einer Skala von 0 („nie/überhaupt nicht“) bis 100 („immer/völlig“) zustimmen und damit die Häufigkeit angeben, mit der ein bestimmtes Verhalten in Bezug auf sie selbst oder den Sozialpartner auftritt. Die Skala ist in 10-er Intervalle unterteilt, wobei 50 als Mittelkategorie betrachtet werden kann. Es wird erwartet, dass der Proband für die zu beurteilende Beziehung als irrelevant empfundene Items durch eine entsprechend niedrige Ankreuzung markiert (z.B. 0 = „nie/überhaupt nicht“).

Der deutsche wie der französische Item-Satz resultieren aus einer Übersetzung der englischen Originalitems der 1983er Version. Die deutsche Fragebogenversion der Langform wurde 1989 in einer Diplomarbeit von Glossner erstmalig vorgelegt. Die französische Übersetzung wurde 1993 von der Autorin der vorliegenden Arbeit erstellt.

Der Item-Satz beinhaltet die drei Verhaltensebenen des Sozialverhaltens, die durch SASB-Fragebogenitems untersucht werden können (siehe Abb. 13). Die Differenzierung der Foki „Andere“ und „Selbst“ sowie die Unterscheidung transitiver und intransitiver Handlungen für die beiden interpersonalen Ebenen ermöglichen die Einschätzung von vier Arten von Beziehungsverhältnissen, die im Fragebogen durch jeweils 36 Items abgedeckt sind. Dies wird durch die 36

Fragen zur intrapsychische Ebene (Introjekt), die Einschätzung der Beziehung zu sich selbst, komplettiert. Die in dieser Arbeit zum Einsatz kommende Fragenbogenlangform präsentiert sich dem Untersuchungsteilnehmer in einem Teil A (Introjekt) mit 36 Items und einem Teil B (interpersonal) mit 2x 72 Items. Die 36 Statements in Ich-Form von der Form A ergründen, wie die Person mit sich selbst umgeht (z.B. Item 15: „Ich habe die Angewohnheit sehr stark Kontrolle über mich auszuüben“.)

Mit den ersten 72 Items von Form B wird die Person befragt, wie sie das interpersonale Verhalten ihres Sozialpartners erlebt. 36 Items beziehen sich auf die Wahrnehmung des interpersonalen transitiven Verhaltens der Bezugsperson mit Fokus auf den Befragten (z.B. Item 3: „Er bringt mich dazu, den Regeln und Vorstellungen zu folgen, die sie für richtig und angemessen hält.“). Weitere 36 Fragen beziehen sich auf das interpersonale intransitive Verhalten der Bezugsperson, das die Bezugsperson in der Beziehung zum Befragten mit Fokus auf sich selbst zeigt (z.B. Item 52: „Er fühlt, denkt, handelt und wird sogar, wie ich es seiner Meinung nach haben will.“). Die 2x 36 Fragen (transitiv/Fokus andere und intransitiv/Fokus selbst) werden dem Befragten im gemischten Itempool vorgelegt.

Im zweiten Abschnitt von Form B wird der Befragte nun aufgefordert, sein eigenes interpersonales Verhalten seinem Sozialpartner gegenüber einzuschätzen. Die 72 Items entsprechen denen des ersten Abschnittes von Form B; die Er/Sie-Formen der Fragen sind lediglich zu Ich-Formen umformuliert worden. Der Befragte beurteilt sich also hinsichtlich seines transitiven interpersonalen Verhaltens mit Fokus auf die Bezugsperson (z.B. Item 75: „Ich bringe ihn dazu, den Regeln und Vorstellungen zu folgen, die ich für richtig und angemessen halte.“), sowie in Bezug auf sein intransitives Verhalten dem Sozialpartner gegenüber mit Fokus auf die eigene Person (z.B. Item 124: „Ich fühle, denke, handle und werde sogar so, wie sie es meiner Meinung nach haben will.“).

Die Gültigkeit des deutschen Itemsatzes wurde von Tscheulin und Glossner (1992) bestätigt und damit die Circumplex-Struktur für die deutschsprachigen Formulierungen nachgewiesen. Die aufwendigen Validitätsuntersuchungen für

den deutschen Item-Satz finden sich bei Tscheulin und Glossner (1993) beschrieben. Eine vergleichbare Validierung des französischen Itemsatzes ist bisher noch nicht erfolgt. Diesem Tatbestand muss bei der Ergebnisinterpretation Rechnung getragen werden, weshalb an entsprechender Stelle später eine Auseinandersetzung damit erfolgt.

2.3.3.2.2 Fragebogen-Bezüge und Analyseeinheiten

Von jedem Therapeuten und jedem Klienten der deutschen und der französischen Stichprobe werden jeweils 5 ausgefüllte SASB-Fragebogen-Bezüge, also insgesamt 10 Bezüge pro Stichprobeneinheit (Therapeut-Klient-Dyade), vorliegen: Introjekt; Partnerbeschreibung, Fokus andere; Partnerbeschreibung, Fokus selbst; Selbstbeschreibung, Fokus andere; Selbstbeschreibung, Fokus selbst. Die Bezüge werden in Tabelle 4 operationalisiert. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, die einzelnen Bezüge unabhängig voneinander auszuwerten (Analyseeinheit Individuum) oder selbige inter- bzw. intrapersonal miteinander in Beziehung zu setzen (Analyseeinheit Dyade).

Tabelle 4

Definition der 10 SASB-Fragebogenbezüge pro Therapeut-Klient-Dyade

Bezug 1	Therapeut: Wie ich mich mir selbst gegenüber verhalte = Introjekt Therapeut
Bezug 2	Klient: Wie ich mich mir selbst gegenüber verhalte = Introjekt Klient
Bezug 3	Therapeut: Wie sich mein Klient zu mir verhält, transitiv = Beschreibung über Klienten, Fokus andere
Bezug 4	Therapeut: Wie sich mein Klient zu mir verhält, intransitiv Beschreibung über Klienten, Fokus selbst
Bezug 5	Therapeut: Wie ich mich zu meinem Klienten verhalte, transitiv= Selbstbeschreibung Therapeut, Fokus andere
Bezug 6	Therapeut: Wie ich mich zu meinem Klienten verhalte, intransitiv = Selbstbeschreibung Therapeut, Fokus selbst
Bezug 7	Klient: Wie sich mein Therapeut zu mir verhält, transitiv = Beschreibung über Therapeuten, Fokus andere
Bezug 8	Klient: Wie sich mein Therapeut zu mir verhält, intransitiv = Beschreibung über Therapeuten, Fokus selbst
Bezug 9	Klient: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, transitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus andere
Bezug 10	Klient: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst

Für die Analyseeinheit Individuum lassen sich, hierauf basierend, der Hypothesenbildung folgende Fragen zugrundelegen:

- Introjekt: Wie beschreiben Verhaltenstherapeuten und Klienten ihren Umgang mit sich selbst?
- Selbstbeschreibung: Wie beschreiben Therapeuten und Klienten ihr Verhalten (aktiv/reaktiv) zum Interaktionspartner?
- Partnerbeschreibung: Wie beschreiben Therapeuten und Klienten das Verhalten ihres Interaktionspartners (aktiv/reaktiv) ihnen gegenüber?

Hypothesen, die sich auf die Analyseeinheit Dyade beziehen, setzen sich mit inter- (z.B. Therapeut-Klient) wie intrapersonalen (z.B. Therapeut-Therapeut oder Klient-Klient) Vergleichen auseinander. Es handelt sich jeweils um Vergleiche von immer zwei der in Tabelle 4 aufgelisteten Bezüge, d.h. es werden die Itemankreuzungen in den verschiedenen Bezügen miteinander korreliert. Während die interpersonalen Vergleiche von Bezügen die Identifikation von Beziehungsmustern (siehe Kapitel 2.3.2) innerhalb der Dyade zum Ziel haben, ermöglichen die intrapersonalen Vergleiche eine Aussage darüber, wie der Proband das interessierende Beziehungsmuster wahrnimmt. Dies sei am Beispiel der Komplementarität verdeutlicht: Die interpersonale Komplementarität ist überprüfbar, indem man die Selbstbeschreibungen der Interaktanten mit jeweils unterschiedlichem Fokus miteinander vergleicht (also Bezug 5 und 10 oder Bezug 6 und 9). Somit ist eine Entscheidung darüber möglich, ob die Selbstbeschreibungen der Interaktionspartner komplementär *sind*. Die intrapersonale Komplementarität wird für beide Interaktanten getrennt ausgewertet. Durch den Vergleich von Selbstbeschreibungen und Partnerbeschreibungen mit jeweils unterschiedlichem Fokus kann entschieden werden, ob ein Proband sich und seinen Interaktionspartner im transitiven oder intransitiven Bereich komplementär empfindet. Vergleicht man z.B. die intransitive Selbstbeschreibung des Therapeuten (Bezug 6) mit der transitiven Beschreibung über den Klienten aus der Perspektive des Therapeuten (Bezug3) erfährt man, ob der Therapeut sich selbst zum transitiven Verhalten seines Klienten komplementär erlebt. Ein Vergleich der transitiven Selbstbeschreibung des Therapeuten (Bezug 5) mit der intransitiven Beschreibung über den Klienten aus der Perspektive des Therapeuten (Bezug4) erlaubt eine Aussage darüber, ob der Therapeut seinen Klienten zu seinem eigenen transitiven Verhalten komplementär sieht.

Nicht alle dyadischen Vergleiche (siehe Tabelle 5) beziehen sich daher tatsächlich auf die Therapeut-Klient-Dyade, sondern statt dessen nur auf Therapeut oder Klient und wären somit eigentlich der Analyseeinheit Individuum zuzurechnen. Aufgrund ihrer inhaltlichen und mathematischen Verknüpfung mit den interpersonalen Vergleichen, werden diese intrapersonalen Vergleichsparameter vereinfachend allerdings auch als „dyadisch“ bezeichnet.

Tabelle 5*Definition der interessierenden dyadischen Vergleichsparameter*

1. Interpersonale Ähnlichkeit	1. Vergleich zwischen den Bezügen 1 u. 2
	2. Vergleich zwischen den Bezügen 5 u. 9
	3. Vergleich zwischen den Bezügen 6 u. 10
2. Intrapersonale Ähnlichkeit aus der Sicht des Therapeuten	4. Vergleich zwischen den Bezügen 3 u. 5
	5. Vergleich zwischen den Bezügen 4 u. 6
3. Intrapersonale Ähnlichkeit aus der Sicht des Klienten	6. Vergleich zwischen den Bezügen 7 u. 9
	7. Vergleich zwischen den Bezügen 8 u. 10
4. Interpersonale Urteilerübereinstimmung über Therapeuten	8. Vergleich zwischen den Bezügen 5 u. 7
	9. Vergleich zwischen den Bezügen 6 u. 8
5. Interpersonale Urteilerübereinstimmung über Klienten	10. Vergleich zwischen den Bezügen 3 u. 9
	11. Vergleich zwischen den Bezügen 4 u. 10
6. Interpersonale Komplementarität	12. Vergleich zwischen den Bezügen 5 u. 10
	13. Vergleich zwischen den Bezügen 6 u. 9
7. Intrapersonale Komplementarität über Therapeuten	14. Vergleich zwischen den Bezügen 6 u. 3
	15. Vergleich zwischen den Bezügen 4 u. 5
8. Intrapersonale Komplementarität über Klienten	16. Vergleich zwischen den Bezügen 7 u. 10
	17. Vergleich zwischen den Bezügen 8 u. 9

Anmerkungen. In der linken Spalte werden die jeweils interessierenden Beziehungsmuster benannt. In der rechten Spalte finden sich die zugehörigen Operationalisierungen

2.3.3.2.3 Auswertung der SASB-Fragebögen

Die ausgefüllten Fragebogenformulare werden mit Hilfe des Programmes „MakeMapsWin“ ausgewertet. Das Programm ist ausschließlich unter Windows 95/NT lauffähig und benötigt einen 486-er PC mit mindestens 16MB Arbeitsspeicher. Die Anleitung zum Gebrauch des Programms ist Bestandteil der MakeMapsWin-Software (Tscheulin & Harms, 1999), welche beim Erstautor bestellt werden kann.

Wie mit MAKEMAPS lassen sich auch mit MakeMapsWin für jedes beurteilte Beziehungsverhältnis Strukturkarten (MAPS) erstellen. Diese Maps vermitteln überblicksartig ein individuelles Feedback zu einem ausgefüllten SASB-Fragebogen: Sie drucken solche Items gekürzt an der entsprechenden Stelle einer Verhaltensebene bzw. eines bestimmten Bezuges aus, die der Befragte mindestens in Höhe des Medians beurteilt hat. Darüber hinaus enthält der Output die wichtigsten statistischen Parameter, die für eine individuelle Rückmeldung wesentlich sind:

Beim *gewichteten Zuneigungs-Autonomie-Vektor (GZAV)* handelt es sich um ein Maß, das die Anteile an Zuneigung und Interdependenz auf einer Oberfläche angibt. Auf der Ebene Introjekt zeigt er z.B. an, ob sich eine Person selbst wertschätzt und wie viel Selbstkontrolle sie meint, zu haben. Der Affiliationswert basiert auf den Ankreuzungen der Items, die Modellpunkte im ersten Quadranten nahe des positiven Affiliationspols abbilden. Für die Berechnung des Autonomiewertes haben die Items am Interdependenzpol desselben Quadranten die höhere Gewichtung.

In den *durchschnittlichen Clusterscores* werden die Werte der zu einem Cluster zusammengefassten Items gemittelt. Diese Mittelwerte informieren darüber, welche Verhaltensbereiche als besonders charakteristisch für die untersuchte Beziehung betrachtet werden.

Der *Koeffizient der internalen Konsistenz (Rz)* zeigt an, wie gut die Itemankreuzungen der befragten Person die Circumplexstruktur des SASB-Modells bestätigen. Es handelt sich um ein Korrelationsmaß, das im Falle von $R > 0.90$ (Benjamin, 1974) auf die Circumplexstruktur schließen lässt.

Die Introjekte von Therapeutin und Klientin der deutschen Dyade Nr. 14 dienen hier als Beispiel für zwei Strukturkarten (siehe Abb. 17). Da jedoch im Falle der vorliegenden Erhebung die Probanden keine individuellen Rückmeldungen erwarteten, spielen die Strukturkarten für diese Arbeit keine Rolle.

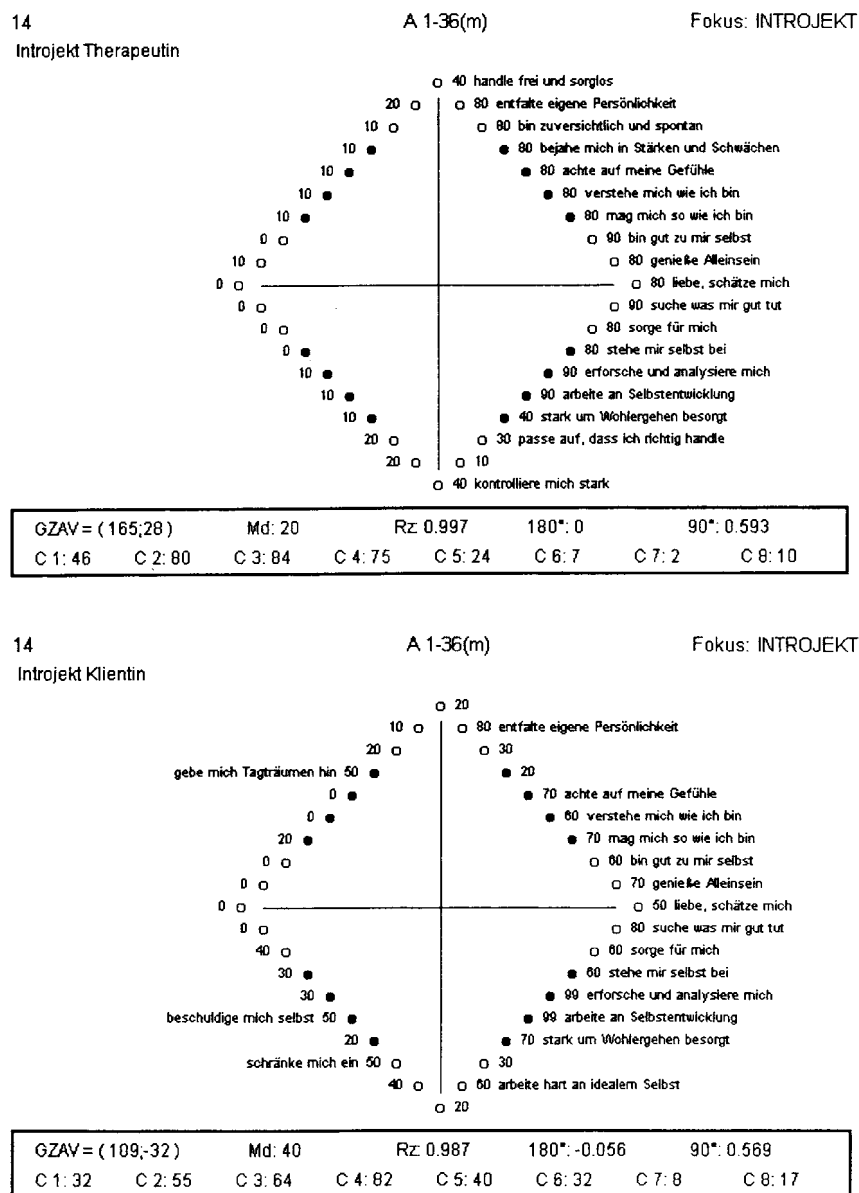


Abb. 17: Beispiel für zwei Strukturkarten (Introjekt Therapeutin und Introjekt Klientin der deutschen Dyade Nr. 14)

In MakeMapsWin erfolgt die Verwaltung der eingegebenen Daten in dBase-Dateien, auf die man mit einem entsprechenden Rechenprogramm zugreifen kann. Die dBase-Tabellen, die für die vorliegende Arbeit von Relevanz waren, werden nachfolgend kurz beschrieben:

Die für weitere Auswertungen entscheidende Ergebnisdatei trägt den Namen **{Projektname} Auswertung.dbf**. In dieser Tabelle befinden sich nach erfolgter Berechnung folgende Parameter: die verwendeten Fragebogenformen, die beurteilten Beziehungsverhältnisse, alle wichtigen Parameter des Beziehungsverhaltens (durchschnittliche Quadranten- und Clusterscores, gewichteter Zuneigungsvektor, gewichteter Autonomievektor etc.) und die Ratingwerte der einzelnen Items pro Verhaltensebene in der Circumplex-Ordnung.

Die Datei **{Projektname} Pattern.dbf** enthält die Berechnungen der „attack“ (ATK)-, „control“ (CON)- und „conflict“ (CFL)- Patternkoeffizienten für die einzelnen Bezüge. Das Konzept der Patternkoeffizienten findet sich bei Davies-Osterkamp et al. (1993) erläutert. Die Patternkoeffizienten sind Korrelationskoeffizienten, die über bestimmte Verhaltensmuster in den jeweiligen Beziehungsverhältnissen informieren. Ihre Interpretation wird in der vorliegenden Arbeit konkret an den Daten der deutschen und französischen Stichprobe in Kapitel 4.1 erläutert.

Die Datei **{Projektname} Vgl.dbf** beinhaltet die Ergebnisse der korrelativen Vergleiche der verschiedenen Bezüge auf Cluster- oder Itemebene, die die Identifikation von Beziehungsmustern wie z.B. Ähnlichkeit, Komplementarität, Opposition innerhalb der Dyade etc. ermöglichen. In Abhängigkeit von Fragestellung und Ziel der Analyse müssen die durchzuführenden Vergleiche zunächst definiert werden.

Eine vollständige Darstellung des Programms findet sich bei Tscheulin & Harms (1999).

2.3.4 SASB-Anwendung in der therapeutischen Beziehungsforschung

Die SASB-Methode wird nicht nur in der Psychotherapieforschung angewendet, sondern findet auch im klinischen Bereich für Diagnostik und Intervention vielseitige Verwendung. Unter der gemeinsamen Prämisse interpersonaler Konzepte sind ihre Anwender unterschiedlichster theoretischer Herkunft. Benjamin (1996a) vermittelt einen Überblick über aktuelle Forschungsarbeiten mit SASB. Der Schwerpunkt Benjamins eigener Arbeiten lag in den letzten Jahren darin, das DSM III-R in den Kategorien des SASB-Modells zu überarbeiten. Diese umfassenden Arbeiten zur Erweiterung der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen nach SASB wurden 1994 in die neue Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV; American Psychiatric Association, 1994) aufgenommen (Benjamin, 1996b).

Die SASB wird seit ihren Anfängen zur Analyse interpersonalen Geschehens in Psychotherapien eingesetzt. Greenberg und Pinsof haben sie 1986 in die Liste der wichtigsten Methoden zur psychotherapeutischen Prozessanalyse aufgenommen und die Society for Psychotherapy Research tagt seit Jahren nicht mehr ohne Veranstaltungen über Anwendungen der SASB im Rahmen der Psychotherapieforschung (vgl. Grawe-Gerber, 1992). SASB eignet sich hervorragend zur Untersuchung von Therapieverläufen. Es liegen verschiedene Psychotherapieprozessstudien vor, die unterschiedlich lange Interaktionsausschnitte mit Hilfe der SASB-Kodiermethode untersucht haben. Historisch bedeutsam sind z.B. die Arbeiten von Strupp an der Vanderbilt University in Nashville/USA, da das von Strupp in den frühen 70-er Jahren gegründete Vanderbilt-Zentrum für psychotherapeutische Forschung die SASB-Methode schon früh in ihre Projekte integrierte. In der Literatur finden sich vor allem zwei groß angelegte Vanderbiltprojekte, Vanderbilt I und II, gut dokumentiert (zusammenfassend: Strupp, 1993). Sie dienten als Grundlage für spätere Arbeiten von Henry, Schacht und Strupp (1986 und 1990), bei denen sowohl die SASB-Kodiermethode als auch ein Teil der SASB-Fragebögen zum Einsatz kamen.

Kapitel 2.2.1.2 enthält bereits Ausführungen über die Berner Psychotherapiestudie von Grawe und Mitarbeitern (1990) sowie die Untersuchungen von Fiedler et al. aus Heidelberg (z.B. 1994). Beide Arbeitsgruppen haben Ausschnitte aus einzelnen Therapiesitzungen bzw. eine Auswahl von Sitzungen Äußerung für Äußerung SASB-kodiert. Mit der Dissertation von Grawe-Gerber (1992) liegt die erste SASB-Analyse zweier vollständiger Therapien, einer psychoanalytischen und einer kognitiv-behavioralen, vor. Durch ihre Vollständigkeit haben diese Sequenzanalysen erstmals die Herausarbeitung sich wiederholender Interaktionsmuster in Therapieverläufen ermöglicht.

Trouw (1997) liefert mit seiner Dissertation die erste Arbeit, die die Therapeut-Klient-Beziehung ausschließlich mit Hilfe des SASB-Fragebogens untersucht. Form B des SASB-Fragebogens wurde im Rahmen stationärer Gruppentherapien alle 14 Tage von Therapeuten und Klienten über einen elfwöchigen Therapiezeitraum ausgefüllt: Während die Klienten mit jeweils 72 Items ihr eigenes sowie das interpersonale Verhalten ihres Therapeuten zu beurteilen hatten, beantworteten die Therapeuten lediglich die Fragen hinsichtlich ihres eigenen Sozialverhaltens dem Klienten gegenüber. Nach dem Vorbild der Arbeit von Henry, Schacht & Strupp (1990) wurde zu Beginn der Untersuchung auch das Introjekt des Therapeuten „im besten und im schlechtesten Fall“ erhoben. Ziel der Untersuchung war es, bei Klienten mit unipolarer Depression und Dependenter Persönlichkeitsstörung die Zusammenhänge zwischen kontrollierend-lenkendem Therapeutenverhalten und dependentem Klientenverhalten herauszuarbeiten. Es zeigten sich im Therapieverlauf keine Zusammenhänge zwischen kontrollierend-lenkendem Therapeutenverhalten und Veränderungen im dependenten Klientenverhalten. Allerdings beschrieben Klienten, die ihre Therapeuten als kontrollierender erlebten, ihr eigenes Verhalten auch als dependenter.

3 Methodik

Ziel der Arbeit ist eine detaillierte Deskription der verhaltenstherapeutischen Beziehung basierend auf Selbst- und Fremdeinschätzungen französischer und deutscher Verhaltenstherapeuten und ihrer Klienten. Therapeuten und Klienten haben hierfür Form A und B der Langform des SASB-Fragebogens einmalig zwischen der dritten und sechsten Sitzung ihres therapeutischen Kontaktes ausgefüllt.

Von jedem Therapeuten und jedem Klienten der deutschen und der französischen Stichprobe liegen jeweils 5 Fragebogenbezüge, also insgesamt 10 Bezüge pro Stichprobeneinheit (Therapeut-Klient-Dyade), vor: Introjekt; Partnerbeschreibung, Fokus andere; Partnerbeschreibung, Fokus selbst; Selbstbeschreibung, Fokus andere; Selbstbeschreibung, Fokus selbst. Tabelle 6 operationalisiert die einzelnen Bezüge im Überblick.

Tabelle 6

Definition der 10 SASB-Fragebogenbezüge pro Therapeut-Klient-Dyade

Bezug 1	Therapeut: Wie ich mich mir selbst gegenüber verhalte = Introjekt Therapeut
Bezug 2	Klient: Wie ich mich mir selbst gegenüber verhalte = Introjekt Klient
Bezug 3	Therapeut: Wie sich mein Klient zu mir verhält, transitiv = Beschreibung über Klienten, Fokus andere
Bezug 4	Therapeut: Wie sich mein Klient zu mir verhält, intransitiv = Beschreibung über Klienten, Fokus selbst
Bezug 5	Therapeut: Wie ich mich meinem Klienten gegenüber verhalte, transitiv = Selbstbeschreibung Therapeut, Fokus andere
Bezug 6	Therapeut: Wie ich mich meinem Klienten gegenüber verhalte, intransitiv= Selbstbeschreibung Therapeut, Fokus selbst

Fortsetzung nächste Seite

-
- Bezug 7 Klient: Wie sich mein Therapeut zu mir verhält, transitiv =
Beschreibung über Therapeuten, Fokus andere
- Bezug 8 Klient: Wie sich mein Therapeut zu mir verhält, intransitiv =
Beschreibung über Therapeuten, Fokus selbst
- Bezug 9 Klient: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, transitiv =
Selbstbeschreibung Klient, Fokus andere
- Bezug 10 Klient: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv=
Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst
-

Anmerkungen. Eine Erklärung der Unterschiede transitiv / intransitiv bzw. Fokus andere / Fokus selbst ist Kapitel 2.3.1.3 zu entnehmen

In diesem Kapitel werden die Fragestellungen der Untersuchung und die Durchführung der Erhebung erläutert.

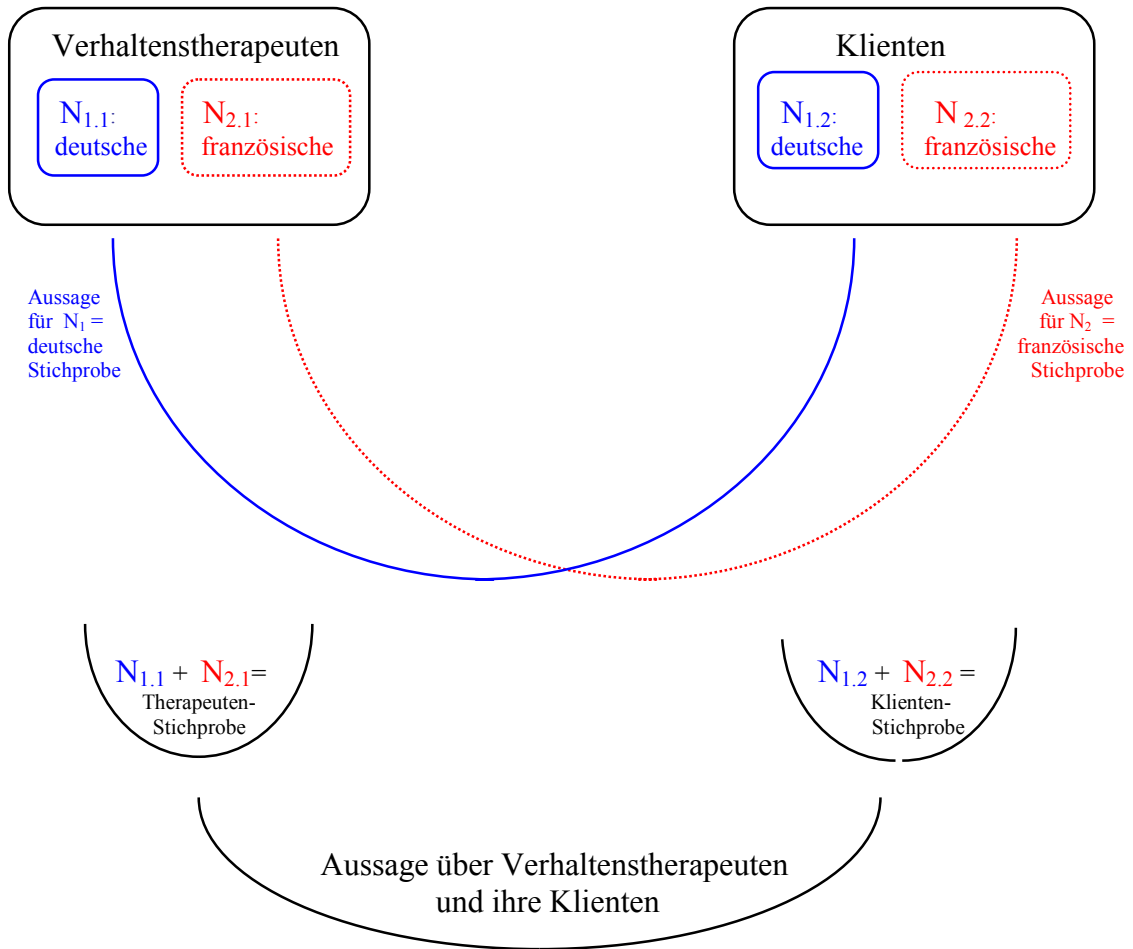
3.1 Hypothesen

Die Bearbeitung der Forschungsfragen erfolgt über Analyse und Vergleich der Selbst- und Fremdwahrnehmungen von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten.

Da zum Untersuchungszeitpunkt nur für die deutsche Stichprobe ein validierter Item-Satz vorlag (Tscheulin & Glossner, 1992) (s. Kap. 2.3.3.2.1), ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse der französischen Stichprobe durch die Übersetzung entstandene sprachliche Ungenauigkeiten widerspiegeln. Die Daten der französischen und der deutschen Stichprobe müssen daher - auch ohne die Annahme nationaler Unterschiede - immer getrennt ausgewertet werden, um eventuelle Konfundierungseffekte zu kontrollieren. Die getrennte Auswertung erfolgt mit dem Ziel, sie anschließend in einer integrierenden Aussage interpretieren zu können. Abbildung 18 verdeutlicht diesen Prozess in einem Schaubild. Fragestellungen, die auf nationale Unterschiede zwischen den Stichproben abzielen, werden aufgrund der Validitätsproblematik ausschließlich explorativ ausgewertet (s. Abb. 19).

Der Schwerpunkt des Forschungsinteresses liegt auf Hypothesen, die keine nationalen Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe beinhalten (3.1.1). Erfasst werden soll, wie Verhaltenstherapeuten und/oder ihre Klienten sich und den anderen wahrnehmen und diese Beziehung mittels des SASB-Fragebogens darstellen. Über die reine Beziehungsdeskription hinaus werden die Daten auch vor dem Hintergrund in Kapitel 2.2 dargestellter empirischer Ergebnisse und Theorien zur verhaltenstherapeutischen Beziehung ausgewertet. Hierbei wird von Interesse sein, inwieweit mit dem SASB-Fragebogen Ergebnisse anderer Autoren repliziert bzw. ergänzt werden können.

Wie bereits erläutert, wird die Auseinandersetzung mit den Unterschieden zwischen französischer und deutscher Stichprobe unter 3.1.2 explorativ erfolgen. Von Interesse ist, wie französische Verhaltenstherapeuten bzw. ihre Klienten im Vergleich zu den Teilnehmern der deutschen Stichproben sich selbst und den anderen im SASB-Fragebogen beschreiben. Die Hypothesen zum nationalen Vergleich stützen sich auf die in Kapitel 2.1.2.5 definierten Kulturdimensionen. Abbildung 18 und 19 vermitteln einen Überblick über Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen. Die gestrichelten vs. der durchgezogenen Linien weisen darauf hin, dass zum Erhebungszeitpunkt nur der deutschen Stichprobe ein auf seine Validität überprüftes Messinstrument vorlag, was das methodische Vorgehen, wie bereits beschrieben, beeinflusst.



D
E
Z
I
D
I
E
R
T
E

 H
Y
P
O
T
H
E
S
E
N

 3.1.1

Abb. 18: *Testung der Hypothesen, die keine Unterschiede zwischen den Nationalstichproben annehmen*

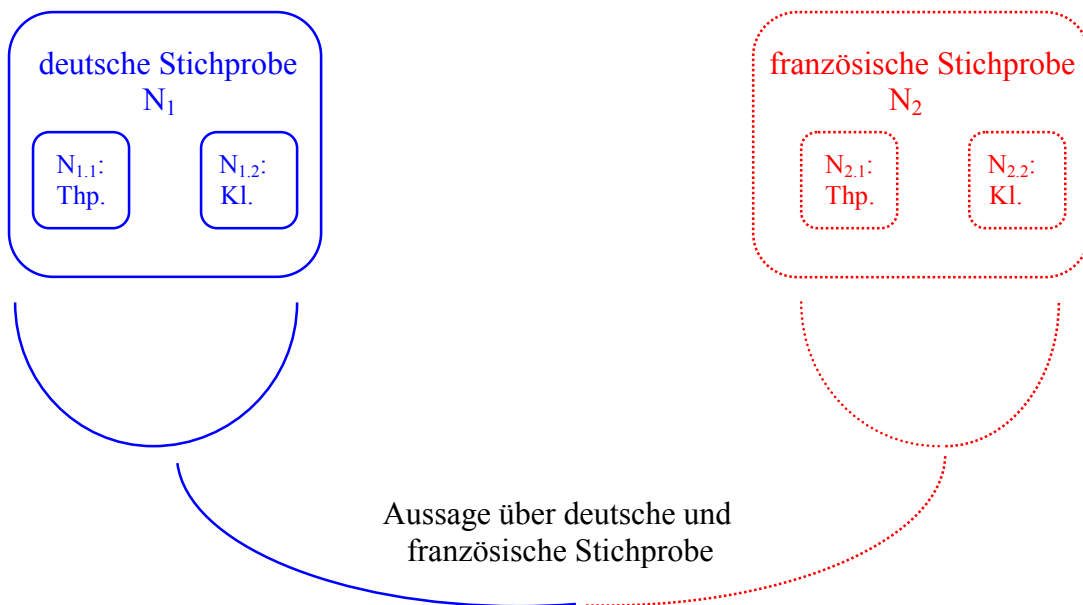


Abb. 19: *Testung der explorativen Hypothesen, die sich auf Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe beziehen*

E
X
P
L
O
R
A
T
I
V
E

 H
Y
P
O
T
H
E
S
E
N

 3.1.2

3.1.1 Analyse und Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten

Es geht hier um die Frage, wie Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten sich selbst und den anderen im SASB-Fragebogen darstellen.

Die spezifischen Charakteristika der therapeutischen Arbeitssituation und des SASB-Fragebogens lassen bei Therapeuten und Klienten ein bestimmtes Antwortverhalten erwarten, was mit den Hypothesen 1-3 untersucht wird. Die Hypothesen 4-6 setzen sich mit empirischen Ergebnissen zur verhaltenstherapeutischen Beziehung anderer Autoren auseinander.

3.1.1.1 Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten im Umgang mit sich selbst : H₁

Die 36 „Introjekt“-Statements in Ich-Form von Teil A des SASB-Fragebogens ergründen, wie der Proband mit sich selbst umgeht (z.B. 15. Ich habe die Angewohnheit, sehr stark Kontrolle über mich auszuüben oder 3. Ich versuche herauszufinden, was wirklich in mir vorgeht, weil ich mir selbst helfen will). Erläuterungen zum Introjekt in Benjamins interpersonaler Theorie, die über die Ausführungen in Kapitel 2.3.1.3 hinausgehen, sind bei Benjamin (1984) nachzulesen.

Grundsätzlich ist zu erwarten, dass Therapeuten ihren Umgang mit sich selbst positiver wahrnehmen als ihre Klienten, die mit einem beliebigen Störungsbild und aus einem subjektiven Leidensdruck heraus therapeutische Hilfe aufsuchen.

Bereits Henry, Schacht & Strupp (1990) setzen sich mit der besonderen Bedeutung des Introjekts für die Therapeut-Klient-Beziehung auseinander. Für ihre Arbeit unterscheiden sie die Introjekte „psychisch gesunder“ und „emotional gestörter“ Individuen (ebd., S.789): Bei psychisch gesunden Menschen manifestiert sich die Tendenz sich selbst zu helfen und beschützen, sich selbst zu pflegen und umsorgen, sowie sich selbst zu akzeptieren. Emotional gestörte Men-

schen hingegen zeigen im Introjekt eine eher selbstkritische, selbstzerstörerische bis selbstvernachlässigende Haltung.

Auch im deutschen Sprachraum gibt es Untersuchungsergebnisse zur Beschreibung von Störungsbildern mit der SASB-Fragebogenmethode (z.B. Tscheulin & Dinsing, 1991; Hildenbrand et al., 1994). Für Frauen mit Essstörungen haben Tscheulin und Dinsing (1991) herausgefunden, dass diese im Vergleich zu Frauen ohne Essstörung sich weniger selbst akzeptieren (Cluster 3-2), weniger für sich zu sorgen wissen (Cluster 3-3) und selbstdestruktive Tendenzen besitzen (Cluster 3-6, 3-7, 3-8 und Attack-Pattern).

Basierend auf solchen Untersuchungsergebnissen und der Prämisse, dass man auf Klientenseite von einer Gruppe von Stichprobenteilnehmern mit verhaltenstherapeutischer Indikation, d.h. entsprechender Diagnose bzw. Störungsbild, ausgehen kann, ist zu erwarten, die Gruppe der Verhaltenstherapeuten, im Vergleich zur Gruppe der Klienten, im Introjekt signifikant höhere Werte auf den Clustern 3-1 (spontan, unbekümmert sein), 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschen), 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen), 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern), sowie einen signifikant höheren Affiliationswert, jedoch signifikant niedrigere Werte auf den Clustern 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), 3-6 (sich selbst anklagen und unterdrücken), 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung), 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen) sowie einen signifikant niedrigeren Attack-, Control- und Conflict-Koeffizienten haben.

H₁: Die Therapeuten haben im Vergleich zu ihren Klienten im Introjekt signifikant höhere Werte auf Cluster 3-1, 3-2, 3-3, 3-4 sowie einen signifikant höheren Affiliationswert, jedoch signifikant niedrigere Werte auf Cluster 3-5, 3-6, 3-7, 3-8 sowie einen signifikant niedrigeren ATK-, CON- und CFL-Koeffizienten.

3.1.1.2 Gegenseitige Wertschätzung in der verhaltenstherapeutischen Beziehung: H₂

Nach Schulte (1996) gehören Empathie, Wertschätzung und Vertrauenswürdigkeit zu den Merkmalen, die ein Klient bei seinem Therapeuten erwartungsgemäß wahrnehmen muss, um sich in der Therapie richtig aufgehoben zu fühlen. Die Erfahrung dieser Wertschätzung ist, angesichts der sozialen Ablehnung, die der Klient durch seine Symptomatik mehr oder weniger erfährt, eine wesentliche Motivation für diesen, die therapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten. Therapeutische Beziehungsgestaltung vollzieht sich im Wissen um diese Beziehungsaspekte und damit verbundene Beziehungsregeln, die dem Therapeuten als Orientierung dienen.

Übertragen auf die vorliegende Stichprobe ist daher zu erwarten, dass sich die Verhaltenstherapeuten im Bemühen um eine positive Beziehung im Umgang mit ihren Klienten positiv beschreiben und auch von ihren Klienten entsprechend wahrgenommen werden. Ebenso müssten die Klienten ihrem Therapeuten Wertschätzung entgegenbringen, was nicht zuletzt im Zusammenhang mit der durch den Therapeuten erfahrenen Empathie und Wertschätzung zu sehen ist. Somit kann also auch für die Klienten angenommen werden, dass sie ihre Beziehung positiv darstellen und auch von ihren Therapeuten so erlebt werden. Untersucht wird also die gegenseitige Wertschätzung, deren besondere Bedeutung für Process-Outcome-Zusammenhänge in der Psychotherapie bereits von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) dokumentiert werden konnte.

Ausgehend von einer gegenseitigen positiven Wertschätzung der Verhaltenstherapeuten und ihrer Klienten werden daher für die linke Seite des interpersonalen Raums, der mit Quadrant II und III feindselige Aktionen und Reaktionen der Interaktanten abdeckt, fokusunabhängig für Therapeuten und Klienten eher geringe Werte angenommen. Auf der rechten Seite des interpersonalen Raums werden dementsprechend hohe Werte zu verzeichnen sein.

H_2 : Die Clustermittelwerte von Quadrant II und III des interpersonalen Raums sind im transitiven wie intransitiven Fokus für alle Probanden signifikant niedriger als die Clustermittelwerte von Quadrant I und IV.

3.1.1.3 Affiliation in der Therapeut-Klient-Beziehung: H_3

Während ein „gewisses Maß an emotionaler Nähe“ (Schulze, 1996, S.11) für eine gute Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie unverzichtbar ist, gilt es gleichzeitig für Therapeut und Klient, diese immer und ausschließlich im professionellen und nie im persönlichen Sinne zu verstehen. Eine optimale Nähe-Distanz-Regulierung erfolgt über eine genaue Bestimmung und Abgrenzung der Aufgaben von Therapeut und Klient. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Tscheulin (1995) werden daher für Cluster 3 (A 3: umsorgen, pflegen/ S 3: genießen, sich annähern), das den positiven Pol der Affiliationsdimension enthält, im transitiven wie intransitiven Fokus über alle interpersonalen Bezüge vorwiegend 0-Mittelwerte erwartet, da davon auszugehen ist, dass einige Affiliation-Items des SASB-Fragebogens von den Probanden als der therapeutischen Arbeitsbeziehung nicht adäquat empfunden werden.

In drei der zehn Items, die zu Verhaltenskategorie 3 gehören, wird konkret der körperliche Kontakt mit dem Interaktionspartner angesprochen, weshalb für diese Items von der Mehrzahl der Probanden der vorliegenden Therapeut-Klient-Stichprobe eine 0-Ankreuzung erwartet wird. Es handelt sich um die Items 14, 18, und 28:

- 14. Im körperlichen Kontakt mit mir reagiert er sehr lustvoll, glücklich und mit Freude und Liebe.
- 18. Mit sanfter und liebevoller Zärtlichkeit sucht er körperlichen Kontakt mit mir, wenn ich es mag.
- 28. Er streichelt mich, wendet sich mir sanft und liebevoll zu, ohne eine Gegenleistung zu verlangen.

Ebenso ist anzunehmen, dass Item 15

- 15. Herzlich und freundlich fordert er mich auf, mit ihm zusammen zu sein, so oft ich mag.

von den Probanden als nicht zutreffend beurteilt wird, da die Frequenz therapeutischer Kontakte reglementiert ist. Von explorativem Interesse wird auch sein, ob für die Items von Cluster 3 häufig fehlende Ankreuzungen, interpretierbar im Sinne einer Antwortvermeidung, zu verbuchen sind.

Für die übrigen Items von Cluster 3 (Item 38, 16, 21, 37, 62 und 69) wird nicht mit einer 0-Ankreuzung gerechnet, da diese Items als der zu beurteilenden therapeutischen Beziehung angemessen empfunden werden müssten.

Für die statistische Überprüfung wird folgende Hypothese formuliert:

H_{3,1}: In der Therapeut-Klient-Stichprobe ist der Modalwert der Clusterwerte von Verhaltenskategorie 3 für die interpersonalen Bezüge gleich 0.

H_{3,2}: Für die Items 14, 15, 18, 28 von Cluster 3 nimmt die Mehrzahl der Probanden eine 0-Ankreuzung vor, d.h. der Modalwert der Ankreuzungen beträgt 0. Die Items 8, 16, 21, 37, 62, 69 von Cluster 3 hingegen werden keine 0-Ankreuzung erhalten, so dass der Modalwert ihrer Ankreuzungen ungleich 0 ist.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse wird es darum gehen, die mit den Items von Cluster 3 im Zusammenhang stehende, in der Erhebungssituation geäußerte Kritik am SASB-Fragebogen von Probandenseite aufzugreifen und den Einsatz des Fragebogens für die therapeutische Beziehungsforschung zu diskutieren.

3.1.1.4 Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: H₄

Mit Bezug auf SASB-Untersuchungen an der Vanderbilt University und der Universität Bern beschreibt Grawe-Gerber (1992), dass die relativen Häufigkeiten, mit denen die einzelnen SASB-Interaktionscluster kodiert werden, zu einem sehr wesentlichen Teil durch die Rollen von Therapeut und Klient bestimmt sind. Am häufigsten zeigen die Therapeuten „verstehen und bestätigen“ (1-2), gefolgt von „helfen und unterstützen“ (1-4) und „führen und kontrollieren“ (1-5). Grawe-Gerber bezieht sich hier auf Untersuchungen, die mit der SASB-Kodiermethode und nicht ausschließlich an verhaltenstherapeutisch arbeitenden Therapeut-Klient-Dyaden durchgeführt wurden. Daher ist es von besonderem Interesse, diese rollenspezifischen Interaktionscluster für die verhaltenstherapeutische Beziehung durch den Einsatz des SASB-Fragebogens zu bestätigen oder wenn möglich zu komplettieren.

Grawe, Caspar & Ambühl (1990) hatten in ihrer frühen Therapievergleichsstudie das Beziehungsverhalten von Therapeuten der Breitspektrum-Verhaltenstherapie als vorwiegend lenkend, kontrollierend und weniger verstehend, bestätigend bezeichnet. Die Studie provozierte heftige Reaktionen, die sich mit Methode und Intention kritisch auseinandersetzten (siehe Kap. 2.2.1.2). Dennoch legt ihr Ergebnis, das sich tendenziell gut in die Geschichte der Diskussion um Kontrolle und Macht in der Verhaltenstherapie (siehe Kap. 2.2.2) einfügt, nahe, in Bezug auf das Therapeutenverhalten der transitiven Verhaltenskategorie „Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben“ (A 5) besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Fiedler und Rogge (1991) differenzieren für das therapeutische Lenkungsverhalten einen „stärker kontrollierenden Lenkungsaspekt“ (Cluster 1-5) von einem „strukturierenden Lenkungsaspekt“ (Cluster 1-4), die die Autoren in ihrer Studie als zu jeweils unterschiedlichen Zeitpunkten im kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieprozess relevant nachweisen konnten. Da auch aktuelle verhaltenstherapeutische Konzepte, wie das 7-Phasen-Modell von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (1996) (siehe Kap. 2.2.3.1), die aktiv strukturierende Rolle des Verhaltenstherapeuten für Therapiebeginn festlegen, wird für die vorliegende Stich-

probe angenommen, dass sich dieses Rollenverständnis zwischen der dritten und sechsten Sitzung einmal in der Sicht des Therapeuten und zum anderen in der Wahrnehmung des Klienten niederschlägt.

Untersucht wird die Selbstbeschreibung des Therapeuten, in der dieser seinen transitivity Umgang mit seinem Klienten darstellt (Bezug 5) und die Partnerbeschreibung des Klienten, mittels derer der Klient seinen Therapeuten in dessen transitivity Beziehungsverhalten schildert (Bezug 7). Es wird erwartet, dass Therapeuten und Klienten das transitive Therapeutenverhalten übereinstimmend wahrnehmen und besonders hohe Werte für die Verhaltenskategorien „Helfen, beschützen“ (Cluster 1-4) und „Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben“ (Cluster 1-5), gefolgt von der Verhaltenskategorie „Bestätigen, verstehen“ (Cluster 1-2) aufweisen.

H₄: Therapeuten (Bezug 5: Wie ich mich meinem Klienten gegenüber verhalte, Fokus andere) und Klienten (Bezug 7: Wie sich mein Therapeut zu mir verhält, Fokus andere) nehmen das transitive Therapeutenverhalten übereinstimmend mit besonders hohen Werten auf Cluster 1-4 und 1-5, gefolgt von Cluster 1-2 wahr.

3.1.1.5 Zusammenhang zwischen Kontrollwahrnehmung und Wertschätzung für den Therapeuten aus der Sicht des Klienten: H₅

Während sich H₄ mit kontrollierendem Therapeutenverhalten aus den Perspektiven von Therapeut und Klient beschäftigt, soll mit H₅ in Anlehnung an die Ergebnisse der Bochumer Angsttherapiestudie (Schulte, 1992, 1995) untersucht werden, ob die subjektive Kontrollwahrnehmung des Klienten korreliert ist mit seiner positiven Wertschätzung des Therapeuten. Dies kann im SASB-Fragebogen über den Zusammenhang zwischen transitivity und intransitivity Selbstbeschreibung des Klienten, d.h. den intrapersonalen Vergleich von Bezug 9 und 10 (siehe Tab. 6), geprüft werden.

