

Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention

von

Dieter Tscheulin ✓
✓



Hogrefe
Verlag für Psychologie
Göttingen · Toronto · Zürich

Dieter Tscheulin, Jahrgang 1938, Privatdozent, Dr. phil., studierte in Freiburg, München und Heidelberg zunächst Geschichte, dann Psychologie und Philosophie. Nach dem Diplom (1966) war er am Psychologischen Institut in Würzburg zuerst als Wissenschaftlicher Angestellter und nach der Promotion (1972) bis zur Habilitation (1989) als Akademischer Rat wissenschaftlich und psychotherapeutisch tätig. Heute lehrt und forscht er vor allem auf dem Gebiet der klinisch-psychologischen Interventionsmethodik und Entwicklungspsychologie am Psychologischen Institut der Universität Würzburg. Er ist Ausbilder für klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der GWG.



15207

© by Verlag für Psychologie · Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1992



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck- und Bindearbeiten: Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasserdam
Printed in the Netherlands
ISBN 3-8017-0480-7

Geleitwort

von Reiner Bastine

International läßt sich in der Psychotherapieforschung wieder ein verstärkter Trend erkennen, die theoretisch-konzeptuelle Analyse der Psychotherapie weiter zu entwickeln und die daraus resultierenden Modellansätze empirisch-experimentell abzusichern. Im Vordergrund der Bemühungen stehen dabei Fragen der *Differentiellen Psychotherapie*, der *Indikation* für Psychotherapie und für einzelne psychotherapeutische Verfahren sowie der *Integration* der bislang konkurrierenden Psychotherapie-"Schulen". Vernünftigerweise wird dabei häufig auf Entwicklungen in anderen Teildisziplinen der Psychologie zurückgegriffen, insbesondere auf solche der Sozialpsychologie, der Entwicklungspsychologie und der Differentiellen Psychologie. Für diesen Forschungstrend ist das starke Interesse an der Analyse psychotherapeutischer *Prozesse* kennzeichnend, um die Wirkung und Wirkungsweise von Psychotherapie besser verstehen zu können.

Nahezu zwangsläufig wird diese Entwicklung von einer forschungsmethodischen Neuorientierung begleitet und stimuliert, in der theoriegeleitete Analysen, "klinische" Forschungsansätze (häufig an Hand von Einzelfällen) und systematische empirische Analysen miteinander verbunden werden. Dadurch wird auch ein entscheidender Beitrag dazu geliefert, die oft beklagte Kluft zwischen Forschung und Praxis zu verringern und praxisrelevante Fragestellungen in der Forschung aufzunehmen. Bemerkenswerterweise greift die internationale Forschung damit Ansätze auf, die im deutschen Sprachraum schon seit längerem gepflegt und weiterentwickelt wurden.

Das von Dieter Tscheulin jetzt vorgelegte Buch ist ein hervorragendes Beispiel dieser Tradition, in der Forschung und Praxis miteinander verbunden werden. In diesem anregenden Buch wird ein breites Spektrum von Problemlösungen der Psychotherapie problematisiert und auf zunehmend konkreten Ebenen zu lösen versucht. Die acht Kapitel gliedern sich in drei auseinander hergeleiteten und aufeinander aufbauende Teile: Zunächst wird eine schulensübergreifende (beschreibende) Definition von Psychotherapie entwickelt. Tscheulin leistet dies, indem er zwischen "therapeutischem Basisverhalten" und "differentieller Psychotherapie" unterscheidet. Auf dieser Grundlage lassen sich schulenspezifische Besonderheiten konzeptuell neu einordnen. Die beiden weiteren Teile sind einerseits dem "therapeutischen Basisverhalten", andererseits der "*differentiellen* klientenzentrierten Psychotherapie" gewidmet, wobei im letzten Kapitel die vorgelegten Befunde ergänzt und kritisch eingeordnet werden. Das Kapitel über die differentielle klientenzentrierte Psychotherapie enthält auch die Darstellung und Diskussion der eigenen empirischen Arbeiten Tscheulins.

Der herausragende Wert des Buches ergibt sich zunächst einmal aus der begrifflichen Strukturierung eines bekanntermaßen sehr uneinheitlichen Feldes, durch die eine konzeptuelle Klärung und Zuordnung der verschiedenen Behandlungsansätze sowie die Entwicklung einer differentiellen Psychotherapie-Konzeption geleistet wird.

Zum zweiten gelingt es Dieter Tscheulin, theoretische, empirische und praktische Aspekte der Psychotherapie in einer Weise zu verquicken, die der Eigenart des Gegenstandsbereiches "Psychotherapie" entspricht und zur Entwicklung einer differentiellen Psychotherapie Wesentliches beiträgt.

Drittens bin ich beeindruckt von dem in diesem Buch dokumentierten Forschungsprozess, der auch für den praktisch tätigen Psychotherapeuten von Interesse ist: der Entwicklung des Konzeptes der klientenzentrierten differentiellen Psychotherapie folgt zunächst die empirische Analyse an zwei klinischen Einzelfällen, die dann fortgeführt wird an weiteren explorierenden Studien und die mit einer experimentellen Überprüfung abschließt.

Dieses lesenswerte Buch ist empfehlenswert für alle diejenigen, die sich für neuere Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychotherapie interessieren.

Heidelberg, im August 1991

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort von Reiner Bastine	V
Vorwort	XI

Teil 1:

EINE EINHEITLICHE DEFINITION VON PSYCHOTHERAPIE?

Auf dem Weg zu einer einheitlichen Konzeption psychologischer Intervention

Kapitel 1

Grundmodelle von Psychotherapie:

Gemeinsame Faktoren in verschiedenen Psychotherapieformen	3
1.1 Das katalytische Modell	6
1.2 Das dynamische Modell	10
1.3 Das technologische Modell	14
1.4 Schlußfolgerung	18

Kapitel 2

Klientenzentrierte Therapie als interpersonalen Prozeß:

Veränderung der Klient-Therapeut-Interaktion	21
2.1 Einsicht oder Lernen?	21
2.2 Symptom und Veränderungsprozeß	24
2.3 Therapeutische Paradoxien in der klientenzentrierten Therapie	27
2.4 Das System Klient-Therapeut	31
2.5 Kritik	32

Kapitel 3

Psychotherapie und psychologische Intervention:

Versuch einer schulübergreifenden Definition	35
3.1 Was ist "Psychotherapie" und was bedeutet "Integration"?	35
3.2 Der gemeinsame Boden konstruktiver zwischenmenschlicher Interaktions- prozesse: Therapeutisches Basisverhalten	38
3.3 Die Bedeutung unterschiedlicher Vorgehensweisen: Differenzielle Psychotherapie	41
3.4 Die Notwendigkeit der Verschränkung von Einheits- und differentiellen Modell: Integration von Therapeutischem Basisverhalten und Differenzieller Therapie	47
3.5 Die Begriffe Beziehung und Technik	49
3.6 Auf dem Weg zu einer einheitlichen Definition	50

*Teil 2:***THERAPEUTISCHES BASISVERHALTEN****Kapitel 4****Therapeutisches Basisverhalten:**

Die instrumentale Grundlage der Klient-Therapeut-Interaktion	55
4.1 Die funktionalen Aspekte des Therapeutischen Basisverhaltens	57
4.2 Inhaltliche Dimensionen des Therapeutischen Basisverhaltens	59
4.2.1 Realitätsoffenheit	60
(Therapeutisches Arbeitsbündnis; Inhaltsrelevanz; Selbstkongruenz)	
4.2.2 Personenbezogenheit	65
(Einfühlung; Interaktionskongruenz; Genaues Verstehen, Empathie)	
4.2.3 Akzeptationsbreite	67
(Emotionale Wärme und Verzicht auf Wertungen; Achtung vor der persönlichen Eigenart)	
4.2.4 Verwirklichung von Therapeutischem Basisverhalten	69
4.3 Therapeutisches Basisverhalten und Therapeutenmerkmale	70
4.3.1 Instrumentale Therapeutenvariablen	71
4.3.2 Stilistische Therapeutenvariablen	73
4.3.3 Personalistische Therapeutenvariablen	74

Kapitel 5**Therapeutisches Selbstkonzept:**

Die personale Grundlage der psychologischen Intervention	77
5.1 Die Person des psychologischen Helfers als Einflußgröße	77
5.2 Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben und Äußerungsbereitschaft . .	80
5.2.1 Offenheit und Äußerungsbereitschaft	80
5.2.2 Zusammenhang mit Therapeutischem Basisverhalten	81
5.2.3 Konsequenzen für die Ausbildung	83
5.3 Erkennen eigener Bedürfnisbefriedigung und relative Unabhängigkeit von ihr	84
5.3.1 Personale Nähe und kognitive Flexibilität	84
5.3.2 Empirische Grundlagen und Zusammenhänge mit dem Therapeutischen Basisverhalten	85
5.3.3 Welche Bedeutung hat die intellektuelle Leistungsfähigkeit? . . .	87
5.3.4 Ist der Therapeut ein Machiavellist?	88
5.3.5 Konsequenzen für die Ausbildung	90
5.4 Störungserleben und relative Störungsfreiheit	91
5.4.1 Dysphorische Störungen bei Psychotherapeuten	91
5.4.2 Zusammenhang mit Therapeutischem Basisverhalten	92
5.4.3 Konsequenzen für die Ausbildung	93
5.5 Die Bedeutung von Eigentherapie und therapeutischer Selbsterfahrung .	94

*Teil 3:***DIFFERENTIELLE KLIENTENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE****Kapitel 6****Entwurf einer differentiellen klientenzentrierten Einzeltherapie:****Psychotherapeutische Intervention bei unterschiedlicher**

Klientenselbstaufmerksamkeit	99
6.1 Die Forderung nach einer differentiellen Therapie	99
6.2 Das differentielle Vorgehen des Therapeuten bei zwei unterschiedlichen Klienten	102
6.3 Zwei unterschiedliche Arten des Selbst-Gewahrseins: Objektive und subjektive Selbstaufmerksamkeit	105
6.3.1 Begriffsbestimmung und Bedingungen, die objektive Selbstaufmerksamkeit hervorrufen	105
6.3.2 Konsequenzen objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit	107
6.4 Interpretation des differentiellen Vorgehens in den zuvor beschriebenen Fällen	109
6.4.1 Das Vorgehen bei Klient A (Aktivitätssteigerung)	109
6.4.2 Das Vorgehen bei Klientin B (Erlebnissteigerung)	110
6.5 Schlußfolgerungen und Hypothesen	111

Kapitel 7**Empirische Überprüfung eines differentiellen Vorgehens****in der klientenzentrierten Einzelbehandlung:**

Ex-post-facto und experimentelle Untersuchungen	117
7.1 Selbstaufmerksamkeit als grundlegendes Klientenunterscheidungsmerkmal	117
7.1.1 Schwierige Klienten und ihre Selbstaufmerksamkeit	119
7.1.2 Das Problem der Unterscheidung aktionsbezogener und selbstbezogener Klienten	121
7.1.3 Hinweise zur Validität der Unterscheidung zwischen aktions- und selbstbezogenen Personen (Zusammenhänge mit Streßverarbeitung und Attribuierungsgewohnheiten)	124
7.2 Prozeßunterschiede bei aktionsbezogenen und selbstbezogenen Klienten: Häufigkeit und Bedeutung therapeutischer Konfrontation	129
7.2.1 Methode zur ex-post-facto Erkundung therapeutischer Konfrontation	129
7.2.2 Ergebnisse und Schlußfolgerung	131
7.3 Differentielle Psychotherapie im klientenzentrierten Rahmen: Therapeutische Konfrontation als Wirkfaktor	132
7.3.1 Methode zum Nachweis differentieller Therapieeffekte	132
7.3.2 Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen	135
7.4 Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse	139

Kapitel 8**Diskussion der Ergebnisse:**

Ergänzende Befunde und Kritik	143
8.1 Implikationen der Hauptergebnisse: Allgemeine und differentielle Indikationsaussagen	143
8.2 Konfrontation als differentielle Technik: Kriterien für ihre angemessene Verwendung	144
8.2.1 Klientenäußerungen vor Konfrontationen	145
8.2.2 Gesprächsverhalten Aktionsbezogener und Selbstbezogener . .	146
8.2.3 Zur Frage der Validität	147
8.3 Differentielle klientenzentrierte Therapie - Kontradiktion oder Innovation?	149
8.4 Belege für eine differentielle klientenzentrierte Therapie aus Fremd- untersuchungen	151
8.5 Kritik der heuristischen Bedeutung des Modells	157
8.6 Schluß	163

Anmerkungen	165
------------------------------	-----

Anhang	167
-------------------------	-----

A1.1 Deskriptive und prüfstatische Kennwerte für zwei Extremgruppen von fünf aktionsbezogenen und fünf selbstbezogenen Klienten (Beispiel: Psychotherapieklienten)	167
A1.2 Deskriptive und prüfstatische Kennwerte für zwei Extremgruppen von acht aktionsbezogenen und acht selbstbezogenen Klienten (Beispiel: Studentische Klienten in Replikationsuntersuchung)	168
A2 Instruktionsmanual für das Therapeutenverhalten	169

Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Testverfahren	175
--	-----

Literaturverzeichnis	179
---------------------------------------	-----

Sachregister	203
-------------------------------	-----

Autorenregister	213
----------------------------------	-----

Vorwort

Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, eine einheitliche, die unterschiedlichen Schulrichtungen übergreifende Theorie von Psychotherapie zu formulieren, die nach dem "Prinzip der Aspektivität und Komplementarität" schulengebundene Begriffe als "standortbedingte Teilansichten eines gemeinsamen Gegenstandes" (Pongratz, 1975) erscheinen lassen kann. Bastine (1986a) stellt fest, daß gegenwärtig zwar nicht abzusehen ist, ob eine solche Formulierung möglich ist, bei "der die vielfältigen Behandlungsformen vollständig und restlos 'integriert' werden könnten" (S.240), doch weist er gleichzeitig auf eine Reihe von Entwicklungslinien und Arbeitsbereichen hin, die "Perspektiven für eine Integration" eröffnen. Er sieht die Chance für eine einheitliche Definition psychotherapeutischer Interventionsmethodik und einen erheblichen "Druck auf das System Psychotherapie in Richtung auf eine Annäherung oder wenigstens einer rationalen Strukturierung psychotherapeutischer Schulkonzeptionen" (S.234). Die von ihm genannten Entwicklungstrends und Arbeitsbereiche, die Perspektiven für eine Integration eröffnen, sind:

- die starke Ausbreitung eklektischer Ansätze,
- die Möglichkeit, die Vielfalt empirischer Arbeiten durch Meta-Analysen und systemtheoretische Analysen überschaubar zu machen,
- die Zunahme grundlagentheoretischer Diskussionen (angeregt durch kognitionspsychologische und handlungstheoretische Grundlagenforschung) und vor allem
- die vergleichende Psychotherapieforschung und
- die Forschung zur differentiellen Indikation.