Schulte hatte in seiner Studie gezeigt, dass Klienten, die ihrem Therapeuten positive Wertschätzung entgegenbrachten und den bisherigen Therapieverlauf

günstig bewerteten, auch den Eindruck hatten, auf das Therapiegesehen Einfluss nehmen zu können.

Im SASB-Fragebogen wird die *Kontrollwahrnehmung des Klienten* über die transitiven Verhaltenskategorien „Helfen, beschützen“ (CI 1-4) im Sinne eines „strukturierenden Lenkungsaspektes“ und „Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben“ (CI 1-5) im Sinne eines „stärker kontrollierenden Lenkungsaspektes“ erfasst. Die *positive Wertschätzung des Klienten für seinen Therapeuten* über die intransitiven Verhaltenskategorien „Genießen, sich annähern“ (2-3) und „Vertrauen, sich verlassen auf“ (2-4) ermittelt.

Es wird erwartet, dass die Werte auf Cluster 4 und 5 der transitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 9: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, transitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus andere) mit den Werten auf Cluster 3 und 4 der intransitiven Selbstbeschreibung des Klienten (Bezug 10: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst) positiv korreliert sind.

Die subjektive Kontrollwahrnehmung des Klienten steht in positivem Zusammenhang mit seiner Wertschätzung des Therapeuten:

H₅: Die Werte von Cluster 4 (helfen, beschützen) und 5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) der transitiven Selbstbeschreibung des Klienten (Bezug 9) sind positiv korreliert mit den Werten auf Cluster 3 (genießen, sich annähern) und 4 (vertrauen, sich verlassen auf) seiner intransitiven Selbstbeschreibung (Bezug 10).

3.1.1.6 Zusammenhang zwischen therapeutischem Introjekt und Beziehungsverhalten: H₆

Über einen weiteren Vergleich von Bezügen (s. Tab. 6) wird der von Henry, Schacht und Strupp (1990) nachgewiesene Zusammenhang zwischen dem Introjekt des Therapeuten und seinem Beziehungsverhalten untersucht. Die Autoren hatten gezeigt, dass Therapeuten, die zu Therapiebeginn im SASB-Fragebogen angaben, in schlechten Zeiten Tendenz zu haben, sich selbst anzuklagen

und zu kritisieren (2. u. 3. Quadrant), auch dazu neigten, ihre Klienten häufiger anzuklagen und herabzusetzen.

Auch wenn die Therapeuten der vorliegenden Stichprobe im Introjekt lediglich ihren Umgang mit sich selbst im Allgemeinen und nicht mit der Einschränkung „in schlechten Zeiten“ beschreiben, soll untersucht werden, ob Therapeuten mit negativem Introjekt von ihren Klienten in ihrem Beziehungsverhalten negativ beschrieben werden. Überprüft wird, ob sich generell ein interpersonaler Zusammenhang zwischen therapeutischem Introjekt und der transitiven bzw. intransitiven Partnerbeschreibung des Klienten statistisch nachweisen lässt. Dies ist einmal mehr vor dem Hintergrund der interpersonalen Theorie bzw. der Bedeutung des Introjekts für das interpersonale Geschehen von besonderem Interesse. Es wird erwartet, dass sich ein korrelativer Zusammenhang zwischen therapeutischem Introjekt (Bezug 1) und Beziehungsverhalten (erfasst aus der Sicht des Klienten: Bezug 7 und 8) nachweisen lässt.

<p>H₆: Therapeutisches Introjekt (Bezug 1) und Beziehungsverhalten (erfasst aus der Sicht des Klienten: Bezug 7 und 8) korrelieren miteinander.</p>

3.1.2 Der nationale Vergleich: Unterschiede zwischen französischer und deutscher Stichprobe

Mit den nachfolgenden Hypothesen wird im Rahmen einer Pilotstudie untersucht, wie französische Verhaltenstherapeuten bzw. ihre Klienten im Vergleich zu den deutschen Stichprobenteilnehmern sich selbst und den anderen im SASB-Fragebogen darstellen. H_7 fokussiert Unterschiede im Umgang mit sich selbst zwischen deutscher und französischer Stichprobe, in H_8 , H_9 und H_{10} hingegen geht es um nationale Unterschiede in der Wahrnehmung des Beziehungsverhaltens von Therapeuten und Klienten. H_{11} beschäftigt sich mit Beziehungsmustern in den deutschen und französischen Therapeut-Klient-Dyaden. Alle Unterschiedshypothesen stützen sich auf Hofstedes Untersuchungen zur „societal culture“ (1980), die in Kapitel 2.1.2.4 ausführlich beschrieben worden sind. Zur Begründung der Hypothesen werden der Machtdistanzindex **MDI** (Akzeptanz gesellschaftlicher und individueller Machtunterschiede) und der Unsicherheitsvermeidungsindex **UVI** (Toleranz gegenüber Ungewissheit) herangezogen.

Bei der abschließenden Auswertung muss berücksichtigt werden, dass nach den Ergebnissen Hofstedes auch der Maskulinitätsindex **MAS** Deutschland und Frankreich differenziert. Da für eine Hypothesenbildung vorab die statistische Beziehung von Maskulinitätsindex und Machtdistanzindex bezogen auf die vorliegende Stichprobe geklärt werden müsste, wofür die methodischen Voraussetzungen fehlen, wird sich der nationale Vergleich ausschließlich auf die beiden Indizes der Machtdistanz und Unsicherheitsvermeidung stützen. Dennoch kann ein moderierender Effekt des MAS auf die untersuchten Faktoren nicht ausgeschlossen werden und muss auch im Zusammenhang mit der Bedeutung geschlechtsspezifischer Normen und Werte (Bastine, 1992) für die Psychotherapie diskutiert werden.

3.1.2.1 Umgang mit sich selbst: Selbstkontrolltendenzen in der deutschen und der französischen Stichprobe: H_7

Da sich im Umgang mit sich selbst generalisierte interpersonale und damit zusammenhängende innerseelische Erfahrungen widerspiegeln, ist anzunehmen, dass die durch die o.g. Indizes erfassten Unterschiede gesamtgesellschaftlicher Einstellungen und Werte sich auch in den Introjektwerten der einzelnen Teilnehmer niederschlagen.

Nach Hofstede (1982, 1994) findet man in Frankreich im Vergleich zu Deutschland eine größere Akzeptanz autoritärer Richtlinien und hierarchischer Strukturen (MDI) sowie ein weitaus höheres Bedürfnis nach Formalisierungen und Reglementierungen (UVI). Es liegt nahe, dass damit verbundene Einstellungen (Hofstede, 1980, S.173) wie Zukunftsangst, Widerstand gegen Veränderungen oder Ehrgeiz im Hinblick auf persönlichen Erfolg mit einer starken Selbstkontrolltendenz einhergehen. Daher ist zu erwarten, dass die französischen Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten im Vergleich zur deutschen Stichprobe höhere Werte auf Cluster 5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken) des Introjekts sowie höhere CON („control“) -Koeffizienten aufweisen.

H_7 : Französische Probanden haben im Vergleich zu den deutschen Probanden im Introjekt signifikant höhere Werte auf Cluster 3-5 und dem Control-Koeffizienten

3.1.2.2 Therapeutenverhalten: Therapeutische Kontrolle aus der Sicht deutscher und französischer Therapeuten und Klienten: H_8 und H_9

Jede Therapiesituation zeichnet sich durch die Rollenverteilung zwischen Therapeut und Klient aus, durch die Macht auf der einen und Abhängigkeit auf der anderen Seite verankert werden. Da nach den Ergebnissen Hofstedes in Frankreich und Deutschland der Umgang mit Abhängigkeiten in gesellschaftlichen Beziehungen jeweils sehr unterschiedlich ist, ist anzunehmen, dass das bereits mit H_4 untersuchte Therapeutenverhalten aus der Sicht der Therapeuten und Klienten in den beiden Nationalstichproben verschieden beschrieben wird.

Während Deutschland den Ländern mit geringer Machtdistanz zuzurechnen ist, hat Frankreich im Gesamtländerspektrum einen eindeutig hohen MDI-Wert. In Ländern mit geringer Machtdistanz besteht nach Hofstede ein allgemeines Bestreben, einem Gleichheitsprinzip für alle Mitglieder der Gemeinschaft gerecht zu werden. Gesellschaften mit hoher Machtdistanz zeichnen sich dadurch aus, dass Ungleichheit und hierarchiegebundene Abhängigkeiten zwischen ihren Mitgliedern erwartet und gefördert werden. Die in Frankreich zudem stark ausgeprägte Unsicherheitsvermeidung bestätigt das emotionale Bedürfnis nach der Einhaltung einer autoritären Ordnung und klarer Regeln, was durch den konservativen Glauben an Experten für alle Lebensbereiche untermauert wird. Frankreichs hoher Machtdistanzindex lässt daher erwarten, dass französische Therapeuten im Sinne der ihnen übertragenen Aufgabe ihre Klienten sehr viel stärker kontrollieren als ihre deutschen Kollegen, die für ihre therapeutische Arbeitsbeziehung wohl eher egalitäre Grundsätze verfolgen. In diesem Sinne wird für die französischen Therapeuten in Bezug 5 (Therapeut: Wie ich mich zu meinem Klienten verhalte, Fokus andere) mit höheren Werten auf Cluster 1-5 (lenken, kontrollieren) und für die deutschen Therapeuten mit höheren Werten auf Cluster 1-4 (helfen, beschützen) gerechnet, was der Unterscheidung eines „stärker kontrollierenden von einem strukturierenden Lenkungsaspekt“ therapeutischen Verhaltens (Fiedler & Rogge, 1991) entspricht. Es wird angenommen, dass sich deutsche und französische Therapeuten in ihrem Kontrollverhalten unterscheiden: Französische Therapeuten beschreiben sich „stärker kontrollierend lenkend“, deutsche Therapeuten erleben sich „strukturierend lenkend“:

H_{8.1}: Die französischen Therapeuten beschreiben sich in ihrem transitiven Beziehungsverhalten (Bezug 5) mit signifikant höheren Werten auf Cluster 1-5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) und dem Control-Koeffizienten als die deutschen Therapeuten.

H_{8.2}: Die deutschen Therapeuten beschreiben sich in ihrem transitiven Beziehungsverhalten mit signifikant höheren Werten auf Cluster 1-4 (helfen, beschützen) als die französischen Therapeuten.

Entsprechend ist für die französischen Klienten zu erwarten, dass sie im Vergleich zu den deutschen Klienten ihre Therapeuten in Bezug 7 (Wie sich mein Therapeut zu mir verhält, Fokus andere) stärker kontrollierend lenkend (mit höheren Werten auf Cluster 1-5 und dem CON-Koeffizienten) beschreiben. Die deutschen Klienten hingegen müssten ihre Therapeuten eher als helfend, beschützend erleben und diese mit entsprechend höheren Werten auf Cluster 1-4 darstellen.

H_{9,1}: Die französischen Klienten schildern (in Bezug 7) ihre Therapeuten in deren transitiven Beziehungsverhalten im Vergleich zu den deutschen Klienten durch signifikant höhere Werten auf Cluster 1-5 (lenken, kontrollieren) und dem Control-Koeffizienten.

H_{9,2}: Die deutschen Klienten schildern (in Bezug 7) ihre Therapeuten in deren transitiven Beziehungsverhalten im Vergleich zu den französischen Klienten durch signifikant höhere Werten auf Cluster 1-4 (helfen, beschützen).

3.1.2.3 Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten: Akzeptanz therapeutischer Kontrolle in den beiden Nationalstichproben: H_{10}

Entsprechend des von Hofstede nachgewiesenen höheren Machtdistanzindizes in der französischen Gesellschaft und der daraus abgeleiteten Erwartungen für H_8 und H_9 , müsste in der Selbstbeschreibung französischer Klienten (Fokus selbst) eine entsprechende Akzeptanz der therapeutischen Kontrolle und - anders als bei deutschen Klienten - ein geringes Bedürfnis nach Gegenkontrolle zum Ausdruck kommen. Für die intransitive Selbstbeschreibung (Bezug 10: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, Fokus selbst) der französischen Klienten sind demnach im Vergleich zu der intransitiven Selbstbeschreibung der deutschen Klienten höhere Werte auf Cluster 2-5 (sich unterwerfen, nachgeben) und niedrigere Autonomiewerte zu erwarten.

H_{10} : Die französischen Klienten charakterisieren sich in ihrem intransitiven Beziehungsverhalten (Bezug 10) durch signifikant höhere Werte auf Cluster 2-5 (sich unterwerfen, nachgeben) und signifikant niedrigere Autonomiewerte als die deutschen Klienten.

3.1.2.4 Beziehungsmuster im nationalen Vergleich: H_{11}

Der Vergleich der vorliegenden Intrex-Bezüge erlaubt die Identifikation von Beziehungsmustern, wie sie von Benjamin definiert und in Tabelle 6 von Kapitel 2.3.3.2.2 dargestellt sind. Im Hinblick auf eine umfassende, die Nationalstichproben vergleichende Beziehungsdeskription ist es wünschenswert, möglichst viele Vergleiche durchzuführen, wenn bezüglich der Beziehungsmuster auch nur geringfügige Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe erwartet werden. Die im Anschluss an die nachfolgenden Überlegungen formulierten Hypothesen sind daher rein explorativ zu verstehen.

Die spezifischen Gegebenheiten der therapeutischen Situation weisen Therapeut und Klient a priori komplementäre Rollen zu, die gesellschaftlich festgelegt und von den Interaktanten internalisiert sind. Daher sind nationalitätenunab-

hängig für alle Therapeut-Klient-Paare ein hohes Maß an Urteilerübereinstimmung und Komplementarität und damit verbunden geringe Werte für interpersonale Ähnlichkeit anzunehmen.

Die nach Hofstedes Ergebnissen bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland und Frankreich lassen Unterschiede für intrapersonale Ähnlichkeit erwarten: Da das Beziehungsverständnis der Deutschen eher am Gleichheitsprinzip orientiert ist, wie ihr geringer MDI-Wert nach Hofstede ausweist, ist anzunehmen, dass deutsche im Vergleich zu französischen Therapeuten und Klienten sich gegenseitig als sehr viel ähnlicher wahrnehmen. Dies kann im SASB-Fragebogen über den Vergleich der Selbst- und Partnerbeschreibung (identischer Fokus) eines jeden Stichprobenteilnehmers, also die intrapersonale Ähnlichkeit, geprüft werden: In deutschen Therapeut-Klient-Dyaden werden höhere Werte für intrapersonale Ähnlichkeit erwartet.

Wie bereits erläutert, ist für beide Stichproben von hohen Werten für intra- wie interpersonale Komplementarität auszugehen. Anders als in Deutschland lassen jedoch der hohe MDI- und UVI-Wert in Frankreich eine weniger kritische Identifikation mit gesellschaftlich zugewiesenen Rollen erwarten. Das Bedürfnis nach Formalisierungen und Reglementierungen sichert für die therapeutische Beziehung Komplementarität als Kriterium für eine Qualitätsoptimierung von Therapie in der französischen Gesellschaft. Auch in Deutschland ist von Komplementarität als übergeordnetem Gestaltungsprinzip für alle gesunden Beziehungskontexte auszugehen, dennoch lässt der tendenziell eher kritische Umgang mit Autoritäten in der deutschen Gesellschaft erwarten, dass Therapeut und Klient sich anders mit ihrer Beziehung auseinandersetzen. Es ist daher anzunehmen, dass die deutschen Werte für intra- wie interpersonale Komplementarität im Vergleich zu den der französischen Stichprobe etwas geringer sind.

H₁₁: In den deutschen im Vergleich zu den französischen Therapeut-Klient-Dyaden sind die Werte für intrapersonale Ähnlichkeit höher, die Werte für intra- wie interpersonale Komplementarität hingegen geringer.

3.1.3 Hypothesen im Überblick

Die Hypothesen werden nachfolgend im Überblick zusammengestellt. Die SASB-Maße werden - soweit dies zum Verständnis der Hypothesen beiträgt – in Klammern erläutert.

Selbst- und Fremdeinschätzung von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten: *H₁-H₆ (Hypothesen ohne die Annahme nationaler Unterschiede)*

Hypothese 1: ***Umgang mit sich selbst von Therapeuten und Klienten***

Die Therapeuten haben im Vergleich zu ihren Klienten im Introjekt signifikant höhere Werte auf Cluster 3-1 (spontan, unbekümmert sein), 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschend), 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen), 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern) sowie einen signifikant höheren Affiliationswert, jedoch signifikant niedrigere Werte auf Cluster 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), 3-6 (sich selbst anklagen, unterdrücken), 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung), 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen) sowie einen signifikant niedrigeren Attack-, Control- und Conflict-Koeffizienten.

Hypothese 2: ***gegenseitige Wertschätzung von Therapeuten und Klienten***

Die Clustermittelwerte von Quadrant II (feindselig Autonomie hervorrufen / feindselig Autonomie beanspruchen) und III (feindselig Macht ausüben / feindselig sich fügen) des interpersonalen Raums sind im transitiven wie intransitiven Fokus für alle Probanden signifikant niedriger als die Clustermittelwerte von Quadrant I (freundlich Autonomie ermutigen / freundlich Autonomie genießen) und IV (freundlich beeinflussen / freundlich Einfluss akzeptieren).

***Hypothese 3:
Affiliation in der verhaltenstherapeutischen Beziehung***

In der Therapeut-Klient-Stichprobe ist der Modalwert der Clusterwerte von Verhaltenskategorie 3 (Fokus andere: umsorgen, pflegen bzw. Fokus selbst: genießen, sich annähern) für die interpersonalen Bezüge gleich 0.

Für die Items 14, 15, 18, 28 von Cluster 3, die den körperlichen Kontakt betreffen, nimmt die Mehrzahl der Probanden eine 0-Ankreuzung vor, d.h. der Modalwert der Ankreuzungen beträgt 0. Die verbleibenden Items 8, 16, 21, 37, 62, 69 von Cluster 3 hingegen erhalten keine 0-Ankreuzung, so dass der Modalwert ihrer Ankreuzungen ungleich 0 ist.

***Hypothese 4:
Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten***

Therapeuten und Klienten nehmen das transitive Therapeutenverhalten übereinstimmend mit besonders hohen Werten auf Cluster 1-4 (helfen, beschützen) und 1-5 (beaufsichtigen, kontrollieren), gefolgt von Cluster 1-2 (bestätigen, verstehen) wahr.

***Hypothese 5:
Zusammenhang zwischen Kontrollwahrnehmung des Klienten und seiner Wertschätzung für den Therapeuten***

Die Werte von Cluster 1-4 (helfen, beschützen) und 1-5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) der transitiven Selbstbeschreibung des Klienten sind positiv korreliert mit den Werten auf Cluster 2-3 (genießen, sich annähern) und 2-4 (vertrauen, sich verlassen auf) seiner intransitiven Selbstbeschreibung.

***Hypothese 6:
Zusammenhang zwischen Introjekt und Beziehungsverhalten des Therapeuten***

Therapeutisches Introjekt (Bezug 1) und Beziehungsverhalten (erfasst aus der Sicht des Klienten: Bezug 7 und 8) korrelieren miteinander.

Vergleich der Nationalstichproben: H_7 - H_{11}
(Hypothesen zur Testung von Unterschieden zwischen deutscher und französischer Therapeut-Klient- Stichprobe)

Hypothese 7:
Umgang mit sich selbst: Selbstkontrolltendenzen

Französische Probanden haben im Vergleich zu den deutschen Probanden im Introjekt signifikant höhere Werte auf Cluster 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken) und dem Control-Koeffizienten.

Hypothese 8:
Therapeutenverhalten aus der Sicht der Therapeuten: Therapeutische Kontrolle

Die französischen Therapeuten beschreiben sich in ihrem transitiven Beziehungsverhalten mit signifikant höheren Werten auf Cluster 1-5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) und dem CON-Koeffizienten als die deutschen Therapeuten. Die deutschen Therapeuten beschreiben sich in ihrem transitiven Beziehungsverhalten mit signifikant höheren Werten auf Cluster 1-4 (helfen, beschützen) als die französischen Therapeuten.

Hypothese 9:
Therapeutenverhalten aus der Sicht der Klienten: Therapeutische Kontrolle

Die französischen Klienten schildern ihre Therapeuten in deren transitiven Beziehungsverhalten im Vergleich zu den deutschen Klienten durch signifikant höhere Werten auf Cluster 1-5 (lenken, kontrollieren) und dem Control-Koeffizienten.

Die deutschen Klienten schildern ihre Therapeuten in deren transitiven Beziehungsverhalten im Vergleich zu den französischen Klienten durch signifikant höhere Werten auf Cluster 1-4 (helfen, beschützen).

***Hypothese 10:
Akzeptanz therapeutischer Kontrolle aus der Sicht der Klienten***

Die französischen Klienten charakterisieren sich in ihrem intransitiven Beziehungsverhalten durch signifikant höhere Werte auf Cluster 2-5 (sich unterwerfen, nachgeben) und signifikant niedrigere Autonomiewerte als die deutschen Klienten.

Hypothese 11: Beziehungsmuster

In den deutschen im Vergleich zu den französischen Therapeut-Klient-Dyaden sind die Werte für intrapersonale Ähnlichkeit höher, die Werte für intra- wie interpersonale Komplementarität hingegen geringer.

3.2 Durchführung der Erhebung

Ziel der Erhebung war die Teilnahme deutscher bzw. französischer Verhaltenstherapeuten und ihrer Klienten, die zwischen der dritten und sechsten Sitzung arbeiteten. Es wurden ärztliche und psychologische Verhaltenstherapeuten einbezogen; die Diagnosegruppe der Klienten irrelevant. Teilnahmebedingung war hingegen, dass Therapeut und Klient den Fragebogen zwischen der dritten und sechsten Sitzung ihres therapeutischen Kontaktes ausfüllten. Die Festlegung des Erhebungszeitpunktes im Therapieprozess erfolgte orientiert an einer Vielzahl von Untersuchungsergebnissen (im Überblick Strupp 1993 oder Or-linsky, Grawe & Parks, 1995), wonach sich die therapeutische Beziehung in den ersten Sitzungen bereits verbindlich etabliert. So z.B. ist aus der Therapieerfolgsforschung (siehe Strupp, 1993) bekannt, dass das Bestehen einer positiv produktiven therapeutischen Allianz zum Ende der dritten Sitzung in der Regel immer mit einem guten Therapieergebnis verbunden ist. Auch das Therapieprozessmodell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996) macht deutlich, dass eine erfolgreiche therapeutische Intervention nur unter der Prämisse eines in den ersten Sitzungen aufgebauten Beziehungsfundamentes stattfindet und sich gleichzeitig Art und Intensität der Beziehungsgestaltung über den gesamten Verlauf des verhaltenstherapeutischen Prozesses - nicht zuletzt in dessen Funktion - verändern. Um nicht erfassbare Therapieprozesseffekte auf das Antwortverhalten der Stichprobenteilnehmer gering zu halten, wurden demnach nur Therapeut-Klient-Dyaden einbezogen, die sich entsprechend der Vorgabe daran gehalten hatten, ihren Fragebogen zwischen der dritten und sechsten Sitzung auszufüllen.

3.2.1 Stichprobenrekrutierung

Die Kontaktaufnahme erfolgte über den Therapeuten, der seine Klienten für eine Teilnahme an der Untersuchung selbst auswählte. Therapeut und Klient füllten jeweils unabhängig voneinander einmalig die Langform des SASB-Fragebogens aus. Dem Fragebogen waren einige Fragen zur Erhebung soziodemo-

grafischer Daten vorangestellt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden von den Probanden in voradressierten und frankierten Briefumschlägen direkt zurückgeschickt. Nahm ein Therapeut mit mehreren Klienten teil, so musste er für jeden seiner Klienten die 144 Items von Form B des Fragebogens, die das interpersonale Verhalten betreffen, beantworten. Die 36 Introjekt-Statements von Form A jedoch wurden von allen Probanden nur einmal bearbeitet.

3.2.1.1 Die französische Stichprobe

In Frankreich wurden im September 1993 135 Verhaltenstherapeuten der Départements 75, 91, 92, 93, 94 95 und 31 nach einer Liste der „Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive“ (A.F.T.C.C.) angeschrieben und nachfolgend telefonisch kontaktiert. Zeitlich parallel erfolgte eine offizielle Ankündigung des wissenschaftlichen Vorhabens im monatlich erscheinenden Bulletin der A.F.T.C.C., womit der Vorstand sein Interesse an der Studie zum Ausdruck brachte und die Mitglieder zur Teilnahme an der Untersuchung aufforderte. 44 Therapeuten erklärten sich mit insgesamt 91 Klienten zur Teilnahme bereit. Die Teilnahmebereitschaft im Kollektiv der 135 Therapeuten lag somit bei 32,6%. Im Februar 1994 lagen 74 dyadisch auswertbare Fragebögen (von 37 Therapeut-Klient-Dyaden) vor. Angerechnet auf die Gesamtzahl verschickter Fragebögen betrug die Rücklaufquote damit 40,7%.

3.2.1.2 Die deutsche Stichprobe

In Deutschland wurden ab Mai 1994 156 Verhaltenstherapeuten aus Münster und Umgebung nach einer Liste der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angeschrieben und um ihre Teilnahme gebeten. Die nachfolgende telefonische Kontaktaufnahme erwies hier als sehr viel schwieriger, da die Mehrzahl der Therapeuten weder institutionell gebunden arbeiten, noch - wie in Frankreich - einem zentralistisch organisierten Berufsverband angehören. 26 Therapeuten erklärten sich zunächst mit insgesamt 63 Klienten zur Teilnahme bereit. Die Teilnahmebereitschaft im Kollektiv der 156 Therapeuten lag somit bei

16,6%. Fünf Therapeutinnen und zwei Therapeuten, die ursprünglich mit insgesamt 17 Klienten hatten teilnehmen wollen, lehnten jedoch nach Durchsicht des Fragebogens ihre Teilnahme ab. Ausgangspunkt der ablehnenden Reaktionen waren dem Erhebungskontext unangemessen empfundene Items des SASB-Fragebogens. In den genannten Fällen ließ sich dies auch nicht durch die Fragebogeninstruktion, für die therapeutische Beziehung irrelevante Items durch entsprechend niedrige Ankreuzungen zu markieren, entkräften. Im März 1995 lagen 46 dyadisch auswertbare Fragebögen (von 23 Therapeut-Klient-Dyaden) vor. Angerechnet auf die Gesamtzahl verschickter Fragebögen betrug die Rücklaufquote damit 36,5%.

3.2.2 Stichprobendeskription

In Frankreich hatten 23 Therapeuten (13 ♀, 10 ♂) mit insgesamt 37 Klienten (28 ♀, 9 ♂), in Deutschland hatten 14 Therapeuten (5 ♀, 9 ♂) mit insgesamt 23 Klienten (17 ♀, 6 ♂) teilgenommen.

Um die Unabhängigkeit der pro Therapeut-Klient-Dyade in die Auswertung eingehenden Daten gewährleisten zu können, wurde entschieden, jeden Therapeuten einmal mit nur einem Klienten in die Untersuchungstichprobe aufzunehmen. Da einige Therapeuten mit 2, 3 und 4 Klienten teilgenommen hatten, musste in einigen Fällen per Zufallsprinzip eine Dyade ausgewählt werden. Nach dieser Vorselektion lagen eine deutsche Stichprobe mit 14 Therapeut-Klient-Dyaden und eine französische Stichprobe mit 23 Therapeut-Klient-Dyaden vor.

Das Geschlechterverhältnis innerhalb der Nationalstichproben wird in Tabelle 7 und 8 dargestellt.

Tabelle 7

Geschlechterverhältnis in den Therapeut-Klient-Dyaden innerhalb der deutschen Stichprobe

		Therapeuten		N %
		♀	♂	
Klienten	♀	4	1	5 35,7%
	♂	5	4	9 63,3%
	N	9	5	14
	%	64,3%	35,7%	100%

Tabelle 8

Geschlechterverhältnis in den Therapeut-Klient-Dyaden innerhalb der französischen Stichprobe

		Therapeuten		N %
		♀	♂	
Klienten	♀	5	1	6 26,1%
	♂	5	12	17 73,9%
	N	10	13	23
	%	43,5%	56,5%	100%

Weitere soziodemografische Variablen werden unter Abschnitt 3.2.2.1 für die deutschen und die französischen Verhaltenstherapeuten sowie unter 3.2.2.2 die deutschen und die französischen Klienten geschildert.

3.2.2.1 Therapeuten

Die Verhaltenstherapeuten werden durch Geschlecht, Alter, Beruf, Berufserfahrung (in Jahren) und die Anzahl ihrer therapeutischen Ausbildungen beschrieben. Eine tabellarische Übersicht über diese Variablen für jeden der 37 Therapeuten findet sich im Anhang (Tab. A-1.1 und A-1.2).

3.2.2.1.1 Geschlecht

In der deutschen Stichprobe sind mehr als die Hälfte der Therapeuten Frauen, in der französischen Stichprobe sind mehr als die Hälfte der Therapeuten Männer.

Tabelle 9

Geschlecht deutscher und französischer Therapeuten

Geschlecht	Deutsche Therapeuten		Französische Therapeuten	
	♀	♂	♀	♂
f	9	5	10	13
Anteil in %	64,3%	35,7%	43,5	56,5

Anmerkungen. f = absolute Häufigkeit

3.2.2.1.2 Alter

Das durchschnittliche Alter der deutschen Therapeuten liegt mit 39,29 Jahren etwas unter dem durchschnittlichen Alter der französischen Therapeuten von 43,05 Jahren. Gleichzeitig fällt jedoch auf, dass die Altersmittelwerte in der französischen Stichprobe stärker streuen, was auf die Teilnahme einer 75-jährigen Probandin zurückzuführen ist.

Tabelle 10:*Alter deutscher und französischer Therapeuten*

Deutsche Therapeuten N=14					Französische Therapeuten N=23 (missing cases=1)				
M	SD	Range	Minimum	Maximum	M	SD	Range	Minimum	Maximum
39,29	7,09	21	30	51	43,05	10,95	45	30	75

Anmerkungen. M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung

3.2.2.1.3 Beruf

In der deutschen Stichprobe geben 13 von 14 Therapeuten „Diplom-Psychologe“ als Berufsbezeichnung an, ein Therapeut macht die Angabe „Psychotherapeut“. 11 französische Therapeuten sind Diplom-Psychologen, 10 französische Therapeuten sind Psychiater, eine Therapeutin ist Zahnärztin und eine Therapeutin macht keine Angaben.

Tabelle 11*Beruf deutscher und französischer Therapeuten*

Beruf	Deutsche Therapeuten N=14			Französische Therapeuten N=23 (missing cases=1)		
	Dipl.-Psych.	Psychiater	andere	Dipl.-Psych.	Psychiater	andere
f	13	-	1 („Psychotherapeut“)	11	10	1 („Zahnärztin“)
Anteil in %	92,86%	-	7,14%	47,83%	43,48%	4,35%

Anmerkungen. f = absolute Häufigkeit

3.2.2.1.4 Berufserfahrung

Die durchschnittliche Berufserfahrung deutscher Therapeuten liegt mit 10,07 Jahren etwas unter der durchschnittlichen Berufserfahrung der französischen Therapeuten von 11,5 Jahren. Wieder fällt auf, dass die Mittelwerte in der französischen Stichprobe stärker streuen, was auch hier auf die Teilnahme der 75 Jahre alten Probandin bzw. ihre 43-jährige Berufserfahrung zurückzuführen ist.

Tabelle 12*Berufserfahrung in Jahren deutscher und französischer Therapeuten*

Deutsche Therapeuten N=14					Französische Therapeuten N=23 (missing cases=1)				
M	SD	Range	Minimum	Maximum	M	SD	Range	Minimum	Maximum
10,07	6,08	18	3	21	11,5	9,99	41	2	43

Anmerkungen. M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung

3.2.2.1.5 Anzahl therapeutischer Ausbildungen

In der deutschen Stichprobe geben 86%, in der französischen Stichprobe 52% der Therapeuten an, außer ihrer verhaltenstherapeutischen noch andere therapeutische Ausbildungen zu haben.

Tabelle 13*Anzahl therapeutischer Ausbildungen deutscher und französischer Therapeuten*

Thp. Ausbildungen F	Deutsche Therapeuten N=14		Französische Therapeuten N=23 (missing cases=1)	
	Nur VT	VT + andere thp. Ausbildung	Nur VT	VT + andere thp. Ausbildung
	2	12	10	12
Anteil in %	14%	86%	43,5%	52%

Anmerkungen. f = absolute Häufigkeit

3.2.2.2 Klienten

Die Klienten werden durch Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf, Diagnose und Therapierfahrung (ausgedrückt in der Anzahl vorhergehender Psychotherapien) beschrieben. Eine tabellarische Übersicht über diese Variablen für jeden der 37 Klienten findet sich im Anhang (Tab. A-1.3 und A-1.4).

3.2.2.2.1 Geschlecht

In der deutschen Stichprobe wie in der französischen Stichprobe sind mehr als die Hälfte der Klienten Männer.

Tabelle 14

Geschlecht deutscher und französischer Klienten

Geschlecht	Deutsche Klienten		Französische Klienten	
	♀	♂	♀	♂
f	5	9	6	17
Anteil in %	35,7%	64,3%	26,1%	73,9%

Anmerkungen. f= absolute Häufigkeit

3.2.2.2.2 Alter

Das durchschnittliche Alter der deutschen Klienten beträgt 34,57 Jahre, das der französischen Klienten 34 Jahre.

Tabelle 15

Alter deutscher und französischer Klienten

Deutsche Klienten N=14					Französische Klienten N=23				
M	SD	Range	Minimum	Maximum	M	SD	Range	Minimum	Maximum
34,57	10,14	34	22	56	34,00	11,91	40	17	57

Anmerkungen. M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung

3.2.2.2.3 Familienstand

Während in der deutschen Stichprobe mehr als die Hälfte der Klienten verheiratet ist, ist in der französischen Stichprobe mehr als die Hälfte der Klienten ledig.

Tabelle 16

Familienstand deutscher und französischer Klienten

Familienstand	Deutsche Klienten N=14					Französische Klienten N=23				
	ledig	verh.	getrennt	geschieden	verwitwet	ledig	verh.	getrennt	geschieden	verwitwet
f	4	8	-	2	-	14	8	-	-	1
Anteil in %	28,6	57,1	-	14,3	-	60,9	34,8	-	-	4,3

Anmerkungen. f= absolute Häufigkeit

3.2.2.2.4 Beruf

In der deutschen Stichprobe überwiegen Klienten mit kaufmännisch-administrativem Hintergrund. In der französischen Stichprobe beträgt der Anteil der Klienten mit kaufmännisch-administrativem Beruf und der in Ausbildung befindlichen Klienten jeweils rund ein Drittel der Stichprobe.

Tabelle 17

Beruf deutscher und französischer Klienten

Beruf	Deutsche Klienten N=14				
	Kauf-männisch-administrative Berufe	Technisch-naturwissenschaftliche Berufe	Soziale Berufe	In Ausbildung befindlich	Sonstige Berufe
f	7	2	1	1	3
Anteil in %	50%	4,29%	7,14%	7,14%	21,43%

Fortsetzung Tabelle 17 nächste Seite

Französische Klienten N=23 (missing cases=1)					
Beruf	Kauf-männlich- administrative Be- rufe	Technisch-natur- wissenschaftliche Berufe	Soziale Berufe	In Ausbildung befindlich	Sonstige Berufe
f	8	4	1	7	2
Anteil in %	34,78%	17,39%	4,35%	30,43%	8,7%

Anmerkungen. f= absolute Häufigkeit

3.2.2.2.5 Diagnose

In der deutschen wie in der französischen Stichprobe dominieren Klienten mit Angststörungen (Phobien, Paniksyndrome etc.) und Klienten mit affektiven Störungen (vor allem Depressionen). Diese Zuordnung kann jedoch nur als Orientierung dienen, da die Diagnosen von den Therapeuten nicht übereinstimmend an einem allgemein verbindlichen Diagnosesystem wie der ICD oder dem DSM orientiert formuliert wollen. Bei kombinierten diagnostischen Aussagen war es daher auch nicht möglich, sachlich objektiv zu entscheiden, welcher diagnostischen Kategorie die jeweiligen Klienten hier zugeordnet werden müssen. Alle Klienten wurden nur jeweils einer Kategorie zugeordnet, auch dann wenn komplexere diagnostische Informationen vorlagen, die eine mehrfache Zuteilung ermöglicht hätten.

Tabelle 18

Diagnose deutscher und französischer Klienten

Deutsche Klienten N=14 (missing cases=1)							
Diagnose	Angst- störungen	Zwangs- störungen	Affektive Störungen	Sexuelle Funktions- störungen	Beziehungs- Interaktionsstö- rungen	u. Somatoforme Störungen	Persönlich- keitsstö- rungen
f	5	-	4	-	1	2	1
Anteil in %	35,7%	-	28,6%	-	7,14%	14,29%	7,14%

Fortsetzung Tabelle 18 nächste Seite

Französische Klienten N=23 (missing cases=4)							
Diagnose	Angst- störungen	Zwangs- störungen	Affektive Störungen	Sexuelle Funktions- störungen	Beziehungs- u. Interaktionsstö- rungen	Somatoforme Störungen	Persönlich- keitsstö- rungen
f	10	1	4	1	2	1	-
Anteil in %	43,48%	4,35%	17,39%	4,35%	8,7%	4,35%	-

Anmerkungen. Die Kategorienbildung wurden an der ICD10 orientiert vorgenommen. Es wurden nur solche Kategorien aufgenommen, die von den Probanden der vorliegenden Stichprobe besetzt werden konnten; **f= absolute Häufigkeit**

3.2.2.2.6 Therapieerfahrung

In der deutschen Stichprobe halten sich Klienten ohne Therapieerfahrung und Klienten mit einer Psychotherapie in ihrer Vorgeschichte im Verhältnis 6:6 die Waage. In der französischen Stichprobe überwiegen eindeutig Klienten ohne Therapieerfahrung (78,3%).

Tabelle 19

Therapieerfahrung deutscher und französischer Klienten

Anzahl vorheriger Psychotherapien f	Deutsche Klienten N=14					Französische Klienten N=23						
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
f	6	6	-	1	-	1	18	2	2	-	-	1
Anteil in %	42,9%	42,9%	-	7,1%	-	7,1%	78,3%	8,7%	8,7%	-	-	4,3%

Anmerkungen. f= absolute Häufigkeit

4 Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse werden unter 4.1 in der Reihenfolge der im Methodenkapitel formulierten Hypothesen vorgestellt. Die Resultate werden ergänzt durch zusätzliche Ergebnisse, die im Zusammenhang mit dem eigentlichen Forschungsziel, der detaillierten Beziehungsbeschreibung, relevant sind. Soweit es für das Verständnis der Ergebnisse erforderlich ist, wird ihrer Beschreibung eine Interpretation hinzugefügt. Zusammenhängend interpretiert und diskutiert werden die Ergebnisse in dem die Arbeit abschließenden Kapitel 4.2.

4.1 Ergebnisse

Der Schwerpunkt des Forschungsinteresses liegt auf den Ergebnissen Hypothesen 1-6, die sich, ohne nationale Unterschiede zu berücksichtigen, mit der Frage auseinandersetzen, wie Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten sich selbst und den anderen im SASB-Fragebogen darstellen. Dies ergibt sich vor dem Hintergrund, dass eine wissenschaftliche Hypothesenprüfung strenggenommen nur mit den Daten der deutschen Stichprobe möglich ist, da nur der deutschen Stichprobe ein validierter SASB-Fragebogen vorlag und die Ergebnisdarstellung unter 4.1.1 in diesem Sinne in erster Linie auf die Resultate der deutschen Stichprobe bezogen werden muss. Die Ergebnisse zum nationalen Vergleich unter 4.1.2 sind ohne Zweifel von nicht geringerem wissenschaftlichen Interesse, haben aber bis zum Zeitpunkt der Validierung der französischen Fragebogenversion nur Pilotcharakter.

4.1.1 Selbst- und Fremdeinschätzung von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten

Für jede der Hypothesen 1-6 wurden die Daten der deutschen und der französischen Stichprobe ausgewertet. Die tabellarischen Übersichten über die Ergebnisse der jeweilig durchgeführten statistischen Prüfverfahren listen daher immer die Resultate beider Nationalstichproben nebeneinander auf. Die Ergebnisdiskription bezieht sich allerdings aus den genannten Gründen primär auf die Resultate der deutschen Stichprobe. Auf Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe sowie Gemeinsamkeiten, die mit der Bearbeitung der Hypothesen 1-6 deutlich werden, wird in Kapitel 4.1.1 bereits hingewiesen. Sie werden in Kapitel 4.1.2, das dem nationalen Vergleich gewidmet ist, aufgenommen und ausführlich besprochen.

4.1.1.1 Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten im Umgang mit sich selbst: H_1

Mit H_1 wird untersucht, wie sich Therapeuten und Klienten im Umgang mit sich selbst unterscheiden. Mit dem Introjekt des SASB-Fragebogens erfassen 36 Items in Ich-Form, wie der Proband mit sich selbst umgeht. Es muss demzufolge geprüft werden, welche Cluster und Patternkoeffizienten auf Introjektenebene die Gruppe der Verhaltenstherapeuten von der der Klienten differenzieren. Entsprechend der in Kapitel 3 dargestellten Untersuchungsergebnisse verschiedener Autoren wird erwartet, dass die Gruppe der Verhaltenstherapeuten, im Vergleich zur Gruppe der Klienten, im Introjekt signifikant höhere Werte auf den Clustern 3-1 (spontan, unbekümmert sein), 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschen), 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen), 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern), sowie einen signifikant höheren Affiliationswert, jedoch signifikant niedrigere Werte auf den Clustern 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), 3-6 (sich selbst anklagen und unterdrücken), 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung), 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen) sowie einen signifikant niedrigeren Attack-, Control- und Conflict-Koeffizienten, haben.

Es wird eine einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. Therapeuten, 2. Klienten) und den Clustermittelwerten, dem Affiliationswert und den Fishers Z-transformierten Patternkoeffizienten⁵ der Introjektenebene als abhängigen Variablen gerechnet. Die Fishers Z-Transformation der Patternkoeffizienten erfolgt nach der Formel $Z = \frac{1}{2} \ln^6 (1+r/1-r)$. Zusätzlich werden für alle abhängigen Variablen univariate Berechnungen durchgeführt. Alle univariaten Messungen werden nach Bonferroni (s. Bortz, 1999) auf dem 5%-Niveau alpha-adjustiert.

⁵ Die Attack-, Control-, und Conflict-Patternkoeffizienten ergeben sich als betragshöchste *Korrelation* eines empirischen mit verschiedenen theoretischen Pattern, die nach Benjamin bestimmten charakteristischen Beziehungskonstellationen entsprechen. Ein Mittelwertberechnung, wie sie im Rahmen der Varianzanalyse erfolgt, erfordert daher eine Fishers Z-Transformation der Patternkoeffizienten.

⁶ ln = Logarithmus

Tabelle 20

Einfaktorielle multivariate Varianzanalysen mit Gruppenfaktor (Therapeuten/Klienten) und Parametern der Introjektebene als abhängige Variablen getrennt für deutsche und französische Stichprobe. Die Einzeltestungen sind auf dem 5%-Niveau alpha-adjustiert.

deutsche Stichprobe N=14										französische Stichprobe N=23									
MULTIVARIANTE TESTUNG					Klienten					Therapeuten					Klienten				
Hotelling's T ² : 0,002** kanon. Korrelation: 0,895 Varianzaufklärung: 32%					α-Adjustierung (<5%): 0,004 Varianzaufklärung: 32%					Hotelling's T ² : 0,000*** kanon. Korrelation: 0,901 Varianzaufklärung: 54%					α-Adjustierung (<5%): 0,004 Varianzaufklärung: 54%				
UNIVARIANTE TESTUNG					Klienten					Therapeuten					Klienten				
aV	M	SD	M	SD	p	α-Adj.	M	SD	aV	M	SD	M	SD	p	α-Adj.				
CI 3-1	40,07	8,08	37,86	16,06	0,649		37,86	16,06	CI 3-1	32,96	12,08	36,57	11,67	0,309					
CI 3-2	75,93	9,76	46,43	24,37	0,000***	*	46,43	24,37	CI 3-2	71,52	15,06	33,96	19,91	0,000***	*				
CI 3-3	75,57	11,57	58,71	23,44	0,023*		58,71	23,44	CI 3-3	66,39	16,89	40,30	19,07	0,000***	*				
CI 3-4	72,86	12,84	77,35	10,14	0,313		77,35	10,14	CI 3-4	71,04	17,02	66,74	12,90	0,339					
CI 3-5	38,71	14,11	57,86	22,19	0,011*		57,86	22,19	CI 3-5	51,65	22,83	61,91	17,46	0,094					
CI 3-6	8,93	6,13	46,64	28,45	0,000***	*	46,64	28,45	CI 3-6	8,91	10,04	53,83	20,84	0,000***	*				
CI 3-7	9,29	8,32	28,93	20,54	0,003**	*	28,93	20,54	CI 3-7	13,00	11,27	41,87	17,96	0,000***	*				
CI 3-8	16,36	5,53	21,86	14,785	0,204		21,86	14,785	CI 3-8	11,00	12,32	35,87	18,59	0,000***	*				
ZV_X	139,86	28,56	62,50	75,05	0,001***	*	62,50	75,05	ZV_X	123,39	37,66	1,39	59,42	0,000***	*				
ATK_Z	-1,93	0,30	-0,52	1,08	0,000**	*	-0,52	1,08	ATK_Z	-1,61	0,45	0,28	0,95	0,000***	*				
CON_Z	0,76	0,16	1,12	0,45	0,010**		1,12	0,45	CON_Z	0,90	0,22	0,90	0,56	0,983					
CFL_Z	-0,025	0,14	0,20	0,32	0,021*		0,20	0,32	CFL_Z	0,02	0,20	0,28	0,40	0,008**					

Anmerkungen. abhängige Variablen: CI 3-1 (spontan, unbekümmert sein), CI 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschen), CI 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen), CI 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern), CI 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), CI 3-6 (sich selbst anklagen und unterdrücken), CI 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung), CI 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen), ZV_X (= Zuneigungsvektor, tagträumen), ZV_X (= Zuneigungsvektor, gibt die Anteile an Zuneigung vs. Interdependenz (s. Autonomievektor) für eine Oberfläche an; hier: Zuneigung zu sich selbst), ATK_Z (= Attack-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen selbstzerstörerisches Verhaltensmuster, bei negativem Vorzeichen Zuneigung zu sich selbst), CON_Z (= Control-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen Selbstkontrolle bzw. -einschränkung, bei negativem Vorzeichen: freien und spontanen Umgang mit sich selbst), CFL_Z (= Conflict-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen einen konflikthafter Umgang mit sich selbst, der gleichermaßen durch Selbstablehnung wie Selbstpflege gekennzeichnet ist) ; ***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

Wie in Tabelle 20 dargestellt, zeigen die Ergebnisse der multivariaten Testung, dass auf Introjektebene der Gruppenunterschied zwischen Therapeuten und Klienten über alle abhängigen Variablen für die deutsche Stichprobe sehr signifikant (Hotelling's T^2 : $p = 0,002$) und für die französische Stichprobe hoch signifikant (Hotelling's T^2 : $p = 0,000$) ist. Der Faktor Gruppe klärt in der deutschen Stichprobe 32% der Gesamtvarianz, in der französischen 54% der Gesamtvarianz auf. Das bedeutet, dass in der deutschen Stichprobe ungefähr ein Drittel und in der französischen Stichprobe mehr als die Hälfte der Varianz aller abhängigen Variablen durch die Gruppenzugehörigkeit (Therapeut/Klient) aufgeklärt wird. Dieser Unterschied zwischen deutscher und französischer Stichprobe wird in der Diskussion unter 4.2.2.1 zur Sprache kommen.

In der deutschen Stichprobe sind von den zwölf Einzeltestungen neun signifikant, mit alpha-Adjustierung noch fünf. In der französischen Stichprobe sind von den zwölf Einzeltestungen acht signifikant, mit alpha-Adjustierung noch sieben. Die Ergebnisdeskription wird sich aus den genannten methodischen Gründen nachfolgend auf die deutsche Stichprobe beziehen.

Die Gruppenmittelwerte erlauben nicht nur eine Richtungsbestimmung der Unterschiede sondern auch eine Entscheidung darüber, welche Verhaltenskategorien Therapeuten und Klienten für die Beschreibung ihres Introjektes bevorzugen. Ein Gruppenmittelwert über 50 zeigt, dass das Mittel der Probanden auf der Antwortskala von „0“ (= nie, überhaupt nicht) bis „100“ (= immer, völlig) die Items eines Cluster als für sich zutreffend beurteilt. Ein Mittelwert im unteren Bereich der Skala weist darauf hin, dass die Probanden die Items eines Clusters als für sich nicht zutreffend einschätzen.

Die Ergebnisse lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Es gibt Cluster bzw. Patternkoeffizienten bzgl. Derer sich Therapeuten und Klienten

- signifikant unterscheiden **(1)**,
- nicht signifikant unterscheiden **(2)**.