Die hier vorgelegte Arbeit ist den beiden letztgenannten Bereichen zuzuordnen und ist als ein Beitrag aus klientenzentrierter (bzw. aus gesprächspsychotherapeutischer) Perspektive zu verstehen, die oben genannte Annäherung verschiedener psychotherapeutischer "Schulen" zu erleichtern. Dies wird konkret durch folgende Schritte zu erreichen versucht:

- Es werden die empirisch begründeten Gemeinsamkeiten zwischen klientenzentrierten, psychodynamischen und behavioral-interaktionalen Konzepten herausgearbeitet und die dahinterliegenden Modellvorstellungen sichtbar gemacht, soweit diese die Entwicklung gemeinsamer Grundanschauungen und die empirische Überprüfbarkeit des psychotherapeutischen Geschehens fördern bzw. diese explizit anstreben. Es wird vorgeschlagen, bei jeder Art von Psychotherapie zwischen Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Psychotherapie zu unterscheiden und die Verschränkung ("Integration") dieser beiden Bereiche als Definitionsgrundlage von Psychotherapie zu verwenden.
- Es werden die funktionalen und inhaltlichen Dimensionen von Therapeutischem Basisverhalten beschrieben und damit jene Aspekte klinisch-psychologischer Interventionen herausgearbeitet, die sowohl in verschiedenen Schulrichtungen als auch in verschiedenen Tätigkeitsfeldern des Klinischen Psychologen von basaler Bedeutung

sind.

Es werden empirische Befunde zur Gesprächspsychotherapie vorgelegt, die eine Weiterentwicklung dieser Methode deutlich machen und eine Annäherung der "Schulen" insofern fördern könnten, als sie zwingend nahelegen, daß auch in dieser Therapieform Technikfaktoren und nicht nur (wie bisher postuliert) Beziehungsfaktoren eine bedeutende Rolle spielen. Es wird das Konzept einer Differentiellen Klientenzentrierten Psychotherapie vorgestellt und gezeigt, wie ein differentielles Vorgehen zusammen mit dem "klassischen" klientenzentrierten Vorgehen in einem integrativen Modell von Psychotherapie abgebildet werden kann, das in wichtigen Teilen mit anderen schulenübergreifenden Modellvorstellungen kompatibel ist.

Diesen drei Schritten entspricht die Aufteilung der Arbeit in drei Teile, die jeweils einzelne (mit Querverweisen versehene und so auch einzeln lesbare) Kapitel umfassen:

Im *ersten Teil* ("Eine einheitliche Definition von Psychotherapie?") wird die Frage verfolgt, ob eine schulenübergreifende Konzeption von Psychotherapie möglich erscheint, - und wenn ja, wie eine solche formuliert werden kann.

Dazu werden im Kapitel 1 über "Grundmodelle von Psychotherapie" sogenannte Einheitsmodelle von Psychotherapie dargestellt, die aus empirischer Psychotherapieforschung abgeleitet sind und schulenübergreifende Gültigkeit beanspruchen.

Im Kapitel 2 wird ein gesprächspsychotherapeutischer Prozeß aus der Perspektive der interpersonalen Psychotherapie uminterpretiert und dadurch ein Anschauungsbeispiel gegeben für die Aspektivität schulengebundener Psychotherapiedefinitionen. Damit soll auch gezeigt werden, daß eine Annäherung unterschiedlicher Positionen möglich ist und daß das konkrete therapeutische Handeln in der klientenzentrierten Therapie als Intervention betrachtet werden kann.

Im Kapitel 3 wird dann der Versuch der schulenübergreifenden (beschreibenden) Definition von Psychotherapie weiterverfolgt, und es werden die Feststellungen getroffen, die nach dem derzeitigen Entwicklungsstand des Gebietes vertretbar erscheinen.

Im *zweiten Teil* ("Therapeutisches Basisverhalten") werden die Forschungsarbeiten zusammengetragen und aufgearbeitet, die die Bedeutung dessen aufzeigen, was "Therapeutische Beziehung" oder manchmal "Therapeutische Verbindung" genannt wird und häufig als gewichtigster Teil psychotherapeutischer Interventionsmethodik angesehen wird.

Das Kapitel 4 kennzeichnet das Therapeutische Basisverhalten als die schulen- *und* aufgabenübergreifende *instrumentale* Grundlage psychologischer Intervention in ihren verschiedenen Bereichen wie z.B. Beratung und Psychotherapie oder Edukation und Prävention. Es stellt die psychotherapeutische Interaktion ins Zentrum und macht deutlich, wie diese durch Therapeuten- *und* durch Klientenprozeßmerkmale bestimmt wird, die in der klientenzentrierten Therapie, der Verhaltenstherapie oder der Psychoanalyse zwar unterschiedliche Namen haben, aber jeweils den gleichen inhaltlichen

Dimensionen zugeordnet werden können. Zusätzlich wird im selben Kapitel versucht, einen Überblick über die vielfältigen Merkmale zu geben, die auf Seiten des Therapeuten als variable Größen ("Therapeutenvariablen") mit den "in-therapy" Prozessen und Effekten assoziiert sind.

Im Kapitel 5 werden die vom Therapieprozeß abgehobenen *personalen* Grundlagen der psychologischen Interventionsmethodik behandelt, indem nach der Person des Therapeuten und nach dessen therapeutischem Selbstkonzept gefragt wird, wie es mit dem Basisverhalten auf Grund empirischer Untersuchungen assoziiert erscheint. Im selben Kapitel wird ausführlicher als in anderen Teilen der Arbeit auf Fragen der Lehr- und Lernbarkeit eingegangen. Dies ist hier deshalb notwendig, weil das Therapeutische Basisverhalten nicht nur einen basalen Bereich klinisch-psychologischer Intervention darstellt, sondern auch Ausdruck von Einstellungen der Person des Therapeuten sich selbst und den Klienten gegenüber ist und damit für die gesamte Ausbildung in der psychologischen Behandlungsmethodik weitreichende Konsequenzen hat.

Der *dritte Teil* ("Differentielle Klientenzentrierte Psychotherapie") bringt die eigenen empirischen Beiträge. Es werden der Entwurf und die Überprüfung eines differentiell-therapeutischen klientenzentrierten Vorgehens dargestellt.

Das Kapitel 6 liefert dazu zunächst kasuistisches Anschauungsmaterial und sozial-psychologische Grundlagen, die verschiedene Vorerfahrungen verständlich machen und die Formulierung von Hypothesen gestatten. Die Unterscheidung von Klienten nach der Art ihres habituellen Selbstaufmerksamkeitsverhaltens wird als Paradigma genommen, um die Notwendigkeit differentiellen Vorgehens aufzuzeigen.

Im Kapitel 7 werden dann mehrere empirische Untersuchungen referiert, die die formulierten Hypothesen (a) ex-post-facto und (b) quasi-experimentell überprüfen. Dieses Kapitel stellt den Prüfstein der in dieser Arbeit vertretenen Position dar.

Im Kapitel 8 werden schließlich die Schlußfolgerungen aus dem Gesamt der Untersuchungsergebnisse gezogen und deren Implikationen diskutiert, indem die enthaltenen Aussagen über beteiligte Wirkfaktoren hinterfragt, durch einschlägige Befunde vor allem aus Fremduntersuchungen ergänzt und mit anderen schulenübergreifenden Modellvorstellungen von Psychotherapie verglichen werden.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer mehrjährigen Beschäftigung mit dem Thema "veränderungswirksame Faktoren in der Psychotherapie" und ist von dem Bemühen getragen, ein Gesamtkonzept für ein heuristisches Modell psychotherapeutischer Intervention zu entwickeln. Sie stellt sich der "Herausforderung zur Integration" ("The challenge of psychotherapy integration" nach Goldfried, 1987). Dabei wird zu einem großen Teil auf Arbeiten zurückgegriffen, die der Autor bereits in verschiedenen Büchern und Artikeln publiziert hat und die im Hinblick auf das Gesamtkonzept wesentlich neu überarbeitet wurden. Die Anmerkungen zu den einzelnen Kapitelüberschriften verweisen auf die entsprechenden Arbeiten, auf denen der vorliegende Text beruht.

Dankbar bin ich für die unterschiedlichsten Arten von Hilfen, Anregungen und Unterstützungen, die ich von Fachvertretern, von Freunden, von den studentischen Mitarbeitern und Diplomanden und, nicht zuletzt, von den Klienten erhalten habe. Wegweisend waren die Anregungen und die Kritik von Prof. Ludwig Pongratz, Prof. Reiner Bastine und Prof. Barbara Zoeke, die mich durch ihre Forschungsarbeiten oder ihre persönlichen Stellungnahmen stark beeinflusst haben. Ich bedanke mich bei den Diplom-Psychologen Christine Buhl-Künzler, Andreas Purschke und Ute Wolf sowie bei den Studierenden Nina Lothar, Nicola Maier und Otto Willich für vielfältige Hilfen beim Schreiben und Korrigieren der Texte. In vielfältiger und besonderer Weise bin ich den Psychotherapeuten zu Dank verpflichtet, die ihre Erfahrung, viel Zeit und eine kollegiale Bereitschaft zur Mitarbeit eingebracht haben: Prof. Dr. Ernst Engelke, Dipl.-Psych. Andrea Iff-Kamm, Dr. Beate Jülisch-Tscheulin, Dipl.-Psych. Dorothee Kern, Dipl.-Psych. Walter Längl, Dr. Friedrich Sauter. Ganz besonders danke ich dem heutigen Kollegen und früheren studentischen Mitarbeiter Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Gerhard Büttner, mit dem ich viele Arbeiten gemeinsam durchführte und dessen kritische Stellungnahmen und Verbesserungsvorschläge mir immer sehr willkommen waren.

Würzburg, am 4. August 1991

Dieter Tscheulin

Teil 1:

***EINE EINHEITLICHE DEFINITION
VON PSYCHOTHERAPIE?***

***Auf dem Weg zu einer einheitlichen
Konzeption psychologischer Intervention***

Kapitel 1

Grundmodelle von Psychotherapie:

Gemeinsame Faktoren in verschiedenen Psychotherapieformen ¹⁾

Aussagen über Wirkfaktoren sind in der Psychotherapieforschung auf unterschiedlichen Abstraktionsstufen gemacht worden. Auf der untersten Stufe findet sich eine Beschreibung des äußerlich Beobachtbaren oder subjektiv nur vom Individuum Erlebaren. Es bezieht sich meistens auf zielgerichtetes Verhalten des Therapeuten wie z.B. Instruieren, Interpretieren oder Verbalisieren, seltener auf Momente der Situation oder des Klientenverhaltens. Auf höherer Abstraktionsstufe steht die Beschreibung der Wirkung eines Prinzips wie z.B. Lernen, Gewinn von Einsicht oder Konfliktlösung. Auf wiederum höherer Abstraktionsstufe befinden sich die Aussagen darüber, warum ein solches Prinzip wirkt, und dann wird z.B. über "Bildung neuer Kontingenzen" oder "Aufhebung von Inkongruenz" gesprochen.

Es ist interessant, daß auf allen Abstraktionsstufen schulengebundene Begriffe zur Verwendung kommen. Dadurch ist der Eindruck erweckt worden, als sei Psychotherapie immer nur als Psychoanalyse, als Verhaltenstherapie oder als Gesprächspsychotherapie möglich und als gäbe es keine in allen Psychotherapieformen gleichermaßen wirksame Faktoren. Der verwendete Begriffsapparat ist dabei häufig so spezifisch auf die Eigenart der einzelnen Therapieform abgestimmt, daß innerhalb des einzelnen Systems die Beschreibung des Prozesses, *wie* Psychotherapie wirkt, bereits als Erklärung dafür erscheint, *warum* diese Vorgehensweise Veränderungen hervorruft. Das mag für die Praxis der psycho-sozialen Gesundheitsversorgung von untergeordneter Bedeutung sein. Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus ist dies unbefriedigend.

In den letzten Jahren hat sich hier, vor allem durch das stärker werdende Interesse an einer vergleichenden Psychotherapieforschung (z.B. Brunink & Schroeder, 1979; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Klein, Zitrin, Woerner & Ross, 1983; Meyer, 1981; Plog & Grawe, 1976; Sloane, Staples, Cristol, Yorkstone & Whipple, 1981; Zeiss, Lewinsohn & Munoz, 1979) und zum Teil auch durch abgewogene, um unverzerrte Einschätzung bemühte Überblicksartikel und die Anwendung von Meta-Analysen eine Veränderung angebahnt (z.B. Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980; vgl. aber auch Shapiro, 1987, Patterson, 1984, und Wittmann, 1984, 1987, Wittmann & Matt, 1986). Diese Veränderung zeigt sich in drei Punkten oder "Entwicklungstrends":

1. Es wird zunehmend deutlicher, daß unterschiedliche Therapieformen mit ihren sehr verschiedenen Therapietheorien zumindest in quantitativer Hinsicht und orientiert an der Symptomreduktion gleichermaßen erfolgreich sind, daß es keine generelle Überlegenheit einer Methode über eine andere gibt (Luborsky, Chandler, Auerbach & Cohen, 1971; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Lambert, Shapiro & Bergin,

1986; vgl. Stiles, Shapiro & Elliott, 1986, zur Diskussion) und einzelne geringfügig bessere Effektstärken, z.B. der neueren behavioral-kognitiven Therapien, methodisch bedingt sind (Lambert et al., 1986; Parloff, 1984).

2. Es wird auch deutlich, daß eine differentielle Indikation im Sinne einer Zuordnung von einer bestimmten nosologischen Kategorie zu einer bestimmten effektivsten Therapierichtung nur selten gerechtfertigt erscheint (Grawe, 1978), wohl aber eine differentielle und adaptive Indikation innerhalb einer bestimmten Behandlungsart (Grawe et al., 1990c; vgl. Teil III dieser Arbeit).
3. Und es zeigt sich, daß differentielle Effekte verschiedener Therapieschulen eher den Etikettierungen entsprechen, die diesen Schulen gegeben werden (Plog & Grawe, 1976; Meyer, 1990), als daß sie unterschiedlich starken Erfolg bei der Linderung oder Beseitigung psychischer Störungen bedeuten.

Dies legt den Gedanken nahe, daß die verschiedenen Psychotherapien mit ihren unterschiedlichen Techniken doch irgendwelche Wirkfaktoren gemeinsam haben, auch wenn sie in den einzelnen Therapitheorien nicht oder verschieden benannt werden.