(ad 1) Deutsche Verhaltenstherapeuten unterscheiden sich von ihren Klienten auf den Clustern 3-2, 3-3, 3-5, 3-6 und 3-7 sowie in ihrem Affiliationswert und Attack-, Conflict-, und Controlkoeffizienten hypothesenkonform signifikant:

Auf den Clustern 3-2 (sich selbst akzeptieren, sich erforschen) und 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen) haben die Therapeuten signifikant höhere Mittelwerte als ihre Klienten. Mit 75,93 und 75,57 wird die Verteilung aller individuellen Clusterwerte durch Mittelwerte repräsentiert, die sich im oberen Skalenbereich befinden. Somit beurteilen die Therapeuten die Items von Cluster 3-2 und 3-3 als für sich zutreffend. Die Verteilung der individuellen Werte der deutschen Klienten für Cluster 3-2 und 3-3 wird durch den Mittelwert 46,46 vertreten, womit die Items von Cluster 3-2 und 3-3 von den Klienten – im Vergleich zu der Gruppe der Therapeuten zwar als für sie weniger zutreffend – aber nicht nicht zutreffend – eingeschätzt werden.

Auf den Clustern 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), 3-6 (sich selbst anklagen und unterdrücken) und 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung) haben die Therapeuten signifikant niedrigere Mittelwerte als ihre Klienten. Die Verteilung der individuellen Werte für Cluster 3-6 und 3-7 ist durch Mittelwerte im unteren Skalenbereich repräsentiert. Die Therapeuten beurteilen die Items von Cluster 3-6 und 3-7 demnach als für sie nicht zutreffend. Der Mittelwert von 38,71 für Cluster 3-5 weist darauf hin, dass Selbstkontrolltendenzen im Introjekt deutscher Therapeuten eine größere Rolle spielen als Selbstanklage (3-6) und Selbstvernichtung (3-7). Dennoch haben die Therapeuten signifikant niedrigere Werte auf Cluster 3-5 als ihre Klienten.

Die Klienten unterscheiden sich mit ihren Mittelwerten von 57,86 (3-5), 46,64 (3-6) und 28,93 (3-7) zwar signifikant von ihren Therapeuten, liegen jedoch wieder im mittleren Skalenbereich. Gleichzeitig jedoch fällt für diese Cluster sowie für Cluster 3-2 und 3-3 (siehe oben) auf, dass ihre Werte eine sehr große Variationsbreite haben (siehe Tab. 21 und Abb. 20 u. 21).

Tabelle 21

Deskriptive Statistiken für Cluster 3-2, 3-3, 3-5, 3-6 und 3-7 der deutschen Klienten

Variable	M	SD	Range	Minimum	Maximum	N
CI 3-2	46,43	24,37	75,00	10	85	14
CI 3-3	58,71	23,44	79,00	16	95	14
CI 3-5	57,86	22,19	76,00	10	86	14
CI 3-6	46,64	28,45	79,00	5	92	14
CI 3-7	28,93	20,54	61,00	4	65	14

Anmerkungen. M = arithmetische Mittel; SD = Standardabweichung

Die Streubreite der individuellen Klientenwerte für Cluster 3-2, 3-3, 3-5, 3-6, 3-7 reicht von minimal 5 bis maximal 95. Dies weist darauf hin, dass es in der Klientenstichprobe Probanden mit Extremwerten in beide Richtungen gibt: Ein Teil der Klienten beschreibt seinen Umgang mit sich selbst im Vergleich zum Durchschnitt sehr positiv, einer anderer Teil eher negativ. Mit großer Wahrscheinlichkeit gibt es auch Klienten in der Stichprobe, die sich gleichermaßen in den Items von Cluster 3-2 und 3-3 sowie 3-5, 3-6 und 3-7 wiedererkennen, was einen durch Selbstpflege wie Selbstablehnung gekennzeichneten Umgang mit sich selbst charakterisiert und auch im Conflict-Koeffizienten (siehe unten) der Klienten zum Ausdruck kommt. Dies zeigt, dass die Klientenstichprobe sehr heterogen ist und macht deutlich, dass die Gesamtheit der Klienten nicht auf eine eindeutige Tendenz in Richtung der Cluster 3-5, 3-6 und 3-7 festgelegt werden kann.

Der Affiliationswert der Therapeuten ist signifikant höher, der Attack-Koeffizient signifikant niedriger als der der Klienten. Für die Gruppe der Therapeuten bestätigt dies Zuneigung zu sich selbst. Control- und Conflict-Koeffizient der Therapeuten sind signifikant niedriger als für die Klienten. Zusammen mit den Ergebnissen zu Cluster 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich einschränken) weist der Control-Koeffizient darauf hin, dass die Klienten stärkere Tendenz zur Selbstkontrolle und –einschränkung besitzen. Der Conflict-Koeffizient der Klienten (positives Vorzeichen) zeigt im Gegensatz zum Conflict-Koeffizienten der Therapeuten (negatives Vorzeichen) den eher konflikthaften, gleichermaßen durch

Selbstablehnung wie Selbstpflege gekennzeichneten Umgang der Klienten mit sich selbst.

Grundsätzlich ist zu den Introjekt-Patternkoeffizienten der untersuchten Stichprobe anzumerken, dass diese, wenngleich sie für Therapeuten und Klienten auch signifikant unterschiedlich sind, nach einer Rücktransformation der (durchschnittlichen)⁷ Fishers Z-transformierten Koeffizienten in (durchschnittliche) Korrelationskoeffizienten ($m(r)$) gemessen an den Signifikanzschranken von Patternkoeffizienten (siehe Davies-Osterkamp, S. et al., 1993) nicht alle als signifikant positiv oder negativ bezeichnet werden können:

- Während der Attack-Koeffizient der Therapeuten nach seiner Rücktransformation ($m(r) = -0,95$) als auf dem 1%-Niveau signifikant negativ bezeichnet werden kann, ist der Attack-Koeffizient der Klienten ($m(r) = -0,33$) zwar nicht signifikant negativ, aber auch nicht positiv. Somit kann den Therapeuten im Umgang mit sich selbst zwar ausgeprägt geringe Aggressivität, den Klienten allerdings auf keinen Fall das Gegenteil bescheinigt werden.
- Der Control-Koeffizient ist nur für die Klienten ($m(r) = 0,81$) auf dem 5%-Niveau signifikant positiv. Der Control-Koeffizient der Therapeuten ($m(r) = 0,63$) ist zwar nicht signifikant positiv, aber genauso wenig negativ, womit auch für die Therapeuten keinesfalls auf einen freien und spontanen Umgang mit sich selbst geschlossen werden kann.
- Der Conflict-Koeffizient liegt weder für die Therapeuten ($m(r) = -0,025$) noch für die Klienten ($m(r) = 0,2$) im Signifikanzbereich, so dass auf eine weitergehende inhaltliche Interpretation an dieser Stelle verzichtet werden kann.

Über die Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten auf Cluster- und Patternkoeffizientenebene hinaus fällt insgesamt auf, dass die Ergebnisse in der (deutschen wie französischen) Klientenstichprobe sehr viel stärker streuen als in der Therapeutenstichprobe. Dies weist darauf hin, dass die Klientenstichprobe sehr viel heterogener als die Therapeutenstichprobe ist. In Anbetracht der sehr

⁷ Es handelt sich um das arithmetische Mittel der Z-Werte bzw. (nach ihrer Rücktransformation) der Korrelationen. Es wird daher in Anlehnung an Bortz (1984) von „durchschnittlich“ gesprochen.

unterschiedlichen persönlichen Voraussetzungen, wie z.B. Störungsart oder – ausmaß, der teilnehmenden Klienten war dies ebenso wie die größere Homogenität der Therapeutenstichprobe, die sich aus den weitestgehend übereinstimmenden professionellen Voraussetzungen ergibt, zu erwarten.

(ad2) Im Widerspruch zu H_1 unterscheiden sich Verhaltenstherapeuten auf Cluster 3-1, 3-4 und 3-8 nicht signifikant von ihren Klienten:

Für Cluster 3-1 (spontan, unbekümmert sein) liegt der Mittelwert der deutschen Verhaltenstherapeuten bei 40,07, der Mittelwert der Klienten bei 37,86, womit sich weder Klienten noch Therapeuten als spontan und unbekümmert beschreiben. Für Cluster 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern) betragen die Mittelwerte der Therapeuten und Klienten 72,86 und 71,04. Somit werden die Items zu Cluster 3-4 von beiden Gruppen als gleichermaßen für sie zutreffend beurteilt. Deutsche Therapeuten und Klienten haben gleichermaßen geringe Werte auf Cluster 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen), was auf die reduzierte Bedeutung des Clusters für Therapeuten *wie* Klienten hinweist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die deutschen Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten auf Introjektenebene in der Mehrzahl der untersuchten Variablen in erwarteter Weise signifikant unterscheiden. Im Widerspruch zu H_1 steht jedoch, dass die Therapeuten im Vergleich zu den Klienten keine signifikant höheren Werte auf Cluster 3-1 (spontan, unbekümmert sein), 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern) und keine signifikant niedrigeren Werte auf Cluster 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen) aufweisen. Therapeuten wie Klienten haben gleichermaßen hohe Werte auf Cluster 3-4, eher niedrige Werte auf Cluster 3-1 und niedrige Werte auf 3-8.

H_1 kann damit hinsichtlich der Annahmen für Cluster 3-2, 3-3, 3-5, 3-6 und 3-7 sowie dem Affiliationswert, dem Attack-, Conflict-, und Controlkoeffizienten, allerdings nicht in Bezug auf Cluster 3-1, 3-4 und 3-8 bestätigt werden. Zusätzlich bestätigen die signifikant unterschiedlichen Streuungen von Therapeuten- und Klientenstichprobe, dass Therapeuten und Klienten unterschiedlichen Populationen angehören.

Die nachfolgenden Abbildungen 20 und 21 verdeutlichen, dass die Clustermittelwerte der Verhaltenstherapeuten und Klienten in beiden Nationalstichproben den gleichen Trend aufweisen:

- auf Cluster 3-1 (spontan, unbekümmert sein) haben Therapeuten und Klienten gleichermaßen mittlere Werte
- auf Cluster 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschend) und 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen) sind die Werte der Therapeuten signifikant höher als die der Klienten
- auf Cluster 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern) treffen sich Therapeuten und Klienten mit gleichermaßen hohen Werten und geringer Varianz der individuellen Messwerte
- auf Cluster 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), 3-6 (sich selbst anklagen und unterdrücken) und 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung) sind die Werte der Therapeuten signifikant höher als die der Klienten
- auf Cluster 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen) erfolgt eine Annäherung von Therapeuten und Klientenwerten im unteren Wertebereich, was allerdings sehr viel deutlicher für die deutsche als die französische Stichprobe ist.

Beim Vergleich von Abbildung 20 und 21 fällt auf, dass sich die deutschen und französischen Therapeuten in Bezug auf ihre Mittelwerte ähnlicher sind als die Klienten der beiden Nationalstichproben. Dies wird weitergehend im Zusammenhang mit $H_{7,}$ die auf den nationalen Vergleich der Therapeuten- und Klientenintrojekte abzielt, untersucht.

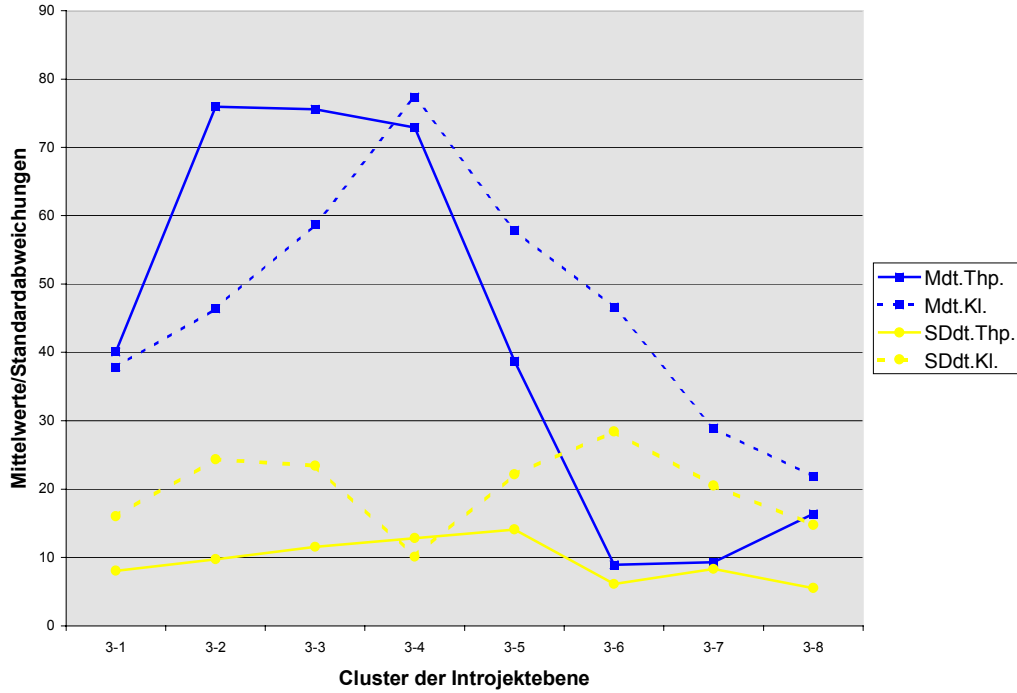


Abb. 20: *Introjektprofile der deutschen Therapeuten und Klienten: Mittelwerte und Standardabweichungen (Dargestellt sind die Introjekt-Clustermittelwerte (M) und ihre Standardabweichungen aus Tabelle 20. Zur Veranschaulichung der jeweiligen Profilverläufe werden die Werte miteinander verbunden, obwohl dies aus methodischen Gründen bei diskreten Variablen nicht interpretierbar ist.)*

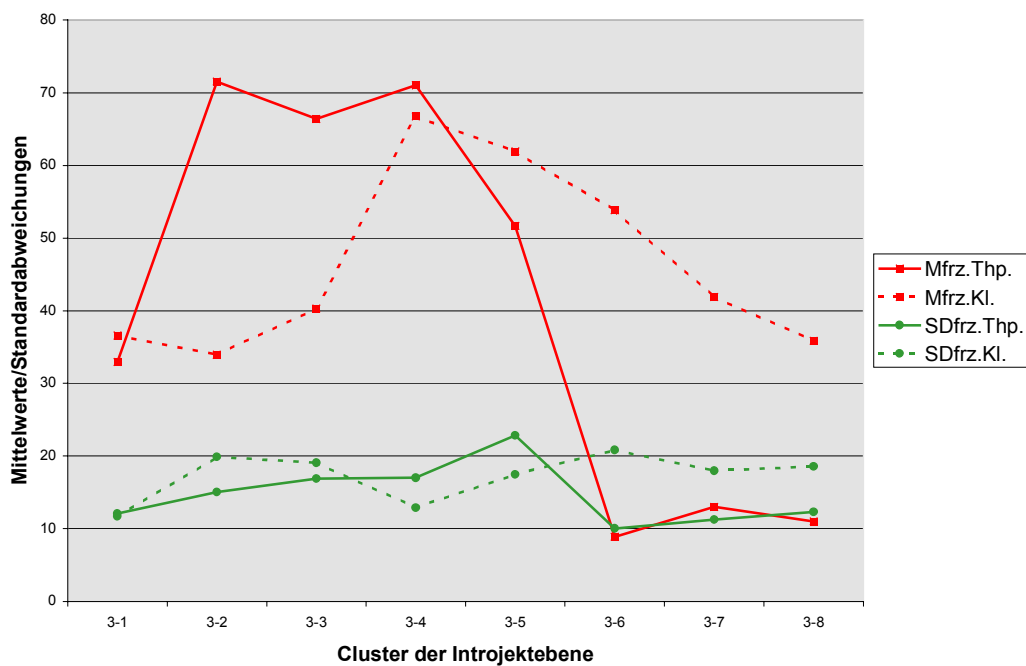


Abb. 21: *Introjektprofile der französischen Therapeuten und Klienten: Mittelwerte und Standardabweichungen*

4.1.1.2 Gegenseitige Wertschätzung in der verhaltenstherapeutischen Beziehung: H_2

Mit H_2 wird überprüft, ob Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten sich gegenseitig wertschätzen.

Aufgrund der spezifischen Charakteristika der verhaltenstherapeutischen Beziehung und ihrer Gestaltung, wie sie in Kapitel 2.2 ausführlich besprochen und in Kapitel 3.1.1.2 für die zu untersuchende Hypothese zusammengefasst worden sind, ist davon auszugehen, dass sich Therapeuten und Klienten selbst und gegenseitig in ihrem interpersonalen Verhalten positiv einschätzen.

Mit den Ergebnissen zu H_1 wurde deutlich, dass Therapeuten und Klienten bezüglich ihres Umganges mit sich selbst unterschiedlichen Populationen angehören. Damit ist es unmöglich, Therapeuten und Klienten im Rahmen weitergehender, den Umgang mit sich selbst betreffender Datenanalysen zusammenzufassen. Da mit H_2 allerdings ausschließlich das interpersonale und nicht das intrapersonale Verhalten untersucht wird, ist es zulässig, diese Hypothese zu prüfen, ohne nach Therapeuten und Klienten zu differenzieren.

Es wird ein Vergleich der Quadrantenmittelwerte vorgenommen:

- Für Quadrant II und III des interpersonalen Raumes, der feindseliges Verhalten der Interaktionspartner abdeckt, werden für alle Probanden im transitiven wie intransitiven Fokus eher niedrige Mittelwerte erwartet.
- Für Quadrant I und IV des interpersonalen Raumes, der freundliches Verhalten der Interaktionspartner abdeckt, werden für alle Probanden im transitiven wie intransitiven Fokus eher hohe Mittelwerte erwartet.

Mit H_2 wird geprüft, ob alle Probanden, also Therapeuten und Klienten, in Quadrant II und III im transitiven wie intransitiven Fokus signifikant niedrigere Mittelwerte als in Quadrant I und IV haben.

Mit einem t-Test für abhängige Stichproben (Konfidenzintervall = 95%) werden die Mittelwerte von Quadranten II und III jeweils mit den Mittelwerten von Quadranten I und IV sowie miteinander verglichen.

Tabelle 22

t-Tests für abhängige Stichproben zum Vergleich der Mittelwerte der Quadranten

deutsche Stichprobe N=14		französische Stichprobe N=23			
	QD1x	QD4x	QD1x	QD4x	
	M=62,31	M=29,48	M=60,54	M=37,22	
	SD=1,43	SD=1,94	SD=1,18	SD=1,73	
QD2x	t = 33,62	t = -10,335	QD2x	t = 44,268	t = -17,790
M=8,04	df= 111	df= 111	M=7,20	df= 183	df= 183
SD=0,69	p = 0,000***	p = 0,000***	SD=0,57	p = 0,000***	p = 0,000***
QD3x	t = 34,327	t = -12,05	QD3x	t = 43,869	t = -18,818
M=7,36	df= 111	df= 111	M=8,18	df= 183	df= 183
SD=0,73	p = 0,000***	p = 0,000***	SD=0,63	p = 0,000***	p = 0,000***

deutsche Stichprobe N=14		französische Stichprobe N=23	
	QD2x		QD2x
	M=8,04		M=7,20
	SD=0,69		SD=0,57
QD3x	t = 0,785	QD3x	t = -1,590
M=7,36	df= 111	M=8,18	df= 183
SD=0,73	p = 0,434	SD=0,63	p = 0,114

Anmerkungen. QD1x (= Quadrant I: freundlich Autonomie ermutigen bzw. genießen), QD2x (=Quadrant II: feindselig Autonomie hervorrufen bzw. beanspruchen), QD3x (= Quadrant III: feindselig Macht ausüben bzw. feindselig sich fügen), QD4x (= Quadrant IV: freundlich beeinflussen bzw. freundlich Einfluss akzeptieren)

M = Mittelwert; SD = Standardfehler des Mittelwertes; *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001

Tabelle 22 zeigt erwartungsgemäß für die Probanden beider Nationalstichproben hoch signifikante Unterschiede zwischen den Quadranten II und I, II und IV, III und I sowie III und IV, was durch die niedrigen Mittelwerte der Quadranten II und III versus der viel höheren Mittelwerte der Quadranten I und IV zustande

kommt. Die Mittelwerte von Quadrant II und III unterscheiden sich nicht; sie sind gleichermaßen niedrig. H_2 kann somit bestätigt werden.

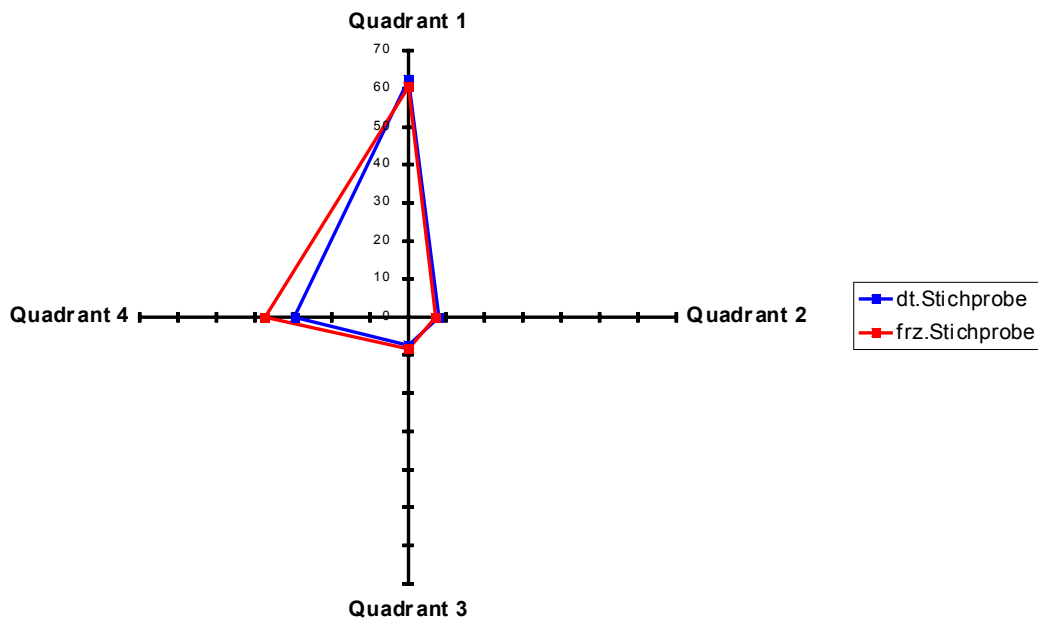


Abb. 22: Verteilung der Quadrantenmittelwerte im interpersonalen Raum für die deutsche und französische Stichprobe

4.1.1.3 Affiliation in der verhaltenstherapeutischen Beziehung: H_3

Mit H_3 wird untersucht, mit welchem Antwortverhalten die Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten auf die Affiliationsitems im SASB-Fragebogen reagieren.

Es gilt als empirisch belegt, dass Cluster 3 (Fokus andere: umsorgen, pflegen / Fokus selbst: genießen, sich annähern) für die therapeutische Beziehung eine untergeordnete Bedeutung hat. Die Mehrzahl der zu Cluster 3 gehörenden Items müssten demnach von Therapeuten und Klienten als für ihre Beziehung nicht zutreffend empfunden werden und entsprechend mit einer 0-Ankreuzung (= „nie/überhaupt nicht“) versehen werden.

Die Prüfung von H_3 vollzieht sich in zwei Schritten:

- Für alle Probanden wird der Mittelwert der Clusterwerte von Verhaltenskategorie 3 über alle interpersonalen Bezüge (2x Fokus andere / Thp., 2x Fokus selbst / Thp., 2x Fokus andere / Kl., 2x Fokus selbst / Kl. = pro Dyade gehen 8 Clusterwerte für Verhaltenskategorie 3 in die Berechnung ein) berechnet. Es wird erwartet, dass der Modalwert für Verhaltenskategorie 3 gleich 0 ist ($H_{3,1}$).
- Es wird der Mittelwert der individuellen Ankreuzungen für alle zu Cluster 3 gehörenden Items (Fokus andere: 15, 16, 21, 28, 37; Fokus selbst: 8, 14, 16, 62, 69) bestimmt. Da jeder Proband jedes Item 2x beurteilt (ich in Beziehung zu ihr/ihm; sie/er in Beziehung zu mir), gehen für jede Therapeut-Klient-Dyade 4 Werte pro Item ein. Es wird erwartet, dass die Items 14, 15, 18, 28⁸, die vor allem den körperlichen Kontakt betreffen, von der Mehrzahl der Probanden eine 0-Ankreuzung erhalten, ihr Modalwert beträgt also 0. Für die Items 8, 16, 21, 37, 62, 69⁹ wird nicht mit einer 0-Ankreuzung gerechnet, so dass der Modalwert ihrer Ankreuzungen ungleich 0 ist ($H_{3,2}$).

Da der Modalwert angibt, welcher Wert in einer Verteilung am häufigsten auftritt, wird er hier als deskriptives Häufigkeitsmaß gewählt. Die Ergebnisse belegen, dass $H_{3,1}$ für beide Stichprobe angenommen werden kann. Die Darstellung der Häufigkeiten erfolgt in Histogrammen für die beiden Nationalstichproben (Abb. 23 u. 24) getrennt.

⁸ 14. Im körperlichen Kontakt mit mir reagiert er sehr lustvoll, glücklich und mit Freude und Liebe.
 15. Herzlich und freundlich fordert er mich auf, mit ihm zusammen zu sein, so oft ich mag.
 18. Mit sanfter und liebevoller Zärtlichkeit sucht er körperlichen Kontakt mit mir, wenn ich es mag.
 28. Er streichelt mich, wendet sich mir sanft und liebevoll zu, ohne eine Gegenleistung zu verlangen.

⁹ 8. Mit gutem Gefühl nimmt er meine Hilfe und Fürsorge an.
 16. Er ist gern in meiner Nähe und freut sich von Herzen, mit mir zusammen zu sein.
 21. Liebevoll und voller Freude heißt er mich willkommen.
 37. Er sorgt für mich, ist fürsorglich, kümmert sich um mich.
 62. Er entspannt sich, genießt es und fühlt sich wohl dabei, wenn er mit mir zusammen ist.
 69. Er ist glücklich und voller Freude mit mir zusammen zu sein.

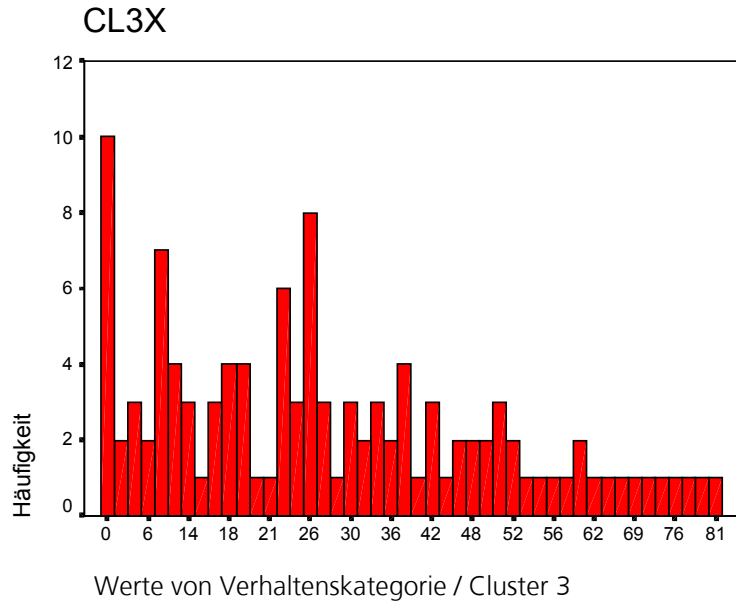


Abb. 23: *Modalwert von Cluster 3 in der deutschen Stichprobe (Es gehen 112 Einheiten in die Berechnung ein, da für jede der 14 deutschen Dyaden die Clusterwerte der acht interpersonalen Bezüge zugrundegelegt werden, s.o)*

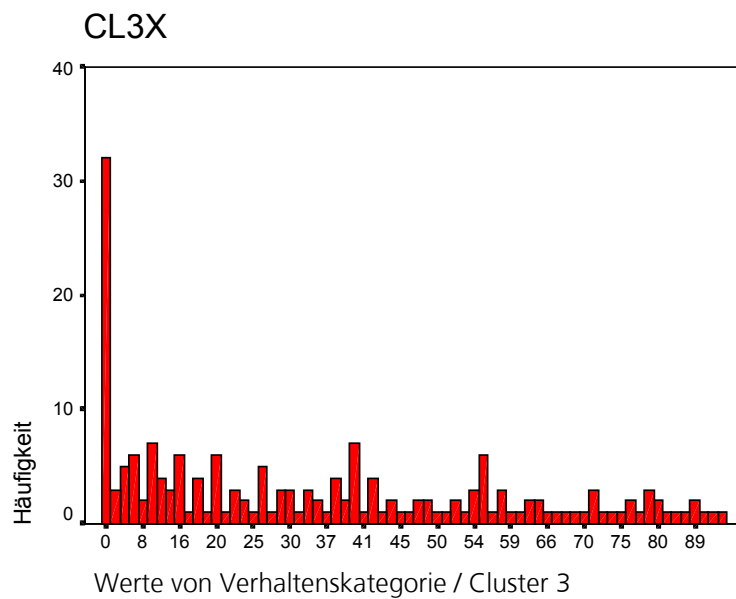


Abb. 24: *Modalwert von Cluster 3 in der französischen Stichprobe (Es gehen 184 Einheiten in die Berechnung ein, da für jede der 23 französischen Dyaden die Clusterwerte der acht interpersonalen Bezüge zugrundegelegt werden, s.o.)*

Die Abbildungen verdeutlichen, dass der Modalwert für Verhaltenskategorie 3 (Fokus andere: umsorgen, pflegen; Fokus selbst: genießen, sich annähern) über alle interpersonalen Bezüge in der deutschen und der französischen Stichprobe gleich 0 ist. In der deutschen Stichprobe repräsentiert der 0-Modus 8,9% der Verteilung (absolute Häufigkeit des 0-Wertes = 10, siehe Abb. 23), in der französischen Stichprobe repräsentiert der 0-Modus 17,4 % der Verteilung (absolute Häufigkeit des 0-Wertes = 32, siehe Abb. 24). $H_{3,1}$ ist somit bestätigt.

Die Ergebnisse zu $H_{3,2}$ sind in Tabelle 23 dargestellt. Neben dem Modalwert und seiner Häufigkeit in der Verteilung findet sich für jedes Item eine Angabe über die zweithäufigste Ankreuzung und ihre Häufigkeit in der Verteilung. Dadurch kann entschieden werden, ob für eine Verteilung lediglich der Modalwert oder noch ein zweiter Wert, der unter Umständen eine ganz andere Tendenz hat, von Bedeutung ist. Komplettiert wird die Tabelle durch eine Angabe über die Anzahl ausgelassener Ankreuzungen, sog. missing data, die hier im Sinne einer Antwortvermeidung interpretiert werden können.

Da die Ergebnisse der deutschen und französischen Stichprobe weitgehend übereinstimmende Tendenzen aufweisen, wird sich die Ergebnisdeskription zu dieser Hypothese auf die Resultate beider Nationalstichproben beziehen.

Tabelle 23*Häufigkeitstabelle der Ankreuzungen bei den zu Cluster 3 gehörenden Items*

Items von Cluster 3	deutsche Stichprobe N=14			französische Stichprobe N=23		
	Modalwert (Häufigkeit in %)	zweithäufigster Wert der Ver- teilung (Häu- figkeit in %)	Anzahl der missing data (Häu- figkeit in %)	Modalwert (Häufigkeit in %)	zweithäufigster Wert der Ver- teilung (Häu- figkeit in %)	Anzahl der missing data (Häu- figkeit in %)
8. Mit gutem Gefühl nimmt er meine Hilfe und Fürsorge an. (242)	0 (28,6)	80 17,9	-	99 (26,1)	90 (17,4)	1 (1,1)
14. Im körperlichen Kontakt mit mir reagiert er sehr lustvoll, glücklich und mit Freude und Liebe. (210)	0 (83,9)	50 3,6	2 (3,6%)	0 (44,6)	50 (17,4)	-
15. Herzlich und freundlich fordert er mich auf, mit ihm zusammen zu sein, so oft ich mag. (141)	0 (82,1)	10 7,1	1 (1,8%)	0 (47,8)	10 (8,7)	-
16. Er ist gern in meiner Nähe und freut sich von Herzen, mit mir zusammen zu sein. (241)	0 (25)	50 19,6	-	70 (15,2)	80 (14,1)	1 (1,1%)
18. Mit sanfter und liebevoller Zärtlichkeit sucht er körperlichen Kontakt mit mir, wenn ich es mag. (110)	0 (89,3)	10 3,6	1 (1,8%)	0 (87,0)	10 (4,3)	-
21. Liebevoll und voller Freude heißt er mich willkommen. (111)	50 (21,4)	0 19,6	-	0 (38,0)	50 (13,0)	-
28. Er streichelt mich, wendet sich mir sanft und liebevoll zu, ohne eine Gegenleistung zu verlangen. (112)	0 (94,6)	10 1,8	-	0 (88,0)	10 (2,2)	-
37. Er sorgt für mich, ist fürsorglich, kümmert sich um mich. (142)	0 (32,1)	10 16,1	-	0 (59,8)	10 (9,8)	1 (1,1)
62. Er entspannt sich, genießt es und fühlt sich wohl dabei, wenn er mit mir zusammen ist. (212)	80 (17,9)	50 16,1	-	50 (20,7)	0 (16,3)	-
69. Er ist glücklich und voller Freude mit mir zusammen zu sein. (211)	0 (19,6)	50 19,6	1 (1,8%)	0 (30,4)	60 (16,3)	1 (1,1%)

Anmerkungen. Von den dreistelligen Ziffern in den Klammern hinter den Items zeigt die erste Stelle den Fokus, die zweite den Quadranten, die dritte das Itemthema an

Die Tabelle zeigt für alle Items von Cluster 3, dass

- **die Anzahl der missing data so gering ist, dass sie vernachlässigt werden kann.** Das macht deutlich, dass den teilnehmenden Therapeuten und Klienten eine Auseinandersetzung mit den Items möglich war und ihr Umgang damit nicht vermeidend war.

Die Tabelle bestätigt für die Items 14, 15, 18, 28, dass

- **diese Items der Mehrzahl der Probanden eine 0-Ankreuzung erhalten haben.** In beiden Nationalstichproben tritt bei diesen Items der Modalwert von 0 mit Häufigkeiten von minimal 44% bis maximal 94,6% in den jeweiligen Verteilungen auf. Die Häufigkeiten der zweithäufigsten Ankreuzungen von minimal 1,8% bis maximal 17,4% bei diesen Items zeigt, dass die zweithäufigsten Ankreuzungen eine untergeordnete Bedeutung haben. Das Antwortverhalten der Probanden für Item 14, 15, 18 und 28 ist demnach eindeutig durch den 0-Modus repräsentiert. Somit ist der erste Teil von $H_{3,2}$ bestätigt.

Die Tabelle zeigt für die Items 8, 16, 21, 37, 62, 69¹⁰, dass

- **bei Item 37 das Antwortverhalten deutscher und französischer Probanden eindeutig durch einen Modalwert von 0 repräsentiert wird.** Die zweithäufigste Ankreuzung für dieses Item liegt bei 10, was sich auf der Antwortskala direkt neben 0 findet. Diese Niedrigankreuzungen können bei den vorliegenden Stichproben nicht mit mangelnder Beziehungsqualität in Verbindung gebracht werden, da selbige nach den Ergebnissen zu H_2 als sehr positiv beurteilt werden muss. Durch ihre Antworttendenz zeigen deutsche und französische Probanden hier deutlich, dass ihnen dieses Item zur Beschreibung ihrer Beziehung nicht passend erscheint.
- **bei Item 16 und 62 deutlich erkennbar ist, dass 0-Ankreuzungen nicht im Vordergrund stehen.** Obwohl in der deutschen Stichprobe bei Item 16 ein Modalwert von 0 und in der französischen Stichprobe bei Item 62 0 als zweithäufigster Wert erscheint, weist die Tendenz der übrigen Werte für diese beiden Items darauf hin, dass Therapeuten und

¹⁰ 8. Mit gutem Gefühl nimmt er meine Hilfe und Fürsorge an.

16. Er ist gern in meiner Nähe und freut sich von Herzen, mit mir zusammen zu sein.

21. Liebevoll und voller Freude heißt er mich willkommen.

37. Er sorgt für mich, ist fürsorglich, kümmert sich um mich.

62. Er entspannt sich, genießt es und fühlt sich wohl dabei, wenn er mit mir zusammen ist.

69. Er ist glücklich und voller Freude mit mir zusammen zu sein.

Klienten die beiden Items gleichermaßen nutzen, um sich und ihren Interaktionspartner positiv zu beschreiben.

- **sich bei Item 8, 21, 69 0-Ankreuzungen und Ankreuzungen im oberen Skalenbereich im Prozentsatz der Häufigkeiten die Waage halten.** Dies lässt sich unter Umständen dadurch erklären, dass rollenabhängig die eine Hälfte der Probanden (z.B. alle Therapeuten) dem jeweiligen Item zugestimmt und die andere Hälfte (z.B. alle Klienten) das selbe Item als nicht zutreffend für sich oder den anderen beurteilt haben. Somit gestaltet sich die Beantwortung dieser Items in der Therapeut-Klient-Beziehung zwar rollenabhängig, dennoch kann man aber davon ausgehen, dass die Items als beziehungsadäquat empfunden werden.

Zusammenfassend kann bestätigt werden, dass gemäß $H_{3,2}$ die Items 14, 15, 18 und 28 von der Mehrzahl der Probanden eine 0-Ankreuzung erhalten haben. Nicht erwartungsgemäß wurde Item 37 auch am häufigsten mit einer 0-Ankreuzung versehen. Die Items 8, 16, 21, 62 und 69 erhielten von der Mehrzahl oder mindestens der Hälfte der Probanden keine 0-Ankreuzung. Den Ergebnissen zufolge ist davon auszugehen, dass bis auf Item 14, 15, 18, 28 und 37 alle Items von Cluster 3 von den Probanden der vorliegenden Stichprobe als der therapeutischen Beziehung angemessen beurteilt werden. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sich offensichtlich alle Therapeuten und Klienten in der Lage sahen, mit den Items von Cluster 3 beziehungsadäquat umzugehen.

4.1.1.4 Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: H_4

Mit H_4 wird überprüft, ob Therapeuten und Klienten das transitive Beziehungsverhalten der Verhaltenstherapeuten übereinstimmend als

- 1. helfend, beschützend (CI 1-4)
- 2. beaufsichtigend kontrollierend (CI 1-5)
- 3. bestätigend, verstehend (CI 1-2)

wahrnehmen.

Hierfür werden die Selbstbeschreibung des Therapeuten, in der dieser seinen transitivityen Umgang mit seinem Klienten darstellt (Bezug 5) und die Partnerbeschreibung des Klienten, mittels derer der Klient seinen Therapeuten in dessen transitivityem Beziehungsverhalten schildert (Bezug 7), analysiert.

Tabelle 24

Clustermittelwerte und Standardabweichungen von Bezug 5 und 7

Cluster Fokus andere	deutsche Stichprobe N = 14		französische Stichprobe N = 23	
	Bezug 5 Therapeuten	Bezug 7 Klienten	Bezug 5 Therapeuten	Bezug 7 Klienten
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
1-1: Autonomie gewähren, wegsehen	45,64 (11,20)	47,43 (15,23)	46,09 (18,25)	42,83 (17,81)
1-2: bestätigen, verstehen	80,21 (9,43)	78,43 (18,46)	75,83 (16,45)	71,30 (19,41)
1-3: umsorgen, pflegen	21,57 (9,65)	29,93 (18,29)	16,39 (15,57)	27,61 (28,16)
1-4: helfen, beschützen	63,07 (11,78)	76,29 (17,09)	63,87 (16,74)	68,00 (19,86)
1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben	35,00 (16,26)	23,00 (14,13)	27,09 (17,60)	31,22 (12,09)
1-6: herabsetzen, beschuldigen	1,50 (2,41)	6,43 (10,96)	1,09 (2,31)	3,61 (8,37)
1-7: zurückweisen, angreifen	1,86 (3,46)	2,14 (4,11)	2,83 (4,77)	3,87 (10,24)
1-8: ignorieren, vernachlässigen	2,36 (3,65)	2,43 (4,07)	1,87 (3,44)	3,17 (8,25)

Anmerkungen. M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung

Ordnet man die Clustermittelwerte für Bezug 5 (Therapeuten) und 7 (Klienten) aus Tabelle 24 ihrem absoluten Betrag nach absteigend, zeigt sich, dass in Bezug 5 und 7 die Cluster 2, 4 und 1 in der Rangreihe der acht Clusterwerte *bei Therapeuten wie Klienten beider Nationalstichproben* die drei höchsten Mittelwerte einnehmen.

Das heißt, dass das transitive Therapeutenverhalten durch die Mittelwerte von Therapeuten und Klienten als

- 1. bestätigend, verstehend (CI 1-2)
- 2. helfend, beschützend (CI 1-4)
- 3. Autonomie gewährend (CI 1-1)

beschrieben wird. Abbildung 25 verdeutlicht dies in einem Balkendiagramm.

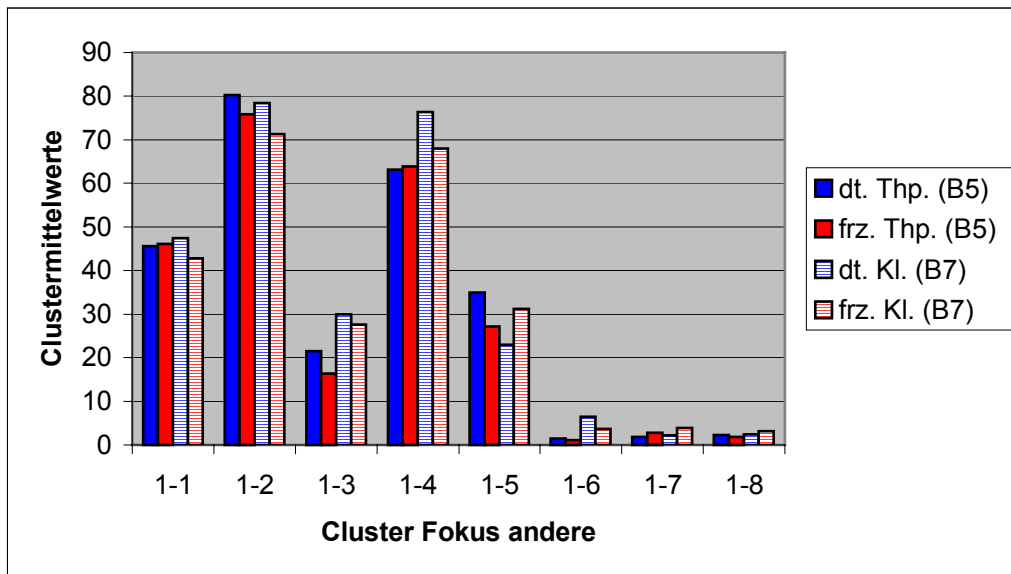


Abb. 25: *Transitives Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: Clustermittelwerte von Bezug 5 (Therapeuten) und Bezug 7 (Klienten); (CI 1-1: Autonomie gewähren, wegsehen; CI 1-2: bestätigen verstehen; CI 1-3: umsorgen, pflegen; CI 1-4: helfen, beschützen; CI 1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; CI 1-6: herabsetzen, beschuldigen; CI 1-7: zurückweisen, angreifen; CI 1-8: ignorieren, vernachlässigen)*

In Bezug auf die Ausgangshypothese können also weder die Rangfolge der Cluster, noch die Cluster selbst bestätigt werden. Auf der Interdependenzdimension spielt „Autonomie gewähren“ (CI 1-1) im therapeutischen Verhalten wohl eine größere Rolle als das im SASB-Modell diametral entgegengesetzte „Kontrolle ausüben“ (CI 1-5).

Um allerdings eine Aussage über die *Übereinstimmung* von Therapeuten und Klienten in der Sichtweise des transitiven Therapeutenverhaltens treffen zu können, muss die Beziehung der Clusterwerte von Bezug 5 und 7 statistisch geprüft werden. Hierfür wird zur Testung der Mittelwertdifferenzen eine einfaktorische multivariate Varianzanalyse und zur Überprüfung von Zusammenhängen eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson gerechnet. Die einfaktorische multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. Therapeuten / Bezug 5, 2. Klienten / Bezug 7) und den Clustermittelwerten als abhängigen Variablen (Tabelle A-2 im Anhang) zeigt, dass sich französische Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten nicht signifikant unterscheiden (Hotelling's $T^2 = 0,182$), während der Gruppenunterschied in der deutschen Stichprobe signifikant ist (Hotelling's $T^2 = 0,048$). Die Einzeltestungen verdeutlichen, dass deutsche Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten das transitive Therapeutenverhalten auf Cluster 4 ($df = 1$; $F = 5,673$; $p = 0,025^*$) und 5 ($df = 1$; $F = 4,343$; $p = 0,047^*$) signifikant ($\alpha = 0,05\%$) verschieden beurteilen. Dies lässt den inhaltlichen Schluss zu, dass

1. die deutschen Klienten ihre Therapeuten als „helfender, beschützender“ (CI 1-4) wahrnehmen als diese sich selbst in der Beziehung zu ihren Klienten erleben,
2. die deutschen Therapeuten sich selbst als „kontrollierender“ (CI 1-5) ihren Klienten gegenüber beschreiben als sie von ihren Klienten wahrgenommen werden.

Trotz diesen nur geringfügigen Mittelwertunterschieden zwischen Bezug 5 und 7 ergibt die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson auf Clusterebene keinerlei signifikante Zusammenhänge für das transitive Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten in den beiden Nationalstichproben. Dies erklärt sich aus der sehr viel größeren Streuung der Clusterwerte in der Klientenstichprobe (siehe Tabelle 24), womit zum Ausdruck kommt, dass die Klienten das transitive Therapeutenverhalten sehr viel weniger übereinstimmend beurteilen als die Therapeuten. Abbildungen 26 und 27 veranschaulichen für die deutsche Stichprobe, dass es trotz nahezu identischer Stichprobenmittelwerte auf Cluster 1-2 (bestätigen, verstehen) von $M_{Thp.} = 80,21$ und $M_{Kl.} = 78,43$ keinen linearen Zusammenhang zwischen der Sichtweise der Therapeuten und der Klienten geben kann, da den durchgängig hohen individuellen Clusterwerten

der Therapeutenstichprobe extrem hohe wie extrem niedrige individuelle Werte auf Klientenseite entgegengesetzt werden.

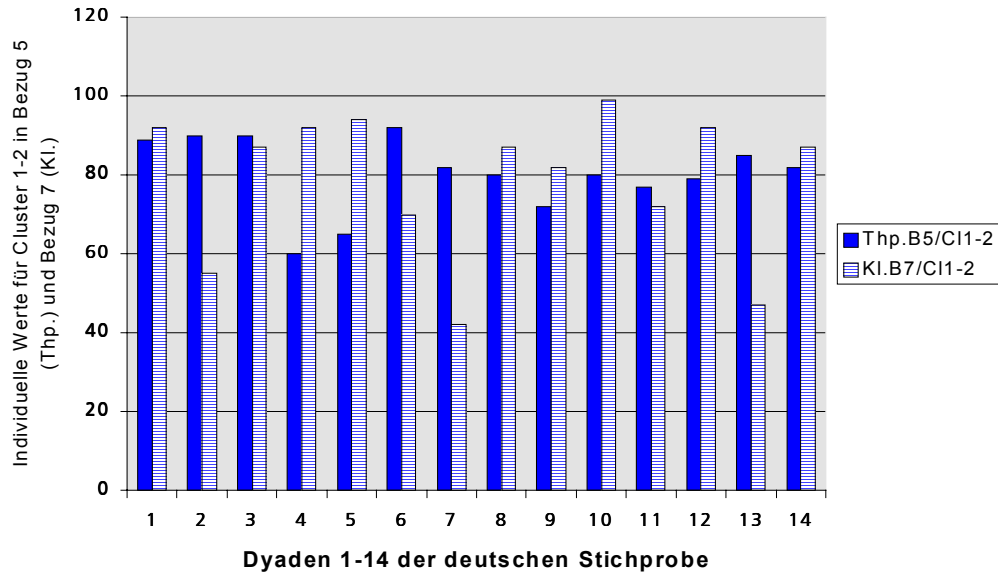


Abb. 26: Individuelle Werte für Cluster 1-2 (bestätigen, verstehen) pro Therapeut-Klient-Dyade in der Selbstbeschreibung der Therapeuten (Bezug 5) und der Partnerbeschreibung der Klienten (Bezug 7) zum transiti-ven Therapeutenverhalten

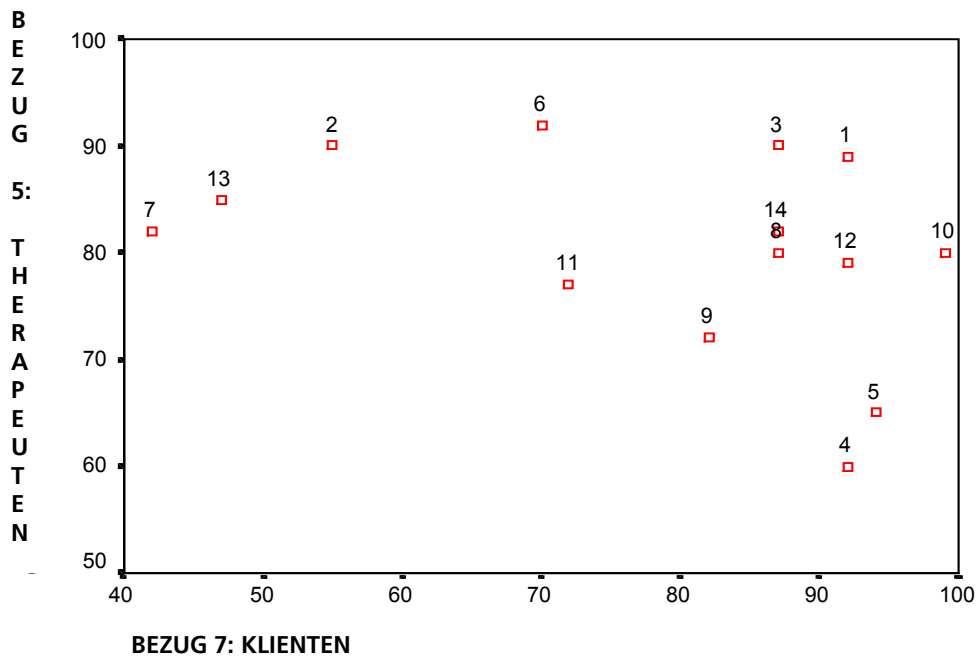


Abb. 27: Punktdiagramm zur Darstellung des korrelativen Zusammenhanges der Therapeutenwerte (Bezug 5) und Klientenwerte (Bezug 7) für Cluster 1-2 (Die Korrelationskoeffizienten der einzelnen Dyaden sind durch ihre Nummerierung (vgl. Abbildung 26) identifizierbar).