Dieser Gedanke findet einen frühen Ausdruck z.B. in der Konzeption sogenannter "Heilfaktoren", wie sie von Yalom (1974) formuliert und von ihm für unterschiedliche Arten von Gruppentherapien als gültig erklärt wurden. Yalom bezog sich auf Vorarbeiten von Corsini & Rosenberg (1955) und konkretisierte seine Konzeption, indem er 12 "Heilfaktoren" benannte, zu jedem der Faktoren 5 Erlebnisweisen von Patienten als Items formulierte und diese Item-Aussagen von erfolgreich behandelten Patienten aus unterschiedlichen Gruppentherapien mit Hilfe des Q-Sort Legeverfahrens beurteilen ließ. Er war zu der Überzeugung gekommen, daß Techniken zwar unentbehrlich sind, aber eben doch nur eine schulenspezifische "Fassade" darstellen, während Heilfaktoren die "wichtigsten Wirkkräfte der Veränderung" sind und in den verschiedenen Arten von Gruppentherapien eine "bemerkenswerte Ähnlichkeit aufweisen" (1974, S.12f). Die von ihm gebrauchten Begriffe sind unterschiedlichen Abstraktionsniveaus zuzuordnen. Faktoren wie "Interpersonales Lernen", "Einsicht" und "Katharsis" stehen neben Faktoren wie "Kohäsion" (als dem Erleben von Gruppenzusammenhalt und Gruppenzugehörigkeit), neben "Universalität des Leidens" und "Altruismus", oder neben Faktoren wie "Einflößen von Hoffnung" und "Mitteilung von Informationen". Dementsprechend sind diese Heilfaktoren untereinander verschränkt. Sie durchdringen einander, aber sie stellen letztendlich jene "verschiedenen Bündel" von konkreten Erlebnissen dar, die von Klienten unterschiedlich geführter Gruppen in ähnlicher Weise als (mehr oder weniger) hilfreich und nützlich beurteilt werden. Das bestätigten auch Replikationsuntersuchungen z.B. von Eckert, Biermann-Ratjen, Tönnies & Wagner (1981) bei Patienten aus klientenzentrierten Gruppen und von Tschuschke (1990) bei ambulanten und stationären Patienten. Faktorenanalytische Auswertungen erbrachten ähnliche "Heilfaktoren" und es konnten ähnliche Rangreihen in deren Bedeutung für die Patienten ermittelt werden. Die Tabelle 1 zeigt eine Zusammenstellung der Yalomschen Heilfaktoren und ihre Ent-

sprechungen in der deutschen Untersuchung von Eckert et al. (1981).

Die These von den "common factors" ist in den USA als theoretische Schlußfolgerung bereits in den 50iger Jahren aufgestellt worden (vgl. Garfield, 1982b, p.614) und wird in jüngster Zeit auch im deutschsprachigen Raum diskutiert (Bozok & Bühler, 1988; Czogalik, 1990; Enke & Czogalik, 1990; Tschuschke, 1990). Im folgenden sollen nun die Systeme oder Positionen referiert werden, die solche "allgemeinen" oder "gemeinsamen" Wirkfaktoren postulieren und diese These in der empirischen Psychotherapieforschung fundieren. Diesen Positionen liegt ein *Einheitsmodell* von Psychotherapie zugrunde, geleitet von dem Gedanken einer, wie Carl Rogers (1974/77, S.115) es ausdrückt, "einheitlichen Methode des Heilens", in der die verschiedenen Schulen sich auflösen und zu der alle - vielleicht unterschiedliche - Erkenntnisse, sicherlich aber auch gleiche Erkenntnisse unter verschiedenen Begriffen beisteuern.

Tabelle 1

Die Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie (nach Yalom)

Yalom	Eckert et al.
1. Interpersonales Lernen ("input")	2. Lernen durch Feedback von anderen
2. Katharsis	1. Erfahren von Offenheit; Selbstöffnung der Klienten
3. Kohäsion	3. Erfahren von Kohäsion und 6. Erfahren von Interesse an Kohäsion
4. "Einsicht"	4. Einsicht in altbekannte Konflikte und Wiedererleben der Familie
10. Wiederbeleben der Familie	
5. Interpersonales Lernen ("output")	11. Lernen aus Kontaktaufnahme u. Leid
6. Existentielles Bewußtwerden	5. Akzeptieren von Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit
7. Universalität des Leidens	10. Erkennen der Universalität von Konflikten
8. Einflößen von Hoffnung	8. Entwicklung von Hoffnung durch Wahrnehmung von Veränderung
9. Altruismus	9. Erleben altruistischer Fähigkeiten u. eigener Bedeutsamkeit für andere
11. Anleitung	7. Lernen von anderen durch Ratschläge und Beziehungsreflektion
12. Identifikation	12. Identifikation (Selbsterleben durch Abgrenzung u. Identifikation)

Anmerkung. Die Ziffern kennzeichnen die Rangreihe der Faktoren in ihrer Bedeutung für Klienten (vgl. auch Tschuschke, 1989, 1990).

Das anderen (schulengebundenen) Positionen zugrundeliegende *differentielle Modell* von Psychotherapie muß nicht zwangsläufig einem Einheitsmodell widersprechen. Zukünftige Forschung könnte z.B. in verstärktem Maße erweisen, daß es notwendige allgemeine (d.h. schulübergreifende) Wirkfaktoren gibt *und* verschiedene spezifische Einzelfaktoren, die an einen bestimmten sozial-kulturellen Kontext gebunden sind, an eine bestimmte Psychotherapieform, oder an eine spezifische Klienteneigenart, so wie das durch die Begriffe "Therapeutisches Basisverhalten" und "Differentielle Therapie" ermöglicht und in den Teilen II und III dieser Arbeit empirisch belegt wird. Dasselbe gilt auch für das Problem der Therapieziele, das allerdings im folgenden nur insoweit berührt wird, als es für die Darstellung eines Wirkprinzips unerlässlich ist.

In der Literatur wird häufig von "Placebo-" oder "unspezifischen" Faktoren statt von Grundelementen gesprochen. Die Verwendung des Placebo-Begriffs an Stelle von Grundelement ("common factor") wird hier abgelehnt, auch wenn die Diskussion über die Nützlichkeit des Placebo-Begriffs für die *Effekt*forschung noch anhält und kontrovers bleibt (vgl. Butler & Strupp, 1986; Critelli & Neumann, 1984; Henry, 1985; Kazdin, 1979b) und wenn er hier als bloßer Sammelbegriff für konkrete Variablen wie Erfolgserwartung oder Glaubwürdigkeit seine Berechtigung haben mag. Da die Postulierung von Wirkfaktoren immer noch sehr stark an den jeweiligen Begriffsapparat der Therapietheorie einer Schulrichtung gebunden ist, und da "Placebo" in der klinisch-psychologischen Behandlung gerne als "therapeutisch unwirksam im Sinne der Therapietheorie" definiert wird, könnte dies dazu führen, "that virtually every currently established psychotherapy would be considered inert, and therefore a placebo, from the viewpoint of other established theories of cure" (Critelli & Neumann, 1984, p.33). Auf die Verwendung des Begriffs "unspezifisch" soll so weit wie möglich aus einem ähnlichen Grund verzichtet werden: Er ist in seiner Verneinungsform zu unpräzise und umfaßt zu heterogene Möglichkeiten, als daß er zur unverzerrten Argumentation und validen Forschung taugt (Karasu, 1986; Kazdin, 1979a; vgl. auch Wilkins, 1979a,b, 1983; Bootzin & Lick, 1979; zum Überblick: Kazdin, 1986; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986). Zudem geht es im folgenden gerade darum, schulübergreifende Faktoren als Wirkfaktoren zu spezifizieren, - auch wenn ihre *Wirkweise* noch nicht genügend aufgeklärt ist.

Es lassen sich drei "Einheitsmodelle" von Psychotherapie unterscheiden, die schulübergreifende Bedeutung beanspruchen und erfahrungswissenschaftlich fundiert sind: das katalytische Modell, das dynamische Modell und das technologische Modell.

1.1 Das katalytische Modell

Mit dem Begriff katalytisch soll ausgedrückt werden, daß hier ein therapeutischer Faktor als etwas angesehen wird, das weiter nichts "bewirkt", als einen grundsätzlich immer möglichen Prozeß auszulösen, ohne selber Art und Richtung des Prozesses zu beeinflussen. Ein katalytisches Modell liegt z.B. der Position von C.R. Rogers zugrun-

de, wie er sie in seiner "Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen" 1959 (deutsch 1987) beschrieben hat. Die Praxis vieler psychoanalytisch und eklektisch orientierter Therapeuten wird vermutlich ebenfalls diesem Modell zuzuordnen sein.

Nach dieser Modellvorstellung wird eine therapeutische Persönlichkeitsveränderung des Klienten aufgrund des psychotherapeutischen Beziehungsverhältnisses ausgelöst. Diese therapeutische Beziehung kann durch Einstellungen und Verhaltensweisen des Therapeuten *und* des Klienten beschrieben werden. Die speziellen Techniken einzelner Therapieschulen werden als irrelevant angesehen. Den Techniken wird nur insofern Bedeutung zugesprochen, als diese die Funktion von Kommunikationskanälen haben, über die dem Klienten die entsprechenden Einstellungen vermittelt werden können. Therapeutisch wirksam ist die *Art der Beziehung*: Wenn in ihr bestimmte Bedingungen erfüllt sind, dann werden im Klienten die Veränderungsprozesse ausgelöst, die erfolgreiche klinisch-psychologische Behandlungen kennzeichnen. Die Bedingungen, die erfüllt sein müssen, sind:

1. Erleben und Verhalten des Therapeuten im Beziehungsverhältnis sind kongruent und in der Person als Ganzheit integriert (*Selbstkongruenz des Therapeuten*).
2. Der Therapeut erlebt eine warme, positive und akzeptierende Einstellung zum Klienten, ohne daß dies davon abhängig ist, daß der Klient sich in einer bestimmten Weise verhält oder erlebt (nonpossessive *Wertschätzung des Therapeuten* für den Klienten).
3. Der Therapeut ist fähig, sich in die Eigenart der Wahrnehmung und des Erlebens des Klienten richtig einzufühlen und ihm dies mitzuteilen (*empfindendes Verstehen/Empathie*).
4. Der Klient ist in ausreichendem Maße fähig, die Selbstkongruenz, die Wertschätzung und die Empathie des Therapeuten wahrzunehmen (*Klienteneignung*).

Dieses Modell macht konsequenterweise nur deskriptive Aussagen über eine Wenn-Dann-Relation. Es beschreibt, daß Psychotherapie unabhängig von den verwendeten Techniken und der theoretischen Orientierung wirkt (Rogers, 1959). Es impliziert aber die Prämisse, daß jedes Individuum (soweit es nicht organisch geschädigt und wesentlich eingeschränkt ist) "von Natur aus" einen Entwicklungs-, Lern- und Veränderungsprozeß durchläuft, der in Richtung größerer psychischer Integration, weniger internaler Konflikte, größerer "Reife" und größerer Selbstverantwortlichkeit geht (Rogers, 1957, 1959, 1965). Bei Personen, bei denen dieser natürliche Prozeß positiver Veränderung und persönlichen Wachstums gestört ist, wird er durch die Art der therapeutischen Beziehung wieder ermöglicht. Dementsprechend besteht die Verantwortlichkeit des Therapeuten darin, in der therapeutischen Situation die oben genannten Bedingungen zu verwirklichen. Der Therapeut übernimmt nicht die Verantwortung *für* den Klienten, sondern dafür, daß die Bedingungen einer therapeutischen Beziehung erfüllt sind.

Die empirische Forschung und Überprüfung von Hypothesen in Verbindung mit diesem Modell wurde vor allem durch den theoretischen Artikel von Rogers (1957) über "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change" angeregt. Eine andere Wurzel findet sich in der Arbeit von Whitehorn & Betz. Sie fanden in ihrer klassischen Studie "A study of psychotherapeutic relationships between physicians and schizophrenic patients" (1954), daß erfolgreiche Therapeuten emotional warm sind und den Patienten auf eine persönliche, unmittelbare und einführende Weise zu verstehen versuchen, d.h. sich auf eine "aktive persönliche Anteilnahme" einlassen, während weniger erfolgreiche Therapeuten sich auf mehr unpersönliche Art der Psychopathologie des Klienten zuwenden, passiv permissiv sind und Interpretationen, Instruktionen und praktische Pflege anbieten.

Weitere Autoren unterschiedlicher Richtungen sind hier zu nennen. So hatten z.B. der psychoanalytisch orientierte Alexander (1948), der lerntheoretisch orientierte Shoben (1949) und der eklektische Theoretiker Coleman (1947) schon sehr früh darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, daß der Therapeut zu einem genauen empathischen Verstehen und zu einer persönlich-echten und emotional-warmen Kommunikation mit dem Klienten fähig ist. In der Folgezeit haben psychoanalytische Theoretiker insbesondere Einfühlung (Empathie) und emotionale Wärme als notwendige, wenn auch nicht als hinreichende "Heilfaktoren" gekennzeichnet (Gitelson, 1962; Segal, 1962; Nacht, 1962) und sich dabei auf Freuds Aussage "Heilung durch Liebe" berufen (Freud, 1906/1962). Die Hypothese, daß es vor allem die Art der Beziehung ist, die konstruktive Persönlichkeitsveränderungen bewirkt, war damit von Anfang an nicht an eine bestimmte, nämlich gesprächspsychotherapeutische Schulrichtung gebunden. Es waren jedoch vor allem Forschungsarbeiten, die von der klientenzentrierten Therapie inspiriert waren, in denen die Operationalisierung und Erfassung von therapeutischen Beziehungsaspekten gelang, und die dadurch Beiträge zur Überprüfung der Hypothese darstellen. Deswegen können die meisten empirischen Belege dort gefunden werden, wo über Untersuchungen zur klientenzentrierten Therapie berichtet wird (vgl. z.B. Schwab & Tönnies, 1984; Tausch, 1973; Tausch & Tausch, 1981; Truax & Mitchell, 1977).

In vielen der Untersuchungen, die den Einfluß der klientenzentrierten therapeutischen Bedingungen auf Prozeß und Ergebnis der Therapie untersuchen und bestätigen, sind Therapeuten unterschiedlicher Orientierung eingeschlossen (z.B. Truax, Carkhuff & Kodman, 1965). In anderen Studien wird die therapeutische Bedeutung des Beziehungsfaktors indirekt bestätigt. Dies sind Untersuchungen, in denen vor allem empathisches Verstehen und nonpossessive Wertschätzung im Expertenurteil sich als Kennzeichnungen für fähige psychoanalytisch arbeitende Therapeuten ergeben, oder von erfolgreich behandelten Klienten zur Beschreibung ihrer Therapeuten verwendet werden (Strupp, Wallach & Wogan, 1964).

In einer Vergleichsuntersuchung von Sloane et al. (1975/1981) über Psychoanalyse und Verhaltenstherapie zeigte sich, daß Patienten, die sich durch psychoanalytische

Therapie in stärkerem Maße veränderten, in ihren Therapeuten auch mehr nonpossessive Wertschätzung und Selbstkongruenz wahrnahmen. Verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten, die sich stärker verbesserten, neigten ebenfalls dazu, ihre Therapeuten in stärkerem Maße als wertschätzend und empathisch zu betrachten.