Die Ergebnisse zeigen, dass das transitive Therapeutenverhalten nur von einem Teil der Klienten in Übereinstimmung mit ihren Therapeuten beurteilt wird. Zusammenfassend wird das Fazit gezogen, dass das transitive Therapeutenverhalten durch die Clustermittelwerte von Therapeuten (Bezug 5) und Klienten (Bezug 7) als

1. bestätigend, verstehend (CI 1-2)
2. helfend, beschützend (CI 1-4)
3. Autonomie gewährend (CI 1-1)

beschrieben wird.

Eine Übereinstimmung zwischen Therapeuten und Klienten hinsichtlich der Beurteilung des transitiven Therapeutenverhaltens im Sinne eines korrelativen Zusammenhangs kann nicht bestätigt werden. H_4 wird damit widerlegt.

4.1.1.5 Zusammenhang zwischen der Kontrollwahrnehmung des Klienten und seiner Wertschätzung für den Therapeuten: H₅

In Anlehnung an die Ergebnisse der Bochumer Angsttherapiestudie wird mit H₅ untersucht, ob die subjektive Kontrollwahrnehmung des Klienten mit seiner positiven Wertschätzung für den Therapeuten korreliert ist.

Die *Kontrollwahrnehmung des Klienten* wird über die transitive Verhaltenskategorien

- „Helfen, beschützen“ (CI 1-4) im Sinne eines „strukturierenden Lenkungsaspektes“
- „Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben“ (CI 1-5) im Sinne eines „stärker kontrollierenden Lenkungsaspektes“,

die *positive Wertschätzung des Klienten für seinen Therapeuten* über die intransitiven Verhaltenskategorien

- „Genießen, sich annähern“ (2-3) und
- „Vertrauen, sich verlassen auf“ (2-4)

erfasst.

Es wird erwartet, dass die Werte auf Cluster 4 und 5 der transitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 9: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, transitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus andere) mit den Werten auf Cluster 3 und 4 der intransitiven Selbstbeschreibung des Klienten (Bezug 10: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst) positiv korreliert sind.

Gerechnet wird eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson über alle acht Cluster der transitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 9) und der intransitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 10). Die Ergebnisse sind in der nachfolgenden Tabelle 25 auszugsweise - bezogen auf die interessierenden Cluster – dargestellt.

Tabelle 25

Produkt-Moment-Korrelation von Bezug 9 und Bezug 10: Ergebnisse für die Zusammenhänge von CI 1-4 und CI 1-5 (Bezug 9) mit CI 2-3 und CI 2-4 (Bezug 10)

		Deutsche Klienten N = 14		Französische Klienten N = 23		
		Bezug 10		Bezug 10		
		CI 2-3	CI 2-4	CI 2-3	CI 2-4	
Bezug 9	CI 1-4	r=0,55* p=0,022	r=0,6** p=0,01	CI 1-4	r=0,61*** p=0,001	r=0,53** p=0,004
	CI 1-5	r=0,34 p=0,114	r=0,43 p=0,063	CI 1-5	r=0,32 p=0,067	r=0,225 p=0,151

Anmerkungen. CI 1-4= helfen, beschützen; CI 1-5= beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; CI 2-3= genießen, sich annähern; CI 2-4= vertrauen, sich verlassen auf; *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001 bei einseitiger Testung

Tabelle 25 zeigt übereinstimmend für beide Stichproben, zwar keine signifikanten Korrelationen zwischen „Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben“ (CI 1-5) und „Genießen, sich annähern“ (CI 2-3) und „Vertrauen, sich verlassen auf“ (CI 2-4), jedoch signifikante bis hoch signifikante Zusammenhänge zwischen „Helfen, beschützen“ (CI 1-4) und „Genießen, sich annähern“ (CI 2-3) und „Vertrauen, sich verlassen auf“ (CI 2-4).

Im Sinne der in Anlehnung an Fiedler & Rogge (1991) vorgenommenen Differenzierung von Lenkungsverhalten bzw. Kontrolle nach einem „strukturierenden“ (CI 1-4) und einem „stärker kontrollierenden Lenkungsaspekt“ (CI 1-5), machen die Ergebnisse deutlich, dass das Wohlbefinden der Klienten in der Therapie in positivem linearem Zusammenhang mit dem subjektiven Empfinden, strukturierend auf die Therapie Einfluss zu nehmen, steht. Für Klienten, die sich in der verhaltenstherapeutischen Beziehung wohl fühlen, geht es also nicht darum, autoritär zu kontrollieren (CI 1-5), sondern kooperativen Einfluss zu haben.

H₅ kann demnach nur für den signifikanten Zusammenhang zwischen Cluster 4 der transitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 9: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, transitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus andere) mit den Werten auf Cluster 3 und 4 der intransitiven Selbstbeschrei-

bung des Klienten (Bezug 10: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst) bestätigt werden.

Darüber hinaus weist die zur Hypothesenprüfung durchgeführte Produkt-Moment-Korrelation noch auf weitere unerwartete Zusammenhänge zwischen transitiver und intransitiver Selbstbeschreibung der Klienten hin. Sie werden nachfolgend für die deutsche Stichprobe beschrieben.

Tabelle 26

Matrix signifikanter Korrelationen der transitiven (Bezug 9) und intransitiven (Bezug 10) Selbstbeschreibung der deutschen Klienten (N=14)

		B E Z U G 10							
		CI 2-1	CI 2-2	CI 2-3	CI 2-4	CI 2-5	CI 2-6	CI 2-7	CI 2-8
B	CI 1-1	r=0,9*** p= 0,000	-	r=0,55* p=0,022	-	-	-	-	r=0,5* p=0,035
	CI 1-2	-	r=0,8*** p=0,000	-	r=0,8*** p=0,000	-	-	-	-
E	CI 1-3	-	-	r=0,8*** p=0,000	r=0,66** p=0,005	-	-	-	-
Z	CI 1-4	-	-	r=0,55* p=0,022	r=0,6** p=0,01	-	-	-	r=0,47* p=0,04
U	CI 1-5	-	-	-	-	-	r=0,5* p=0,03	r=0,56* p=0,02	r=0,55* p=0,02
G	CI 1-6	-	-	-	-	-	r=0,6* p=0,012	r=0,66** p=0,005	r=0,56* p=0,02
9	CI 1-7	-	-	-	-	-	r=0,7** p=0,006	r=0,67** p=0,004	r=0,64** p=0,007
	CI 1-8	-	-	-	-	-	-	-	r=0,46* p=0,05

Anmerkungen. Cluster der transitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 9): 1-1=Autonomie gewähren, wegsehen; 1-2=bestätigen, verstehen; 1-3=umsorgen, pflegen; 1-4=helfen, beschützen; 1-5=beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; 1-6=herabsetzen, beschuldigen; 1-7=zurückweisen, angreifen; 1-8=ignorieren, vernachlässigen; **Cluster der intransitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 10):** 2-1=sich durchsetzen, separieren; 2-2=sich öffnen, offenbaren; 2-3=genießen, sich annähern; 2-4=vertrauen, sich verlassen auf; 2-5=sich unterwerfen, nachgeben; 2-6=schmollen, beschwichtigen, sich rechtfertigen; 2-7=protestieren, sich zurückziehen; 2-8=ausweichen, sich verschließen; *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01; ***p ≤ 0,001 bei einseitiger Testung

Bei Betrachtung von Tabelle 26 erübrigt sich eine weitere grafische Darstellung, da bereits durch die Zellenbesetzung innerhalb der Matrix das Muster linearer Zusammenhänge zwischen Bezug 9 und 10 deutlich wird: Es korrelieren überwiegend solche Cluster miteinander, die auf der Fokusebene „Andere“ und „Selbst“ räumlich gesehen an derselben Stelle liegen. Es besteht ein positiver linearer Zusammenhang zwischen freundlichen transitiven Verhaltensweisen und freundlichen intransitiven Verhaltensweisen sowie zwischen feindseligen transitiven Verhaltensweisen und feindseligen intransitiven Verhaltensweisen der deutschen Klienten. Auf die Inhalte der Cluster bezogen, bedeutet dies:

- Klienten, die der Meinung sind, dass sie sich ihrem Therapeuten öffnen (CI 2-2), sich ihm annähern (CI 2-3) und ihm vertrauen (CI 2-4), nehmen sich ihrem Therapeuten gegenüber ebenso verstehend (CI 1-2), umsorgend (CI 1-3) und helfend (CI 1-4) wahr.
- Klienten, die sich in der Beziehung zu ihrem Therapeuten kontrollierend (CI 1-5), herabsetzend (CI 1-6) und zurückweisend (CI 1-7) beschreiben, erleben sich gleichzeitig in einer defensiven Haltung, die gekennzeichnet ist durch Rechtfertigung (CI 2-6), Protest (CI 2-7) und ausweichendem Verhalten (CI 3-8).

Bei Betrachtung von Tabelle 26 fällt zusätzlich auf, dass nicht alle signifikanten Korrelationen zwischen transitiven und intransitiven Verhaltenskategorien dem beschriebenen Komplementaritätsprinzip folgen. Die Korrelation von Cluster 1-4 (helfen, beschützen) und Cluster 2-8 (ausweichen, sich verschließen) weist darauf hin, dass im Zusammenspiel transitiven und intransitiven Verhaltens auch Gegensätze auftreten können, wie sie Benjamin als „opposites“ für interpersonales Verhalten beschreibt (siehe Kap. 2.3.2.2). Sie sind Ausdruck von Ambivalenzen, die wohl gerade für das Beziehungsverhalten von Klienten besonders charakteristisch sind. Es steht außer Frage, dass die beschriebenen Ergebnisse in Beziehung mit den Eigenschaften der untersuchten Klientenstichprobe (" soziodemografische Merkmale) zu sehen sind. In Bezug auf die Ausgangshypothese H_5 zeigen sie jedoch noch einmal deutlich, dass

- Klienten, die sich in der verhaltenstherapeutischen Beziehung wohl fühlen, das Empfinden haben, strukturierend Einfluss zu nehmen und umgekehrt. Im Zusammenhang mit Cluster 1-2 (bestätigen, verstehen) und

1-3 (umsorgen, pflegen) kann diese Einflussnahme kann sogar im Sinne einer Übernahme von Verantwortung für den therapeutischen Prozess bzw. den Therapeuten interpretiert werden.

- Klienten, die sich in der verhaltenstherapeutischen Beziehung nicht wohl fühlen, die Einschätzung haben, ihren Therapeuten herabzusetzen und anzugreifen, also negativ zu kontrollieren und umgekehrt.

4.1.1.6 Zusammenhang zwischen dem Introjekt des Therapeuten und seinem Beziehungsverhalten: H_6

Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3.1.1.6 erläuterten empirischen Ergebnisse von Henry, Schacht und Strupp (1990) und der im Rahmen der interpersonalen Theorie betonten besonderen Bedeutung des Introjektes für das interpersonale Geschehen, ergründet H_6 den Zusammenhang zwischen dem Introjekt (Bezug 1) des Therapeuten und seinem Beziehungsverhalten (erfasst aus der Sicht des Klienten: Bezug 7 und 8). Erwartet wird ein korrelativer Zusammenhang zwischen dem Introjekt der Therapeuten (Bezug 1) und ihrem Beziehungsverhalten, erfasst als transitive (Bezug 7) und intransitive (Bezug 8) Partnerbeschreibung der Klienten. Es wird auf Quadrantenebene eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson gerechnet, die den linearen Zusammenhang zwischen Bezug 1 (therapeutisches Introjekt) und Bezug 7 und 8 (therapeutisches Beziehungsverhalten aus der Sicht des Klienten) untersucht. Weder in der deutschen noch in der französischen Stichprobe lassen sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Introjekt der Therapeuten (Bezug 1) und ihrem intransitiven Beziehungsverhalten aus Sicht der Klienten (Bezug 8) nachweisen.

Zwischen dem Introjekt der Therapeuten (Bezug 1) und ihrem transitiven Beziehungsverhalten (Bezug 7) zeigen sich in den beiden Nationalstichproben folgende statistisch bedeutsamen Zusammenhänge:

Tabelle 27

Signifikante Ergebnisse einer Produkt-Moment-Korrelation von therapeutischem Introjekt (Bezug 1) und transitivem Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten (Bezug 7)

Deutsche Stichprobe N = 14					Französische Stichprobe N = 23						
		Bezug 7 transitives Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten						Bezug 7 transitives Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten			
		QdI	QdII	QdIII	QdIV			QdI	QdII	QdIII	QdIV
Bezug 1 Introjekt Thera- peut	QdI	-	-	-	-	Bezug 1 Introjekt Thera- peut	QdI	-	-	-	-
	QdII	-	-	-	-		QdII	-	-	-	-
	QdIII	-	-	r=0,45* p=0,05	-		QdIII	-	r=0,49** p=0,008	r=0,36* p=0,047	-
	QdIV	-	-	-	-		QdIV	-	-	-	-

Anmerkungen. Quadranten für Bezug 1 (Introjekt): Qd I = Das Selbst freundlich annehmen; Qd II = Das Selbst vernachlässigen; Qd III = Das Selbst unterdrücken; Qd IV = Das Selbst pflegen und gestalten; **Quadranten für Bezug 7 (transitives Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten):** Qd I = Freundlich Autonomie ermutigen; Qd II = Feindselig Autonomie hervorrufen; Qd III = Feindselig Macht ausüben; Qd IV = Freundlich beeinflussen; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$ bei einseitiger Testung

Tabelle 27 zeigt für beide Nationalstichproben einen positiven linearen Zusammenhang für Quadrant III der therapeutischen Introjekte (= Das Selbst unterdrücken) und Quadrant III des transitiven Therapeutenverhaltens aus Sicht der Klienten (= Feindselig Macht ausüben). Das bedeutet, dass Therapeuten, deren Umgang mit sich selbst durch die Unterdrückung eigener Bedürfnisse und Selbstanklage gekennzeichnet ist, von ihren Klienten als herabsetzend und feindselig Macht ausübend erlebt werden.

In der französischen Stichprobe wird dies darüber hinaus noch durch einen positiven linearen Zusammenhang von Quadrant III der therapeutischen Introjekte (= Das Selbst unterdrücken) und Quadrant II des transitiven Therapeutenverhaltens aus Sicht der Klienten (= Feindselig Autonomie hervorrufen) ergänzt. Demnach erfahren Klienten ihre Therapeuten mit negativem Introjekt nicht nur als feind-

selig Kontrolle ausübend, sondern auch als vernachlässigend und desinteressiert.

Es zeigen sich keinerlei positive lineare Zusammenhänge bei positivem therapeutischem Introjekt, so dass in Bezug auf H_0 *kein allgemeiner* Zusammenhang zwischen dem Umgang der Therapeuten mit sich selbst und seinem Beziehungsverhalten aus Sicht der Klienten bestätigt werden kann. Es besteht vielmehr ein positiver linearer Zusammenhang zwischen Quadrant III der therapeutischen Introjekte und Quadrant III ihres transitiven Beziehungsverhaltens aus Sicht der Klienten. Demnach zeigen Therapeuten mit negativem Introjekt ein ebenso negatives Beziehungsverhalten aus Sicht ihrer Klienten. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Henry, Schacht und Strupp (1990) überein und zeigt darüber hinaus, dass sich ein Zusammenhang zwischen negativem therapeutischem Introjekt und negativem therapeutischem Beziehungsverhalten auch dann bestätigen lässt, wenn der Umgang mit sich selbst der Therapeuten nicht mit der Einschränkung „in schlechten Zeiten“ erhoben wird (siehe Kapitel 3.1.1.6).

4.1.2 Der nationale Vergleich: Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe

Erläutert werden in diesem Abschnitt die Ergebnisse zu den explorativen Hypothesen 7-11, die sich mit den Unterschieden zwischen deutscher und französischer Stichprobe beschäftigen.

4.1.2.1 Umgang mit sich selbst: Selbstkontrolltendenzen in der deutschen und der französischen Stichprobe: H_7

Hypothese 7 geht, basierend auf den Ergebnissen Hofstede (1980), wonach sich die französische im Vergleich zur deutschen Gesellschaft durch eine stärkere Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung (\rightarrow UVI) und größere Akzeptanz von Machtdistanzen (\rightarrow MDI) auszeichnet, davon aus, dass die französische Stichprobe im Introjekt stärkere Selbstkontrolltendenzen zeigt als die deutsche Stichprobe. Es wird erwartet, dass die französischen Therapeuten und Klienten im Vergleich zu denen der deutschen Stichprobe signifikant höhere Werte auf Cluster 3-5, einen signifikant niedrigeren Autonomievektor und signifikant höhere CON-Koeffizienten im Introjekt aufweisen.

Es gilt nun zu analysieren, ob und wie der Faktor Nationalität (1. deutsch / 2. französisch) die Ausprägung der Parameter der Introjektebene beeinflusst. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass sich die Therapeuten und Klienten (Faktor Bezug: 1. Therapeuten / 2. Klienten) beider Nationalstichproben in ihrem Umgang mit sich selbst signifikant unterscheiden (\rightarrow Ergebnisse zu H_1 unter 4.1.1.1). Zur Anwendung kommt daher eine zweifaktorielle Varianzanalyse, die gleichermaßen den Einfluss des Faktors Nationalität (1. deutsch / 2. französisch), des Faktors Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und ihrer Interaktion auf die Ausprägung der interessierenden abhängigen Introjekt-Variablen untersucht.

Faktoren		NATIONALITÄT		
		deutsch	französisch	N:
B E Z U G	Therapeuten	14	23	37
		INTROJEKT		
	Klienten	14	23	37
	N:	28	46	74

Abb. 28: Zweifaktorielles Design zur Untersuchung von Hypothese 7

Die Durchführung einer zweifaktoriellen multivariaten Varianzanalyse mit Gruppenfaktor Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und Gruppenfaktor Nationalität (deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe / französische Therapeut-Klient-Stichprobe) und den Parametern der Introjektebene als abhängige Variablen zeigt für den Faktor Bezug ein hochsignifikantes (Hotelling's T^2 : $p=0,000$), für den Faktor Nationalität ein signifikantes (Hotelling's T^2 : $p=0,014$) und für die Interaktion der Faktoren kein signifikantes (Hotelling's T^2 : $p=0,784$) Ergebnis (siehe Tabelle 28). Über den Faktor Bezug lassen sich 33,5% der Varianz der abhängigen Variablen aufklären, wohingegen der Faktor Nationalität nur 4,94% der Varianz der abhängigen Variablen erklärt. Der Anteil an Varianz, der durch die Interaktion der Faktoren aufgeklärt wird, liegt unter 2%, was bereits durch den nicht signifikanten Hotelling's T^2 -Wert zu erwarten war.

Tabelle 28

Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und Gruppenfaktor Nationalität (deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe/ französische Therapeut-Klient-Stichprobe) und den Parametern der Introjektenebene als abhängige Variablen: Übersicht über die Ergebnisse der multivariaten Testung

Gesamtstichprobe				
N = 74				
Multivariate Testung				
Faktor Bezug (1. Therapeuten/2. Klienten)		0,000***		33,5%
Faktor Nationalität (1. deutsch/2. französisch)	Hotelling's T ² :	0,014*	Varianzaufklärung:	4,94%
Interaktion Bezug x Nationalität		0,784		1,83%

Die Ergebnisse der multivariaten Testung machen damit deutlich, dass

- die Interaktion zwischen den beiden Faktoren in ihrer Auswirkung auf die abhängigen Variablen zu vernachlässigen ist;
- ein sehr viel höherer Prozentsatz an Varianz über alle abhängigen Variablen durch den Faktor Bezug als durch den Faktor Nationalität aufgeklärt wird;
- die Varianz der abhängigen Variablen nur zu 40,27% durch die erfassten Faktoren erklärt werden kann. Auch unter Berücksichtigung eventueller Messfehler muss davon ausgegangen werden, dass die Introjektvariablen durch weitere nicht erfasste Faktoren (wie z.B. Ausbildung, Alter, Geschlecht der Therapeuten oder Störungsart oder –ausmaß, Alter und Geschlecht der Klienten) systematisch beeinflusst werden.

In Bezug auf die hier untersuchten Faktoren zeigt sich, dass die Ausprägung der Introjekt-Variablen in sehr viel stärkerem Maß durch den Status Therapeut bzw. Klient (Faktor Bezug) als durch die Nationalität (Faktor Nationalität) bestimmt wird. Dies bestätigt die Ergebnisse zu H₁, die einen weitgehend übereinstimmenden Trend der Introjektclustermittelwerte in beiden Nationalstichproben für die Gruppe der Verhaltenstherapeuten und für die Gruppe der Klienten aufzeigen konnten (siehe Abb. 29).

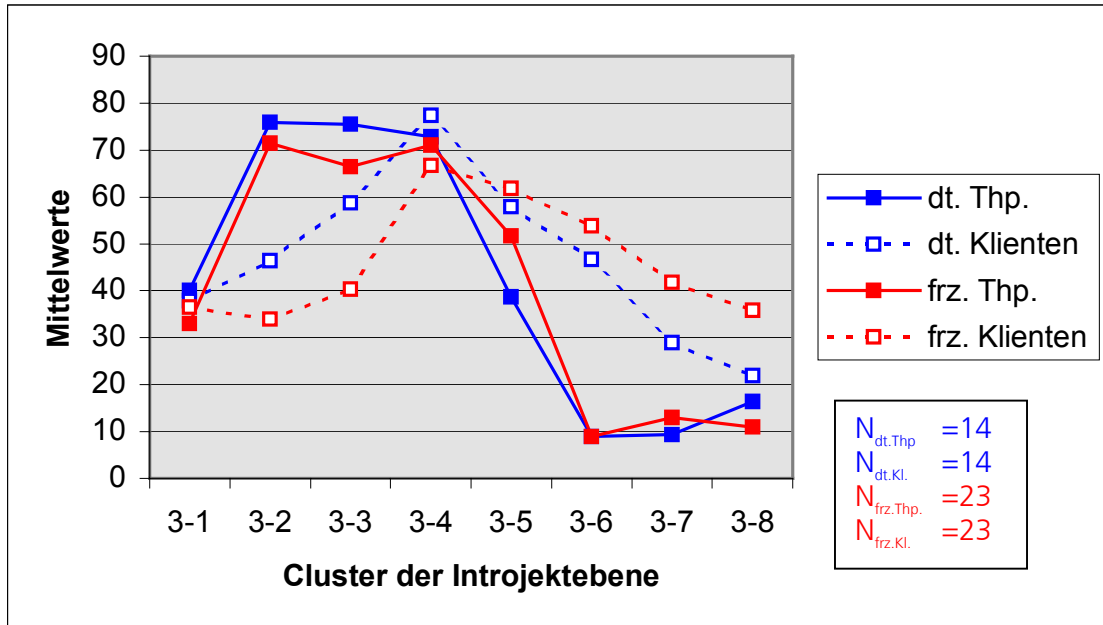


Abb. 29: *Introjektprofile von Therapeuten und Klienten beider Nationalstichproben (CI 3-1 (spontan, unbekümmert sein), CI 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschen), CI 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen), CI 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern), CI 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), CI 3-6 (sich selbst anklagen und unterdrücken), CI 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung), CI 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen))*

Die Ergebnisse der Einzeltestungen für den Faktor Bezug (siehe Tabelle 29) wiederholen somit die Befunde zu H_1 , wobei deutsche und französische Stichprobe im Rahmen der zweifaktoriellen Varianzanalyse als Gesamtstichprobe ausgewertet werden. Alle Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten sind selbst mit α -Adjustierung noch signifikant. Auf eine nochmalige Verbalisierung der Unterschiede zwischen Therapeuten und Klienten wird hier verzichtet und auf die Ergebnisdarstellung zu H_1 (\rightarrow 4.1.1.1) verwiesen.

Tabelle 29

Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und Gruppenfaktor Nationalität (deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe / französische Therapeut-Klient-Stichprobe) und den Parametern der Introjektenebene als abhängige Variablen: Übersicht über die Ergebnisse der univariaten Testung für den Faktor Bezug

Univariate Testung Faktor Bezug (1.Therapeuten/2.Klienten)						
α-Adjustierung ($\leq 5\%$): 0,004						
aV	Deutsche und französische Therapeuten		Deutsche und französische Klienten		p	α-Adj.
	M	SD	M	SD		
CI 3-1	35,65	11,18	37,05	13,3	0,812	
CI 3-2	73,19	13,33	38,68	22,23	0,000***	*
CI 3-3	69,86	15,59	47,27	22,42	0,000***	*
CI 3-4	71,72	15,41	70,76	12,89	0,977	
CI 3-5	46,76	20,76	60,38	19,18	0,003**	*
CI 3-6	8,92	8,67	51,10	23,88	0,000***	*
CI 3-7	11,59	10,29	36,97	19,74	0,000***	*
CI 3-8	13,02	10,52	30,57	18,37	0,000***	*
ZV_X	129,62	35,02	24,51	71,37	0,000***	*
AV_X	-11,16	33,88	-55,24	33,04	0,000***	*
ATK_Z	-1,73	0,426	-0,02	1,06	0,000***	*
CON_Z	0,85	0,2	0,99	0,53	0,064	
CFL_Z	0,004	0,185	0,25	0,37	0,001***	*

Anmerkungen. Abhängige Variablen: Cluster wie für Abbildung 29; ZV_X (hier: Zuneigung zu sich selbst); AV_X (hier: Fähigkeit, spontan und unbekümmert zu sein); ATK_Z (= Attack-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen selbstzerstörerisches Verhaltensmuster, bei negativem Vorzeichen Zuneigung zu sich selbst), CON_Z (= Control-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen: Selbstkontrolle bzw. -einschränkung, bei negativem Vorzeichen: freien und spontanen Umgang mit sich selbst), CFL_Z (= Conflict-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen einen konflikthafter Umgang mit sich selbst, der gleichermaßen durch Selbstablehnung wie Selbstpflege gekennzeichnet ist); *****p<0,001; **p<0,01; *p<0,05**

Die Ergebnisse der Einzeltestungen für den Faktor Nationalität zeigen mit α -Adjustierung signifikante Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe auf CI 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen), dem Zuneigungsvektor und dem Autonomievektor (Tabelle A-3 im Anhang). Die höheren Werte auf CI 3-3, dem Zuneigungsvektor und dem Autonomievektor deutscher Therapeu-

ten und Klienten sind charakteristisch für das Verhältnis der Introjektprofile deutscher und französischer Probanden (siehe Abb. 30): Während die deutschen Therapeuten und Klienten höhere Werte auf der rechten Seite des intrapersonalen Raums (Quadrant I: Das Selbst freundlich annehmen und Quadrant IV: Das Selbst pflegen und gestalten) haben, liegen die Werte der französischen Probanden auf der linken Seite des intrapersonalen Raums (Quadrant II: Das Selbst vernachlässigen und Quadrant III: Das Selbst unterdrücken) über den Werten der Deutschen. Der geringere Autonomievektor der Franzosen weist auf höhere Selbstkontrolltendenzen im Umgang mit sich selbst hin.

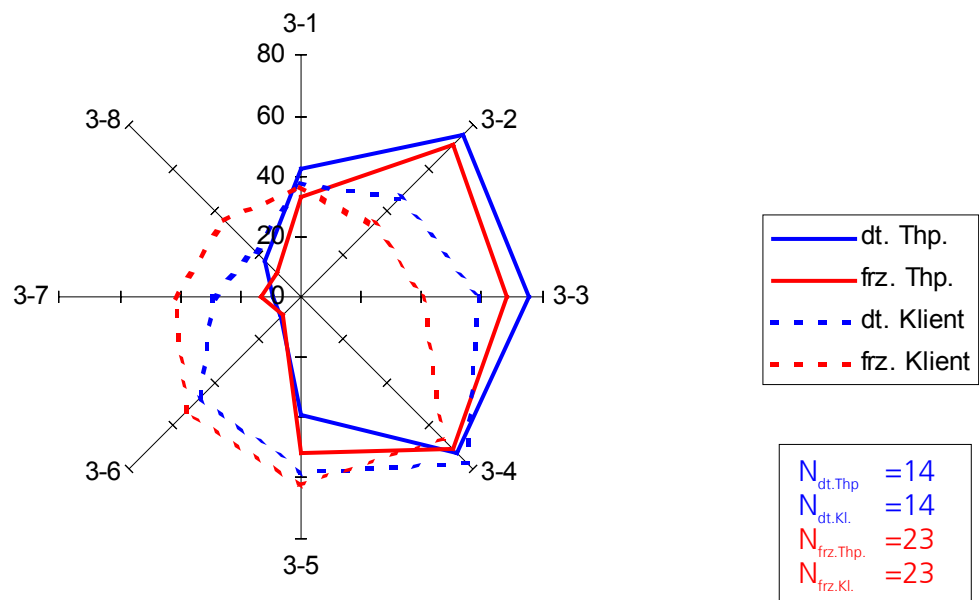


Abb. 30: Lokalisierung der Klienten- und der Therapeutenstichproben im *intra*-personalen Raum und ihr Verhältnis (CI 3-1 (spontan, unbekümmert sein), CI 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschen), CI 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen), CI 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern), CI 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), CI 3-6 (sich selbst anklagen und unterdrücken), CI 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung), CI 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen))

Die deutschen Therapeuten haben demnach etwas positivere Introjekte als ihre französischen Kollegen, sowie die deutschen Klienten ihren Umgang mit sich selbst positiver einschätzen als die französischen Klienten. Dennoch sind die Unterschiede zwischen deutschen und französischen Therapeuten sowie zwischen deutschen und französischen Klienten nicht signifikant, wie die Ergeb-

nisse der zur Kontrolle durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalysen (1.deutsch/2.französisch) für Therapeuten (Hotelling's T^2 : $p=0,409$) und Klienten (Hotelling's T^2 : $p=0,158$) bestätigen (Tab. A-4.1 und A-4.2 im Anhang). Dies war in Anbetracht der Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse, die bereits die besondere Bedeutung des Faktors Bezug vor dem Faktor Nationalität nachweisen konnte, nicht anders zu erwarten gewesen.

In Bezug auf die Ausgangshypothese H_1 , ermöglichen die Resultate es nicht, den französischen Therapeuten und Klienten signifikant höhere Selbstkontrolltendenzen im Sinne signifikant höherer Werte auf Cluster 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken) und signifikant höherer CON-Koeffizienten im Introjekt zu bestätigen. Der signifikant geringere Autonomievektor der Franzosen weist zwar auf höhere Selbstkontrolltendenzen im Umgang mit sich selbst hin, auf Cluster 3-5 und dem Control-Koeffizienten unterscheiden sich deutsche und französische Probanden allerdings nicht statistisch bedeutsam. Die Ergebnisse belegen darüber hinaus vielmehr, dass die Bedeutung der nationalen Zugehörigkeit für die Ausprägungen der Introjekt-Variablen der Zugehörigkeit zur Gruppe der Therapeuten bzw. der Klienten eindeutig nachgeordnet sind.

4.1.2.2 Therapeutenverhalten: Therapeutische Kontrolle aus der Sicht deutscher und französischer Therapeuten und Klienten: H_8 und H_9

Nach den Ergebnissen Hofstedes (1980) ist in Deutschland und Frankreich der Umgang mit Macht und Abhängigkeiten in gesellschaftlichen Beziehungen sehr unterschiedlich. Die beiden Nationalstichproben werden daher bezüglich Machtverteilung und Rollenverständnis innerhalb der verhaltenstherapeutischen Beziehung verglichen.

Mit H_8 wird untersucht, wie sich deutsche im Vergleich zu französischen Therapeuten in der Beziehung zu ihren Klienten darstellen. Fokussiert werden vor allem Unterschiede zwischen deutschen und französischen Therapeuten auf der Kontrolldimension. Von besonderem Interesse ist hierbei, ob sich zwischen deutschen und französischen Therapeuten ein Unterschied in Cluster 1-4 (helfen, beschützen) und 1-5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) zeigt. Fiedler und Rogge (1991) differenzieren Cluster 1-4 und 1-5 in einen „strukturierenden“ und „stärker kontrollierenden“ Aspekt therapeutischer Lenkung.

Die Ergebnisse Hofstedes (1980) weisen Frankreich als ein Land mit hohem Machtdistanzindex aus, womit zu erwarten ist, dass die französischen Therapeuten im Sinne der ihnen übertragenen Aufgabe ihre Klienten sehr viel stärker kontrollieren als ihre deutschen Kollegen. Es wird demzufolge erwartet, dass sich die französischen Therapeuten in ihrem transitiven Verhalten ihren Klienten gegenüber stärker kontrollierend beschreiben als die deutschen Therapeuten und somit höhere Werte auf Cluster 1-5 und dem CON-Koeffizienten haben ($H_{8,1}$). Hofstedes Ergebnisse lassen weitergehend erwarten, dass die deutschen Therapeuten für ihre Arbeitsbeziehung egalitäre Grundsätze verfolgen, weshalb sie sich wohl eher strukturierend lenkend darstellen und dementsprechend höhere Werte auf Cluster 1-4 haben als ihre französischen Kollegen ($H_{8,2}$). Durch die Bearbeitung von Hypothese 4, die sich nationalitätenunabhängig mit dem transitiven Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten beschäftigt hat, liegen bereits alle Clustermittelwerte von Bezug 5 (=transitive Selbstbeschreibung des Therapeuten), ihrem absoluten Betrag nach absteigend geordnet, für beide Nationalstichproben vor.

Tabelle 30

Mittelwerte mit Standardabweichungen für die Cluster der transitiven Selbstbeschreibung (= Bezug 5) deutscher und französischer Therapeuten

Transitives Therapeutenverhalten aus Sicht der Therapeuten (Bezug 5)			
Cluster Fokus andere	deutsche Thp. N=14 M (SD)	franz. Thp. N=23 M (SD)	
1-1: Autonomie gewähren, wegsehen	45,64 (11,20)	46,09 (18,25)	3.
1-2: bestätigen, verstehen	80,21 (9,43)	75,83 (16,45)	1.
1-3: umsorgen, pflegen	21,57 (9,65)	16,39 (15,57)	5.
1-4: helfen, beschützen	63,07 (11,78)	63,87 (16,74)	2.
1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben.	35,00 (16,26)	27,09 (17,60)	4.
1-6: herabsetzen, beschuldigen	1,50 (2,41)	1,09 (2,31)	
1-7: zurückweisen, angreifen	1,86 (3,46)	2,83 (4,77)	
1-8: ignorieren, vernachlässigen	2,36 (3,65)	1,87 (3,44)	

Anmerkungen. M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung; die Rangfolge ist in der rechten Spalte markiert

Wie in Tabelle 30 dargestellt, zeigen die Ergebnisse einer einfaktoriellen, multivariaten Varianzanalyse (Hotelling's T²: $p = 0,188$), dass sich deutsche und französische Verhaltenstherapeuten in ihrer transitiven Selbstwahrnehmung (= Bezug 5) auf keinem der Cluster signifikant unterscheiden. Ein Vergleich der Stichprobenvarianzen mittels F-Test zeigt jedoch, dass die Streuungen der individuellen Messwerte der französischen Therapeuten für CI 1-1 ($F=2,65^*$), CI 1-2 ($F=3,04^*$) und CI 1-3 ($F=2,6^*$) auf dem 5%-Niveau signifikant größer sind als die Streuungen der deutschen Therapeuten (siehe Abb. 31). Somit ist die Selbsteinschätzung der französischen Therapeuten auf den Clustern 1-1 (Autonomie gewähren, wegsehen), 1-2 (bestätigen, verstehen) und 1-3 (umsorgen, pflegen) weniger homogen als die Selbstbeschreibung der deutschen Therapeuten.

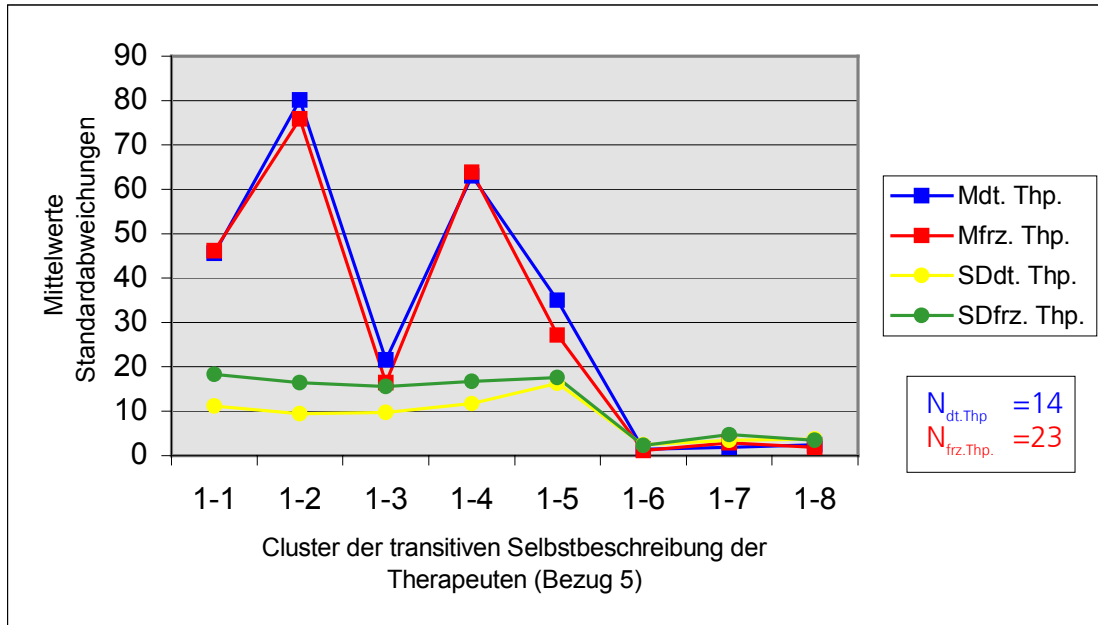


Abb. 31: Profile der transitiven Selbstbeschreibung deutscher und französischer Therapeuten (Bezug 5): Mittelwerte und Standardabweichungen (Cl 1-1: Autonomie gewähren, wegsehen; Cl 1-2: bestätigen, verstehen; Cl 1-3: umsorgen, pflegen; Cl 1-4: helfen, beschützen; Cl 1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; Cl 1-6: herabsetzen, beschuldigen; Cl 1-7: zurückweisen, angreifen; Cl 1-8: ignorieren, vernachlässigen)

Auf Grundlage der Clustermittelwerte der transitiven Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten kann man davon ausgehen, dass deutsche und französische Verhaltenstherapeuten ihr transitives Beziehungsverhalten übereinstimmend als

- 1. Cl 1-2: bestätigend, verstehend
- 2. Cl 1-4: helfend, beschützend
- 3. Cl 1-1: Autonomie gewährend
- 4. Cl 1-5: beaufsichtigend, Kontrolle ausübend
- 5. Cl 1-3: umsorgend pflegend

beschreiben. Die Mittelwerte von Cluster 1-6 bis 1-8 bewegen sich im Bereich von 1,09 bis 2,83, was darauf hinweist, dass diese Cluster in Bezug 5 keine Rolle spielen.

Damit wird deutlich, dass für die Verhaltenstherapeuten beider Nationalstichproben der Beziehungsaspekt therapeutischer Empathie (CI 1-2) an erster Stelle, ein strukturierender Lenkungsaspekt (CI 1-4) an zweiter Stelle, eine die Autonomie des Klienten fördernde Haltung (CI 1-1) an dritter Stelle und ein stärker kontrollierender Lenkungsaspekt (CI 1-5) an vierter Stelle stehen. Somit spielt in der Selbstwahrnehmung der Therapeuten auf der Interdependenzdimension „Autonomie gewähren“ (CI 1-1) eine größere Rolle als das diametral entgegengesetzte „Kontrolle ausüben“ (CI 1-5). Mit Rekurs auf H_8 und der Differenzierung eines stärker strukturierenden von einem stärker kontrollierenden Lenkungsaspekt therapeutischen Verhaltens kann noch festgestellt werden, dass die Therapeuten beider Nationalstichproben signifikant höhere Werte auf CI 1-4 als auf CI 1-5 (t-Test für abhängige Stichproben mit einem Konfidenzintervall von 95%: $t_{dt.Thp.} = 13,059$; $df = 13$; $p = 0,000^{**}$ / $t_{frz.Thp.} = 10,788$; $df = 22$; $p = 0,000^{**}$) haben. Demzufolge nehmen sich deutsche wie französische Verhaltenstherapeuten vor allem strukturierend lenkend, weniger kontrollierend lenkend wahr. Auffällig sind die recht großen Streuungen der individuellen Messwerte bei eher niedrigen Mittelwerten von CI 1-5 für beide Nationalstichproben: Sowohl in der deutschen wie der französischen Stichprobe scheint es Therapeuten zu geben, die dem Cluster „Beaufsichtigen, Kontrolle ausüben“ mit Ankreuzungen bei 10 oder 20 gar keine bzw. mit Ankreuzungen bei 50 eine nicht unbedeutende Rolle zumessen.

Deutsche und französische Therapeuten unterscheiden sich also nicht auf der Kontrolldimension, was auch durch einen varianzanalytischen Vergleich deutscher und französischer Therapeuten bzgl. des CON-Koeffizienten auf Bezug 5 ($df = 1$; $F = 2,8$; $p = 0,103$) bestätigt wird. Die positiven Mittelwerte des CON-Koeffizienten der Therapeuten beider Nationalstichproben liegen beide unter 0,5, womit diese weit unter den allgemein verbindlichen Signifikanzgrenzen für pattern-Koeffizienten (Davies-Osterkamp, S. et al., 1993) liegen. Somit können die Control-Koeffizienten für Bezug 5 weder für die deutschen noch für die französischen Therapeuten als bedeutend interpretiert werden. H_8 wird damit verworfen.

Analog zum nationalen Vergleich der transitiven Selbstbeschreibungen der Therapeuten (Bezug 5), werden mit Hypothese 9 die Partnerbeschreibungen deutscher und französischer Klienten für das transitive Therapeutenverhalten verglichen (Bezug 7): Mit H_9 wird untersucht, wie die deutschen im Vergleich zu den französischen Klienten ihren Therapeuten darstellen (transitive Partnerbeschreibung). Nach den Ergebnissen Hofstede's hat Frankreich nicht nur einen hohen Machtdistanzindex, wonach hierarchiegebundene Abhängigkeiten innerhalb der Gesellschaft erwartet und gefördert werden, sondern auch einen hohen Unsicherheitsvermeidungsindex, der von einem konservativem Glauben an eine autoritäre Ordnung und klare Regeln in der Gesellschaft zeugt. Ein ausgeprägter Expertenglaube für alle Lebensbereiche geht damit wie selbstverständlich einher. Cluster 5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) müsste demnach in der transitiven Partnerbeschreibung französischer Klienten eine größere Rolle spielen als in der transitiven Partnerbeschreibung deutscher Klienten. Es wird erwartet, dass die französischen Klienten auf Cluster 1-5 und dem CON-Koeffizienten in Bezug 7 signifikant höhere Werte haben als die deutschen Klienten ($H_{9,1}$). Für die deutschen Klienten wird hingegen angenommen, dass sie im Vergleich zu den französischen Klienten ihre Therapeuten in deren transitiven Beziehungsverhalten mit signifikant höheren Werten auf Cluster 1-4 (helfen, beschützen) schildern.

Es wird eine einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. deutsche Klienten, 2. französische Klienten) und den Clusterwerten von Bezug 7 als abhängigen Variablen gerechnet. Der Hotelling's T^2 -Wert ($p = 0,293$) weist bereits darauf hin, dass sich die beiden Klientengruppen über alle Cluster nicht signifikant unterscheiden. Dennoch zeigt sich in den Ergebnissen der univariaten Testungen, dass sich französische und deutsche Klienten auf Cluster 5 nahe der Signifikanzgrenze unterscheiden ($df = 1$; $F = 3,54$; $p = 0,068$). Die Unterschiede für die verbleibenden Cluster 1, 2, 3, 4, 6, 7 und 8 liegen hingegen weit oberhalb der üblichen Signifikanzgrenze ($p \ll 0,05$). Cluster 1-5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) scheint demnach zur Beschreibung des transitiven Therapeutenverhaltens für die französischen Klienten hypothesenkonform von größerer Bedeutung zu sein (siehe Abb. 32).

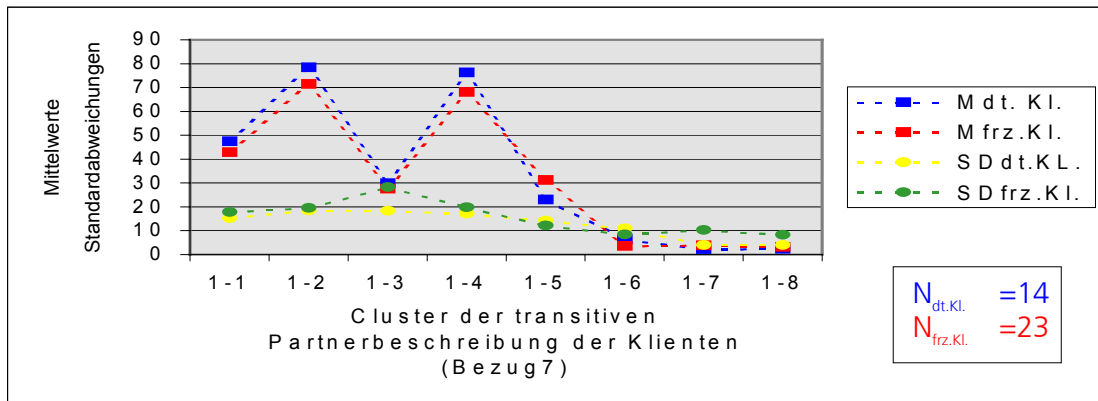


Abb. 32: Profile der transitiven Partnerbeschreibung deutscher und französischer Klienten (Bezug 7): Mittelwerte und Standardabweichungen (Cl 1-1: Autonomie gewähren, wegsehen; Cl 1-2: bestätigen verstehen; Cl 1-3: umsorgen, pflegen; Cl 1-4: helfen, beschützen; Cl 1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; Cl 1-6: herabsetzen, beschuldigen; Cl 1-7: zurückweisen, angreifen; Cl 1-8: ignorieren, vernachlässigen)

Betrachtet man die Rangreihe der Clustermittelwerte von Bezug 7 für beide Nationalstichproben aus der nachfolgenden Tabelle 31, fällt auf, dass Cluster 5 für die deutschen Klienten den fünften, für die französischen Klienten den vierten Platz einnimmt.

Tabelle 31

Mittelwerte mit Standardabweichungen für die Cluster der transitiven Partnerbeschreibung (= Bezug 7) deutscher und französischer Klienten

Transitives Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten (Bezug 7)				
Cluster Fokus andere	deutsche Kl. N=14		französische Kl. N=23	
	M (SD)		M (SD)	
1-1: Autonomie gewähren, wegsehen	47,43 (15,23)	3.	42,83 (17,81)	3.
1-2: bestätigen, verstehen	78,43 (18,46)	1.	71,30 (19,41)	1.
1-3: umsorgen, pflegen	29,93 (18,29)		27,61 (28,16)	
1-4: helfen, beschützen	76,29 (17,09)	4.	68,00 (19,86)	5.
1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben.	23,00 (14,13)	2.	31,22 (12,09)	2.
1-6: herabsetzen, beschuldigen	6,43 (10,96)	5.	3,61 (8,37)	4.
1-7: zurückweisen, angreifen	2,14 (4,11)		3,87 (10,24)	
1-8: ignorieren, vernachlässigen	2,43 (4,07)		3,17 (8,25)	

Anmerkungen. M = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung; die Rangfolge der Cluster ist rechts der jeweiligen Angaben über arithmetisches Mittel und Standardabweichung markiert.

Dies bestätigt die Ergebnisse der durchgeführten Varianzanalyse und ihre Interpretation. Gleichzeitig jedoch relativiert sich für beide Nationalstichproben die absolute Bedeutung von Cluster 5 vor den Clustern 2, 4, und 1, die ohne Zweifel für Bezug 7 in den vorliegenden Stichproben größeres Gewicht haben. Ein Vergleich deutscher und französischer Klienten bzgl. des CON-Koeffizienten von Bezug 7 ergibt keine signifikanten Unterschiede. Da die CON-Koeffizienten auch hier jeweils unter 0,5 liegen, können sie nicht im Sinne eines signifikant positiven CON-Koeffizienten (s. Davies-Osterkamp, S. et al., 1993) und schon gar nicht vergleichend interpretiert werden. Die Ergebnisse machen es daher nicht möglich, $H_{9,1}$ zu bestätigen und legen weitergehende Untersuchungen an vergleichbaren Stichproben hinreichender Größe nahe.

4.1.2.3 Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten: Akzeptanz therapeutischer Kontrolle in den beiden Nationalstichproben:
 H_{10}

Mit H_{10} wird untersucht, wie sich die deutschen im Vergleich zu den französischen Klienten in der Beziehung zu ihrem Therapeuten selbst beschreiben (intransitive Selbstbeschreibung).

Da bei den französischen Klienten von einer hohen Akzeptanz therapeutischer Kontrolle auszugehen ist, werden sie in ihrer intransitiven Selbstbeschreibung (Bezug 10) vergleichsweise geringe Autonomiewerte zeigen und sich ihrem Therapeuten deutlich eher unterordnen (CI 2-5: sich unterwerfen, nachgeben) als die deutschen Klienten. Mittels H_{10} wird untersucht, ob die französischen Klienten in Bezug 10 signifikant höhere Werte auf CI 2-5 und signifikant geringere Autonomiewerte als die deutschen Klienten haben.

Zur Überprüfung von H_{10} wird eine einfaktorielle, multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. deutsche Klienten, 2. französische Klienten) und den Clusterwerten und dem Autonomiewert von Bezug 10 als abhängigen Variablen durchgeführt. Wenn die Ergebnisse der multivariaten Testung (Hotelling's T^2 : $p = 0,063$; kanonische Korrelation: 0,733) auch knapp das übliche Signifikanzniveau ($p < 0,05$) verfehlen, so zeigen die Einzeltestungen dennoch auf, dass sich deutsche und französische Klienten in diesem Bezug auf Cluster 5 auf dem 1%-Niveau signifikant unterscheiden ($df = 1$; $F = 8,812$; $p = ,005^{**}$). Die beiden Klientengruppen unterscheiden sich darüber hinaus allerdings auf keinem anderen der verbleibenden Cluster signifikant. Dies wird durch die nachfolgende Abbildung 33 veranschaulicht.

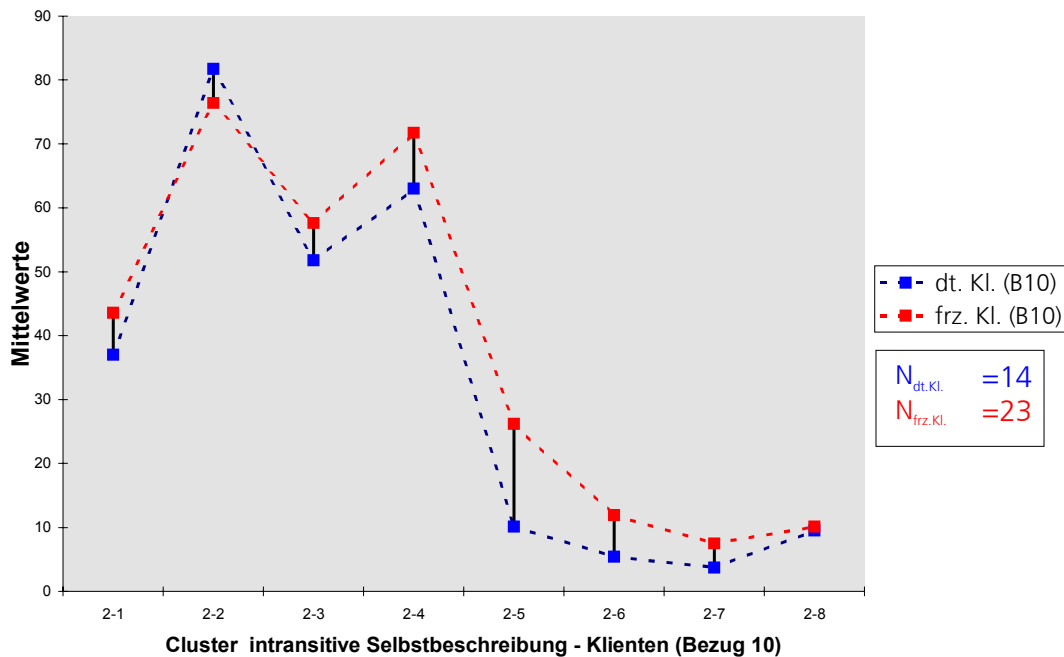


Abb. 33: Profile der intransitiven Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten: Mittelwertsunterschiede (Cluster der intransitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 10): 2-1= sich durchsetzen, separieren; 2-2= sich öffnen, offenbaren; 2-3= genießen, sich annähern; 2-4= vertrauen, sich verlassen auf; 2-5= sich unterwerfen, nachgeben; 2-6= schmollen, beschwichtigen, sich rechtfertigen; 2-7= protestieren, sich zurückziehen; 2-8= ausweichen, sich verschließen)

Der deskriptive Vergleich aller Mittelwerte von Bezug 10 für deutsche und französische Klienten macht jedoch deutlich, dass die französischen Klienten nicht nur höhere Werte auf Cluster 2-5 (sich unterwerfen, nachgeben), sondern auch niedrigere Autonomiewerte haben ($M_{AV_X\ frz.Kl. \ Bezug\ 10} = 22,61$ vs. $M_{AV_X\ dtsh.Kl. \ Bezug\ 10} = 42,43$). $H_{9,2}$ kann somit bestätigt werden.

4.1.2.4 Beziehungsmuster im nationalen Vergleich: H₁₁

Über den korrelativen Vergleich der einzelnen Bezüge des SASB-Fragebogens lassen sich Beziehungsmuster zwischen den Interaktanten erfassen. Dies wurde bereits im Zusammenhang mit der Struktur des SASB in Kapitel 2.3.2 allgemein theoretisch erläutert und in Kapitel 2.3.3.2.2 für die Therapeut-Klient-Beziehung konkret operationalisiert.

Die im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung interessierenden Vergleiche werden in Tabelle 32 definiert:

Tabelle 32
Definition dyadischer Vergleichsparameter

Beziehungsmuster	numerische Operationalisierung	inhaltliche Operationalisierung
1. Interpersonale Ähnlichkeit	1. Korrelation von Bezug 1 u. 2 2. Korrelation von Bezug 5 u. 9 3. Korrelation von Bezug 6 u. 10	= Vergleich zwischen Introjekt Thp. und Kl. = Vergleich zwischen SB Thp./F.a. und SB Kl./F.a. = Vergleich zwischen SB Thp./F.s. und SB Kl./F.s.
2. Intrapersonale Ähnlichkeit/Thp.: Ähnlichkeit zwischen Thp. und Klient aus der Sicht des Therapeuten	4. Korrelation von Bezug 3 u.5 5. Korrelation von Bezug 4 u.6	= Vergleich zwischen PB Thp./F.a. und SB Thp./F.a. = Vergleich zwischen PB Thp./F.s. und SB Thp./F.s.
3. Intrapersonale Ähnlichkeit/Kl.: Ähnlichkeit zwischen Thp. und Klient aus der Sicht des Klienten	6. Korrelation von Bezug 7 u. 9 7. Korrelation von Bezug 8 u. 10	= Vergleich zwischen PB Kl./F.a. und SB Kl./F.a. = Vergleich zwischen PB Kl./F.s. und SB Kl./F.s.
4. Interpersonale Urteilerübereinstimmung über Therapeuten	8. Korrelation von Bezug 5 u. 7 9. Korrelation von Bezug 6 u. 8	= Vergleich zwischen SB Thp./F.a. und PB Kl./F.a. = Vergleich zwischen SB Thp./F.s. und PB Kl./F.s.
5. Interpersonale Urteilerübereinstimmung über Klienten	10. Korrelation von Bezug 3 u. 9 11. Korrelation von Bezug 4 u. 10	= Vergleich zwischen PB Thp./F.a. und SB Kl./F.a. = Vergleich zwischen PB Thp./F.s. und SB Kl./F.s.
6. Interpersonale Komplementarität	12. Korrelation von Bezug 5 u. 10 13. Korrelation von Bezug 6 u. 9	= Vergleich zwischen SB Thp./F.a. und SB Kl./F.s. = Vergleich zwischen SB Thp./F.s. und SB Kl./F.a.
7. Intrapersonale Komplementarität/Thp.: Komplementarität zwischen Thp. und Klient aus der Sicht des Therapeuten	14. Korrelation von Bezug 6 u.3 15. Korrelation von Bezug 4 u. 5	= Vergleich zwischen SB Thp./F.s. und PB Thp./F.a. = Vergleich zwischen PB Thp./F.s. und SB Thp./F.s.
8. Intrapersonale Komplementarität /Kl.: Komplementarität zwischen Thp. und Klient aus der Sicht des Klienten	16. Korrelation von Bezug 7 u. 10 17. Korrelation von Bezug 8 u. 9	= Vergleich zwischen PB Kl./F.a. und SB Kl./F.s. = Vergleich zwischen PB Kl./F.s. und SB Kl./F.a.

Anmerkungen. Die Beziehungsmuster werden in Kap. 2.3.3.2.2 - auch anhand von Beispielen - erläutert. SB = Selbstbeschreibung („Wie ich mich zu meinem Interaktionspartner verhalte“); PB = Partnerbeschreibung („Wie sich mein Interaktionspartner zu mir verhält.“)

Die einzelnen Bezüge werden für jede Therapeut-Klient-Dyade von Make-mapswin korrelativ verglichen. Grundlage der Korrelation ist der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient r nach Pearson. Die Korrelationskoeffizienten werden Fischer-Z-transformiert, um ihren Mittelwert $m(r_z)$ bestimmen zu können. Anhand des $m(r_z)$ kann die Höhe des Zusammenhangs für die einzelnen Beziehungsmuster innerhalb und zwischen den beiden Nationalstichproben verglichen werden. Vor einer vergleichenden Deskription der Ergebnisse, die Fishers Z-transformierte Mittelwerte $m(r_z)$ zugrundelegen muss, erscheint es jedoch sinnvoll, die Ergebnisse als durchschnittliche Korrelationen $m(r)$ pro Beziehungsmuster und für beide Nationalstichproben zu veranschaulichen. Hierfür werden die $m(r_z)$ in $m(r)$ zurücktransformiert (Tabelle H in Bortz, 1993, S. 850).

In Anlehnung an die Überlegungen zu 3.1.2.4 müsste ein Überblick über die durchschnittlichen Korrelationen $m(r)$ der einzelnen Beziehungsmuster und für beide Nationalstichproben verdeutlichen, dass nationalitätenunabhängig für alle Therapeut-Klient-Paare ein hohes Maß an Komplementarität und Urteilerübereinstimmung und damit verbunden geringe Werte für interpersonale Ähnlichkeit festzustellen sind. Es wird daher erwartet, dass die $m(r)$ für die Vergleiche 8-17 (intra- wie interpersonale Urteilerübereinstimmung und Komplementarität) für beide Nationalstichproben auf einen hohen linearen Zusammenhang zwischen den Bezügen hinweisen. Für die Vergleiche 1-7 (intra- wie interpersonale Ähnlichkeit) müssten bei deutscher wie französischer Stichprobe moderate bis niedrige Korrelationen nachzuweisen sein.

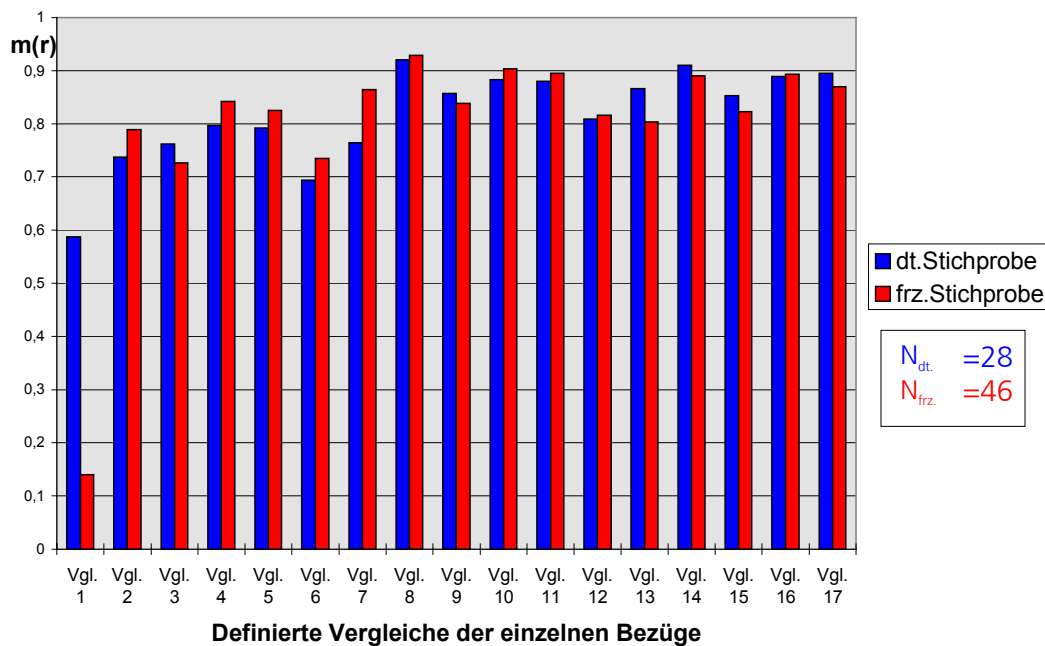


Abb. 34: Grafische Übersicht über die mittleren Korrelationen $[m(r)]$ beider Nationalstichproben für alle 17 Vergleiche ($m(r)$ ist der nach Tabelle H in Bortz (1993, S.802) in eine Korrelation zurücktransformierte Mittelwert der Fishers Z-Werte $[m(r_z)]$)

Wie Abbildung 34 verdeutlicht, liegt der $m(r)$ für die Vergleiche 8-17 im Bereich von 0,804 bis 0,929. Dies lässt auf einen hohen linearen Zusammenhang zwischen den untersuchten Bezügen schließen. Deutsche und französische Stichprobe haben demnach erwartungsgemäß hohe Werte für intra- wie interpersonale Urteilerübereinstimmung und Komplementarität.

Für die Vergleiche 1-7 liegt der $m(r)$ im Bereich von 0,14 bis 0,864. Da die Spanne zwischen kleinstem und größtem $m(r)$ sehr groß ist und die Werte damit nicht als Hinweis auf einen niedrigen ($m(r) < 0,3$) moderaten ($0,3 < m(r) < 0,6$) oder hohen linearen Zusammenhang ($m(r) > 0,8$) zusammengefasst werden können, müssen die $m(r)$ für die Vergleiche einzeln betrachtet werden.

Abbildung 34 zeigt, dass die Ähnlichkeit zwischen Therapeut und Klient, inter- wie intrapersonal, bei sechs der sieben berechneten Vergleiche unerwartet hoch ist. Nur für Vergleich 1 liegt $m(r)$ im angenommenen Wertebereich.

Vergleich 1 bestimmt die interpersonale Ähnlichkeit basierend auf einem Vergleich der Introjekte von Therapeuten und Klienten. Es ist bereits durch die Bearbeitung von Hypothese 1 deutlich geworden, dass sich Therapeuten und Klienten auf Introjektenebene unterscheiden, sowie die Ergebnisse zu Hypothese 7 darauf hingewiesen haben, dass sich Therapeuten und Klienten der deutschen Stichprobe in ihren Introjektbeschreibungen von den Therapeuten und Klienten der französischen Stichprobe etwas unterscheiden. Beides zeigt sich in den $m(r)$ der deutschen und der französischen Stichprobe zu Vergleich 1.

Ein Vergleich der Selbstbeschreibungen von Therapeuten und Klienten zeigt für das transitive wie das intransitive Verhalten (interpersonale Ähnlichkeit: Vergleich 2 und 3) einen moderaten bis hohen linearen Zusammenhang auf. Ebenso korrelieren transitive und intransitive Partnerbeschreibungen und Selbstbeschreibungen für Therapeuten und Klienten (intrapersonale Ähnlichkeit: Vergleich 4-7) in beiden Nationalstichproben hoch. Insgesamt zeigt dies, dass Therapeuten und Klienten beider Nationalstichproben zwar ihren Umgang mit sich selbst (= Introjekt) unterschiedlich beschreiben, ihr transitives und intransitives Beziehungsverhalten dem Interaktionspartner gegenüber jedoch sehr ähnlich darstellen (interpersonale Ähnlichkeit: Vergleich 2 und 3) und sich in diesem Beziehungsverhalten auch selbst als sehr ähnlich erleben (intrapersonale Ähnlichkeit: Vergleich 4-7).

Basierend auf einem Vergleich der Fishers Z-transformierten Mittelwerte $m(r_2)$ wird nun untersucht, ob sich die beiden Nationalstichproben in den untersuchten Beziehungsmustern unterscheiden. Eine einfaktorielle, multivariante Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. deutsche Stichprobe, 2. französische Stichprobe) und den Fishers Z-transformierten Clustermittelwertkorrelationskoeffizienten als abhängigen Variablen zeigt signifikante Unterschiede für Vergleich 14 ($df = 1$; $F = 10,43$; $p = 0,003^{**}$) und 17 ($df = 1$; $F = 5,98$; $p = 0,020^*$). Diese werden auch im Balkendiagramm der Fishers Z-transformierten Clustermittelwertkorrelationen der einzelnen Bezüge (siehe Abb. 35) anschaulich.

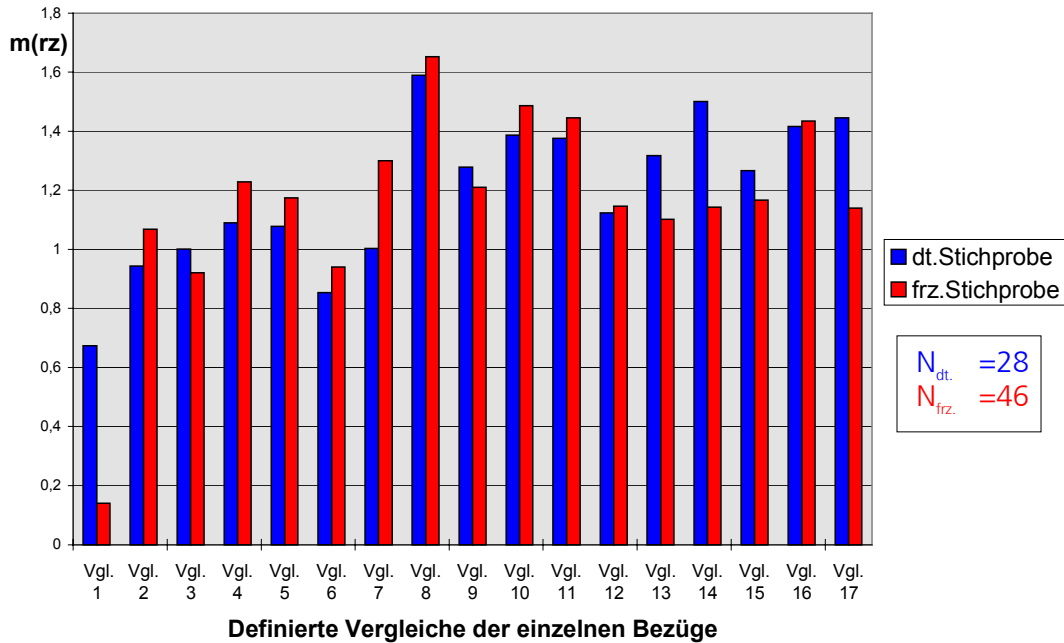


Abb. 35: Beziehungsmuster über Clustermittelwertkorrelationen der einzelnen Bezüge ($m(r_z)$ ist das arithmetische Mittel der Fishers Z-Werte)

Deutsche und französische Stichprobe unterscheiden sich signifikant auf Vergleich 14 und 17:

Tabelle 33

$m(r_z)$ und $m(r)$ von deutscher und französischer Stichprobe für Vergleich 14 und 17

	$m(r_z)$		$m(r)$	
	dt. Stp.	frz. Stp.	dt. Stp.	frz. Stp.
Vgl. 14	1,501	1,143	0,91	0,89
Vgl. 17	1,445	1,139	0,895	0,87

Ein Vergleich der beiden $m(r_z)$ für Vergleich 14 und 17 zeigt, dass $m(r)$ für die deutsche Stichprobe auf einen beinahe 1,5 mal so hohen Zusammenhang zwischen Bezug 6 und 3 bzw. zwischen Bezug 8 und 9 hinweist wie $m(r)$ für die französische Stichprobe. Vergleich 14 und 17 erfassen, ob und in welchem Ausmaß Therapeut (Vgl. 14) bzw. Klient (Vgl. 17) das intransitive Verhalten des Therapeuten und das transitive Verhalten des Klienten komplementär wahrnehmen. Gleichmaßen hohe bzw. niedrige Werte bei Vergleich 14 und 17

weisen darauf hin, dass Therapeuten und Klienten übereinstimmend das intransitive Verhalten des Therapeuten als mehr bzw. weniger komplementär zum transitiven Verhalten des Klienten erleben. Der signifikante Unterschied zwischen den Nationalstichproben für Vergleich 14 und 17 macht also deutlich, dass sich deutsche und französische Stichprobe in dem Ausmaß, in dem Therapeuten und Klienten übereinstimmend das intransitive Verhalten des Therapeuten komplementär zum transitiven Verhalten des Klienten wahrnehmen, signifikant unterscheiden. Deutsche Therapeuten und Klienten erleben das intransitive Therapeutenverhalten in noch stärkerem Maße komplementär zum transitiven Klientenverhalten als dies in der französischen Stichprobe der Fall ist.

Insgesamt zeigt sich, dass sich anhand der Ergebnisse der vorliegenden Nationalstichproben nicht nachweisen lässt, dass sich deutsche und französische Therapeut-Klient-Dyaden im Hinblick auf intrapersonale Ähnlichkeit (franz. Stichprobe < deutsche Stichprobe) und intra- wie interpersonale Komplementarität (franz. Stichprobe > deutsche Stichprobe) unterscheiden, wie dies in Anlehnung an die Untersuchungen Hofstede zu erwarten gewesen wäre. H_{11} wird damit verworfen.

4.1.3 Ergebnisse im Überblick

Die nachfolgende Zusammenfassung vermittelt einen Überblick über die Ergebnisse der Arbeit.

Selbst- und Fremdeinschätzung von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten: Ergebnisse zu H_1 - H_6

(Hypothesen ohne die Annahme nationaler Unterschiede)

Zu Hypothese 1:

Umgang mit sich selbst von Therapeuten und Klienten

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die deutschen Verhaltenstherapeuten und ihre Klienten auf Introjektenebene in der Mehrzahl der untersuchten Variablen in erwarteter Weise signifikant unterscheiden: Im Vergleich zu ihren Klienten haben die Therapeuten signifikant höhere Werte auf Cluster 3-2 (selbstakzeptierend, sich erforschend), 3-3 (sich selbst pflegen und umsorgen) sowie einen signifikant höheren Affiliationswert und signifikant niedrigere Werte auf Cluster 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken), 3-6 (sich selbst anklagen, unterdrücken), 3-7 (Selbstablehnung, Selbstvernichtung) sowie einen signifikant niedrigeren Attack-, Control- und Conflict-Koeffizienten. Im Widerspruch zu H_1 steht jedoch, dass die Therapeuten im Vergleich zu den Klienten keine signifikant höheren Werte auf Cluster 3-1 (spontan, unbekümmert sein), 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern) und keine signifikant niedrigeren Werte auf Cluster 3-8 (sich selbst vernachlässigen, tagträumen) aufweisen. Therapeuten wie Klienten haben gleichermaßen hohe Werte auf Cluster 3-4, eher niedrige Werte auf Cluster 3-1 und niedrige Werte auf 3-8.

Zu Hypothese 2:

gegenseitige Wertschätzung von Therapeuten und Klienten

Es bestätigt sich, dass die Clustermittelwerte von Quadrant II (feindselig Autonomie hervorrufen / feindselig Autonomie beanspruchen) und III (feindselig Macht ausüben / feindselig sich fügen) des interpersonalen Raums im transitiven wie intransitiven Fokus für alle Probanden signifikant niedriger sind als die Clustermittelwerte von Quadrant I (freundlich Autonomie ermutigen / freundlich Autonomie genießen) und IV (freundlich beeinflussen / freundlich Einfluss ak-

zeptieren). Dies zeigt, dass sich Therapeuten und Klienten selbst und gegenseitig in ihrem interpersonalen Verhalten positiv einschätzen.

***Zu Hypothese 3:
Affiliation in der verhaltenstherapeutischen Beziehung***

Es zeigt sich wie erwartet, dass der Modalwert der Clusterwerte von Verhaltenskategorie 3 (Fokus andere: umsorgen, pflegen bzw. Fokus selbst: genießen, sich annähern) für die interpersonalen Bezüge gleich 0 ist.

Auf Itemebene kann bestätigt werden, dass die Items 14, 15, 18 und 28, die den körperlichen Kontakt betreffen, von der Mehrzahl der Probanden eine 0-Ankreuzung erhalten haben. Nicht erwartungsgemäß wurde Item 37 auch am häufigsten mit einer 0-Ankreuzung versehen. Die Items 8, 16, 21, 62 und 69 erhielten von der Mehrzahl oder mindestens der Hälfte der Probanden keine 0-Ankreuzung: Es ist davon auszugehen, dass bis auf Item 14, 15, 18, 28 und 37 alle Items von Cluster 3 von den Probanden der vorliegenden Stichprobe als der therapeutischen Beziehung angemessen beurteilt werden.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sich offensichtlich alle Therapeuten und Klienten in der Lage sahen, mit den Items von Cluster 3 beziehungsadäquat umzugehen.

***Zu Hypothese 4:
Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten***

Anders als in H_4 vermutet, wird das transitive Therapeutenverhalten durch die Clustermittelwerte von Therapeuten (Bezug 5) und Klienten (Bezug 7) als bestätigend, verstehend (CI 1-2), helfend, beschützend (CI 1-4) und Autonomie gewährend (CI 1-1) beschrieben. Eine Übereinstimmung zwischen Therapeuten und Klienten hinsichtlich der Beurteilung des transitiven Therapeutenverhaltens im Sinne eines korrelativen Zusammenhangs kann nicht bestätigt werden.

***Zu Hypothese 5:
Zusammenhang zwischen Kontrollwahrnehmung des Klienten und seiner Wert-
schätzung für den Therapeuten***

H₅ kann nur für den signifikanten Zusammenhang zwischen Cluster 4 (helfen, beschützen) der transitiven Selbstbeschreibung der Klienten (Bezug 9: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, transitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus andere) und Cluster 3 (genießen, sich annähern) und 4 (vertrauen, sich verlassen auf) der intransitiven Selbstbeschreibung des Klienten (Bezug 10: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv = Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst) bestätigt werden. Die Zusammenhänge zwischen der transitiven und der intransitiven Selbstbeschreibung der Klienten stellen sich wie folgt dar:

Klienten, die der Meinung sind, dass sie sich ihrem Therapeuten öffnen (CI 2-2), sich ihm annähern (CI 2-3) und ihm vertrauen (CI 2-4), nehmen sich ihrem Therapeuten gegenüber ebenso verstehend (CI 1-2), umsorgend (CI 1-3) und helfend (CI 1-4) wahr: Klienten, die sich in der verhaltenstherapeutischen Beziehung wohl fühlen, haben das Empfinden, strukturierend Einfluss zu nehmen und umgekehrt.

Klienten, die sich in der Beziehung zu ihrem Therapeuten kontrollierend (CI 1-5), herabsetzend (CI 1-6) und zurückweisend (CI 1-7) beschreiben, erleben sich gleichzeitig in einer defensiven Haltung, die gekennzeichnet ist durch Rechtfertigung (CI 2-6), Protest (CI 2-7) und ausweichendem Verhalten (CI 3-8): Klienten, die sich in der verhaltenstherapeutischen Beziehung nicht wohl fühlen, haben die Einschätzung, ihren Therapeuten herabzusetzen und anzugreifen, also negativ zu kontrollieren und umgekehrt.

***Zu Hypothese 6:
Zusammenhang zwischen Introjekt und Beziehungsverhalten des Therapeuten***

Es zeigt sich ein positiver linearer Zusammenhang für Quadrant III der therapeutischen Introjekte (= Das Selbst unterdrücken) und Quadrant III des transitiven Therapeutenverhaltens aus Sicht der Klienten (= Feindselig Macht ausüben). Das bedeutet, dass Therapeuten, deren Umgang mit sich selbst durch die Unterdrü-

ckung eigener Bedürfnisse und Selbstanklage gekennzeichnet ist, von ihren Klienten als herabsetzend und feindselig Macht ausübend erlebt werden.

Vergleich der Nationalstichproben:

Ergebnisse zu H_7 - H_{11}

(Hypothesen zur Testung von Unterschieden zwischen deutscher und französischer Therapeut-Klient-Stichprobe)

Zu Hypothese 7:

Umgang mit sich selbst: Selbstkontrolltendenzen

In Bezug auf H_7 ermöglichen die Resultate es nicht, den französischen Therapeuten und Klienten signifikant höhere Selbstkontrolltendenzen im Sinne signifikant höherer Werte auf Cluster 3-5 (Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken) und signifikant höherer CON-Koeffizienten im Introjekt zu bestätigen. Der signifikant geringere Autonomievektor der Franzosen weist zwar auf höhere Selbstkontrolltendenzen im Umgang mit sich selbst hin, auf Cluster 3-5 und dem Control-Koeffizienten unterscheiden sich deutsche und französische Probanden allerdings nicht statistisch bedeutsam. Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse (1. Nationalität/ 2. Bezug) belegen darüber hinaus vielmehr, dass die Bedeutung der nationalen Zugehörigkeit für die Ausprägungen der Introjekt-Variablen der Zugehörigkeit zur Gruppe der Therapeuten bzw. der Klienten eindeutig nachgeordnet ist.

Zu Hypothese 8:

Therapeutenverhalten aus der Sicht der Therapeuten: Therapeutische Kontrolle

Anders als erwartet, nehmen sich deutsche und französische Therapeuten in ihrem Kontrollverhalten nicht unterschiedlich wahr: Es wird deutlich, dass für die Verhaltenstherapeuten beider Nationalstichproben der Beziehungsaspekt therapeutischer Empathie (CI 1-2) an erster Stelle, ein strukturierender Lenkungsaspekt (CI 1-4) an zweiter Stelle, eine die Autonomie des Klienten fördernde Haltung (CI 1-1) an dritter Stelle und ein stärker kontrollierender Lenkungsaspekt (CI 1-5) an vierter Stelle stehen.

***Zu Hypothese 9:
Therapeutenverhalten aus der Sicht der Klienten: Therapeutische Kontrolle***

Es lässt sich kein signifikanter Gruppenunterschied (kein signifikanter Hotellings T^2 -Wert) in der Wahrnehmung des transitiven Therapeutenverhaltens zwischen deutschen und französischen Klienten nachweisen.

Betrachtet man jedoch die Rangreihen der Clustermittelwerte von Bezug 7 (= transitives Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten) für beide Nationalstichproben, fällt auf, dass Cluster 5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) für die deutschen Klienten den fünften, für die französischen Klienten den vierten Platz einnimmt. Dies weist darauf hin, dass Cluster 1-5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) zur Beschreibung des transitiven Therapeutenverhaltens für die französischen Klienten hypothesenkonform von größerer Bedeutung zu sein scheint.

***Zu Hypothese 10:
Akzeptanz therapeutischer Kontrolle aus der Sicht der Klienten***

Es lässt sich kein signifikanter Gruppenunterschied (kein signifikanter Hotellings T^2 -Wert) für die intransitive Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten nachweisen. Die Einzeltestungen bestätigen allerdings, dass sich die französischen Klienten in ihrem intransitiven Beziehungsverhalten durch signifikant höhere Werte auf Cluster 2-5 (sich unterwerfen, nachgeben) und signifikant niedrigere Autonomiewerte als die deutschen Klienten darstellen.

Zu Hypothese 11: Beziehungsmuster

Deutsche und französische Stichprobe haben erwartungsgemäß hohe Werte für intra- wie interpersonale Urteilerübereinstimmung und Komplementarität.

Therapeuten und Klienten beider Nationalstichproben beschreiben ihren Umgang mit sich selbst (= Introjekt) unterschiedlich, ihr transitives und intransitives Beziehungsverhalten dem Interaktionspartner gegenüber stellen sie jedoch sehr ähnlich dar (interpersonale Ähnlichkeit: Vergleich 2 und 3) und erleben sich in diesem Beziehungsverhalten auch selbst als sehr ähnlich (intrapersonale Ähnlichkeit: Vergleich 4-7).

Der signifikante Unterschied zwischen den Nationalstichproben für Vergleich 14 und 17 macht deutlich, dass sich deutsche und französische Stichprobe in dem Ausmaß, in dem Therapeuten und Klienten übereinstimmend das intransitive Verhalten des Therapeuten komplementär zum transitiven Verhalten des Klienten wahrnehmen, signifikant unterscheiden. Deutsche Therapeuten und Klienten erleben das intransitive Therapeutenverhalten in noch stärkerem Maße komplementär zum transitiven Klientenverhalten als dies in der französischen Stichprobe der Fall ist.

Insgesamt zeigt sich, dass sich anhand der Ergebnisse der vorliegenden Nationalstichproben nicht nachweisen lässt, dass sich deutsche und französische Therapeut-Klient-Dyaden im Hinblick auf intrapersonale Ähnlichkeit (franz. Stichprobe < deutsche Stichprobe) und intra- wie interpersonale Komplementarität (franz. Stichprobe > deutsche Stichprobe) unterscheiden.

4.2 Diskussion

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht die detaillierte Deskription der verhaltenstherapeutischen Beziehung. Unter Nutzung der „methodischen Möglichkeiten der Beziehungseinschätzung“ im SASB-Modell (Tscheulin & Willich, 1999, S.173) wurde im Hinblick auf eine möglichst umfassende Beziehungsdeskription eine recht große Anzahl von Hypothesen bearbeitet. Es wird in diesem Kapitel darum gehen, bedeutende Ergebnisse herauszugreifen und sie vor dem Hintergrund der interpersonalen Theorie miteinander in Beziehung zu setzen.

4.2.1 Deskription der verhaltenstherapeutischen Beziehung als reziproker Interaktionsprozess

Therapeutische Beziehungsverhältnisse sind grundsätzlich – unabhängig von der Schulorientierung der Therapeuten – komplementär, d.h. Therapeut und Klient ergänzen sich gegenseitig in ihrer Beziehung; Verhaltensweisen des einen rufen Verhaltensweisen des anderen hervor und umgekehrt. Komplementarität im SASB-Modell bedeutet, dass bestimmte transitive Verhaltensweisen eines Interaktionspartners bestimmte intransitive Verhaltensweisen des Gegenübers hervorrufen. Geht man mit Tscheulin (1995a) davon aus, dass die Verhaltensmodalität der Therapeuten in erster Linie das transitive Verhalten ist und die Klienten vor allem auf der Ebene des intransitiven Verhalten kommunizieren, kann man schließen, dass sich intransitives Klientenverhalten und transitives Therapeutenverhalten zueinander komplementär verhalten. Dies ist jedoch nicht der einzige Aspekt der Interdependenz von Therapeuten und Klienten in der therapeutischen Beziehung. Tscheulin (1995b) konnte vielmehr zeigen, dass auch die jeweiligen Personvoraussetzungen der Klienten, die ihren Ausdruck im Umgang mit sich selbst (Introjekt) finden, in ihrem reziproken Einfluss auf das transitive Therapeutenverhalten gesehen werden müssen.

Die vorliegenden SASB-Fragebogendaten von Therapeuten und Klienten werden daher genutzt, die verhaltenstherapeutische Beziehung als reziproken Interakti-

onsprozess zu beschreiben. Es werden zunächst die Ergebnisse zum Umgang mit sich selbst, dem transitiven Therapeutenverhalten und dem intransitiven Klientenverhalten zusammengetragen, um sie anschließend miteinander in Beziehung zu setzen und unter dem Aspekt ihrer wechselseitigen Abhängigkeit zu diskutieren.

4.2.1.1 Personvoraussetzungen bei Therapeuten und Klienten

Mit den Ergebnissen zu H_1 konnte gezeigt werden, dass sich Therapeuten und Klienten beider Nationalstichproben im Introjekt signifikant unterscheiden. Während sich jedoch für die Therapeuten positive Introjekte mit hohen Werten (> 50) auf den Clustern 3-1 bis 3-4 versus niedrigen Werten (< 50) auf den Clustern 3-5 bis 3-8 erwartungsgemäß bestätigen ließen, konnte für die Klienten nicht das umgekehrte Verhältnis nachgewiesen werden. Statt dessen zeigten die Klienten beider Nationalstichproben eher mittlere Werte (~ 50) auf allen Clustern (siehe Abb. 36).

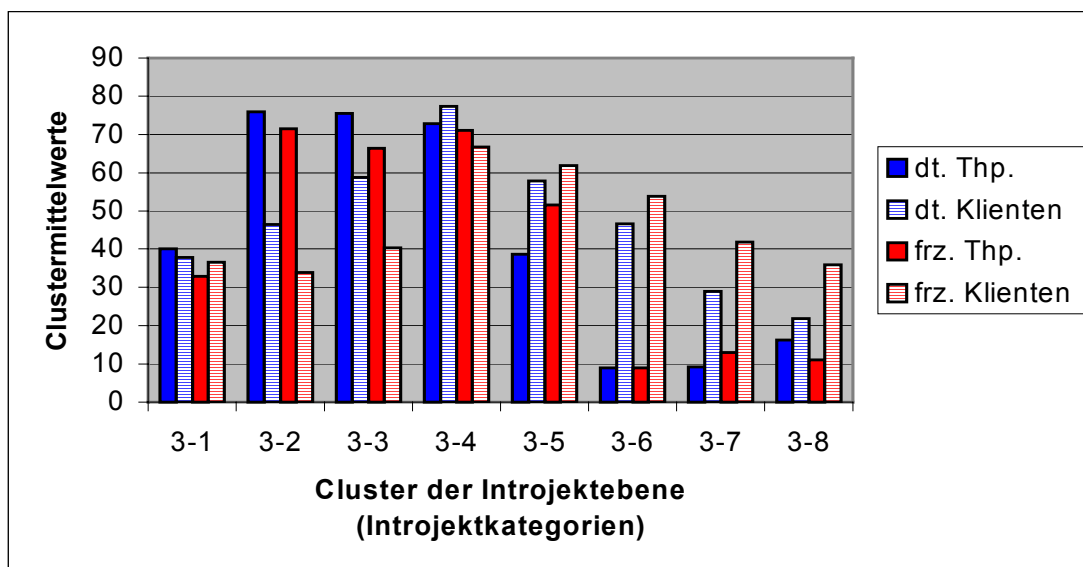


Abb. 36: *Umgang mit sich selbst deutscher und französischer Therapeuten und Klienten (Cluster der Introjektebene: 3-1: spontan, unbekümmert sein, 3-2: selbstakzeptierend, sich erforschen, 3-3: sich selbst pflegen und umsorgen, 3-4: sich selbst beschützen und erweitern, 3-5: Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken, 3-6: sich selbst anklagen und unterdrücken, 3-7: Selbstablehnung, Selbstvernichtung, 3-8: sich selbst vernachlässigen, tagträumen)*

Auffällig und nicht erwartet zeigte sich darüber hinaus, dass deutsche und französische Klienten ihre höchsten Werte auf Cluster 3-4 (sich selbst beschützen und erweitern) hatten, womit sie sich auf diesem Cluster nicht von ihren Therapeuten unterschieden. Dieser Aspekt von Selbstpflege im Umgang mit sich selbst ist diesem und den empirischen Ergebnissen anderer Autoren (vgl. Tscheulin, 1995b) zufolge charakteristisch für Introjektbeurteilungen von in Therapie befindlichen Personen, nicht zuletzt weil die ihnen gemeinsame Bereitschaft, Therapie in Anspruch zu nehmen, das Bewusstsein, das Selbst beschützen und erweitern zu wollen, voraussetzt. Dies erklärt insgesamt wohl auch die tendenziell mittleren Werte deutscher und französischer Klienten auf den Clustern 3-1 bis 3-3, die ebenso auf freundliche Selbstakzeptanz hinweisen.

4.2.1.2 Transitives Therapeutenverhalten aus der Perspektive von Therapeut und Klient

Eine Beurteilung des transitiven Therapeutenverhaltens liegt mit Bezug 5 aus der Perspektive des Therapeuten selbst und mit Bezug 7 aus der Perspektive des Klienten vor (siehe Abb. 37). Die Probanden beider Nationalstichproben beschreiben das transitive Beziehungsverhalten der Verhaltenstherapeuten durch die Rangfolge ihrer Clustermittelwerte als

1. bestätigend, verstehend (CI 1-2)
2. helfend, beschützend (CI 1-4)
3. Autonomie gewährend (CI 1-1).

Für deutsche wie französische Therapeuten und Klienten steht im transitiven Therapeutenverhalten therapeutische Empathie (CI 1-2) an erster Stelle, ein strukturierender Lenkungsaspekt (CI 1-4) an zweiter Stelle und eine die Autonomie des Klienten fördernde Haltung (CI 1-1) an dritter Stelle. „Autonomie gewähren“ (CI 1-1) spielt demnach im Repertoire der Verhaltenstherapeuten eine größere Rolle als das auf der Interdependenzdimension diametral entgegengesetzte „Kontrolle ausüben“ (CI 1-5). Grundsätzlich nehmen sich deutsche wie französische Therapeuten vor allem strukturierend lenkend, weniger kontrollierend lenkend wahr und werden von ihren Klienten auch entsprechend beschrieben.

Es gilt an dieser Stelle zu bedenken, dass für die vorliegende Arbeit der Fragebogen nur einmalig zwischen dritter und sechster Therapiesitzung ausgefüllt wurde und damit auch nur eine Aussage über den Status quo zum Zeitpunkt der Erhebung möglich ist. Tscheulin (1995b) konnte allerdings zeigen, dass das transitive Therapeutenverhalten in seiner reziproken Beziehung mit den jeweiligen Personvoraussetzungen der Klienten sich durchaus über den Therapieprozess hinweg verändern kann. Durch die Analyse verschiedener Therapieprozesse machte er deutlich, dass Therapeuten bei allen Patienten - ungeachtet derer unterschiedlichen, im Introjekt zum Ausdruck kommenden Personvoraussetzungen - *zu Therapiebeginn* gleichermaßen „Empathie“ und „Autonomie gewähren“ verwirklichen. *In der Mitte und zum Ende der Therapie* fällt bei Patienten mit negativen Introjekten die „therapeutische Empathie“ zugunsten „therapeutischer Lenkung“ erfasst über CI 1-5 (beaufsichtigen, kontrollieren) und 1-4 (helfen, beschützen).

Demnach müssen die genannten Ergebnisse auf den Zeitpunkt ihrer Erhebung relativiert werden und können nicht für die Dauer des gesamten Therapieprozesses geltend angenommen werden. Nach den Ergebnissen Tscheulins ist vielmehr davon auszugehen, dass im Sinne einer wechselseitigen Beeinflussung von entsprechenden Personvoraussetzungen der Klienten und Therapeutenverhalten zu einem späteren Zeitpunkt im Therapieprozess Veränderungen im Therapeutenverhalten festzustellen gewesen wären.

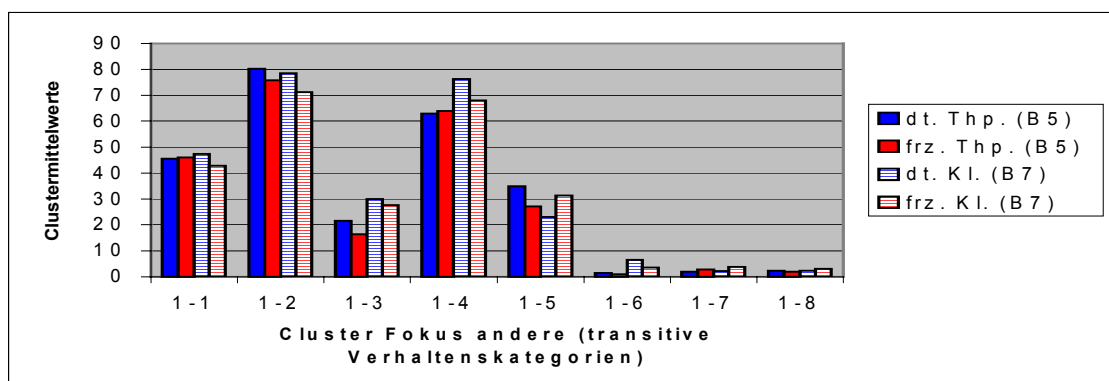


Abb. 37: *Transitives Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: Clustermittelwerte von Bezug 5 (Therapeuten) und Bezug 7 (Klienten) (CI 1-1: Autonomie gewähren, wegsehen; CI 1-2: bestätigen verstehen; CI 1-3: umsorgen, pflegen; CI 1-4: helfen, beschützen; CI 1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; CI 1-6: herabsetzen, beschuldigen; CI 1-7: zurückweisen, angreifen; CI 1-8: ignorieren, vernachlässigen)*

4.2.1.3 Intransitives Klientenverhalten

Deutsche und französische Klienten stellen ihr intransitives Beziehungsverhalten in Bezug 10 (= Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv) dar (siehe Abb. 38). Es zeigt sich, dass die Klienten beider Nationalstichproben ihr Beziehungsverhalten mit Fokus auf sich selbst zum Zeitpunkt der Erhebung an erster Stelle durch Cluster 2-2 (sich öffnen, offenbaren), an zweiter Stelle durch Cluster 2-4 (vertrauen, sich verlassen auf), an dritter Stelle durch Cluster 2-3 (genießen, sich annähern) und an vierter Stelle durch Cluster 2-1 (sich durchsetzen, separieren) beschreiben.

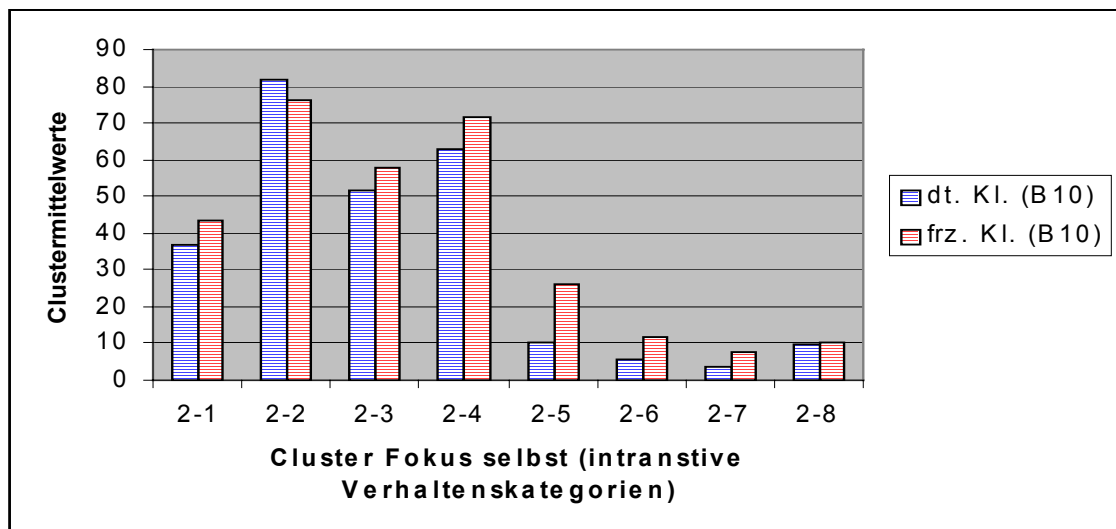


Abb. 38: *Intransitives Klientenverhalten aus der Sicht der Klienten: Clustermittelwerte von Bezug 10 (2-1: sich durchsetzen, separieren; 2-2: sich öffnen offenbaren; 2-3: genießen, sich annähern; 2-4: vertrauen, sich verlassen auf; 2-5: sich unterwerfen, nachgeben; 2-6: schmolten, beschwichtigen, sich rechtfertigen; 2-7: protestieren, sich zurückziehen; 2-8: ausweichen, sich verschließen)*

4.2.1.4 Die Interaktion von Personvoraussetzungen, transitivem Therapeutenverhalten und intransitivem Klientenverhalten in der verhaltenstherapeutischen Beziehung

Die Abschnitte 4.2.1.1-4.2.1.3 zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Klienten beider Nationalstichproben in ihren Introjekten gleichermaßen an erster Stelle ihr Bedürfnis nach Pflege und Erweiterung ihres Selbst (3-4) zum Ausdruck bringen. Dies ermöglicht den Therapeuten empathisch (1-2) und struktu-

rierend beschützend (1-4) die Therapie einzuleiten. Die Klienten reagieren hierauf komplementär, indem sie sich dem Therapeuten öffnen, offenbaren (2-2) und ihm vertrauen sowie sich auf ihn verlassen (2-4), also Kontrolle abgeben (siehe Abb. 39).