Solche Untersuchungen bestätigen die Annahme, daß es die therapeutische Beziehung ist, die in verschiedenen Vorgehensweisen vorhanden und therapeutisch wirksam ist. Unter Umständen zeigen sie auch, daß die unzulängliche Verwirklichung der Bedingungen psychonoxisch wirken kann (vgl. z.B. Sachs, 1983). Insgesamt aber sind die empirischen Befunde dennoch nicht ganz widerspruchsfrei. Das heißt, in einzelnen empirischen Arbeiten finden sich, entgegen der Hypothese, keine oder gar negative Korrelationen zwischen den Kriteriumsmaßen für die therapeutische Beziehung und dem Ergebnis. Zum größten Teil läßt sich dies mit der unzureichenden Meßmethodik, konkret mit der Verwendung von Beurteilern erklären, die den Prozeß nur indirekt von außen mit ihren Augen oder Ohren wahrnehmen können. In der oben erwähnten Vergleichsstudie von Sloane et al. (1975/1981) zeigte sich der Zusammenhang zwischen Art der Beziehung und Therapieergebnis nicht, wenn zur Messung der Beziehung die Truax-Ratingskalen und Tonbandaufzeichnungen verwendet wurden. Ein anderer Teil der widersprüchlichen Ergebnisse läßt sich darauf zurückführen, daß zur Hypothesenüberprüfung unerfahrene Therapeuten verwendet wurden (z.B. Bergin & Jasper, 1969) und bei diesen die therapeutischen Bedingungen möglicherweise nur in unsystematisch wechselnder Weise verwirklicht werden, so daß sie durch übliche Ratings von Tonbandstichproben nicht adäquat erfaßt werden können (Gurmann, 1973a). Eine weitere mögliche Ursache: Schlußfolgerungen von kurzen Tonbandstichproben auf die Gesamt-Therapiestunde sind nach einer Untersuchung von Mintz & Luborsky (1971) auch bei erfahrenen Therapeuten nicht gerechtfertigt, wenn es um den Wirkfaktor "Optimale empathische Beziehung" geht. Andere widersprüchliche Ergebnisse können vielleicht auch auf Mängel in der operationalen Definition von "therapeutischen Bedingungen" zurückzuführen sein. Darauf weist die Kritik an der Verwendung der Truax-Skalen (Chinsky & Rappaport, 1970) und die in der Folge entstandene Kontroverse hin (Rappaport & Chinsky, 1972; Bozarth & Krauft, 1972; vgl. auch Watson, 1984).

Die kritische Frage ist, ob die therapeutische Beziehung, so wie sie von Rogers (1957, 1959, 1965) formuliert wurde, wirklich für unterschiedliche Therapieformen Gültigkeit hat, oder ob sie doch an eine gesprächspsychotherapeutische Situation mit weiteren nicht-identifizierten Wirkfaktoren gebunden ist, wie dies Garfield & Bergin (1971) vermuten. Eine solche Interpretation legt die Untersuchung von Mintz, Luborsky & Auerbach (1971) nahe. Bei 15 erfahrenen Therapeuten mit je zwei Klienten in psychoanalytisch orientierter Therapie fanden sie ein "optimales empathisches Beziehungsverhältnis" nur dann mit Erfolg korreliert, wenn die therapeutische Vorgehensweise gleichzeitig weniger direkter Art war. In relativ direktiven Therapien war die Korrelation negativ ($r = .50$, $p < .02$)!

Wie sehr in der Diskussion dieser Frage Vorsicht geboten ist und psychometrische

Mängel und Schwierigkeiten eine Entscheidung vorläufig unmöglich machen, zeigt die Arbeit von Kurtz & Grummon (1972). Sie erhoben 6 verschiedene Maße für einfühlen- des Verstehen, wie sie in früheren Untersuchungen verwendet worden waren. Nur einführendes Verstehen, wie es vom Klienten wahrgenommen wird (Fragebogen von Barrett-Lennard) und wie es an Hand der Carkhuff-Skala über Tonbandaufzeichnungen eingeschätzt wird, korrelierten mit dem Therapieergebnis. Die anderen Maße, wie z.B. Kagan's Affective Sensitivity Scale oder die Einschätzung der Beziehung durch den Therapeuten, taten es nicht. Es scheint, daß die Erfassung der Art der therapeutischen Beziehung entscheidend ist, und daß vor allem die Sichtweise des Klienten den Ausschlag gibt. Selbst in Studien mit negativen Ergebnissen zeigte sich in Nachunter- suchungen doch ein sehr deutlicher korrelativer Zusammenhang zwischen Therapieer- folg und therapeutischer Beziehung, wenn statt der Truax-Skalenratings die Wahr- nehmungen des Klienten von der therapeutischen Situation als Kriterium verwendet wurden (z.B. Bergin & Jasper, 1969). Dies aber steht in Übereinstimmung mit der oben erwähnten vierten Bedingung, die erfüllt sein muß, wenn die Art der Beziehung therapeutisch sein soll: Der Klient muß fähig sein, die Selbstkongruenz, Wertschätzung und Empathie des Therapeuten wahrzunehmen. Die Wahrnehmung der Beziehung aus der Klientenperspektive ist das Prozeßkriterium, das konsistent mit Ergebniskriterien assoziiert ist. Dies ist ein immer wieder auftretender Befund in der empirischen Psychotherapieforschung (vgl. zum Überblick Orlinsky & Howard, 1986a) und wird heute von Vertretern der unterschiedlichsten Richtungen geteilt (z.B. Beutler, 1983; Cooley & LaJoy, 1980; Gurman, 1977b; Kaschak, 1978; Lazarus, 1971).

1.2 Das dynamische Modell

Wie der Begriff "katalytisch" will der Begriff dynamisch oder "Aktivation" darauf hinweisen, daß eine psychotherapeutische Veränderungsmöglichkeit im menschlichen Leben "von Natur aus" vorhanden ist und eben nur der Aktivierung bedarf. Die von Natur aus wirksamen Kräfte, die es zu aktivieren gilt, werden als dynamische Vor- gänge im Klienten und in seiner Beziehung zum Therapeuten oder zu seiner Gruppe gesehen. Psychotherapie kann einen von Natur aus möglichen Prozeß aktivieren und beschleunigen (Frank, 1973/1981, S. 216-220). Unabhängig von der Art der Diagnose oder der Art der Therapie verbessern sich Klienten konstant im Laufe der Zeit. Unter- schiedliche Effekte verschiedener Therapieformen, die noch unmittelbar nach Beendi- gung der Therapie bestehen können, verwischen sich in der Folgezeit aufgrund dieses Prozesses (Liberman, Frank, Hoehn-Saric, Stone, Imber & Pande, 1972; Frank, 1973/1981).

Im Unterschied zum katalytischen Modell wird im Aktivationsmodell die therapeuti- sche Initiative und therapeutische Verantwortlichkeit jedoch stärker auf der Seite des Therapeuten angesiedelt. Und als therapeutisch wirksam werden nicht allein jene Kräfte angesehen, die es im Klienten und in der Beziehung zu aktivieren gilt, sondern auch

jene, die die Aktivierungsmöglichkeiten des Therapeuten fördern oder hemmen. Das dynamische Modell postuliert damit mehr "common factors" als das katalytische Modell, insofern als es Beziehungsfaktoren, Techniken und Therapiekonzepte als therapeutisch wirksame Faktoren berücksichtigt.