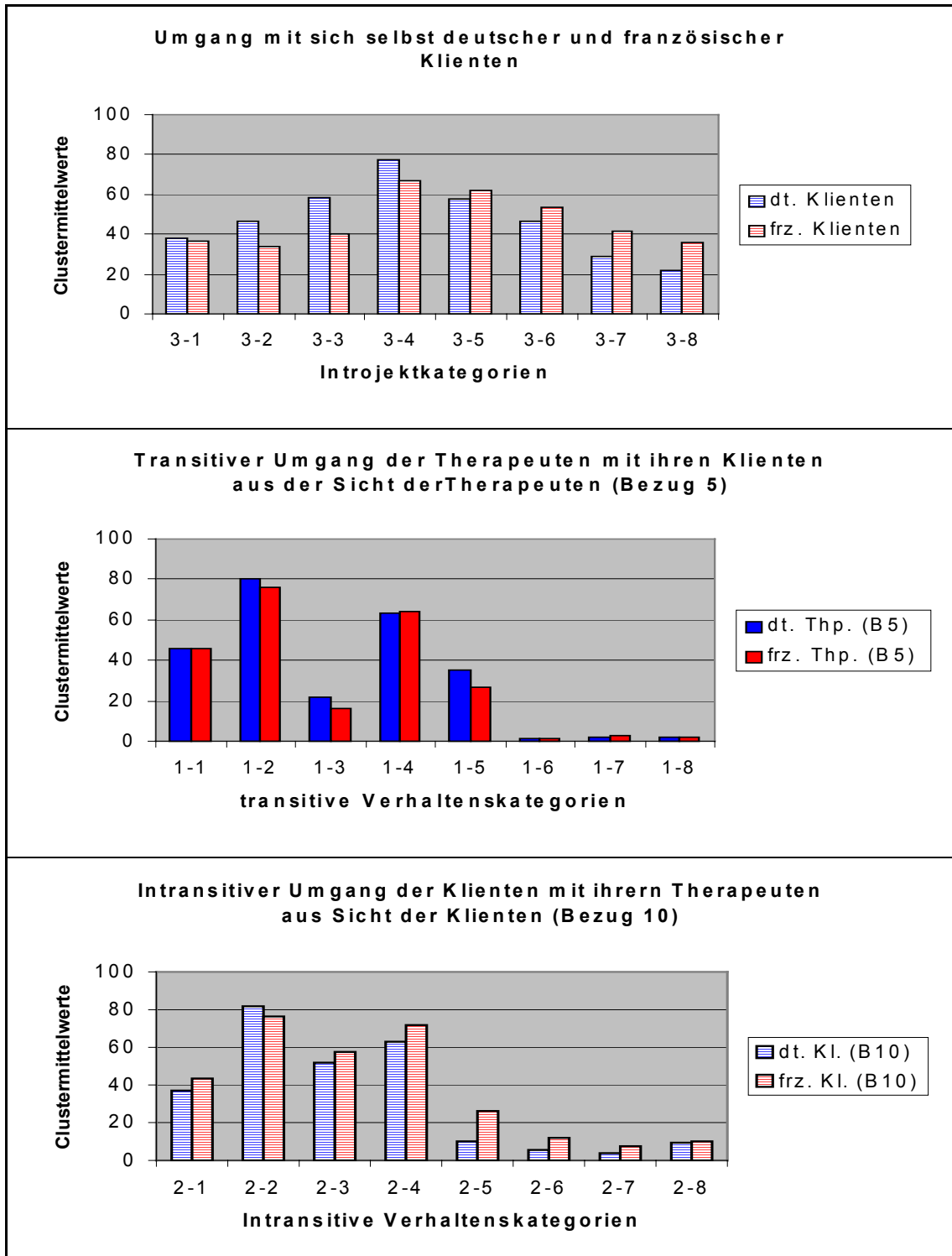


Abb. 39: *Interaktion von Personvoraussetzungen der Klienten, transitivem Verhalten der Therapeuten und intransitivem Verhalten der Klienten in der deutschen und französischen Stichprobe*

Es bestätigt sich, dass im Zusammenspiel des transitiven Therapeuten- und des intransitiven Klientenverhaltens die komplementären Kategorien 2 und 4 die wichtigste Rolle einnehmen: „Therapeutische Empathie (CI 1-2) entspricht einer autonomen Selbstöffnung (CI 2-2) des Klienten, therapeutische Lenkung (CI 1-4) entspricht einer Kontrollabgabe des Klienten (CI 2-4)“ (Fiedler & Rogge, 1990, S. 148). Fiedler & Rogge (1990) grenzen diese Art von Beziehungskomplementarität für die ersten sechs Therapiesitzungen ein, wobei das Lenkungsverhalten bzw. die therapeutische Empathie über die einzelnen Therapiesitzungen beträchtlich variiert.

Die Daten der beiden Nationalstichproben zeigen einen Vorrang therapeutischer Empathie vor dem therapeutischen Lenkungsverhalten, was mit einer ebenso höheren Selbstöffnung der Klienten beantwortet wird. Ein Verlauf dieser wechselseitigen Abhängigkeiten ist mit den vorliegenden Daten nicht darstellbar, da er nicht erfasst wurde. Insgesamt bestätigen die Daten das reziprok-komplementäre Ordnungsprinzip, das für die Struktur therapeutischer Situationen und besonders für den ersten Teil therapeutischer Prozesse charakteristisch ist.

4.2.2 Nationale Unterschiede als Ausdruck reziproker Determination von Person und Umwelt

Fokussiert man die therapeutische Beziehung als reziproken Interaktionsprozeß im Rahmen interpersonalen Modelle menschlichen Handelns, ermöglicht der Vergleich zweier Stichproben unterschiedlicher nationaler Herkunft eine Annäherung an „psychotherapeutische Kontextbedingungen“, die Therapeut und Klient gleichermaßen wie ihre Beziehung beeinflussen. Kapitel 2.1.2 hat sich ausführlich mit dem konzeptionellen Ansatz der Arbeit beschäftigt und geht speziell auf den Bedarf an kulturvergleichender Empirie für die psychotherapeutische Beziehungsforschung ein.

Die Ergebnisse zum nationalen Vergleich haben aufgrund der bisher nicht erfolgten Validierung der französischen Fragebogenversion ausschließlich Pilotcharakter, schaffen aber ohne Zweifel Interesse an weitergehenden nationalvergleichenden Studien. Es wäre grundsätzlich wünschenswert, auf die Ergebnisse der Arbeit aufbauende Untersuchungen mit einer validierten französischen Version durchzuführen.

Die Ergebnisse Hofstedes (1980) weisen Frankreich im Gegensatz zu Deutschland als ein Land mit hoher Unsicherheitsvermeidung aus, dessen gesellschaftliche Norm von Zukunftsangst, Konsensstreben, einem Bedürfnis nach geschriebenen Regeln und Vorschriften, Expertengläubigkeit, Nationalismus und Konservatismus geprägt ist. Es wurde demzufolge erwartet, dass die Probanden der deutschen und französischen Stichprobe bereits ihren Umgang mit sich selbst unterschiedlich beschreiben.

Die nach Hofstede in der französischen Gesellschaft sehr viel stärker ausgeprägte Machtdistanz ließ weitergehend vermuten, dass sich die beiden Nationalstichproben bezüglich Machtverteilung und Rollenverständnis innerhalb der verhaltenstherapeutischen Beziehung unterscheiden. Deutsche und französische Stichprobe wurden daher hinsichtlich des transitiven Therapeutenverhaltens aus der Perspektive von Therapeut und Klient sowie des intransitiven Klientenverhaltens verglichen.

Es wird im folgenden dargestellt, inwieweit sich in Anlehnung an die Studien Hofstede (1980) zur „societal culture“ erwartete Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe bestätigen ließen und inwieweit diese nationalen Unterschiede ihren Ausdruck in den Personvoraussetzungen von Therapeuten und Klienten, dem transitiven Therapeutenverhalten und dem intransitiven Klientenverhalten finden.

4.2.2.1 Personvoraussetzungen deutscher und französischer Probanden

Mit der Bearbeitung von H_1 hat sich gezeigt, dass die Unterschiede zwischen französischen Therapeuten und Klienten auf Introjektenebene über alle abhängigen Variablen noch deutlicher als in der deutschen Stichprobe sind:

- Der Hotelling's T^2 - Wert der multivariaten Testungen über alle Introjektparameter weist den Unterschied zwischen französischen Therapeuten und Klienten als hochsignifikant (Hotelling's T^2 : $p=0,000^{***}$) und den Unterschied zwischen deutschen Therapeuten und Klienten als sehr signifikant (Hotelling's T^2 : $p=0,002^{**}$) aus.
- Ebenso klärt der Faktor Gruppe (1.Therapeuten/2. Klienten) in der französischen 54% der Gesamtvarianz und in der deutschen Stichprobe 32% der Gesamtvarianz auf. Dieser Unterschied relativiert sich zwar vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Stichprobengröße ($N_{\text{dt sch. St.}} = 14$ Dyaden; $N_{\text{frz. St.}} = 23$ Dyaden), lässt aber dennoch den inhaltlichen Schluss zu, dass in der französischen Stichprobe die Varianz der abhängigen Variablen zu einem wesentlich größeren Teil durch die Gruppenzugehörigkeit (1.Therapeuten/2.Klienten) determiniert ist.

Demnach kann die Ausprägung der abhängigen Variablen auf Introjektenebene in der französischen Stichprobe zu einem wesentlich größeren Teil durch den Status Therapeut bzw. Klient erklärt werden. Dies kann im Sinne einer stärkeren Introjektion der Rollen Therapeut bzw. Klient in der französischen Stichprobe, wie es auch nach den Ergebnissen Hofstede (1980) zu erwarten wäre, interpretiert werden. Die Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalyse [1. Nationalität

(deutsch/französisch) / 2. Bezug (Therapeut/Klient)] zu H_7 , die sich mit den nationalen Unterschieden zwischen Therapeuten und Klienten im Umgang mit sich selbst auseinandersetzt, weisen allerdings darauf hin, dass die Bedeutung der nationalen Zugehörigkeit für die Ausprägungen der Introjekt-Variablen der Zugehörigkeit zur Gruppe der Therapeuten bzw. der Klienten eindeutig nachgeordnet ist. Dies legt nahe, den oben beschriebenen Unterschied zwischen deutscher und französischer Stichprobe nicht in erster Linie auf die verschiedenen deutschen und französischen psychotherapeutischen Kontextbedingungen, wie sie nach den Ergebnissen Hofstedes anzunehmen sind, zurückzuführen. Die Stichprobendeskription unter 3.2.2 hat deutlich gemacht, dass sich die deutsche und französische Stichprobe bereits unter soziodemografischen Gesichtspunkten erheblich unterscheiden:

Gemessen an ihren soziodemografischen Merkmalen unterscheiden sich die deutschen und französischen Therapeuten weniger als die deutsche und französische Klienten. Interessanterweise hatte sich ein entsprechendes Unterschiedsmuster bereits in den Introjektprofilen deutscher und französischer Therapeuten und Klienten (siehe Abb. 40) gezeigt.

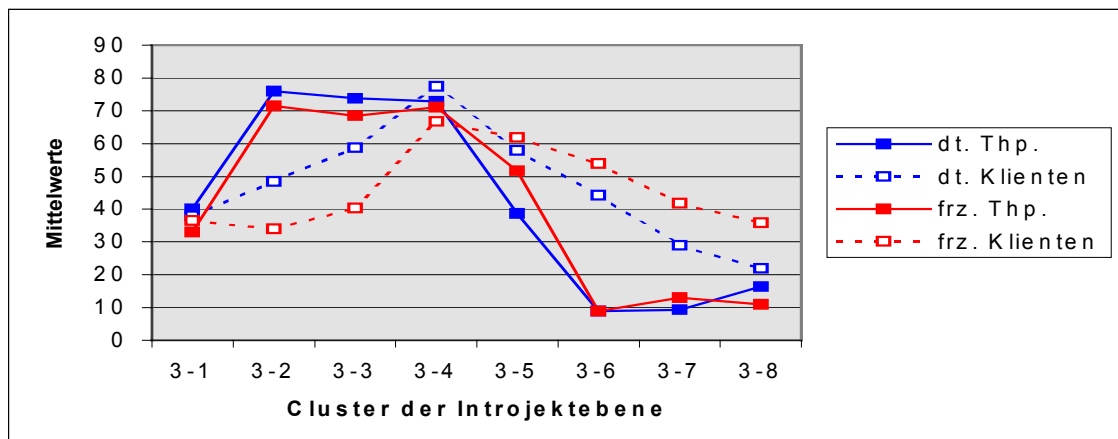


Abb. 40: *Introjektprofile von Therapeuten und Klienten beider Nationalstichproben*

Hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale unterscheiden sich deutsche und französische Therapeuten außer in ihren Berufsgruppenzugehörigkeiten in Bezug auf Alter, Erfahrung usw. vor allem in ihren Merkmalsstreuungen. Beim Vergleich deutscher und französischer Klienten fällt jedoch auf, dass in der fran-

zösischen Stichprobe eine wesentlich größere Anzahl jüngerer (11 von N=23 frz. Klienten w 30Jahre: 47,83%) und in Ausbildung befindlicher (7 von N=23 frz. Klienten: 30,48%) Klienten ohne Therapieerfahrung (18 von N=23 frz. Klienten: 78,3%) vertreten ist. Es ist anzunehmen, dass sich dieser soziodemografische Hintergrund auch auf den Umgang der Personen mit sich selbst auswirkt, weshalb sich die französischen Klienten in ihren Introjektvariablen letztendlich stärker von ihren Therapeuten unterscheiden müssen als die deutschen Klienten.

Daraus kann geschlossen werden, dass sich die Unterschiede zwischen deutschen und französischen Probanden zwar aus deren unterschiedlichen Personvoraussetzungen ergeben, diese aber weniger in Abhängigkeit von den jeweiligen psychotherapeutischen Kontextbedingungen in Deutschland und Frankreich als vom konkreten soziodemografischen Hintergrund der Nationalstichproben gesehen werden müssen.

4.2.2.2 Transitives Verhalten deutscher und französischer Therapeuten

Mit der Bearbeitung von H_4 und H_8 wurde deutlich, dass deutsche und französische Probanden das transitive therapeutische Beziehungsverhalten durch ihre Clustermittelwerte identisch beschreiben. Ordnet man die Clustermittelwerte für Bezug 5 (Therapeuten) und 7 (Klienten) ihrem absoluten Betrag nach absteigend zeigt sich, wie bereits unter 4.2.1.2 beschrieben, dass im transitiven Verhalten des Therapeuten therapeutischer Empathie (CI 1-2) an erster Stelle, ein strukturierender Lenkungsaspekt (CI 1-4) an zweiter Stelle und eine die Autonomie des Klienten fördernde Haltung (CI 1-1) an dritter Stelle stehen. In der Folge nimmt allerdings für die deutschen Klienten CI 1-3 den vierten und CI 1-5 den fünften Platz, für die französischen Klienten CI 1-5 den vierten und CI 1-3 den fünften Platz in der Rangreihe der Clustermittelwerte ein. Dies weist darauf hin, dass CI 1-5 in der transitiven Partnerbeschreibung französischer Klienten eine größere Rolle spielt als in der transitiven Partnerbeschreibung deutscher Klienten. Dies wird auch in Abbildung 41 veranschaulicht.

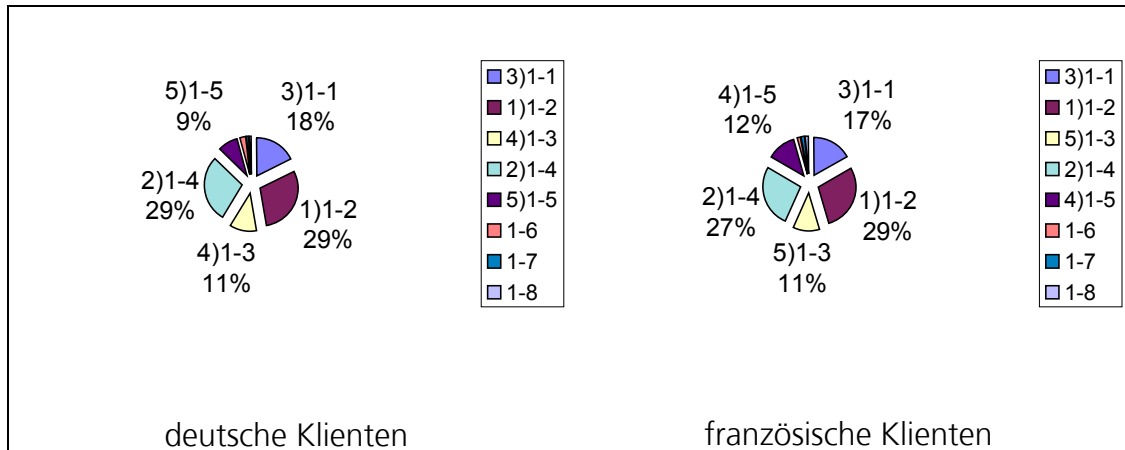


Abb. 41: *Relative Bedeutung der einzelnen Cluster in % in Bezug 7 (= transitive Therapeutenbeschreibung aus Sicht der Klienten) für die deutschen und die französischen Klienten im Vergleich*

Dennoch ist der Unterschied zwischen deutschen und französischen Klienten auf CI 1-5 nicht signifikant und kann daher nur als Tendenz verstanden werden.

In Kapitel 4.2.1.2 wurde bereits ausgeführt, dass die Ergebnisse ausschließlich im Zusammenhang mit dem Erhebungszeitpunkt (Therapiebeginn) gesehen und nicht auf den gesamten Therapieprozess generalisiert werden können. Trotz dieser Einschränkung ergibt sich jedoch ein besonderer Stellenwert der Ergebnisse zu H_4 durch die Kongruenz der Beurteilungen zwischen den Nationalstichproben. Die Übereinstimmung zwischen deutschen und französischen Probanden belegt die Vergleichbarkeit der deutschen und französischen Fragebogenversion und weist des weiteren darauf hin, dass das zu Therapiebeginn gezeigte Verhalten der Verhaltenstherapeuten nationalitätenunabhängig ist.

4.2.2.3 Intransitives Verhalten deutscher und französischer Klienten

Aufgrund der Ergebnisse Hofstedes wurde für die französischen Klienten mit einer hohen Akzeptanz therapeutischer Kontrolle gerechnet. Die Resultate zu H_{10} konnten bestätigen, dass die französischen Klienten sich ihrem Therapeuten eher unterordnen als die deutschen Klienten. Während sich deutsche und fran-

zösische Klienten in ihrer transitiven Selbstbeschreibung auf sonst keinem der verbleibenden Cluster signifikant unterschieden, hatten die Klienten der französischen Stichprobe signifikant höhere Werte auf Cluster 2-5 (sich unterwerfen, nachgeben) als die Klienten der deutschen Stichprobe. Doch auch hier ist der Einfluss der soziodemografischen Merkmale (Alter, Beruf, Therapieerfahrung), wie er unter 4.2.2.1 expliziert wurde, zu diskutieren. Es erscheint durchaus wahrscheinlich, dass jüngere und unerfahrene Klienten sich ihrem Therapeuten eher unterordnen, was nicht unbedingt Ausdruck nationaler Expertengläubigkeit sein muss.

4.2.2.4 Der Einfluss nationaler Unterschiede auf die Interaktion von Personvoraussetzungen, transitivem Therapeutenverhalten und intransitivem Klientenverhalten in der verhaltenstherapeutischen Beziehung

Weder im Introjekt noch im transitiven Therapeutenverhalten sind zwischen deutscher und französischer Stichprobe nennenswerte Unterschiede auf der Kontrolldimension zu verzeichnen. Allerdings unterscheiden sich deutsche und französische Klienten in ihrem intransitiven Verhalten auf CI 3-5 signifikant. Die französischen Klienten reagieren auf Cluster 2-5 ($M_{CI2-5} = 26,17$) völlig komplementär auf das transitive Beziehungsverhalten ihrer Therapeuten ($M_{CI1-5} = 27,09$). Wie Abbildung 42 verdeutlicht, ist das Verhältnis zwischen deutschen Therapeuten und Klienten auf dem Kontrollcluster jedoch weniger komplementär, was den signifikanten Unterschied zwischen deutschen und französischen Klienten ausmacht. Während deutsche und französische Therapeuten auf Cluster 1-5 gleichermaßen hohe Werte haben, erzielen die deutschen Klienten sehr viel geringere Werte auf Cluster 2-5. Damit zeigen sie sich weniger experten- und autoritätsgläubig als die französischen Klienten, was sich in seiner Bedeutung für den nationalen Unterschied allerdings durch die verschiedenen soziodemografischen Voraussetzungen deutscher und französischer Klienten relativiert.

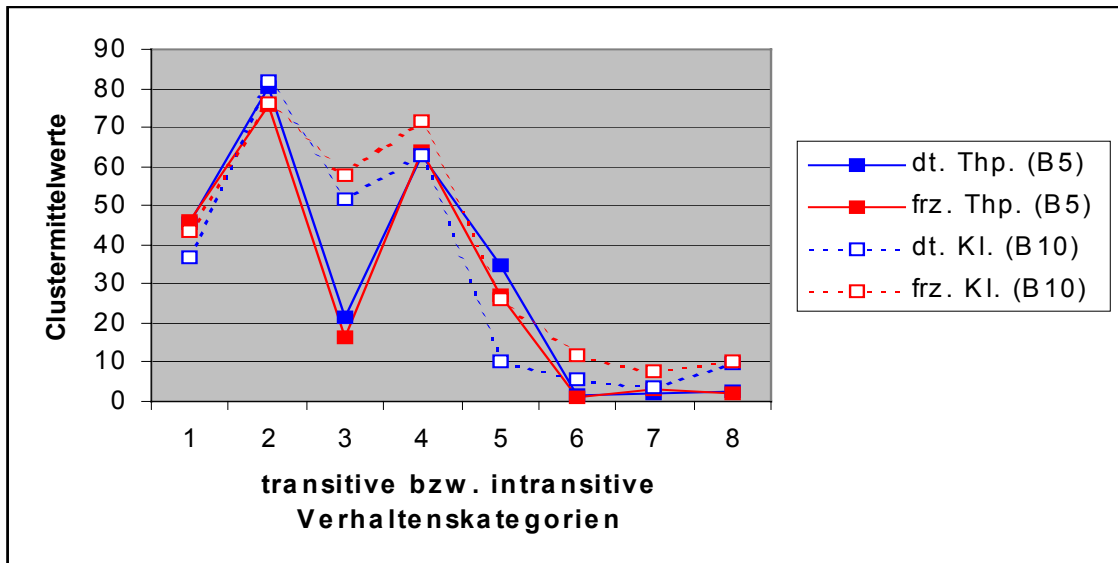


Abb. 42: *Komplementarität zwischen transitivem Therapeuten- und intransitivem Klientenverhalten (Eine Übereinstimmung der Werte von Therapeuten und Klienten indiziert Komplementarität zwischen transitivem Therapeuten- und intransitivem Klientenverhalten auf den jeweiligen Verhaltenskategorien.)*

Wie bereits unter 4.2.1.4 deutlich wurde, weisen die Daten beider Nationalstichproben auf ein hohes Maß an Beziehungskomplementarität zwischen Therapeuten und Klienten hin. Dies stand bereits durch die Ergebnisse zu H_{11} , die sich mit Beziehungsmustern innerhalb der Dyaden auseinandergesetzt hatte, fest. Weiterhin konnten mit den Daten beider Nationalstichproben Befunde der Psychotherapieforschung bestätigt werden, wonach die komplementären Kategorien 2 und 4 die wichtigste Rolle spielen. Bezüglich Cluster 5 gibt es geringfügige Unterschiede im Zusammenspiel transitiven Therapeutenverhaltens und intransitiven Klientenverhaltens zwischen deutscher und französischer Stichprobe, die in Richtung der angenommenen nationalen Unterschiede auf der Kontrolldimension interpretierbar wären. Dennoch scheinen diese eher im Zusammenhang mit den unterschiedlichen soziodemografischen Merkmalen der beiden Nationalstichproben als mit den jeweiligen nationalen Kontextbedingungen zu stehen.

Insgesamt weisen die Ergebnisse zum nationalen Vergleich darauf hin, dass sich deutsche und französische Therapeut-Klient-Stichprobe nicht in der erwarteten Weise unterscheiden. Die geringfügigen Unterschiede zwischen deutschen und

französischen Probanden im Umgang mit sich selbst und bezüglich des intransitiven Klientenverhaltens relativieren sich vor dem Hintergrund der unterschiedlichen soziodemografischen Merkmale der beiden Nationalstichproben. Es wäre daher von Interesse, die Ergebnisse an zwei soziodemografisch vergleichbaren Nationalstichproben von Verhaltenstherapeuten und ihren Klienten zu überprüfen. Die nationalen Unterschiede, die Hofstede basierend auf den Indizes der Unsicherheitsvermeidung und der Machtdistanz für Frankreich und Deutschland nachweisen konnte, finden ihren Ausdruck weder eindeutig im Umgang der Probanden mit sich selbst noch im intransitiven Klientenverhalten und überhaupt nicht im transitiven Therapeutenverhalten. Die Ergebnisse zum transitiven Therapeutenverhalten weisen vielmehr darauf hin, dass dieses zwischen der dritten und sechsten Therapiesitzung bei deutschen und französischen Verhaltenstherapeuten völlig übereinstimmt. Dies lässt auf einen regen internationalen Austausch verhaltenstherapeutischer Berufsverbände schließen: Sowohl die „AFTCC“ (Association française de Thérapie comportementale et cognitive) sowie die „DGVT“ (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie) und die „DVT“ (Deutsche Verhaltenstherapeuten) sind Mitglied der jährlich tagenden „EABCT“ (European Association for Behavioural and Cognitive Therapies) und arbeiten mit der amerikanischen „AABT“ (Association for Advancement of Behaviour Therapy) zusammen. Die Ergebnisse zeugen davon, dass die Diskussion über Beziehungsaspekte in der Verhaltenstherapie heute über nationale Grenzen hinaus geführt wird und man in der verhaltenstherapeutischen Praxis offensichtlich auf dem besten Wege ist, die Beziehungsperspektive auf der Höhe des aktuellen Erkenntnisstandes zu realisieren (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1993).

4.2.3 Weitere Ergebnisse

Wie sich gezeigt hat, sind es in einem ersten Schritt die jeweiligen Personvoraussetzungen der Klienten, die dem Therapeuten ermöglichen, ein bestimmtes transitives Beziehungsverhalten zu zeigen: Das Bedürfnis nach Pflege und Erweiterung ihres Selbst, das die Klienten beider Nationalstichproben im Introjekt durch hohe Werte auf Cluster 3-4 zum Ausdruck bringen, ermöglicht deutschen und französischen Therapeuten empathisch (1-2) und strukturierend beschützend (1-4) die Therapie einzuleiten.

Henry, Schacht & Strupp haben sich bereits vor 10 Jahren mit der besonderen Bedeutung des Introjekts für interpersonale Prozesse beschäftigt. Sie konnten nachweisen, dass

- bei Klienten, die ihre Therapie mit negativen („disaffiliativen“) Introjekten¹¹ beginnen, negatives („disaffiliatives“) Beziehungsverhalten des Therapeuten eine positive Introjektveränderung über den Therapieprozess verhindert und dass
- Therapeuten mit negativen („disaffiliativen“) Introjekten ein entsprechend negatives („disaffiliatives“) Beziehungsverhalten ihren Klienten gegenüber zeigen.

Während der Einfluss des transitiven Therapeutenverhaltens auf eine Veränderung im Umgang mit sich selbst (Introjekt) der Klienten über den Therapieprozess mit den vorliegenden Fragebogendaten nicht erfassbar war, bot es sich hingegen an, den Zusammenhang zwischen dem Introjekt der Therapeuten und ihrem transitiven Beziehungsverhalten zu untersuchen.

Henry, Schacht & Strupp (1990) hatten für die Untersuchung des Zusammenhangs das Introjekt der Therapeuten mit dem SASB-Fragebogen und das thera-

¹¹ Zugrundegelegt wurden bei Klienten wie Therapeuten eine Beurteilung des Introjekts in „schlechten Zeiten“ („at your worst“). Negative („disaffiliative“) Introjekte sind nach Henry et al. (1990) Introjektbeurteilungen mit hohen Werten in Quadrant II oder III.

peutische Beziehungsverhalten durch unabhängige Rater mit der SASB-Kodiermethode erfasst. Mit den Fragebogendaten der vorliegenden Arbeit war es möglich, das Introjekt der Therapeuten, das allerdings ohne die Einschränkung „in schlechten Zeiten“ („at your worst“) erhoben worden war, mit dem transitiven Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten zu korrelieren. Es konnte ein positiver linearer Zusammenhang für Quadrant III der therapeutischen Introjekte (= Das Selbst unterdrücken) mit Quadrant III des transitiven Therapeutenverhaltens aus Sicht der Klienten (= Feindselig Macht ausüben) nachgewiesen werden. Das bedeutet, dass Therapeuten, deren Umgang mit sich selbst durch die Unterdrückung eigener Bedürfnisse und Selbstanklage gekennzeichnet ist, von ihren Klienten als herabsetzend und feindselig Macht ausübend erlebt werden. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Henry, Schacht und Strupp (1990) überein und zeigt darüber hinaus, dass sich ein Zusammenhang zwischen negativem therapeutischem Introjekt und negativem therapeutischem Beziehungsverhalten auch dann bestätigen lässt, wenn der Umgang mit sich selbst der Therapeuten nicht mit der Einschränkung „in schlechten Zeiten“ erhoben wird. Mit den vorliegenden Daten konnte somit einmal mehr die Wechselbeziehung von introjiziertem und interpersonalem Verhalten empirisch bestätigt werden. Hartkamp und Schmitz (1999) haben sich mit dieser Wechselbeziehung beschäftigt, indem sie basierend auf non-linearen Dominanzanalysen von Interaktionen, dominante introjektive und interpersonale Verhaltensweisen in ihrem Einfluss auf andere Verhaltensweisen untersucht haben. Arbeiten wie dieser liegt eine psychodynamische Sichtweise zugrunde, die den therapeutischen Prozess als interaktionales Feld, aus dem heraus überhaupt Veränderungen eines Patienten hervorgehen können, betrachtet (vgl. Tress, 1993). Mit dem Einsatz der SASB-Fragebogenmethode ist es darüber hinaus möglich, den Zusammenhang zwischen Introjekt und der *Wahrnehmung* des eigenen transitiven Verhaltens bzw. des transitiven Verhaltens des Partners zu untersuchen.

Mit den Daten zu Hypothese 4, die sich mit dem transitiven Therapeutenverhalten in der Wahrnehmung von Therapeuten und Klienten auseinandergesetzt hatte, wurde daher zusätzlich explorativ für die deutsche Stichprobe der korrelative Zusammenhang zwischen den Introjekten von Therapeuten und Klienten und ihren Wahrnehmungen des transitiven Therapeutenverhaltens untersucht.

Die Ergebnisse einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson konnten zeigen, dass die Beurteilung des transitiven Therapeutenverhaltens durch den Klienten auf allen Clustern, außer Cluster 1-5 (beaufsichtigen, Kontrolle ausüben) und 1-6 (herabsetzen, beschuldigen), in linearem Zusammenhang mit dem im Introjekt erfassten Umgang mit sich selbst steht. Ebenso konnten für die Gruppe der Verhaltenstherapeuten korrelative Zusammenhänge zwischen verschiedenen Clustern des therapeutischen Introjektes (Bezug 1) und ihrer transitiven Selbstbeschreibung (Bezug 5) nachgewiesen werden.

Grundsätzlich weist dies darauf hin, dass die Beurteilung transitiven Verhaltens, sei es das eigene oder das des Interaktionspartners, nicht unabhängig vom Introjekt der befragten Probanden gesehen werden kann.

In Bezug auf H_4 , in der es um die Übereinstimmung von Therapeuten und Klienten in der Sichtweise des transitiven Therapeutenverhaltens ging, würde dies bedeuten, dass eine Übereinstimmung in der Beurteilung des Therapeutenverhaltens zwischen Therapeuten und Klienten nicht möglich ist, wenn zuvor nachgewiesen wurde, dass sie sich signifikant in ihrem Umgang mit sich selbst unterscheiden. Da sich dieser Unterschied jedoch bereits mit der Bearbeitung von H_1 gezeigt hatte, ist es vor dem Hintergrund des Zusammenhangs der Introjekte mit der Wahrnehmung des transitiven Therapeutenverhaltens nicht verwunderlich, dass die Wahrnehmungen des transitiven Therapeutenverhaltens von Therapeuten und Klienten hier nicht korrelieren.

Tabelle 34

Matrix signifikanter Korrelationen von Introjekt (Bezug 2) und Partnerbeschreibung (Bezug 7) der deutschen Klienten (N=14)

		BESCHREIBUNG DER THERAPEUTEN (TRANSITIV) AUS SICHT DER KLIENTEN (BEZUG 7)							
		CI 1-1	CI 1-2	CI 1-3	CI 1-4	CI 1-5	CI 1-6	CI 1-7	CI 1-8
I N T R O J E K T	CI 3-1	r=0,565* p=0,018	r=0,597* p=0,032	-	-	-	-	-	-
	CI 3-2	-	r=,7361*** p=0,001	r=0,660** p=0,005	r=0,593* p=0,013	-	-	-	-
	CI 3-3	-	r=0,76** p=0,001	r=0,62** p=0,009	r=0,653** p=0,006	-	-	r= -0,49* p=0,036	-
	CI 3-4	-	r=0,67** p=0,005	r=,632** p=0,008	r=,756*** p=0,001	-	-	-	-
	CI 3-5	r=,721** p=0,002	r=0,47* p=0,045	-	-	-	-	-	-
B E Z U G	CI 3-6	-	-	r=-0,46* p=0,048	-	-	-	r=0,623** p=0,009	-
	CI 3-7	-	-	-	-	-	-	r=0,65** p=0,006	-
	2	-	-	-	-	-	-	r=0,53* p=0,03	r=0,46* p=0,048
	CI 3-8	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen. Cluster des Introjektes – Bezug 1: 3-1=spontan, unbekümmert sein; 3-2=selbst-akzeptierend, sich erforschend; 3-3=sich selbst pflegen und umsorgen; 3-4=sich selbst beschützen und erweitern; 3-5=Selbstkontrolle ausüben, sich selbst einschränken; 3-6=sich selbst anklagen und unterdrücken; 3-7=Selbstablehnung, Selbstvernichtung; 3-8=sich selbst vernachlässigen, tagträumen; **Cluster der transitiven Beziehungsebene (Fokus andere) – Bezug 2:** 1-1=Autonomie gewähren, wegsehen; 1-2=bestätigen verstehen; 1-3=umsorgen, pflegen; 1-4=helpfen, beschützen; 1-5=beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; 1-6=herabsetzen, beschuldigen; 1-7=zurückweisen, angreifen; 1-8=ignorieren, vernachlässigen; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Die zusätzlich durchgeführten Korrelationsberechnungen zu Hypothese 4, deren Ergebnisse in Tabelle 34 dargestellt sind, reichen für eine umfassend empirisch fundierte Aussage über Art und Richtung des Zusammenhangs zwischen intrapsychischen Personvoraussetzungen und der Wahrnehmung transitiven Verhaltens nicht aus. Sie verdeutlichen jedoch erneut die Möglichkeiten der SASB-Fragebogenmethode als Instrument zur Erfassung wechselseitiger Bezie-

hungen zwischen verschiedenen intra- und interpersonalen Personaspekten im Sinne der interpersonalen Theorie.

Mit den Ergebnissen zu Hypothese 5, mit denen der Zusammenhang zwischen der Kontrollwahrnehmung des Klienten und seiner Wertschätzung für den Therapeuten nachgewiesen wurde, konnte gezeigt werden, dass sich durch die Korrelation intransitiver und transitiver Selbstbeschreibungen komplexe Verhaltensmuster einer Person darstellen lassen. In seiner intransitiven Selbstbeschreibung beschreibt der Klient seine reaktiven Verhaltensweisen im Umgang mit seinem Therapeuten. Über die Ebene des intransitiven Verhaltens kommunizieren Personen, was mit ihnen geschehen soll oder was für sie das beste ist (vgl. Tscheulin, 1995a). In seiner transitiven Selbstbeschreibung stellt der Klient seine aktiven Verhaltensweisen im Umgang mit seinem Therapeuten dar. Mit seinem transitiven Verhalten beschreibt er also, was er bei seinem Therapeuten bewirken möchte.

Eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson zwischen Bezug 10 (Selbstbeschreibung Klient, Fokus selbst : Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, intransitiv) und Bezug 9 (Selbstbeschreibung Klient, Fokus andere: Wie ich mich meinem Therapeuten gegenüber verhalte, transitiv) stellt die Zusammenhänge zwischen der transitiven und intransitiven Selbstbeschreibung der Klienten in der vorliegenden Stichprobe wie folgt dar:

- Klienten, die der Meinung sind, dass sie sich ihrem Therapeuten öffnen (intransitiver Fokus: CI 2-2), sich ihm annähern (intransitiver Fokus: CI 2-3) und ihm vertrauen (intransitiver Fokus: CI 2-4), nehmen sich ihrem Therapeuten gegenüber ebenso verstehend (CI 1-2), umsorgend (CI 1-3) und helfend (CI 1-4) wahr: Klienten, die sich in der verhaltenstherapeutischen Beziehung wohl fühlen, haben das Empfinden, strukturierend Einfluss zu nehmen und umgekehrt.
- Klienten, die sich in der Beziehung zu ihrem Therapeuten kontrollierend (CI 1-5), herabsetzend (CI 1-6) und zurückweisend (CI 1-7) beschreiben, erleben sich gleichzeitig in einer defensiven Haltung, die gekennzeichnet ist durch Rechtfertigung (CI 2-6), Protest (CI 2-7) und ausweichendem

Verhalten (CI 3-8): Klienten, die sich in der verhaltenstherapeutischen Beziehung nicht wohl fühlen, haben die Einschätzung, ihren Therapeuten herabzusetzen und anzugreifen, also negativ zu kontrollieren und umgekehrt.

Die besondere Bedeutung der subjektiven Wahrnehmung des Therapiegeschehens durch Therapeut und Klient für den Therapieerfolg konnte in den letzten Jahrzehnten immer wieder nachgewiesen werden (vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Mit dem Einsatz der SASB-Fragebogenmethode im Bereich der Beziehungsforschung ist eine differenzierte, weil alle Ebenen von Sozialverhalten einbeziehende Erfassung intra- wie interpersonaler Beziehungsaspekte möglich.

4.2.4 Resümee und Ausblick

Es ist deutlich geworden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in ihrer Fülle Forschungsanregungen in die verschiedensten Richtungen bieten.

Die Resultate zum nationalen Vergleich weisen auf die Annäherung an einen international verbindlichen Berufsethos innerhalb der Verhaltenstherapie hin. Eine Replikation der Ergebnisse zum nationalen Vergleich ist wünschenswert, allerdings erst nach erfolgter Validierung der französischen Version des SASB-Fragebogens sinnvoll.

Insgesamt plädieren die Befunde für eine interpersonale Erörterung der Beziehungsthematik nicht nur in der Verhaltenstherapie sondern auch therapieschulenübergreifend. Um die Generalisierbarkeit der Resultate realistisch zu bewerten, darf jedoch an dieser Stelle eine kritische Reflexion der allgemeinen Untersuchungsbedingungen nicht ausbleiben.

Die Ergebnisse zu H₂ konnten eine grundsätzlich positive Beziehungsqualität für die Gesamtstichprobe bestätigen, wie es nach den Regeln der Beziehungsgestaltung für die Verhaltenstherapie nicht anders zu erwarten war. Mit den transitiven wie intransitiven Beziehungsbeschreibungen deutscher und französischer

Probanden konnte gezeigt werden, dass sich Therapeuten und Klienten selbst und gegenseitig in ihrem interpersonalen Verhalten positiv einschätzen. Was jedoch motiviert einen Therapeuten einen oder gar mehrere seiner Klienten für eine Teilnahme an einer Untersuchung, die für Therapeut und Klient einen unvergüteten zeitlichen Mehraufwand bedeutet, zu gewinnen? Und was charakterisiert Klienten, die auf Geheiß ihres Therapeuten zuverlässig einen Fragebogen mit 144 Items ausfüllen und ihn an jemanden zurückschicken, von dem sie nicht einmal eine Rückmeldung erwarten? Wenn über die persönlichen Motivationen im einzelnen auch nur spekuliert werden kann, ist jedoch in jedem Fall davon auszugehen, dass die Therapeuten hauptsächlich solche Klienten, zu denen sie von vornherein ein gutes Verhältnis hatten, für die Untersuchung gewinnen konnten. Ein Klient lässt sich von seinem Therapeuten wohl nur dann von der Notwendigkeit, einen anonymen Fragebogen tatsächlich auszufüllen und zurückzuschicken, überzeugen, wenn dieser Therapeut einen positiven Stellenwert in seinem Leben hat und ihn darüber hinaus seine zu behandelnde Störung nicht an der Ausführung hindert. Somit kann man fast von einer positiven Beziehungsqualität als Prämisse für die Teilnahmebereitschaft der einzelnen Therapeut-Klient-Dyaden ausgehen, was natürlich in Frage stellt, ob die Ergebnisse zu Hypothese 2 tatsächlich als empirischer Nachweis für spezifische Charakteristika der verhaltenstherapeutischen Beziehung im allgemeinen zu werten sind.

Mit den Ergebnissen zu H_3 konnte der Nachweis erbracht werden, dass Therapeuten wie Klienten beider Stichproben in der Lage waren, sich unter Berücksichtigung der Fragebogeninstruktion mit allen Items des SASB-Fragebogens beziehungsadäquat auseinander zu setzen. Da der Fragebogen von einigen deutschen Therapeuten aufgrund der, den körperlichen Kontakt der Interaktionspartner betreffenden Items von Verhaltenskategorie 3 abgelehnt worden war, wurde untersucht, wie die 74 Probanden der deutschen und französischen Stichprobe mit diesen Items umgegangen waren. Es konnte bestätigt werden, dass die den körperlichen Kontakt betreffenden Items, die der verhaltenstherapeutischen Beziehung unangemessen empfunden werden mussten, von der Mehrzahl der Probanden eine 0-Ankreuzung erhalten hatten. Damit wurde zum Ausdruck gebracht, dass die in diesen Items angesprochenen Verhaltensweisen „nie/überhaupt nicht“ in der zu beurteilenden Beziehung auftreten. Auch ließ

die zu vernachlässigende Anzahl fehlender Ankreuzungen, die im Sinne einer Antwortvermeidung hätten interpretiert werden können, auf einen unproblematischen Umgang mit den angesprochenen Inhalten schließen.

Dennoch muss hier wieder einschränkend bemerkt werden, dass der unbefangene Umgang mit den Affiliationitems nur für die untersuchte Therapeut-Klient-Stichprobe bestätigt werden kann. Hätten die Therapeuten, die ihre Teilnahme nach Durchsicht des Fragebogens abgelehnt hatten, teilgenommen, wäre die Befundlage womöglich eine andere gewesen. Tatsache ist, dass der Fragebogen im Kontext der verhaltenstherapeutischen Beziehung durch seine Affiliation-Items die Teilnahmebereitschaft negativ beeinflussen kann, was auch immer die persönlichen Beweggründe hierfür sein mögen.

Unter dem Aspekt der Stichprobenszusammensetzung ebenso kritisch müssen die Ergebnisse zur Struktur des Beziehungsverhaltens (Beziehungsmuster) von Therapeuten und Klienten (Hypothese 11) gesehen werden. Die Resultate konnten verdeutlichen, dass Therapeuten und Klienten in der Meinung über sich selbst und den anderen (Urteilerübereinstimmung) und in ihrem Urteil über die hohe Komplementarität ihrer Beziehung stark übereinstimmen. Darüber hinaus erleben sie sich auch in ihrem Beziehungserhalten dem Interaktionspartner gegenüber sehr ähnlich. Empathie und Fürsorge für den Therapeuten spielt demnach im Beziehungsverhalten der Klienten eine ebenso große Rolle wie im Beziehungsverhalten der Therapeuten den Klienten gegenüber. Nur der Vergleich der Introjekte zeigt Unterschiede im Umgang mit sich selbst bei Therapeuten und Klienten, was nach den Ergebnissen zu H_1 auch zu erwarten war.

Dies zeigt im Zusammenhang mit den Ergebnissen zum transitiven Therapeuten- und intransitiven Klientenverhalten für die untersuchten verhaltenstherapeutischen Beziehungen, dass bei aller Komplementarität, gekennzeichnet durch Empathie und Lenkung auf Therapeutenseite sowie durch Selbstöffnung und Kontrollabgabe auf Klientenseite (siehe 4.2.1.4), die Klienten sich in der Beziehung autonom und verantwortlich, jedoch nicht etwa im Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Therapeuten erleben. Dieser Befund ist vor dem Hintergrund der Diskussionen um das Machtgefälle in der Therapeut-Klient-Beziehung besonders

interessant, muss allerdings auch im Zusammenhang mit den soziodemografischen Variablen der untersuchten Stichproben gesehen werden. Alter und Berufserfahrung der Therapeuten mögen hier ebenso ihren Einfluss haben wie Alter, sozialer Status und Therapieerfahrung der Klienten, was aber an dieser Stelle nicht weiter diskutiert werden soll.

Es bleibt zu wünschen, dass die Ergebnisse dieser Arbeit einen Beitrag zu einer weiteren systematischen Ausarbeitung der Beziehungsperspektive über die Grenzen der Verhaltenstherapie hinaus leisten. Die Bedeutung von Konzepten und Methoden zur Untersuchung interpersonaler psychotherapeutischer Fragestellungen ist heute unumstritten und die SASB ohne Zweifel eine der wichtigsten Methoden, mit denen die Beziehungsperspektive gegenwärtig in der Psychotherapieforschung realisiert wird.

„In my experience, observation or trends based on small samples of SASB data have invariably grown stronger, not disappeared as is often the case, as more data are collected. Over the years SASB has become much more than a research or clinical tool – it has become a way of thinking and a lens through which to view the world.“

W.P. Henry (1993, S. XV)

Literaturverzeichnis

- Alexander, J. F., Barton, C., Schaivo, R. S. & Parsons, B. V. (1976). Systems behavioural intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 656-427.
- Ali, P. & Schmalstieg, R. (1984). *Kategoriensystem der Therapiemethoden*. Unveröffentlichtes Manuskript, Bern: Psychologisches Institut der Universität.
- Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Eine empirische Überprüfung der Annahmen im „Generic model of Psychotherapy“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 41*, 285-303.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andritzky, W. (1989). Zur Rolle der Kulturvergleichenden Psychologie an psychologischen Instituten der Bundesrepublik. Ergebnisse einer Umfrage. *Psychologische Rundschau, 40* (2), 86-88.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bastine, R. (1992). Psychotherapie. In R. Bastine (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 179-301). Bd. 2. Stuttgart u.a.: Kohlhammer
- Beier, E. (1966). *The silent language of psychotherapy*. Chicago: Aldline.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior (SASB). *Psychological Review, 81*, 392-425.
- Benjamin, L. S. (1983). *The Intrex user's manual, parts I and II*. Salt Lake City: Intrex Interpersonal Institute, University of Utah.
- Benjamin, L. S. (1984). Principles of predicting using Structural Analysis of Social Behaviour (SASB). In R.A. Zucker, J. Aronoff & A.J. Rabin (Eds.), *Personality and the prediction of behavior* (pp.121-174). New York: Academic Press.

- Benjamin, L. S. (1986). Operational definition and measurement of dynamics shown in the stream of free associations. *Journal for the Study of Biological and Social Processes*, 49, 104-129.
- Benjamin, L. S. (1996a). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (1996b). Introduction to the special section on Structural Analysis of Social Behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64(6), 1203-1212.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. & Freeman, A. (1993). *Kognitive Therapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bond, M. H. (1988). Finding universal dimensions of individual variation in multicultural studies of values: The Rokeach and Chinese Value Surveys. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 1009-1015.
- Bond, M. H. & Hwang, K.-K. (1986). The social psychology of Chinese people. In M. H. Bond (Ed.), *The psychology of the Chinese People* (pp. 213-266). Hong Kong: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New Directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance* (pp. 13-37). New York u.a.: Wiley.
- Cautela, J. R. (1973). Covert processes and behaviour modification. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 157, 27-36.
- Caspar, F. (1997). Ist die „alte“ Problemanalyse wirklich so hinterwäldlerisch?. In H. Reinecker & P. Fiedler (Eds.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 51-59). Lengerich u.a.: Pabst.
- Chinese Culture Connection. (1987). Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 143-164.
- Cole, M. & Scribner, S. (1974). *Culture and thought*. New York: Wiley.

- Davies-Osterkamp, S. (1993). Zirkumplexe Modelle interpersonellen Verhaltens innerhalb der klinischen Psychologie. In W. Tress (Hrsg.), *Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens – SASB* (S. 5-11). Heidelberg: Asanger.
- Davies-Osterkamp, S., Hartkamp, N. & Junkert, B. (1993). Die Intrex-Kurzform. In W. Tress (Hrsg.), *Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens – SASB*, (S.156-219). Heidelberg: Asanger.
- Demorgon, J. (1993). Vivre et penser les cultures dans la mondialisation en cours [Kultur leben und reflektieren im Wandel des Weltgeschehens]. *Intercultures*, 20, 23-45.
- Derubeis; R. J., Hollon, S.D., Evans, M.D. & Bemis, K.M. (1982). Can psychotherapy for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 744-747.
- De Voge, J. T. & Beck, S. (1978). The therapist-client relationship in behavior therapy. In M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Vol. 6, (pp. 203-248). New York, NY: Academic Press.
- Ecker, W. (1996). Persönlichkeitsstörungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 381-386). Berlin u.a: Springer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eysenck, H.J. (1959) Learning theory and behaviour therapy. *Journal of Mental Science*, 195, 61-75.
- Fiedler, P. (1997a). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie: Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsspezifischen Behandlung. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 1-27). Lengerich u.a.: Pabst.
- Fiedler, P. (1997b). Die Zukunft der Verhaltenstherapie lag schon immer ziemlich genau in der Mitte ... zwischen Phänomen- und Störungsorientierung. Ein zusammenfassender Kommentar. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 131-159). Lengerich u.a.: Pabst.
- Fiedler, P. & Rogge, K.-E. (1990). Veränderung durch Beziehung? Studien über Empathie und Lenkung in der kognitiven Psychotherapie. In U. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie - welche Effekte verändern?*(S. 134-154). Heidelberg: Springer.

- Fiedler, P., Vogt, L., Rogge, K.-E. & Schulte, D. (1994). Die prognostische Relevanz der Autonomie-Entwicklung von Patienten in der verhaltenstherapeutischen Phobienbehandlung: eine Prozessanalyse mittels SASB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23 (3), 202-212.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Foa, U.G. (1961). Convergences in the analysis of the structure of interpersonal Behaviour. *Psychological Review*, 68 (5), 341-351.
- Ford, J.D. (1978). Therapeutic relationship in behavior therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1302-1314.
- Freedman, M. B., Leary, T. F., Ossorio, A. G. & Coffey, H. S. (1951). *The interpersonal dimensions of personality*. *Journal of Personality*, 20, 143-161.
- Gebhardt, R. & Stieglitz, R.-D. (1996). Schizophrenie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 373-380). Berlin u.a: Springer.
- Geil, S. & Vonderlin, E. (1991). *Die Wahrnehmung interpersonalen Verhaltens in glücklichen und unglücklichen Ehebeziehungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Psychologisches Institut der Universität Heidelberg.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The relationship in counselling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-241.
- Glenn, E. & Glenn, C. (1981). *Man and mankind: Conflicts and communication between cultures*. Norwood, NH: Ablex Publishing.
- Goldstein, A. P. (1971). *Psychotherapeutic attraction*. New York: Pergamon Press.
- Graumann, C. F. (1991). *Sozialpsychologie retrospektiv und prospektiv*. Vortrag anlässlich der Abschiedsfeier zur Emeritierung. Universität Heidelberg.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1997). Moderne Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie? In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der moder-*

- nen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse (S. 28-50). Lengerich u.a.: Pabst.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19(4), 362-376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Grawe, K. & Dziewas, H. (1978). Interaktionelle Verhaltenstherapie. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.), *Fortschritte in der Verhaltenstherapie*. Sonderheft I der „Mitteilungen der DGVT“, München.
- Grawe-Gerber, M. (1992). *Psychotherapie aus interpersonaler Perspektive. Ein methodischer Beitrag zur Psychotherapie-Prozessforschung mit der „Structural Analysis of Social Behaviour“ (SASB)*. Unveröffentlichte Dissertation, Bern: Institut für Psychologie.
- Grossmann, K. E. (1993). Universalismus und kultureller Relativismus psychologischer Erkenntnisse. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung* (S. 53-80). Göttingen: Hogrefe.
- Hall, E. T. & Hall, M. R. (1990). *Understanding cultural differences. Germans, French and Americans*. Yarmouth: Intercultural Press.
- Hand, I. (1991). Die Berner Therapievergleichsstudie: Was sollte verglichen werden, was wurde verglichen - was wurde gefolgert und was kann gefolgert werden. Kommentar. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20(3), 280-285.
- Hardy, G. E. & Shapiro, D. A., (1985). Therapist response modes in prescriptive vs. exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 235-245.
- Hartkamp, N. & Schmitz, N. (1999). Structures of introject and therapist-patient interaction in a single case study of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(2), 199-215.
- Hartung, J. (1990). *Psychotherapie phobischer Störungen. Handlungs- und Lageorientierung im Therapieprozess*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Hautzinger, M. (1992). Aspekte der Therapeut-Patient-Beziehung in der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen. In J. Margraf & J. C.

- Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 135-159). München: Röttger.
- Hautzinger, M. (1996). Depressionen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 367-372). Berlin u.a: Springer.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behaviour: Application to a study of interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 27-31.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences. International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hofstede, G. (1991). *Vivre dans un monde multiculturel. Comprendre nos programmations mentales* [Leben in einer multikulturellen Welt. Wie wir unsere mentale Programmierung verstehen lernen]. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Hofstede, G. (1993). *Interkulturelle Zusammenarbeit. Kulturen - Organisationen - Management*. Wiesbaden: Gabler.
- Henry, W. P. (1996). Structural analysis of social behaviour as a common metric for programmatic psychopathology and psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (6), 1263-1275.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 768-774.
- Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance* (pp. 51-84). New York u.a.: Wiley.
- Hoffmann, N. (1996). Zwangsstörungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 360-366). Berlin u.a: Springer.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G. & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.

- Horvath, A. O. & Symonds, B. (1990). *The relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a synthesis*. Vortrag auf der 21. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research, Wintergreen, Virginia, USA.
- Hsu, F. L. K. (1983). *Rugged individualism reconsidered*. Knoxville: University of Tennessee Press
- Jaeggi, E. (1989). Die Vorrangigkeit des Weges vor dem Ziel - oder: Beziehung und Deutung im Vergleich von Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie. In T. Reinelt & W. Datler (Hrsg.), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess* (S. 161-179). Berlin u.a.: Springer.
- Kaimer, P., Reinecker, H. & Schindler, L. (1989). Interaktionsmuster von Klient und Therapeut bei zwei unterschiedlich erfolgreich behandelten Fällen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18(1), 80-92.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1977). *Möglichkeiten der Verhaltensänderung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kanfer, F. H. & Grimm; L. G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Modification*, 1, 7-28.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie* (2. Aufl.). Heidelberg u.a.: Springer.
- Kanfer, F. H. & Schefft, B. K. (1988). Guiding the process of therapeutic change. Champaign (IL): Research Press.
- Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L. & Schaap, C. P. D. R. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 165, 781-786.
- Keupp, H. & Bergold, J. B. (1972). Probleme der Macht in der Psychotherapie unter spezieller Berücksichtigung der Verhaltenstherapie. In C.H. Bachmann (Hrsg.), *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie* (S. 105-140). Frankfurt: Fischer.
- Kiesler, D. J. (1982). Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 3-24). New York: Pergamon Press.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.

- Kiesler, D. J., Anchin, J. C. , Perkins, M. J., Chirico, B. M., Kyle, E. M. & Federman, E. J. (1976). *The impact message inventory*. Virginia: Commonwealth University.
- Kolden, G. G. (1991). The generic model of psychotherapy: An empirical investigation of patterns of process and outcome relationships. *Psychotherapy Research*, 1, 62-73.
- Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 489-496.
- Krasner, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. In H.H. Strupp & L. Luborsky (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. II, pp. 61-94). Washington, DC: American Psychological Association.
- La Forge, R., Leary, T. F., Nabiosek, H., Coffey, H. S. & Freedman, M. B. (1954). The interpersonal dimension of personality. An objective study of repression. *Journal of Personality*, 23, 129-153.
- La Forge, R. & Suczek, R. (1955). The interpersonal dimension of personality: III. An interpersonal checklist. *Journal of Personality*, 24, 94-112.
- Lang, P. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 75-125). New York:Wiley.
- Lazarus, A. A. (1971). *Verhaltenstherapie im Übergang*. München: Reinhardt.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Roland.
- Linden, M. (1996). Agoraphobie und Panikerkrankung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 347-352). Berlin u.a: Springer.
- Lijphart, A. (1975). The comparable case strategy in comparative research. *Comparative Political Studies*, 8, 158-171.
- Margraf, J. (1996). Grundprinzipien und historische Entwicklung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1, S. 1-30). Berlin u.a.: Springer.
- Margraf, J. & Bregelmann, J. C. (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger.

- Margraf, J. & Lieb, R. (1995). Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer zukunfts-offenen Neucharakterisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(1), 1-7.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1992). Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei Angststörungen. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 109-134). München: Röttger.
- McClelland, D. C. & Friedman, G. A. (1952). A cross-cultural study of the relationship between child-training practices and the achievement motivation appearing in folk tabs. In T. M. Newcomb, E. L. Hartley, & G. E. Swanson (Eds.), *Readings in social psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Meichenbaum, D.W. (1977). *Kognitive Verhaltenstherapie*. München: Pfeiffer.
- Meyer, V. (1957). The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 261-266.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people behavior*. New York: Guilford.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York:Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311-381). New York Wiley.
- Petry, J. (1996). *Alkoholismustherapie: Gruppentherapeutische Motivierungsprogramme* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Pfingsten, U. (1996). Soziale Ängste. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 353-359). Berlin u.a: Springer.
- Raue, P. J. & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behaviour therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance* (pp. 131-152). New York u.a.: Wiley.
- Reinecker, H. & Fiedler, P. (Hrsg.). (1997). *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse*. Lengerich u.a.: Pabst.

- Reinecker, H., & Schindler, L. (1991). Differentielle Psychotherapieforschung? - Überlegungen zur Berner Therapievergleichsstudie. Kommentar. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20 (3), 274-279.
- Reinelt, T. & Datler, W. (Hrsg.). (1989). *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozess*. Berlin u.a.: Springer.
- Rief, W. (1996). Somatoforme Störungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S.387-393). Berlin u.a: Springer.
- Schaefer, E. S. (1959). A circumplex model of maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 226-235.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung*. Berlin u.a.: Springer.
- Schmelzer, D. (1986). Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil II: Das „OPTIMIZE“-Prozessmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis. *Verhaltensmodifikation*, 7, 3-110.
- Schneider-Düker, M. (1992). Das Interpersonale Modell - eine psychotherapeutische Grundorientierung? *Gruppenpsychotherapeutische Gruppendynamik*, 28, 93-113.
- Schulte, D. (1992). Direktivität und Kontrolle therapeutischer Gespräche. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 185-214). München: Röttger.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Schulte, D. (1997). Störungsbezogene Therapieplanung. In H. Reinecker & P. Fiedler (Hrsg.), *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Eine Kontroverse* (S. 60-62). Lengerich u.a.: Pabst.
- Schulte, D. & Künzel; R. (1995). Relevance and meaning of therapist's control. *Psychotherapy Research* 5(2), 169-185.
- Schulte-Bahrenberg, T. (1990). *Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg*. Bochum: Centaurus.
- Schulz, W. (1996). Therapeut-Patient-Beziehung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (3. Aufl., S. 9-14). Springer: Berlin u.a.
- Schutz, W. C. (1958). *FIRO: A three-dimensional theory of interpersonal behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Segall, M. H., Campbell, D. T. & Herskovits, M. J. (1966). *The influence of culture on visual perception*. New York: Bobbs-Merril.

- Sloane, R., Staples, F. R., Whipple, K. & Cristle, A. H. (1975). *Psychotherapy vs. behavior therapy*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Strupp, H. H. (1980a). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 1. *Archives General Psychiatry, 37*, 595-603.
- Strupp, H. H. (1980b). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 2. *Archives General Psychiatry, 37*, 708-716.
- Strupp, H. H. (1980c). Success and failure in time-limited psychotherapy: With special reference to the performance of a lay counsellor: Comparison 3. *Archives General Psychiatry, 37*, 831-841.
- Strupp, H. H. (1980d). Success and failure in time-limited psychotherapy: Further evidence: Comparison 4. *Archives General Psychiatry, 37*, 947-954.
- Strupp, H. H. (1986). Psychotherapy: Research, practice, and public policy. *American Psychologist, 41*, 120-130.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt Psychotherapy Studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 431-33.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 4*, 253-272.
- Thomas, A. (1993). Entwicklungslinien und Erkenntniswert kulturvergleichender Psychologie. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung* (S. 27-52). Göttingen: Hogrefe.
- Thomas, A. (1996). Analyse der Handlungswirksamkeit von Kulturstandards. In A. Thomas (Hrsg.), *Psychologie interkulturellen Handelns* (S. 107-136). Göttingen: Hogrefe.
- Tress, W. & Junkert, B. (1993). Modellstruktur. In W. Tress (Hrsg.), *Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens – SASB* (S. 35-46). Heidelberg: Asanger.
- Triandis, H.C. (1980). Reflections on the trends in cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology, 11*, 1, 35-58.

- Tscheulin, D. (1980). Lernziel Therapeutisches Basisverhalten. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S. 109-128). Weinheim: Beltz.
- Tscheulin, D. (1981). Gemeinsame Grundelemente in verschiedenen Psychotherapieformen. In E. R. Rey (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S. 115-127). Stuttgart: Fischer.
- Tscheulin, D. (Hrsg.). (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Tscheulin, D. (1995a). Heilung durch Liebe? Die Struktur der psychotherapeutischen Situation. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 51-69). Köln: GwG-Verlag.
- Tscheulin, D. (1995b): Reziproke Interaktionsprozesse: Grundlage von Entwicklung und therapeutischer Veränderung. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 71-88). Köln: GwG-Verlag.
- Tscheulin, D. & Glossner, A. (1990). *Makemaps 9/90 – Programme zur Auswertung der SASB-Fragebogen von L.S. Benjamin*. Unveröffentl. Software, Institut für Psychologie der Universität Würzburg.
- Tscheulin, D. & Glossner, A. (1993). Die deutsche Übertragung der INTREX „Long-form-Questionnaires“: Validität und Auswertungsgrundlagen der SASB-Fragebogenmethode. In W. Tress (Hrsg.), *Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens – SASB* (S.123-155). Heidelberg: Asanger.
- Tscheulin, D. & Harms, R. (1999). *MakeMapsWin – Windowsprogramm zur Auswertung der SASB-Fragebogen von L.S. Benjamin*. Software, Institut für Psychologie der Universität Würzburg.
- Tscheulin, D. & Willich, O. (1999). Beziehungsverhalten und Beziehungsstruktur von heterosexuellen Paaren mit Wunsch nach psychologischer Beratung. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 30, 173-180.
- Vallis, T. M., Shaw, B. F. & Mc Cabe, S. B. (1988). The relationship between therapist competency in cognitive therapy and general therapy skill. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 188(2), 237-249.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Bern u.a.: Huber.

- Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 183-221). New York:Wiley.
- Wiggins, J.S. & Broughton, R. (1985). The interpersonal circle: a structural model for the integration of personality research. *Perspectives in Personality*. Reading, Massachusetts: Addison – Wesley.
- Wilson, G.T. & Evans, I.M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. In A.S. Gurman & A.M. Gurman (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.544-565). New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press.
- Zimmer, D. (Hrsg.) (1983a). *Die therapeutische Beziehung*. Weinheim: Edition Psychologie
- Zimmer, D. (1983b). Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 82-97). Weinheim: Edition Psychologie.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1992). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und Gestaltungsmöglichkeiten. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 11-37). München: Röttger.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1996). Das Konzept Der Funktionalen Beziehungsgestaltung In Der Verhaltenstherapie. In H.S. Reinecker & D. Schmelzer (Eds.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement – Frederick H. Kanfer zum 70. Geburtstag* (S. 131-143). Göttingen u.a.: Hogrefe.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	<i>Das generische Modell der Psychotherapie von Orlinsky & Howard (1986)</i>	10
Abb. 2:	<i>Das generische Modell der Psychotherapie von Orlinsky, Grawe & Parks (1994)</i>	11
Abb. 3:	<i>Allgemeines Modell der Psychotherapie (Bastine, 1992, modifiziert nach Orlinsky & Howard, 1986)</i>	13
Abb. 4:	<i>Das 7-Phasen-Modell im Überblick (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996)</i>	52
Abb. 5:	<i>Duales Basismodell der Psychotherapie (Schulte, 1996)</i>	56
Abb. 6:	<i>Präskriptives Stufenmodell des diagnostisch-therapeutischen Prozesses (Schulte, 1996)</i>	57
Abb. 7:	<i>Beziehungsverbessernde Maßnahmen in der kognitiven Verhaltenstherapie der Angststörungen (Margraf & Schneider, 1992)</i>	60
Abb. 8:	<i>Therapeutenmerkmale zum wirksamen Umgang mit depressiven Patienten in der Verhaltenstherapie (Hautzinger, 1992)</i>	62
Abb. 9:	<i>Zusammenhänge von Therapiemotivation des Klienten, Beziehungsaspekten des Therapeutenverhaltens und Beziehungsregeln (Schulte, 1996)</i>	71
Abb. 10:	<i>Ausblick auf den empirischen Ansatz der Arbeit</i>	77
Abb. 11:	<i>Circumplex-Modelle interpersonalen Verhaltens: Verhaltensdimensionen und ihre Relation, ohne Nennung einzelner Verhaltenskategorien</i>	80
Abb. 12:	<i>Learys Interpersonal Circle (IPC) (1957) (aus Geil & Vonderlin (1991))</i>	82
Abb. 13:	<i>Vollständige Version des SASB Modells nach Benjamin (1974, 1984)</i>	85
Abb. 14:	<i>Die drei Grunddimensionen des SASB-Modells (aus Tress & Junkert, 1993)</i>	87

Abb. 15:	<i>Deutsche Clusterversion des SASB-Modells (aus Tscheulin & Glossner, 1993)</i>	88
Abb. 16:	<i>Überblick über die verschiedenen Formen der SASB-Fragebogen der Version 0, 1989 (© Tscheulin & Benjamin, 1989) aus Tscheulin und Glossner (1993)</i>	96
Abb. 17:	<i>Beispiel für zwei Strukturkarten (Introjekt Therapeutin und Introjekt Klientin der deutschen Dyade Nr. 14)</i>	103
Abb. 18:	<i>Testung der Hypothesen, die keine Unterschiede zwischen den Nationalstichproben annehmen</i>	110
Abb. 19:	<i>Testung der explorativen Hypothesen, die sich auf Unterschiede zwischen deutscher und französischer Stichprobe beziehen</i>	110
Abb. 20:	<i>Introjektprofile der deutschen Therapeuten und Klienten: Mittelwerte und Standardabweichungen</i>	151
Abb. 21:	<i>Introjektprofile der französischen Therapeuten und Klienten: Mittelwerte und Standardabweichungen</i>	151
Abb. 22:	<i>Verteilung der Quadrantenmittelwerte im interpersonalen Raum für die deutsche und französische Stichprobe</i>	154
Abb. 23:	<i>Modalwert von Cluster 3 in der deutschen Stichprobe</i>	156
Abb. 24:	<i>Modalwert von Cluster 3 in der französischen Stichprobe</i>	156
Abb. 25:	<i>Transitives Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: Clustermittelwerte von Bezug 5 (Therapeuten) und Bezug 7 (Klienten)</i>	162
Abb. 26:	<i>Individuelle Werte für Cluster 1-2 (bestätigen, verstehen) pro Therapeut-Klient-Dyade in der Selbstbeschreibung der Therapeuten (Bezug 5) und der Partnerbeschreibung der Klienten (Bezug 7) zum transitiven Therapeutenverhalten</i>	164
Abb. 27:	<i>Punktdiagramm zur Darstellung des korrelativen Zusammenhanges der Therapeutenwerte (Bezug 5) und Klientenwerte (Bezug 7) für Cluster 1-2</i>	164
Abb. 28:	<i>Zweifaktorielles Design zur Untersuchung von Hypothese 7</i>	174
Abb. 29:	<i>Introjektprofile von Therapeuten und Klienten beider Nationalstichproben</i>	176
Abb. 30:	<i>Lokalisierung der Klienten- und der Therapeutenstichproben im intrapersonalen Raum und ihr Verhältnis</i>	178

Abb. 31:	<i>Profile der transitiven Selbstbeschreibung deutscher und französischer Therapeuten (Bezug 5): Mittelwerte und Standardabweichungen</i>	182
Abb. 32:	<i>Profile der transitiven Partnerbeschreibung deutscher und französischer Klienten (Bezug 7): Mittelwerte und Standardabweichungen</i>	185
Abb. 33:	<i>Profile der intransitiven Selbstbeschreibung deutscher und französischer Klienten: Mittelwertsunterschiede</i>	188
Abb. 34:	<i>Grafische Übersicht über die mittleren Korrelationen $[m(r)]$ beider Nationalstichproben für alle 17 Vergleiche</i>	192
Abb. 35:	<i>Beziehungsmuster über Clustermittelwertkorrelationen der einzelnen Bezüge</i>	194
Abb. 36:	<i>Umgang mit sich selbst deutscher und französischer Therapeuten und Klienten</i>	203
Abb. 37:	<i>Transitives Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten: Clustermittelwerte von Bezug 5 (Therapeuten) und Bezug 7 (Klienten)</i>	205
Abb. 38:	<i>Intransitives Klientenverhalten aus der Sicht der Klienten: Clustermittelwerte von Bezug 10</i>	206
Abb. 39:	<i>Interaktion von Personvoraussetzungen der Klienten, transitivem Verhalten der Therapeuten und intransitivem Verhalten der Klienten in der deutschen und französischen Stichprobe</i>	207
Abb. 40:	<i>Introjektprofile von Therapeuten und Klienten beider Nationalstichproben</i>	211
Abb. 41:	<i>Relative Bedeutung der einzelnen Cluster in % in Bezug 7 (= transitive Therapeutenbeschreibung aus Sicht der Klienten) für die deutschen und die französischen Klienten im Vergleich</i>	213
Abb. 42:	<i>Komplementarität zwischen transitivem Therapeuten- und intransitivem Klientenverhalten</i>	215

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	22
<i>MDI-, UVI-, IDV- und MAS-Werte für Deutschland und Frankreich (entnommen aus den entsprechenden Tabellen von Hofstede, 1993)</i>	
Tabelle 2	22
<i>Plazierung von Deutschland und Frankreich auf der Indexskala von Hofstede</i>	
Tabelle 3	90
<i>Komplementarität im SASB-Modell: Die Quadranten (1)-(4) der Fokusebene „andere“ mit ihren jeweiligen Komplementen der Fokusebene „selbst“.</i>	
Tabelle 4	99
<i>Definition der 10 SASB-Fragebogenbezüge pro Therapeut-Klient-Dyade</i>	
Tabelle 5	101
<i>Definition der interessierenden dyadischen Vergleichs-parameter</i>	
Tabelle 6	107
<i>Definition der 10 SASB-Fragebogenbezüge pro Therapeut-Klient-Dyade</i>	
Tabelle 7	133
<i>Geschlechterverhältnis in den Therapeut-Klient-Dyaden innerhalb der deutschen Stichprobe</i>	
Tabelle 8	133
<i>Geschlechterverhältnis in den Therapeut-Klient-Dyaden innerhalb der französischen Stichprobe</i>	
Tabelle 9	134
<i>Geschlecht deutscher und französischer Therapeuten</i>	
Tabelle 10	135
<i>Alter deutscher und französischer Therapeuten</i>	

Tabelle 11	135
<i>Beruf deutscher und französischer Therapeuten</i>	
Tabelle 12	136
<i>Berufserfahrung in Jahren deutscher und französischer Therapeuten</i>	
Tabelle 13	136
<i>Anzahl therapeutischer Ausbildungen deutscher und französischer Therapeuten</i>	
Tabelle 14	137
<i>Geschlecht deutscher und französischer Klienten</i>	
Tabelle 15	137
<i>Alter deutscher und französischer Klienten</i>	
Tabelle 16	138
<i>Familienstand deutscher und französischer Klienten</i>	
Tabelle 17	138
<i>Beruf deutscher und französischer Klienten</i>	
Tabelle 18	139
<i>Diagnose deutscher und französischer Klienten</i>	
Tabelle 19	140
<i>Therapieerfahrung deutscher und französischer Klienten</i>	
Tabelle 20	144
<i>Einfaktorielle multivariate Varianzanalysen mit Gruppenfaktor (Therapeuten/Klienten) und Parametern der Introjektenebene als abhängige Variablen getrennt für deutsche und französische Stichprobe. Die Einzeltestungen sind auf dem 5%-Niveau alpha-adjustiert.</i>	
Tabelle 21	147
<i>Deskriptive Statistiken für Cluster 3-2, 3-3, 3-5, 3-6 und 3-7 der deutschen Klienten</i>	
Tabelle 22	153
<i>t-Tests für abhängige Stichproben zum Vergleich der Mittelwerte der Quadranten.</i>	

Tabelle 23	158
<i>Häufigkeitstabelle der Ankreuzungen bei den zu Cluster 3 gehörenden Items.</i>	
Tabelle 24	161
<i>Clustermittelwerte und Standardabweichungen von Bezug 5 und 7</i>	
Tabelle 25	167
<i>Produkt-Moment-Korrelation von Bezug 9 und Bezug 10: Ergebnisse für die Zusammenhänge von CI 1-4 und CI 1-5 (Bezug 9) mit CI 2-3 und CI 2-4 (Bezug 10)</i>	
Tabelle 26	168
Matrix signifikanter Korrelationen der transitiven (Bezug 9) und intransitiven (Bezug 10) Selbstbeschreibung der deutschen Klienten (N=14)	
Tabelle 27	171
<i>Signifikante Ergebnisse einer Produkt-Moment-Korrelation von therapeutischem Introjekt (Bezug 1) und transitivem Therapeutenverhalten aus Sicht der Klienten (Bezug 7)</i>	
Tabelle 28	175
<i>Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und Gruppenfaktor Nationalität (deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe/ französische Therapeut-Klient-Stichprobe) und den Parametern der Introjektebene als abhängige Variablen: Übersicht über die Ergebnisse der multivariaten Testung</i>	
Tabelle 29	177
<i>Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und Gruppenfaktor Nationalität (deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe / französische Therapeut-Klient-Stichprobe) und den Parametern der Introjektebene als abhängige Variablen: Übersicht über die Ergebnisse der univariaten Testung für den Faktor Bezug</i>	
Tabelle 30	181
<i>Mittelwerte mit Standardabweichungen für die Cluster der transitiven Selbstbeschreibung (= Bezug 5) deutscher und französischer Therapeuten</i>	

Tabelle 31	186
<i>Mittelwerte mit Standardabweichungen für die Cluster der transiti- ven Partnerbeschreibung (= Bezug 7) deutscher und französischer Klienten</i>	
Tabelle 32	190
<i>Definition dyadischer Vergleichsparameter</i>	
Tabelle 33	194
<i>$m(\underline{r})$ und $m(r)$ von deutscher und französischer Stichprobe für Vergleich 14 und 17</i>	
Tabelle 34	220
<i>Matrix signifikanter Korrelationen von Introjekt (Bezug 2) und Part- nerbeschreibung (Bezug 7) der deutschen Klienten (N=14)</i>	
Tabelle A-1.1	247
<i>Deutsche Therapeuten</i>	
Tabelle A-1.2	248
<i>Französische Therapeuten</i>	
Tabelle A-1.3	249
<i>Deutsche Klienten</i>	
Tabelle A-1.4	250
<i>Französische Klienten</i>	
Tabelle A-2	251
<i>Zu Hypothese 4 (Kapitel 4.1.1.4: Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten): Einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. Therapeuten / Bezug 5, 2. Klienten / Bezug 7) und den Clustermittelwerten der Bezüge als abhängigen Variablen</i>	

Tabelle A-3	252
<i>Zu Hypothese 7 (Kapitel 4.1.2.1: Umgang mit sich selbst in der deutschen und der französischen Stichprobe): Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und Gruppenfaktor Nationalität (deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe/ französische Therapeut-Klient-Stichprobe) und den Parametern der Introjektebene als abhängige Variablen: Übersicht über die Ergebnisse der univariaten Testung für den Faktor Nationalität</i>	
Tabelle A-4.1	253
<i>Einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. deutsche Therapeuten, 2. französische Therapeuten) und den Parametern der Introjektebene als abhängige Variablen</i>	
Tabelle A-4.2	254
<i>Einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. deutsche Klienten, 2. französische Klienten) und den Parametern der Introjektebene als abhängige Variablen</i>	

Anhang A: Tabellen

Detaillierte soziodemografische Beschreibung aller Probanden der deutschen und französischen Stichprobe

Tabelle A-1.1

Deutsche Therapeuten

Deutsche Therapeuten (N=14)					
Code	Geschlecht	Alter	Beruf	Berufserfahrung in Jahren	Noch andere therapeutische Ausbildungen als VT
1	♂	42	Dipl.Psych.	12	ja
2	♀	33	Dipl.Psych.	7	nein
3	♂	47	Dipl.Psych.	21	ja
4	♀	33	Dipl.Psych.	5	ja
5	♂	31	Psychotherapeut	4	ja
6	♂	45	Dipl.Psych.	16	ja
7	♀	46	Dipl.Psych.	15	ja
8	♂	37	Dipl.Psych.	7	ja
9	♂	30	Dipl.Psych.	4	ja
10	♂	48	Dipl.Psych.	19	ja
11	♂	39	Dipl.Psych.	7	ja
12	♂	51	Dipl.Psych.	15	ja
13	♀	34	Dipl.Psych.	3	nein
14	♀	34	Dipl.Psych.	6	nein

Tabelle A-1.2*Französische Therapeuten*

Französische Therapeuten (N=23)					
Code	Geschlecht	Alter	Beruf	Berufserfahrung in Jahren	Noch andere therapeutische Ausbildungen als VT
15	♀	75	Psychiater	43	ja
16	♀	34	Dipl.Psych.	2	ja
17	♂	51	Dipl.Psych.	20	ja
18	♂	35	Psychiater	7	nein
19	♀	47	Dipl.Psych.	15	ja
20	♀	30	Dipl.Psych.	4	ja
21	♀	37	Dipl.Psych.	7	nein
22	♀	50	Zahnärztin	10	nein
23	♂	45	Psychiater	10	ja
24	♂	43	Dipl.Psych.	20	ja
25	♀	32	Psychiater	2	nein
26	♂	52	Psychiater	23	ja
27	♀	40	Dipl.Psych.	3	nein
28	♂	55	Psychiater	17	ja
29	♀	-	-	-	-
30	♀	57	Dipl.Psych.	20	ja
31	♂	44	Dipl.Psych.	17	nein
32	♀	30	Dipl.Psych.	5	nein
33	♂	40	Psychiater	15	ja
34	♀	32	Dipl.Psych.	3	nein
35	♂	48	Psychiater	4	nein
36	♂	33	Psychiater	3	nein
37	♀	37	Psychiater	3	ja

Tabelle A-1.3*Deutsche Klienten*

Deutsche Klienten (N=14)						
Code	Geschlecht	Alter	Familienstand	Beruf	Diagnose	Anzahl vorheriger Therapien (Therapie- erfahrung)
1	♀	27	verheiratet	Kauffrau	Panikattacke als post- traumatische Reaktion	0
2	♂	30	ledig	Industrie- kaufmann	Sozialphobie	1
3	♂	35	verheiratet	Sozialpädagoge	-	1
4	♀	25	ledig	Studentin	Psychosom. Beschwerden	0
5	♂	56	verheiratet	Leitender Angestellter	Depression u. Alkoholmissbrauch	5
6	♀	37	geschieden	Büroangestellte	Psychosom./ Panik/ Depression	1
7	♀	24	verheiratet	Industriekauffrau	Panikattacken	0
8	♂	42	verheiratet	Lehrer	Depression	1
9	♀	30	geschieden	Journalistin	Ängste/ Depr./ Psychosom./ Beziehungsprobleme	3
10	♀	36	verheiratet	Hausfrau	Posttraumatische Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch	1
11	♂	36	verheiratet	Zahntechniker	Reaktive Depression/ Partnerprobleme	1
12	♀	22	ledig	Verkäuferin	Vegetative Funktionsstörung/ Angstsymptomatik	0
13	♀	31	ledig	PTA	Dependente Persönlichkeitsstörung	0
14	♀	53	verheiratet	Sekretärin	Psychovegetativer Erschöpfungszustand bei depressiver Verarbeitung	0

Tabelle A-1.4*Französische Klienten*

Französische Klienten (N=23)						
Code	Geschlecht	Alter	Familienstand	Beruf	Diagnose	Anzahl vorheriger Therapien (Therapie- erfahrung)
15	♀	30	ledig	Marketing	-	0
16	♀	57	verwitwet	Reisebürokauffrau	Depression	0
17	♀	25	ledig	Praktikantin	Zwangsneurose	0
18	♀	20	ledig	Studentin	Agoraphobie	0
19	♀	33	ledig	Kauffrau	Beziehungsstörung	0
20	♀	40	verheiratet	MTA	Ängste/Depression	0
21	♀	34	ledig	Kauffrau	Sozialphobie	0
22	♀	17	ledig	Studentin	Psychogene Sprachstörung	0
23	♀	20	ledig	Studentin	Soziale Angst/Depression/Beziehungsstörung	0
24	♀	48	verheiratet	Kinderpflegerin	Depression	0
25	♀	48	verheiratet	Philosophieprof.	Angstzustände	0
26	♀	29	ledig	Chefsekretärin	Panikattacken/Agoraphobie	0
27	♂	37	ledig	Architekt	Sozialphobie	0
28	♂	54	verheiratet	-	Sexuelle Funktionsstörung	1
29	♀	19	ledig	Studentin	-	0
30	♀	28	ledig	Studentin	-	2
31	♂	28	ledig	Praktikant	-	0
32	♀	23	ledig	Sekretärin	Sozialphobie	0
33	♂	49	verheiratet	Geschäftsführer	Angstneurose/Depression	1
34	♀	24	ledig	Tänzerin	Sozialphobie/psychosom. Beschwerden	0
35	♂	47	verheiratet	Informatiker	Reaktive Depression	5
36	♂	40	verheiratet	Meister	Sozialphobie	2
37	♀	32	verheiratet	Gerichtsvollzieher	Depression mit Ängsten	0

Tabelle A-2

Zu Hypothese 4 (Kapitel 4.1.1.4: Therapeutenverhalten aus der Sicht von Therapeuten und Klienten): Einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. Therapeuten / Bezug 5, 2. Klienten / Bezug 7) und den Clustermittelwerten der Bezüge als abhängigen Variablen

deutsche Stichprobe N=14										französische Stichprobe N=23																			
MULTIVARIATE TESTUNG										MULTIVARIATE TESTUNG																			
Hotelling's T ² : 0,048										Hotelling's T ² : 0,182																			
α -Adjustierung (<5%): 0,006										α -Adjustierung (<5%): 0,006																			
UNIVARIATE TESTUNG					Therapeuten (Bezug 5)					Klienten (Bezug 7)					UNIVARIATE TESTUNG					Therapeuten (Bezug 5)					Klienten (Bezug 7)				
aV	M	SD	p	α -Adj.	M	SD	p	α -Adj.	aV	M	SD	p	α -Adj.	M	SD	p	α -Adj.	aV	M	SD	p	α -Adj.	M	SD	p	α -Adj.			
CI1-1	45,64	11,20	47,42	15,23	0,727	42,82	17,81	0,543	CI1-1	46,08	18,24	42,82	17,81	0,543	42,82	17,81	0,543	CI1-1	46,08	18,24	42,82	17,81	0,543	42,82	17,81	0,543			
CI1-2	80,21	9,43	78,42	18,45	0,75	71,30	19,40	0,399	CI1-2	75,82	16,45	71,30	19,40	0,399	71,30	19,40	0,399	CI1-2	75,82	16,45	71,30	19,40	0,399	71,30	19,40	0,399			
CI1-3	21,57	9,64	29,39	18,29	0,143	27,60	28,16	0,102	CI1-3	16,39	15,57	27,60	28,16	0,102	27,60	28,16	0,102	CI1-3	16,39	15,57	27,60	28,16	0,102	27,60	28,16	0,102			
CI1-4	63,07	11,78	76,29	17,08	0,025*	68,00	19,86	0,450	CI1-4	63,87	16,74	68,00	19,86	0,450	68,00	19,86	0,450	CI1-4	63,87	16,74	68,00	19,86	0,450	68,00	19,86	0,450			
CI1-5	35	16,26	23,00	14,13	0,047*	31,21	12,09	0,359	CI1-5	27,09	17,60	31,21	12,09	0,359	31,21	12,09	0,359	CI1-5	27,09	17,60	31,21	12,09	0,359	31,21	12,09	0,359			
CI1-6	1,5	2,40	6,42	10,96	0,112	3,6	8,37	0,171	CI1-6	1,09	2,31	3,6	8,37	0,171	3,6	8,37	0,171	CI1-6	1,09	2,31	3,6	8,37	0,171	3,6	8,37	0,171			
CI1-7	1,86	3,46	2,14	4,1	0,844	3,87	10,24	0,660	CI1-7	2,83	4,77	3,87	10,24	0,660	3,87	10,24	0,660	CI1-7	2,83	4,77	3,87	10,24	0,660	3,87	10,24	0,660			
CI1-8	2,36	3,65	2,43	4,07	0,961	3,17	8,24	0,488	CI1-8	1,87	3,44	3,17	8,24	0,488	3,17	8,24	0,488	CI1-8	1,87	3,44	3,17	8,24	0,488	3,17	8,24	0,488			

Anmerkungen. CI 1-1: Autonomie gewähren, wegsehen; CI 1-2: bestätigen verstehen; CI 1-3: umsorgen, pflegen; CI 1-4: helfen, beschützen; CI 1-5: beaufsichtigen, Kontrolle ausüben; CI 1-6: herabsetzen, beschuldigen; CI 1-7: zurückweisen, angreifen; CI 1-8: ignorieren, vernachlässigen. *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Tabelle A-3

Zu Hypothese 7 (Kapitel 4.1.2.1: Umgang mit sich selbst in der deutschen und der französischen Stichprobe): Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor Bezug (1. Therapeuten / 2. Klienten) und Gruppenfaktor Nationalität (deutsche Therapeut-Klient-Stichprobe/ französische Therapeut-Klient-Stichprobe) und den Parametern der Introjektenebene als abhängige Variablen: **Übersicht über die Ergebnisse der univariaten Testung für den Faktor Nationalität**

Univariate Testung Faktor Nationalität (1. Deutsche/2.Franzosen)						
α -Adjustierung ($\leq 5\%$): 0,004						
aV	Deutsche Therapeuten und Klienten		Französische Therapeuten und Klienten		p	α -Adj.
	M	SD	M	SD		
CI 3-1	38,96	12,52	34,76	11,89	0,155	
CI 3-2	61,18	23,6	52,74	25,79	0,054	
CI 3-3	67,14	20,07	53,34	22,16	0,002**	*
CI 3-4	75,10	11,58	68,89	15,09	0,066	
CI 3-5	48,29	20,69	56,78	20,75	0,076	
CI 3-6	27,79	27,87	31,37	27,88	0,410	
CI 3-7	19,11	18,34	27,43	20,8	0,026*	
CI 3-8	19,11	11,3	23,43	20,03	0,209	
ZV_X	101,18	68,24	62,39	78,89	0,003**	*
AV_X	-23,07	38,78	-39,37	39,82	0,04*	
ATK_Z	-1,22	1,06	-0,66	1,2	0,003**	*
CON_Z	0,94	0,38	0,91	0,42	0,717	
CFL_Z	0,9	0,27	0,15	0,34	0,385	

Anmerkungen. abhängige Variablen: Cluster wie für Abbildung 29; ZV_X (hier: Zuneigung zu sich selbst); AV_X (hier: Fähigkeit, spontan und unbekümmert zu sein); ATK_Z (= Attack-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen selbstzerstörerisches Verhaltensmuster, bei negativem Vorzeichen Zuneigung zu sich selbst), CON_Z (= Control-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen: Selbstkontrolle bzw. -einschränkung, bei negativem Vorzeichen: freien und spontanen Umgang mit sich selbst), CFL_Z (= Conflict-Koeffizient, Fishers Z-transformierter Korrelationskoeffizient, zeigt bei positivem Vorzeichen einen konflikthafter Umgang mit sich selbst, der gleichermaßen durch Selbstablehnung wie Selbstpflege gekennzeichnet ist) ;*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Zu Hypothese 7 (Kapitel 4.1.2.1: Umgang mit sich selbst in der deutschen und der französischen Stichprobe): Einfaktorielle multivariate Varianzanalysen für deutsche u. französische Therapeuten und deutsche u. französische Klienten und den Parametern der Introjekt-ebene als abhängige Variablen

Tabelle A-4.1

Einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. deutsche Therapeuten, 2. französische Therapeuten) und den Parametern der Introjektenebene als abhängige Variablen

Therapeutenstichprobe N=37						
MULTIVARIATE TESTUNG						
Hotelling's T ² : 0,409			α-Adjustierung (<5%): 0,004			
kanon. Korrelation: 0,618			Varianzaufklärung: 9%			
UNIVARIATE TESTUNG						
aV	deutsche Therapeuten		französische Therapeuten		p	α-Adj.
	M	SD	M	SD		
CI 3-1	40,07	8,08	32,96	12,08	0,059	
CI 3-2	75,93	9,76	71,52	15,06	0,336	
CI 3-3	75,57	11,57	66,39	16,89	0,082	
CI 3-4	72,86	12,84	71,04	17,02	0,734	
CI 3-5	38,71	14,11	51,65	22,83	0,065	
CI 3-6	8,93	6,13	8,91	10,04	0,996	
CI 3-7	9,29	8,32	13,00	11,27	0,294	
CI 3-8	16,36	5,53	11,00	12,32	0,135	
ZV_X	139,86	28,56	123,39	37,66	0,169	
AV_X	6,00	19,96	21,6	36,63	0,014*	
ATK_Z	-1,93	0,30	-1,61	0,45	0,026*	
CON_Z	0,76	0,16	0,90	0,22	0,044*	
CFL_Z	-0,025	0,14	0,02	0,20	0,460	

Anmerkungen.*** p<0,001; ** p< 0,01; * p< 0,05

Tabelle A-4.2

Einfaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Gruppenfaktor (1. deutsche Klienten, 2. französische Klienten) und den Parametern der Introjektenebene als abhängige Variablen

Klientenstichprobe N=37						
MULTIVARIATE TESTUNG						
Hotelling's T ² : 0,158			α-Adjustierung (<5%): 0,004			
kanon. Korrelation: 0,689			Varianzaufklärung: 13%			
UNIVARIATE TESTUNG						
aV	deutsche Klienten		französische Klienten		p	α-Adj.
	M	SD	M	SD		
CI 3-1	37,86	16,06	36,57	11,67	0,78	
CI 3-2	46,42	24,37	33,96	19,91	0,099	
CI 3-3	58,71	23,44	40,30	19,07	0,0132*	
CI 3-4	77,36	10,14	66,74	12,90	0,0129*	
CI 3-5	57,86	22,19	61,91	17,46	0,54	
CI 3-6	46,64	28,45	53,82	20,84	0,38	
CI 3-7	28,93	20,54	28,93	41,87	0,05*	
CI 3-8	21,86	14,78	35,87	18,59	0,02*	
ZV_X	62,5	75,05	1,39	59,42	0,0095**	
AV_X	-52,14	30,07	-57,13	35,25	0,662	
ATK_Z	-0,52	1,08	0,28	0,95	0,024*	
CON_Z	1,12	0,45	0,90	0,56	0,224	
CFL_Z	0,20	0,32	0,28	0,40	0,550	

Anmerkungen.*** p<0,001; ** p< 0,01; * p< 0,05

Anhang B: Dokumente

Die 144 Items des SASB-Fragebogens¹² wurden in deutsch wie in französisch in Abhängigkeit von Geschlecht (weiblich oder männlich) und Status (Therapeut oder Klient) der Probanden in vier Versionen vorgelegt:

Thp. – Kl. (♀)

Exemplar für Therapeutinnen und Therapeuten, die mit einer Klientin arbeiten

Thp. – Kl. (♂)

Exemplar für Therapeutinnen und Therapeuten, die mit einem Klienten arbeiten

Kl. – Thp. (♀)

Exemplar für Klientinnen und Klienten, die mit einer Therapeutin arbeiten

Kl. – Thp. (♂)

Exemplar für Klientinnen und Klienten, die mit einem Therapeuten arbeiten

Da die Items von Form A und Form B für Therapeuten und Klienten inhaltlich identisch sind, finden sich im nachfolgenden Anhang als Beispiel in deutsch und französisch jeweils eine vollständige Version für Therapeuten, die mit einer Klientin arbeiten und die Instruktion für Klienten, die mit einem Therapeuten arbeiten.

¹² Der SASB-Fragebogen wurde zum Zeitpunkt der Erhebung noch „INTREX“ genannt. Näheres hierzu in Kapitel 2.3.3.2

INTREX

Thp. - Kl. (xy)

Exemplar für TherapeutInnen, die mit einer KLIENTIN arbeiten

Copyright 1989, D. Tscheulin & L.S. Benjamin

Bearbeitung 2/94

Information und Anleitung zum Fragebogen INTREX

Der vorliegende Fragebogen ermöglicht die Einschätzung von Zweierbeziehungen. Wir bitten *Sie* um die Beschreibung Ihrer Beziehung zu einer Klientin Ihrer Wahl, mit der Sie zur Zeit zwischen der dritten und sechsten Sitzung verhaltenstherapeutisch arbeiten. Es gilt nicht, ein objektives oder ideales Bild dieser Beziehung abzugeben. Wichtig ist ausschließlich Ihr subjektives Erleben. Bitte denken Sie daran, Ihrer Klientin den entsprechenden Fragebogen weiterzugeben, damit sie ihn ebenfalls ausfüllen kann.

Der Fragebogen *INTREX* von L.S. Benjamin (1974, 1984) beruht auf einem Beschreibungssystem zur Analyse sozialen Verhaltens. Er wurde für verschiedene soziale Beziehungen - also nicht ausschließlich für die Therapeut-Klient-Beziehung - konzipiert. Daher kann es sein, daß Sie die eine oder andere Frage für Ihre therapeutische Beziehung als nicht relevant einschätzen. Sie können dies zum Ausdruck bringen, indem Sie einen entsprechend niedrigen Wert auf der Antwortskala (z.B. 0 = "nie/überhaupt nicht") ankreuzen.

Wenn Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. Antworten Sie bitte auf alle Fragen, auch wenn Ihnen deren Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen: *INTREX A* und *INTREX B*.

In *INTREX A* beurteilen Sie Ihren eigenen Umgang mit sich selbst.

In *INTREX B* geht es um die Beziehung zu Ihrer Klientin. Sie beschreiben, wie Sie deren Verhalten Ihnen gegenüber und Ihr eigenes Verhalten ihr gegenüber wahrnehmen.

Die Anonymität Ihrer Antworten ist selbstverständlich gewährleistet. Wir möchten Sie daher bitten, nirgends auf dem Bogen Ihren Namen zu vermerken. Der Fragebogen ist für die anschließende statistische Analyse nummeriert.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, schicken Sie ihn bitte mittels des beiliegenden frankierten Umschlages an uns zurück.

Herzlichen Dank.

Bevor Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen, möchten wir Sie noch um folgende Angaben bitten:

Sie können umblättern, wenn Sie die nachfolgenden Fragen für diese Untersuchung schon einmal beantwortet haben.

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Nationalität:

Was haben Sie studiert?

Seit wann arbeiten Sie als Psychotherapeut/In?

Arbeiten Sie in einer Vollzeitbeschäftigung?

Haben Sie schon andere Berufe ausgeübt? ja/nein

(Welche?)

Was für eine therapeutische Ausbildung haben Sie?

(Wo haben Sie die Ausbildung absolviert?)

(Über welchen Zeitraum?)

Bedienen Sie sich bei Ihrer therapeutischen Arbeit auch anderer Techniken als der der Verhaltenstherapie? ja/nein

(Welcher?)

Bitte machen Sie folgende Angaben für jeden Klienten:

Wieviele Sitzungen hatten Sie bereits mit dieser Klientin?

Warum hat sie Sie konsultiert? Was haben Sie diagnostiziert?

Welche therapeutischen Techniken verwenden Sie in Ihrem Fall?

INTREX A

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, **wie Sie mit sich selbst umgehen.**

Bitte kennzeichnen Sie durch Ankreuzen auf der Skala 0 bis 100, inwieweit jede Aussage auf Sie zutrifft:

Beispiel:	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMMER/ VÖLLIG
	0 10 20 <input checked="" type="checkbox"/> 40 50 60 70 80 90 100	

Wenn Sie eine Zahl angekreuzt haben, die Sie wieder verbessern möchten, so streichen Sie sie deutlich durch (z.B. ~~30~~) und kreuzen die Ihnen angemessen erscheinende Zahl an.

Falls Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. **Antworten Sie bitte auf alle Fragen**, auch wenn Ihnen deren Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

Sollten Sie im Rahmen dieser Untersuchung schon einmal auf die Fragen 1-36 des INTREX A geantwortet haben, müssen Sie dies nicht noch einmal tun.

Geben Sie in diesem Fall bitte die Nummer des Fragebogens an, den Sie vollständig ausgefüllt haben: _____

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMMER/ VÖLLIG
1. Ich lasse mich gehen und versuche nicht, etwas gut zu können oder etwas aus meinem Leben zu machen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
2. Ich versuche herauszufinden, was wirklich in mir vorgeht, weil ich mir selbst helfen will.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
3. Anstatt das zu tun, was für mich notwendig wäre, lasse ich mich gehen und gebe mich Tagträumereien hin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
4. Ich lasse wichtige persönliche Angelegenheiten (Entscheidungen, Ideen, Anliegen) an mir vorübergehen, ohne dem große Bedeutung beizumessen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
5. Da ich meine Schwächen und Stärken kenne, kann ich mich mit gutem Gefühl so lassen, wie ich bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
6. Ich bin froh und zufrieden mit mir, so wie ich bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

7. Ich klage mich selbst an und mache mir Vorwürfe, bis ich mich schuldig und schlecht fühle und mich schäme.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
8. Ich arbeite daran, neue lohnende Fähigkeiten und Eigenschaften zu entwickeln und in die Tat umzusetzen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
9. Ich gehe mit mir selbst sanft und liebevoll um und schätze mich sehr.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
10. Ich sorge auf einfache und natürliche Weise für mich und mein Wohlergehen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
11. Zornig und barsch lehne ich mich ab, betrachte mich als wertlos und überlasse mich dem Schicksal.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
12. Ich beachte mich nicht und kümmere mich nicht darum, wer und wie ich wirklich bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

13. Ich mag mich sehr gern und fühle mich gut, wenn ich die Gelegenheit habe, mit mir alleine zu sein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMMER/ VÖLLIG
14. Ich beobachte mich sehr genau, schränke mich ein, halte mich zurück.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
15. Ich habe die Angewohnheit, sehr stark Kontrolle über mich auszuüben.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
16. Ich zerstöre mich selber, ich lasse es zu, daß ich mich der Vernichtung preisgebe.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
17. Ich zerfleische und verausgabe mich durch eine zu große Selbstüberlastung.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
18. Ich gönne mir meine Streicheleinheiten und weiß mich zu schätzen, so wie ich bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

19. Ich kontrolliere mich genau, um sicher zu gehen, daß ich tue, was getan werden sollte und müßte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
20. Ich arbeite hart daran, daß ich einer Idealvorstellung möglichst nahe komme.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
21. Ich höre auf meine inneren, tiefsten Gefühle und stehe in Einklang mit ihnen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
22. Selbst wenn ich mir dadurch großen Schaden zufüge, lasse ich meine Verletzungen und Krankheiten unbehandelt.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
23. Ich setze alles daran, um sicher zu gehen, daß ich den richtigen Normen folge und mich korrekt verhalte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
24. Ich quäle mich und bestrafe mich streng, ich "lasse es an mir selbst aus".	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

25. Ich zwingen mich Dinge zu tun, von denen ich genau weiß, daß sie nicht gut für mich sind; ich mache mir selbst etwas vor.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
26. Ich nehme den Tag, wie er ist und plane nicht für Morgen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
27. Ich kümmere mich um meine eigenen Interessen, ich schütze mich.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
28. Ich lasse mich vom Augenblick treiben, innere Richtlinien, Maßstäbe oder Ziele besitze ich nicht.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMMER/ VÖLLIG
29. Es ist mir überaus wichtig herauszufinden, was ich für mich selbst brauche und wie ich es bekommen kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
30. Frei, unbekümmert und zuversichtlich tue ich, was mir spontan in den Sinn kommt.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

31. Ich verstehe mich und mag mich, so wie ich bin; ich fühle mich stark und mit mir selbst verbunden.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
32. Ich nehme mir die Freiheit, zu tun und zu werden, was immer ich möchte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
33. Ich bin leichtsinnig und unvorsichtig; ich komme damit in selbstzerstörerische Situationen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
34. Ich suche Beziehungen, Orte und Dinge, die mir sehr gut tun.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
35. Ich erniedrige mich selbst, rede mir ein, daß ich alles falsch gemacht habe und daß andere es besser können.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
36. Ich denke darüber nach, wie ich mich selbst verletzen und zerstören kann; ich bin mir selbst der schlimmste Feind.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

INTREX B

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das Verhalten Ihrer Klientin Ihnen gegenüber.

Für die Beantwortung gilt die Skala von 0 bis 100 wie bei INTREX A.

Wenn Sie das in der einen oder anderen Frage beschriebene Verhalten für die Beziehung zu Ihrer Klientin als nicht relevant erachten, kreuzen Sie bitte einen entsprechend niedrigen Wert an.

Falls Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. Antworten Sie bitte auf alle Fragen, auch wenn Ihnen deren Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
1. Wohlwollend und mit gesundem Menschenverstand erfaßt sie meine Situation und erklärt sie mir.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
2. Unabhängig von mir weiß sie genau, was sie will und wer sie ist.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
3. Sie bringt mich dazu, den Regeln und Vorstellungen zu folgen, die sie für richtig und angemessen hält.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
4. Sie setzt mich herab; läßt mich wissen, daß ich alles falsch mache und sie es besser kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
5. Sie lernt von mir, nimmt meinen Rat und meine Führung gerne an.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
6. Sie gibt klein bei und fügt sich hilflos meinen Vorstellungen, ohne eigene Wünsche und Ziele.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

7. Voller Ärger läßt sie mich links liegen; sie will absolut nichts mit mir zu tun haben.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
8. Mit gutem Gefühl nimmt sie meine Hilfe und Fürsorge an.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
9. Um ihren eigenen Willen durchzusetzen, macht sie das Gegenteil von dem, was ich will.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
10. Sie legt mir ihren eigenen Standpunkt direkt, offen und ehrlich dar.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
11. Sie freut sich, ist glücklich und sehr offen mir gegenüber.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
12. Sie zerstört mich, vernichtet mich und behandelt mich wie den letzten Dreck.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

13. Sie reagiert unangemessen, zusammenhanglos und ohne Bezug zu dem, was ich sage oder tue.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
14. Im körperlichen Kontakt mit mir reagiert sie sehr lustvoll, glücklich und mit Freude und Liebe.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
15. Herzlich und freundlich fordert sie mich auf, mit ihr zusammen zu sein, so oft ich mag.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
16. Sie ist gerne in meiner Nähe und freut sich von Herzen, mit mir zusammen zu sein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
17. Sie kommt und geht wann sie will, handelt unabhängig von mir.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
18. Mit sanfter und liebevoller Zärtlichkeit sucht sie körperlichen Kontakt mit mir, wenn ich es mag.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

19. Sie weckt mein Interesse und zeigt mir, wie Dinge zu tun und zu begreifen sind.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
20. Sie beschuldigt mich und macht mir Vorwürfe; versucht mich soweit zu bringen, daß ich glaube und zugebe, im Unrecht zu sein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
21. Liebevoll und voller Freude heißt sie mich willkommen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
22. Sie verläßt sich ganz darauf, daß ich all ihre Bedürfnisse befriedige.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
23. Sie bestraft mich hart und quält mich; sie rächt sich an mir.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
24. Sie versteht mich genau und mag mich, auch wenn unsere Ansichten nicht übereinstimmen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

25. Sie hat Vertrauen zu mir; sie verläßt sich getrost darauf, daß ich für sie da bin, wenn es nötig ist.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
26. Sie akzeptiert bereitwillig meine gut gemeinten Vorschläge und Ideen und geht auf sie ein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
27. Voller Schmerz und Wut wehrt sie sich lautstark gegen meinen vernichtenden Angriff.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
28. Sie streichelt mich, wendet sich mir sanft und liebevoll zu, ohne eine Gegenleistung zu verlangen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
29. Sie drängt sich mir auf, schränkt mich ein und behindert mich.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
30. Sie hat große Zweifel, ist voller Mißtrauen, stimmt dann aber doch meiner Meinung irgendwie zu.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

31. Ohne darüber nachzudenken, unterwirft sie sich meinen Regeln und Normen und richtet sich nach meinen Vorstellungen, wie etwas getan werden sollte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
32. Sie schröpft mich, nimmt mich aus, bereichert sich an mir, nimmt alles, was sie bei mir kriegen kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
33. Sie strebt auch bei Kleinigkeiten nach Übereinstimmung mit mir, weil es ihr so wichtig ist, wie ich darüber denke.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
34. Sie ist sehr mißtrauisch, angespannt, unsicher und ängstlich mir gegenüber.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
35. Sie täuscht mich, führt mich irre, versucht mich von meinem Weg abzubringen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
36. Sie zieht es vor, meine Wünsche und Bedürfnisse mehr gelten zu lassen als ihre eigenen, ist dabei aber verbittert, mißmutig und verärgert.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

37. Sie sorgt für mich, ist fürsorglich, kümmert sich um mich.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
38. Sie läßt mich freimütig sprechen und hört mir zu, selbst wenn wir verschiedener Meinung sind.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
39. Sie nimmt keine Notiz von mir und beachtet mich nicht.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
40. Gleichgültig läßt sie mich tun und lassen, was ich will.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
41. Sie wehrt sich energisch und wütend gegen meine Hilfsangebote und verabscheut es, sie anzunehmen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
42. Zitternd vor Wut und/oder Angst, versucht sie, vor mir zu fliehen und sich vor mir zu verstecken.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

43. Da sie glaubt, nur zu meinem Besten zu handeln, kontrolliert sie mich häufig und erinnert mich an das, was getan werden muß.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
44. Sie läßt mir die Freiheit, so zu sein und das zu tun, was ich für das Beste halte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
45. Sie vergißt alles was mich betrifft, auch unsere Vereinbarungen und Pläne.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
46. Sie gibt klein bei und richtet sich nach mir, aber schmolzt und ärgert sich.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
47. Sie gibt mir gegenüber auf, beugt sich, unterwirft sich mir.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
48. Sie droht mir mit böser Miene und versucht mich zu verletzen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

49. Sie kontrolliert mich mit großer Selbstverständlichkeit; sie ist gewohnt, die Führung über alles zu übernehmen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
50. Sie läßt mir die Freiheit, nach meinen eigenen Vorstellungen zu handeln, da sie glaubt, daß ich es richtig machen werde.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
51. Sie drückt sich klar aus, auf herzliche und freundliche Weise.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
52. Sie fühlt, denkt, handelt und wird sogar so, wie ich es ihrer Meinung nach haben will.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
53. Sie verläßt mich verärgert, ohne mir das zu geben, was ich dringend brauche, selbst wenn sie es mir leicht geben könnte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
54. Sie hört mir wirklich zu und erkennt meine Sichtweise an, selbst wenn wir verschiedener Meinung sind.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

55. Sie sondert sich verärgert und verbittert von mir ab; sie weint alleine und zurückgezogen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
56. Sie richtet ihre Aufmerksamkeit voll und ganz auf mich, damit sie alle meine Wünsche herausfinden und sich dann um alles kümmern kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
57. Sie jammert, protestiert verzweifelt, versucht sich vor mir zu verteidigen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
58. Sie tritt klar und deutlich für ihren eigenen unabhängigen Standpunkt ein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
59. Sie ist zu sehr mit ihren eigenen Angelegenheiten beschäftigt, als daß sie mir nahe sein kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
60. Sie mag mich und findet mich in Ordnung wie ich bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
61. Sie verschließt sich vor mir, hört mir nicht zu, reagiert nicht auf mich.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
62. Sie entspannt sich, genießt es und fühlt sich wohl dabei, wenn sie mit mir zusammen ist.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
63. Im Glauben, wirklich zu wissen, was für mich das Beste ist, sagt sie mir genau, was ich zu tun und zu lassen habe.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
64. Sie unterdrückt ihre Wut und ihren Ärger, um meine Mißbilligung zu vermeiden.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
65. Sie will die Wirklichkeit nicht sehen und setzt mich unglaublichem Unsinn und Verücktheiten aus.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
66. Sie geht ihren eigenen, unabhängigen Weg getrennt von mir.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

67. Sie kümmert sich liebevoll um meine Interessen und steht mir bei; sie unterstützt mich mit Rat und Tat.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
68. Sie spricht offen und unbefangen mit mir über ihr Innerstes.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
69. Sie ist sehr glücklich und voller Freude, mit mir zusammen zu sein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
70. Sie läßt mich im Stich; läßt mich mit meinen Schwierigkeiten allein, - ausgerechnet dann, wenn ich sie am meisten brauche.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
71. Sie vernachlässigt mich, meine Interessen, meine Bedürfnisse.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
72. Sie läßt mir die Freiheit, so zu sein, wie ich bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Verhalten Ihrer Klientin gegenüber.

Für die Beantwortung gilt die Skala von 0 bis 100 wie bei INTREX A.

Wenn Sie das in der einen oder anderen Frage beschriebene Verhalten für die Beziehung zu Ihrer Klientin als nicht relevant erachten, kreuzen Sie bitte einen entsprechend niedrigen Wert an.

Falls Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. **Antworten Sie bitte auf alle Fragen**, auch wenn Ihnen deren Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
73. Wohlwollend und mit gesundem Menschenverstand erfasse ich ihre Situation und erkläre sie ihr.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
74. Unabhängig von ihr weiß ich genau, was ich will und wer ich bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
75. Ich bringe sie dazu, den Regeln und Vorstellungen zu folgen, die ich für richtig und angemessen halte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
76. Ich setze sie herab; lasse sie wissen, daß sie alles falsch macht und ich es besser kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
77. Ich lerne von ihr, nehme ihren Rat und ihre Führung gerne an.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
78. Ich gebe klein bei und füge mich hilflos ihren Vorstellungen, ohne eigene Wünsche und Ziele.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

79. Voller Ärger lasse ich sie links liegen; ich will absolut nichts mit ihr zu tun haben.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
80. Mit gutem Gefühl nehme ich ihre Hilfe und Fürsorge an.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
81. Um meinen eigenen Willen durchzusetzen, mache ich das Gegenteil von dem, was sie will.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
82. Ich lege ihr meinen eigenen Standpunkt direkt, offen und ehrlich dar.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
83. Ich freue mich, bin glücklich und sehr offen ihr gegenüber.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
84. Ich zerstöre sie, vernichte sie und behandle sie wie den letzten Dreck.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

85. Ich reagiere unangemessen, zusammenhanglos und ohne Bezug zu dem, was sie sagt oder tut.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
86. Im körperlichen Kontakt mit ihr reagiere ich sehr lustvoll, glücklich und mit Freude und Liebe.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
87. Herzlich und freundlich fordere ich sie auf, mit mir zusammen zu sein, so oft sie mag.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
88. Ich bin gerne in ihrer Nähe und freue mich von Herzen, mit ihr zusammen zu sein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
89. Ich komme und gehe wann ich will, handle unabhängig von ihr.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
90. Mit sanfter und liebevoller Zärtlichkeit suche ich körperlichen Kontakt mit ihr, wenn sie es mag.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

91. Ich wecke ihr Interesse und zeige ihr, wie Dinge zu tun und zu begreifen sind.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
92. Ich beschuldige sie und mache ihr Vorwürfe; versuche sie soweit zu bringen, daß sie glaubt und zugibt, im Unrecht zu sein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
93. Liebevoll und voller Freude heiße ich sie willkommen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
94. Ich verlasse mich ganz darauf, daß sie all meine Bedürfnisse befriedigt.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
95. Ich bestrafe sie hart und quäle sie; ich räche mich an ihr.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
96. Ich verstehe sie genau und mag sie, auch wenn unsere Ansichten nicht übereinstimmen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

97. Ich habe Vertrauen zu ihr; ich verlasse mich getrost darauf, daß sie für mich da ist, wenn es nötig ist.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
98. Ich akzeptiere bereitwillig ihre gut gemeinten Vorschläge und Ideen und gehe auf sie ein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
99. Voller Schmerz und Wut wehre ich mich lautstark gegen ihren vernichtenden Angriff.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
100. Ich streichle sie, wende mich ihr sanft und liebevoll zu, ohne eine Gegenleistung zu verlangen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
101. Ich dränge mich ihr auf, schränke sie ein und behindere sie.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
102. Ich habe große Zweifel, bin voller Mißtrauen, stimme dann aber doch ihrer Meinung irgendwie zu.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

103. Ohne darüber nachzudenken, unterwerfe ich mich ihren Regeln und Normen und richte mich nach ihren Vorstellungen, wie etwas getan werden sollte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
104. Ich schröpfe sie, nehme sie aus, bereichere mich an ihr, nehme alles, was ich bei ihr kriegen kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
105. Ich strebe auch bei Kleinigkeiten nach Übereinstimmung mit ihr, weil es mir so wichtig ist, wie sie darüber denkt.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
106. Ich bin sehr mißtrauisch, angespannt, unsicher und ängstlich ihr gegenüber.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
107. Ich täusche sie, führe sie irre, versuche, sie von ihrem Weg abzubringen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
108. Ich ziehe es vor, ihre Wünsche und Bedürfnisse mehr gelten zu lassen als meine eigenen, bin dabei aber verbittert, mißmutig und verärgert.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

109. Ich Sorge für sie, bin fürsorglich, kümmere mich um sie.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
110. Ich lasse sie freimütig sprechen und höre ihr zu, selbst wenn wir verschiedener Meinung sind.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
111. Ich nehme keine Notiz von ihr und beachte sie nicht.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
112. Gleichgültig lasse ich sie tun und lassen, was sie will.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
113. Ich wehre mich energisch und wütend gegen ihre Hilfsangebote und verabscheue es, sie anzunehmen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
114. Zitternd vor Wut und/oder Angst, versuche ich, vor ihr zu fliehen und mich vor ihr zu verstecken.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

115. Da ich glaube, nur zu ihrem Besten zu handeln, kontrolliere ich sie häufig und erinnere sie an das, was getan werden muß.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
116. Ich lasse ihr die Freiheit, so zu sein und das zu tun, was sie für das Beste hält.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
117. Ich vergesse alles was sie betrifft, auch unsere Vereinbarungen und Pläne.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
118. Ich gebe klein bei und richte mich nach ihr, aber schmolle und ärgere mich.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
119. Ich gebe ihr gegenüber auf, beuge mich, unterwerfe mich ihr.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
120. Ich drohe ihr mit böser Miene und versuche, sie zu verletzen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

121. Ich kontrolliere sie mit großer Selbstverständlichkeit; ich bin gewohnt, die Führung über alles zu übernehmen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
122. Ich lasse ihr die Freiheit, nach ihren eigenen Vorstellungen zu handeln, da ich glaube, daß sie es richtig machen wird.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
123. Ich drücke mich klar aus, auf herzliche und freundliche Weise.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
124. Ich fühle, denke, handle und werde sogar so, wie sie es meiner Meinung nach haben will.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
125. Ich verlasse sie verärgert, ohne ihr das zu geben, was sie dringend braucht, selbst wenn ich es ihr leicht geben könnte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
126. Ich höre ihr wirklich zu und erkenne ihre Sichtweise an, selbst wenn wir verschiedener Meinung sind.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

127. Ich sondere mich verärgert und verbittert von ihr ab; ich weine alleine und zurückgezogen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
128. Ich richte meine Aufmerksamkeit voll und ganz auf sie, damit ich alle ihre Wünsche herausfinden und mich dann um alles kümmern kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
129. Ich jammere, protestiere verzweifelt, versuche mich vor ihr zu verteidigen.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
130. Ich trete klar und deutlich für meinen eigenen unabhängigen Standpunkt ein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
131. Ich bin zu sehr mit meinen eigenen Angelegenheiten beschäftigt, als daß ich ihr nahe sein kann.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
132. Ich mag sie und finde sie in Ordnung wie sie ist.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

133. Ich verschließe mich vor ihr, höre ihr nicht zu, reagiere nicht auf sie.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	NIE/ ÜBERHAUPT NICHT	IMMER/ VÖLLIG
134. Ich entspanne mich, genieße es und fühle mich wohl dabei, wenn ich mit ihr zusammen bin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
135. Im Glauben, wirklich zu wissen, was für sie das Beste ist, sage ich ihr genau, was sie zu tun und zu lassen hat.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
136. Ich unterdrücke meine Wut und meinen Ärger, um ihre Mißbilligung zu vermeiden.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
137. Ich will die Wirklichkeit nicht sehen und setze sie unglaublichem Unsinn und Verrücktheiten aus.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
138. Ich gehe meinen eigenen, unabhängigen Weg getrennt von ihr.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

139. Ich kümmere mich liebevoll um ihre Interessen und stehe ihr bei; ich unterstütze sie mit Rat und Tat.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
140. Ich spreche offen und unbefangen mit ihr über mein Innerstes.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
141. Ich bin sehr glücklich und voller Freude, mit ihr zusammen zu sein.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
142. Ich lasse sie im Stich; lasse sie mit ihren Schwierigkeiten allein, - ausgerechnet dann, wenn sie mich am meisten braucht.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
143. Ich vernachlässige sie, ihre Interessen, ihre Bedürfnisse.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
144. Ich lasse ihr die Freiheit, so zu sein, wie sie ist.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

INTREX

Kl. - Thp. (xx)

Exemplar für KlientInnen, die mit einem THERAPEUTEN arbeiten

Copyright 1989, D. Tscheulin & L.S. Benjamin

Bearbeitung 2/94

Information und Anleitung zum Fragebogen INTREX

Mit dem vorliegenden Fragebogen soll die Beziehung von Therapeuten und Klienten in der Verhaltenstherapie untersucht werden. Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag für die Psychotherapieforschung, die die Psychotherapie weiter verbessern soll.

Mit Hilfe des Fragebogens werden Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Therapeuten bewerten - so, wie Sie diese *empfinden*. Es gilt nicht, ein objektives oder ideales Bild dieser Beziehung abzugeben. Wichtig ist ausschließlich Ihr subjektives Erleben. Ihr Therapeut wird den ausgefüllten Fragebogen nicht zu Gesicht bekommen, noch über Ihre Antworten informiert werden.

Da der Fragebogen für jegliche zwischenmenschliche Beziehungen, d.h. nicht nur für die Therapeut-Klient-Beziehung, entwickelt wurde, kann es sein, daß Sie die eine oder andere Frage für Ihre therapeutische Beziehung als nicht relevant einschätzen. Sie können dies zum Ausdruck bringen, indem Sie einen entsprechend niedrigen Wert auf der Antwortskala (z.B. 0 = "nie überhaupt nicht") ankreuzen.

Wenn Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. Antworten Sie bitte auf alle Fragen, auch wenn Ihnen deren Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen: *INTREX A* und *INTREX B*.

In *INTREX A* beurteilen Sie Ihren eigenen Umgang mit sich selbst.

In *INTREX B* geht es um die Beziehung zu Ihrem Therapeuten. Sie beschreiben, wie Sie dessen Verhalten Ihnen gegenüber und Ihr eigenes Verhalten ihm gegenüber wahrnehmen.

Die Anonymität Ihrer Antworten ist selbstverständlich gewährleistet. Wir möchten Sie daher bitten, nirgends auf dem Bogen Ihren Namen zu vermerken. Der Fragebogen ist für die anschließende statistische Analyse nummeriert.

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, schicken Sie ihn bitte mittels des beiliegenden frankierten Umschlages an uns zurück.

Herzlichen Dank.

Bevor Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen, möchten wir Sie noch um folgende Angaben bitten:

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Nationalität:

Familienstand: ledig-verheiratet-getrennt lebend-geschieden-verwitwet

Seit wann konsultieren Sie Ihren Therapeuten?

Anzahl der Wochen: _____

Anzahl der Sitzungen: _____

Arbeiten Sie zum ersten Mal mit einer Verhaltenstherapeutin/-therapeut?
ja/nein

Wieviele Psychotherapien hatten Sie schon insgesamt? _____

Welcher Art?

z.B.

Psychoanalyse _____

Gruppentherapie _____

Gesprächspsychotherapie _____

andere: _____

INTREX A

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, **wie Sie mit sich selbst umgehen.**

Bitte kennzeichnen Sie durch Ankreuzen auf der Skala 0 bis 100, inwieweit jede Aussage auf Sie zutrifft:

Beispiel:	NIE/	IMMMER/
	ÜBERHAUPT	VÖLLIG
	NICHT	
	0 10 20 <input checked="" type="checkbox"/> 40 50 60 70 80 90 100	

Wenn Sie eine Einschätzung von 0 bis 50 wählen, sagen Sie damit aus, daß das beschriebene Verhalten "niemals/überhaupt nicht" bis "manchmal/ein bißchen" auf Sie zutrifft. "100" kreuzen Sie an, wenn die Aussage "immer/völlig" treffend für Sie ist. Sollte Ihr Verhalten etwas weniger häufig oder dominant als "immer/völlig" sein, können Sie dies durch eine Markierung von 60 bis 90 präzisieren.

Wenn Sie eine Zahl angekreuzt haben, die Sie wieder verbessern möchten, so streichen Sie sie deutlich durch (z.B. ~~50~~) und kreuzen die Ihnen angemessene erscheinende Zahl an.

Falls Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. **Antworten Sie bitte auf alle Fragen**, auch wenn Ihnen ihr Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

INTREX B

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf **das Verhalten Ihres Therapeuten Ihnen gegenüber.**

Für die Beantwortung gilt die Skala von 0 bis 100 wie bei INTREX A.

Wenn Sie das in der einen oder anderen Frage beschriebene Verhalten für die Beziehung zu Ihrem Therapeuten als nicht relevant erachten, kreuzen Sie bitte einen entsprechend niedrigen Wert an.

Falls Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. **Antworten Sie bitte auf alle Fragen,** auch wenn Ihnen deren Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf **Ihr Verhalten Ihrem Therapeuten gegenüber.**

Für die Beantwortung gilt die Skala von 0 bis 100 wie bei INTREX A.

Wenn Sie das in der einen oder anderen Frage beschriebene Verhalten für die Beziehung zu Ihrem Therapeuten als nicht relevant erachten, kreuzen Sie bitte einen entsprechend niedrigen Wert an.

Falls Ihnen die Beantwortung einer Frage schwerfällt, wählen Sie bitte die Einschätzung auf der Skala, die Ihrem Empfinden am nächsten kommt. **Antworten Sie bitte auf alle Fragen,** auch wenn Ihnen deren Inhalt zum Teil ähnlich erscheinen mag.

INTREX

Thp. - Pat. (xx)

A remplir par le thérapeute (travaillant avec un patient féminin)

Le questionnaire INTREX - informations et instructions (thérapeute)

Il s'agit pour vous d'évaluer la relation avec le patient de votre choix avec lequel vous travaillez actuellement entre la 3^e et la 6^e séance. N'oubliez pas que votre patient lui-même doit aussi remplir le questionnaire et que c'est à vous de lui donner l'exemplaire correspondant.

Ce questionnaire est issu d'un système d'analyse du comportement social dans tous les contextes humains. Si le comportement décrit dans une question n'intervient pas dans la relation que vous entretenez avec votre patient, vous avez la possibilité de l'indiquer en cochant un chiffre bas (0=jamais/pas du tout) sur l'échelle de notations.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions même si leur contenu vous semble être similaire.

Le questionnaire comprend deux parties: A et B.

Dans *INTREX A* vous jugez votre manière d'être avec vous-même.

Dans *INTREX B* vous jugez la relation avec votre patient. Vous décrivez votre perception de son comportement et de votre propre comportement vis-à-vis de lui.

Votre anonymat est bien entendu garanti. C'est pourquoi on ne vous demande nulle part d'indiquer votre nom. Votre questionnaire est uniquement numéroté à des fins d'analyse.

Une fois rempli, merci de bien vouloir retourner votre questionnaire en utilisant l'enveloppe timbrée jointe.

Avant de remplir le questionnaire, veuillez indiquer:

Si, dans le cadre de cette étude, vous avez déjà répondu aux questions suivantes, il n'est pas nécessaire d'y répondre à nouveau.

votre âge: _____
 votre sexe: _____
 votre nationalité: _____
 (Depuis quand êtes-vous en France? _____)

Quel type d'études avez-vous fait?

Depuis quand travaillez-vous comme psychothérapeute?

Travaillez-vous à plein temps?

Vous avez exercé d'autres professions? oui/non

(Lesquelles?)

Quel genre de formation thérapeutique avez-vous suivi?

(Où?)

(Combien d'années?)

Avez-vous pratiqué ou pratiquez-vous toujours des techniques thérapeutiques autres que le comportementalisme? oui/non

(Lesquelles?)

----- à remplir pour chaque patient -----

Combien de séances avez-vous travaillé avec le patient en question?

Pourquoi vous consulte-t-il? Quel diagnostic avez-vous établi?

Quelles pratiques thérapeutiques employez-vous dans ce cas?

INTREX A

Les questions suivantes font référence à **votre manière d'être avec vous-même**. Vous devez évaluer la justesse de chaque énoncé en cochant d'une croix un chiffre compris entre 0 et 100.

Ex.:	JAMAIS/ PAS DU TOUT	TOUJOURS/ TOUT A FAIT
	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

En choisissant une note de 0 à 50 vous indiquerez qu'un comportement vous concerne de «jamais/pas du tout» jusqu'à «de temps en temps/moyennement». Vous accorderez la note 100 si vous vous comportez «toujours» ou «tout-à-fait» de la façon décrite par l'énoncé. Si le comportement décrit est moins fréquent ou moins dominant, vous avez la possibilité de préciser sa fréquence et sa dominance en choisissant une note comprise entre 60 à 90.

Pour corriger une erreur, ayez soin de rayer bien visiblement le choix erroné (~~se~~) avant de cocher un autre chiffre.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. **S'il vous plaît, répondez à toutes les questions** même si leur contenu vous semble être similaire.

Si vous avez déjà répondu aux questions 1 à 36 de l'INTREX A, il n'est pas nécessaire d'y répondre à nouveau.

Dans ce cas, veuillez indiquer le numéro du questionnaire que vous avez complètement rempli: _____

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS/ TOUT A FAI		
1. Je me laisse aller. Je n'essaye pas de savoir bien faire les choses ou de réussir ma vie.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
2. J'essaye de trouver ce qui ne va pas chez moi pour pouvoir m'aider moi-même.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
3. Au lieu de faire ce qu'il y a à faire, je me laisse aller à rêver.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
4. Je laisse passer des affaires personnelles importantes sans y attacher d'importance.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
5. Comme je connais mes défauts et mes qualités, je peux m'accepter comme je suis.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
6. Je suis content/e et satisfait/e de moi comme je suis.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

7. Je m'accuse moi-même et me fais des reproches jusqu'à ce que je me sente coupable et que j'aie honte.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
8. Je cherche à acquérir de nouvelles aptitudes et qualités et à les développer.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
9. Je me traite moi-même d'une façon douce et aimable et je m'apprécie beaucoup.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
10. Je prends soin de moi d'une manière simple et naturelle.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
11. D'une façon hargneuse et dure je me rejette moi-même, je me considère comme futile et je m'abandonne à mon sort.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
12. Je n'ai pas d'égards envers moi-même et peu m'importe qui et ce que je suis en réalité.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

13. Je m'aime beaucoup et suis bien quand j'ai l'occasion d'être seul/e.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
14. Je m'observe, me contiens, me retiens.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS/ TOUT A FAIT											
15. J'ai l'habitude d'être strict/e avec moi-même.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
16. Je me détruis moi-même, je m'abandonne à mon abattement.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
17. En me surchargeant je me dépense trop.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
18. Je me permets d'être tendre avec moi-même et je m'apprécie comme je suis.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

19. Je me contrôle rigoureusement pour être sûr/e de faire ce qu'il faut faire.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
20. Je travaille sévèrement à m'approcher le plus possible d'un idéal.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
21. Je suis à l'écoute de mon coeur et suis en harmonie avec lui.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
22. Même si mon état empire, je ne me soigne pas quand je suis malade ou blessé/e.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
23. Je m'applique pour être convenable, me tenir correctement.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
24. Je me torture et me punis durement, je passe ma colère sur moi-même.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

25. Je m'oblige à faire des choses que je sais n'être pas pour mon bien; je me leurre.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
26. Je vis au jour le jour.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
27. Je tiens compte de mes propres intérêts, je me protège.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
28. Je vais à la dérive; je n'ai pas de propres critères, ni de but déterminé.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
29. Je tiens beaucoup à chercher ce dont j'ai besoin et comment je peux y arriver.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
30. L'esprit libre, insouciant/e et confiant/e, je fais ce qui me passe par la tête.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

INTREX B

Les questions suivantes font référence au **comportement de votre patient vis-à-vis de vous**. Pour les réponses vous retrouverez la même gamme de jugements comme dans l'**INTREX A**.

Si le comportement décrit dans une question n'intervient pas dans la relation que vous entretenez avec votre patient, vous avez la possibilité de l'indiquer en cochant un chiffre bas (0=jamais/pas du tout) sur l'échelle de notations.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. **S'il vous plaît, répondez à toutes les questions** même si leur contenu vous semble être similaire.

Pour corriger une erreur, ayez soin de rayer bien visiblement le choix erroné (~~2~~) avant de cocher un autre chiffre.

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS/ TOUT A FAIT		
1. Avec bienveillance et bon sens, elle comprend ma situation et m'explique les choses.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
2. Indépendamment de moi, elle sait très bien ce qu'elle veut et qui elle est.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
3. Elle m'amène à suivre les règles et les idées qu'elle considère comme justes et convenables.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
4. Elle m'abaisse; elle me fait savoir que ce que je fais est mal et que ce qu'elle fait est mieux.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
5. Elle apprend avec moi, elle accepte volontiers mes conseils et que je la guide.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
6. Elle se soumet et se résigne à mes idées sans avoir ses propres désirs ni ses propres objectifs.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

7. Vraiment fâchée, elle me laisse tomber, elle ne veut absolument rien avoir à faire avec moi.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
8. Elle accepte très volontiers mon aide et mon attention.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
9. Pour parvenir à ses fins, elle fait le contraire de ce que je veux.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
10. Elle m'explique son point de vue directement, franchement et honnêtement.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
11. Elle est contente, heureuse d'être avec moi et est ouverte à mon égard.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
12. Elle me détruit, m'écrase et me traite comme un chien.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

13. Elle réagit d'une façon étrange, incohérente et sans rapport avec ce que je dis ou fais.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
14. Avec moi elle réagit physiquement avec joie, affection et volupté.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS/ TOUT A FAI'		
30. Elle doute fortement, se méfie énormément mais finit quand même par être de mon avis.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

31. Sans réfléchir elle se soumet à mes règles, mes normes et mes idées sur la manière de faire les choses.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
32. Elle s'enrichit à mes dépens et prend tout ce qu'elle peut chez moi.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
33. Même pour les petites choses, elle cherche à être d'accord avec moi parce qu'elle est très attentive à ce que je pense.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
34. Elle est méfiante, tendue, peu sûre d'elle et me craint.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
35. Elle me trompe, me dupe pour me détourner de mon chemin.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
36. Aigrie, de mauvaise humeur et fâchée, elle choisit de donner plus d'importance à mes désirs et besoins qu'aux siens.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

37. Elle s'occupe de moi, prend soin de moi et me dorlotte.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
38. Elle me laisse parler librement et m'écoute, même si on n'est pas d'accord.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
39. Elle ne remarque pas ma présence et n'en tient pas compte.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
40. Elle me laisse faire absolument tout ce que je veux, sans se sentir concernée.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
41. Avec fureur et méchanceté, elle refuse catégoriquement mes propositions pour l'aider.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
42. Tremblante de colère et d'angoisse, elle essaye de s'échapper et se cacher de moi.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

43. Ne croyant agir que pour mon bien, elle me surveille souvent et me rappelle ce qu'il faut faire.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS, TOUT A FA		
44. Elle me laisse la liberté d'agir et d'être ce que je pense être le mieux.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
45. Elle oublie tout ce qui me concerne, aussi bien nos accords que nos projets.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
46. Elle file doux et se soumet à moi, mais en même temps elle boude et se fâche.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
47. Face à moi, elle abandonne la partie et se soumet.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
48. Avec un air vraiment mauvais, elle me menace et essaye de me heurter.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

49. Elle me surveille très concrètement et a l'habitude de tout diriger.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
50. Pensant que je fais les choses bien, elle me laisse faire à ma propre idée.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
51. Elle s'exprime clairement avec chaleur et gentillesse.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
52. Elle sent, pense et agit comme elle pense que je le souhaiterais.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
53. Fâchée, elle me laisse sans me donner ce dont j'ai grand besoin, même si elle pouvait le faire facilement.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
54. Elle m'écoute réellement et reconnaît mes opinions même si on n'est pas d'accord.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

55. Elle est fâchée et aigrie, elle s'isole, se renferme et pleure dans son coin.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
56. Elle porte toute son attention sur moi et peut ainsi imaginer tout ce dont j'ai besoin et s'occuper de tout.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
57. Elle se lamente, proteste désespérément et essaye de se défendre.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
58. Elle défend clairement et fermement son propre point de vue.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS/ TOUT A FAIT		
59. Elle est trop absorbée par ses propres affaires pour être près de moi.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
60. Elle m'aime bien et me trouve bien comme je suis.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

61. Elle s'isole de moi, ne m'écoute pas, ne réagit pas.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
62. Elle se détend, se laisse aller, est heureuse et se sent bien quand elle est avec moi.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
63. Croyant réellement savoir ce qu'il me faut, elle me dit exactement ce que je dois faire, penser et être.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
64. Elle retient sa colère et son exaspération pour éviter ma réprobation.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
65. Elle ignore la réalité et m'expose aux pires absurdités et folies.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
66. Indépendante de moi, elle suit son propre chemin.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

67. Elle s'intéresse affectueusement à mes idées et m'assiste; elle prend fait et cause pour moi.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
68. Elle parle librement et ouvertement de sa vie intérieure.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
69. Elle est très heureuse et débordante de joie d'être avec moi.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
70. Juste quand j'ai le plus grand besoin d'elle, elle m'abandonne; elle me laisse seul/e avec mes ennuis.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
71. Elle ne s'intéresse pas à moi, à mes idées, à mes besoins.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		
72. Elle me laisse la liberté d'être moi-même.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

Les questions suivantes font référence à **votre propre comportement vis-à-vis votre patient**. Pour les réponses vous retrouverez la même gamme de jugements comme dans l'INTREX A.

Si le comportement décrit dans une question n'intervient pas dans la relation que vous entretenez avec votre patient, vous avez la possibilité de l'indiquer en cochant un chiffre bas (0=jamais/pas du tout) sur l'échelle de notations.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. **S'il vous plaît, répondez à toutes les questions** même si leur contenu vous semble être similaire.

Pour corriger une erreur, ayez soin de rayer bien visiblement le choix erroné (~~5~~) avant de cocher un autre chiffre.

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS/ TOUT A FAI	
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
87. Je l'invite chaleureusement et aimablement à être avec moi autant qu'elle le souhaite.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
88. J'apprécie d'être auprès d'elle et je suis sincèrement content/e d'être avec elle.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
89. Je vais et viens comme je veux, j'agis indépendamment d'elle.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
90. Avec des caresses tendres et affectueuses je cherche le contact physique avec elle si elle le désire.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

91. Je suscite son intérêt et lui apprends comment comprendre et faire les choses.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
92. Je la culpabilise et lui fais des reproches. J'arrive à lui faire croire qu'elle a tort et à le lui faire reconnaître.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
93. Débordant/e de joie, je l'accueille affectueusement.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
94. Je compte tout à fait qu'elle satisfasse à tous mes besoins.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
95. Je la punis durement et la torture; je me venge sur elle.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
96. Je la comprends parfaitement et l'aime bien, même si on n'est pas d'accord.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

97. J'ai confiance en elle; je m'appuie tranquillement sur sa présence quand j'en ai besoin.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
98. J'accepte volontiers ses suggestions et ses idées gratifiantes et les adopte.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
99. Rempli/e de tristesse et de colère je m'oppose fortement au fait qu'elle m'écrase.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
100. Je la caresse; tendrement et affectueusement je me tourne vers elle sans demander une contrepartie.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
101. Je suis collé/e à elle, la gêne et la limite.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

	JAMAIS/ PAS DU TOUT	TOUJOURS/ TOUT A FAIT
102. Je doute fortement, me méfie énormément mais finis quand même par être de son avis.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

103. Sans réfléchir je me sou mets à ses règles, ses normes et ses idées sur la manière de faire les choses.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
104. Je m'enrichis à ses dépens et prends tout ce que je peux chez elle.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
105. Même pour les petites choses, je cherche à être d'accord avec elle parce que je suis très attentif/ve à ce qu'elle pense.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
106. Je suis méfiant/e, tendu/e, peu sûr/e de moi et je la crains.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
107. Je la trompe, la dupe pour la détourner de son chemin.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
108. Aigri/e, de mauvaise humeur et fâché/e, je choisis de donner plus d'importance à ses désirs et besoins qu'aux miens.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

109. Je m'occupe d'elle, prends soin d'elle et la dorlotte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
110. Je la laisse parler librement et l'écoute, même si on n'est pas d'accord.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
111. Je ne remarque pas sa présence et n'en tiens pas compte.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
112. Je la laisse faire absolument tout ce qu'elle veut, sans me sentir concerné/e.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
113. Avec fureur et méchanceté, je refuse catégoriquement ses propositions pour m'aider.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
114. Tremblant/e de colère et d'angoisse, j'essaye de m'échapper et me cacher d'elle.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

115. Ne croyant agir que pour son bien, je la surveille souvent et lui rapelle ce qu'il faut faire.	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

	JAMAIS/ PAS DU TOUT										TOUJOURS/ TOUT A FAIT	
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
116. Je lui laisse la liberté d'agir et d'être ce qu'elle pense être le mieux.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
117. J'oublie tout ce qui la concerne, aussi bien nos accords que nos projets.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
118. Je file doux et me soumets à elle, mais en même temps je boude et me fâche.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
119. Face à elle, j'abandonne la partie et me soumets.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
120. Avec un air vraiment mauvais, je la menace et j'essaye de la heurter.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

121. Je la surveille très concrètement et j'ai l'habitude de tout diriger.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
122. Pensant qu'elle fait les choses bien, je la laisse faire à sa propre idée.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
123. Je m'exprime clairement avec chaleur et gentillesse.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
124. Je sens, pense et agis comme je pense qu'elle le souhaiterait.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
125. Fâché/e, je la laisse sans lui donner ce dont elle a grand besoin, même si je pouvais le faire facilement.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
126. Je l'écoute réellement et reconnais ses opinions, même si on n'est pas d'accord.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

127. Je suis fâché/e et aigri/e, je m'isole, me renferme et pleure dans mon coin.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
128. Je porte toute mon attention sur elle et peux ainsi imaginer tout ce dont elle a besoin et m'occuper de tout.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
129. Je me lamente, proteste désespérément et essaye de me défendre.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
130. Je défends clairement et fermement mon propre point de vue.	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

INTREX

Pat. - Thp. (xy)

A remplir par le patient (travaillant avec un thérapeute masculin)

Le questionnaire INTREX - informations et instructions (patient)

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'une étude sur la relation thérapeutique dans le domaine de la thérapie comportementale. Les recherches sur le processus des psychothérapies sont indispensables pour améliorer chaque travail thérapeutique.

Il s'agit pour vous d'évaluer la relation que vous entretenez avec votre thérapeute, telle que vous la ressentez. Il n'importe pas de rendre cette relation de manière objective ni idéale; ce qui compte c'est votre point de vue subjectif. Une fois rempli, votre questionnaire ne repassera pas par les mains de votre thérapeute.

Ce questionnaire est issu d'un système d'analyse du comportement social dans tous les contextes humains. Si le comportement décrit dans une question n'intervient pas dans la relation que vous entretenez avec votre thérapeute, vous avez la possibilité de l'indiquer en cochant un chiffre bas (0=jamais/pas du tout) sur l'échelle de notations.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions même si leur contenu vous semble être similaire.

Le questionnaire comprend deux parties: A et B.

Dans *INTREX A* vous jugez votre manière d'être avec vous-même.

Dans *INTREX B* vous jugez la relation avec votre thérapeute. Vous décrivez votre perception de son comportement et de votre propre comportement vis-à-vis de lui.

Votre anonymat est bien entendu garanti. C'est pourquoi on ne vous demande nulle part d'indiquer votre nom. Votre questionnaire est uniquement numéroté à des fins d'analyse.

Une fois rempli, merci de bien vouloir retourner votre questionnaire en utilisant l'enveloppe timbrée jointe.

Merci de participer à cette étude.

Avant de remplir le questionnaire, veuillez indiquer:

*vos*tre âge: _____

*vos*tre sexe: _____

*vos*tre profession: _____

*vos*tre nationalité: _____

(Depuis quand êtes-vous en France? _____)

état de famille: célibataire - marié/e - séparé/e - divorcé/e - veuf/ve

Vous consultez votre thérapeute depuis quand?

*nombre*s de semaines: _____

nombre des séances: _____

C'est la première fois que vous travaillez avec un thérapeute comportementaliste? oui/non

Combien de psychothérapies avez-vous suivies? _____

Lesquelles? par.ex.:

thérapie psychoanalytique _____

thérapie comportementale _____

psychothérapie de groupe _____

autres: _____

INTREX A

Les questions suivantes font référence à **votre manière d'être avec vous-même**. Vous devez évaluer la justesse de chaque énoncé en cochant d'une croix un chiffre compris entre 0 et 100.

Ex.:	JAMAIS/ PAS DU TOUT	TOUJOURS/ TOUT A FAIT
	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	

En choisissant une note de 0 à 50 vous indiquerez qu'un comportement vous concerne de «jamais/pas du tout» jusqu'à «de temps en temps/moyennement». Vous accorderez la note 100 si vous vous comportez «toujours» ou «tout-à-fait» de la façon décrite par l'énoncé. Si le comportement décrit est moins fréquent ou moins dominant, vous avez la possibilité de préciser sa fréquence et sa dominance en choisissant une note comprise entre 60 à 90.

Pour corriger une erreur, ayez soin de rayer bien visiblement le choix erroné (~~30~~) avant de cocher un autre chiffre.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. **S'il vous plaît, répondez à toutes les questions** même si leur contenu vous semble être similaire.

INTREX B

Les questions suivantes font référence au **comportement de votre thérapeute vis-à-vis de vous**. Pour y répondre vous retrouverez la même échelle de notations que dans l'**INTREX A**.

Si le comportement décrit dans une question n'intervient pas dans la relation que vous entretenez avec votre thérapeute, vous avez la possibilité de l'indiquer en cochant un chiffre bas (0=jamais/pas du tout) sur l'échelle de notations.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. **S'il vous plaît, répondez à toutes les questions** même si leur contenu vous semble être similaire.

Pour corriger une erreur, ayez soin de rayer bien visiblement le choix erroné (~~5~~) avant de cocher un autre chiffre.

Les questions suivantes font référence à **votre propre comportement vis-à-vis votre thérapeute**. Pour les réponses vous retrouverez la même gamme de jugements comme dans l'*INTREX A*.

Si le comportement décrit dans une question n'intervient pas dans la relation que vous entretenez avec votre thérapeute, vous avez la possibilité de l'indiquer en cochant un chiffre bas (0=jamais/pas du tout) sur l'échelle de notations.

Si la réponse à une question vous pose problème, choisissez la note qui vous paraît la plus proche de ce que vous ressentez. **S'il vous plaît, répondez à toutes les questions** même si leur contenu vous semble être similaire.

Pour corriger une erreur, ayez soin de rayer bien visiblement le choix erroné (~~☒~~) avant de cocher un autre chiffre.

Lebenslauf

Dipl.-Psych. Claudia CASPARI-PROKOP

1. Persönliche Daten

Geburtsdatum: 8. November 1966
Geburtsort: Mannheim
Familienstand: verheiratet, 3 Kinder
Adresse: Hohenzollernstr. 54
53173 Bonn
Tel.: 0228/3682928

2. Schulausbildung

1972-73 Diesterweg-Grundschule in Mannheim/Lindenhof
1973-76 Kurpfalz-Grundschule in Schriesheim
1976-85 Kurpfalz-Gymnasium Schriesheim

3. Studium

1985-92 Studium der Psychologie an der Universität Heidelberg
1993 Zulassung zur Promotion an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Universität Heidelberg

4. Stipendien

Oktober 1993 - Januar 1994 Stipendium des DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst) zur Finanzierung der Datenerhebung in Frankreich
Januar 1996 – Dezember 1996 Stipendium im Rahmen des Hochschulsonderprogramms II der Universität Heidelberg

5. Fortbildungen und berufliche Tätigkeit

März 1993 – Februar 1994 Teilnahme an Ateliers des «Institut d'Enseignement de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive» in Paris
Oktober 1994 – Oktober 1996 Grundausbildung für die Befriedingarbeit bei der Telefonseelsorge Münster
Oktober 1996 – Mai 1999 Mitarbeit bei der Telefonseelsorge Münster am Telefon und in der persönlichen Begleitung von Klienten (Befriedigung)

7. Auslandsaufenthalt

1990-1993 Paris/Frankreich