Das Aktivationsmodell liegt vor allem der Position und Forschungsrichtung von J.D. Frank und seinen Mitarbeitern zugrunde. Es findet sich aber auch z.B. in der Position von Schofield (1964), Goldstein (1962) und verschiedenen psychoanalytisch-eklektischen Ansätzen. Seine große Ähnlichkeit mit dem katalytischen Modell besteht ja gerade darin, daß hier der therapeutischen Beziehung eine größere Bedeutung als den Techniken zugesprochen wird (Frank, 1974c).

Es wird postuliert, daß alle Therapieformen vier Bestandteile gemeinsam haben, die für den Erfolg von Psychotherapie verantwortlich sind (Frank, 1971, 1974b, 1973/1981):

1. **Die therapeutische Beziehung** zwischen einer hilfeschuchenden und einer hilfegebenden Person. Sie stellt eine stark emotionale Erfahrung dar und ist der wichtigste Bestandteil. In ihr wird die Hilfe anbietende Person als kompetent und bereit zum Helfen erlebt. Die Beziehung ist damit in sich schon geeignet, die Erwartungen von Klienten zu aktivieren und soziale Lernprozesse anzuregen.
2. **Die therapeutische Situation** (setting). Sie ist deutlich von der Alltagssituation abgehoben. Sie ist mit "Heilsymbolen" ausgestattet wie Apparaturen und Kommunikationsmitteln oder mit Kompetenzhinweisen wie Zertifikaten etc. Die therapeutische Situation schafft zusammen mit der therapeutischen Beziehung die Sicherheitsgrundlage, die der Klient für die Auseinandersetzung mit seinen Problemen braucht.
3. **Das therapeutische Konzept**, nach dem der Therapeut die den Klienten quälenden Zustände und Verhaltensweisen erklärt und benennt. Es verschafft Klient und Therapeut ebenfalls Sicherheit und gibt das Gefühl der Kontrolle über Schwierigkeiten. Je mehr der konzeptuelle Rahmen des Therapeuten zu dem des Klienten paßt, desto leichter kann dieser ihn annehmen, und je mehr das Konzept der einzelnen Therapieform zum herrschenden Überzeugungssystem einer Gesellschaft paßt, desto populärer die Therapieform. Auch diese Popularität hat vermutlich therapeutische Wirksamkeit.
4. **Das therapeutische Verfahren** (oder das "Ritual"), das auf dem Konzept basiert. Es erfordert immer die aktive Teilnahme des Klienten und des Therapeuten. Beide glauben von ihm, daß es das Mittel darstellt, mit dem das Therapieziel (z.B. "seelische Gesundheit") erreicht werden kann. Dabei kann es sowohl als Vehikel als auch als Rechtfertigung für die Aufrechterhaltung der Beziehung dienen. Es gibt dem Klienten die Möglichkeit, neue Verhaltensweisen auszuprobieren und durch Wiederholung Angst abzubauen. Und schließlich gibt es ihm auch die Rechtfertigung, die Symptome aufzugeben, ohne das Gesicht zu verlieren.

Tatsächliche psychische Wirksamkeit wird in diesem Modell vor allem der therapeutischen Beziehung und der Situation zugesprochen. Sie werden als unspezifisch angesehen, d.h. als unabhängig von Persönlichkeitsvariablen, diagnostischen Kategorien oder therapeutischen Vorgehensweisen. Therapeutisches Konzept und Verfahren, die für einzelne Therapieschulen spezifisch sind, werden in diesem Aktivationsmodell auch als notwendige Bestandteile gesehen. Was bei ihnen differiert und schulenspezifisch ist, sind jedoch nur die Inhalte. Ihre Funktionen als psychische Wirkgrößen sind wiederum allgemeingültig und in den verschiedenen Therapieformen in vergleichbarer Weise für die Effektivität mitverantwortlich:

1. Sie regen ein starkes emotionales Erleben an, das vermutlich Beeinflussbarkeit und Veränderungsbereitschaft erhöht (Hoehn-Saric, Liberman, Imber, Stone, Pande & Frank, 1972).
2. Sie aktivieren die Erwartungen des Klienten, schüren und erhalten die Hoffnung auf Besserung (Frank, 1973/1981, S.216-232).
3. Sie ermöglichen das Lernen neuer sozialer Verhaltensweisen und ermöglichen Erfolgserlebnisse, indem sie das Gefühl vermitteln, Kontrolle über sich und die Umwelt zu haben (Liberman et al., 1972, zit. nach Frank, 1974a, p.334).

Von besonderer Bedeutung für die Aktivierung des Veränderungsprozesses sind aber die Erwartungen, wie sie in den Bestandteilen "Beziehung" und "Situation" geschaffen werden oder von Anfang an vorhanden sind. Sie gruppieren sich um drei Arten von Wirkgrößen:

- Klientenerwartungen: Diese beziehen sich vor allem auf die Klarheit, mit der Klienten ihre Probleme sehen, und auf die Klarheit, mit der sie sehen, wie Psychotherapie ihnen hilft (Stone, Frank, Nash & Imber, 1961).
- Therapeutenerwartungen: Annahmen bezüglich der Eignung des Klienten für die Therapie und seine Erfolgsaussichten (Nash, Hoehn-Saric, Battle, Stone, Imber & Frank, 1965), sein Enthusiasmus und seine Einstellung (Rogers, 1965; vgl. das katalytische Modell).
- Grad der Übereinstimmung zwischen den Erwartungen des Therapeuten und denen des Klienten (Hoehn-Saric, Frank, Imber, Nash, Stone & Battle, 1964) sowie ihre gegenseitige psychologische Attraktivität (Goldstein, 1962).

Die empirischen Grundlagen dieses Modells liegen damit in den experimentellen Studien zu den Fragen der Persuasion, der Erwartungsstiftung, den Wirkungen von Placebos (als pharmakologisch neutralen Substanzen) und den Fragen von Therapie-Effekten aufgrund emotionaler Aktivierung. Zusammenfassende Darstellungen finden sich z.B. in Frank (1974a, 1973/1981) und Stone et al. (1961). Die sozialpsychologischen Grundlagen der Persuasion werden bei Brehm (1976/1980, Kap.2 u.3) und die psychotherapeutische Persuasionstheorie bei Beutler (1983, Chap.2) dargestellt. Eine informative Kontroverse wurde speziell über die Bedeutung von Klientenerwartungen

als Wirkfaktor bei der Behandlung von Phobien mit Systematischer Desensibilisierung geführt (Lick & Bootzin, 1975; Wilkins, 1979a,b; Bootzin & Lick, 1979). Solche Diskussionen dürften mit dazu beigetragen haben, daß rigide schulengebundene Positionen immer mehr in Frage gestellt und integrative behaviorale Modelle wie das der "self-efficacy" (Bandura, 1977, 1982) entworfen wurden (vgl. Kapitel 3.1 der vorliegenden Arbeit).

Alle unterschiedlichen Aktivierungsprozesse, seien sie nun mehr emotionaler oder mehr kognitiver Natur, konvergieren darin, daß sie der psychischen Störung entgegenwirken. Und "psychische Störung" wird als ein bestimmter Zustand von Klienten gesehen. Dieser Zustand ist der gemeinsame Nenner, auf den die verschiedenen Störungsarten und Symptome gebracht werden können, und er wird als der Zustand angesehen, auf den *alle* Psychotherapien abzielen. Er ist der Zustand der Hoffnungslosigkeit, der Hilflosigkeit, der Mutlosigkeit und der Isolation ("Demoralization", vgl. Frank, 1974b, 1974c). Entsprechend wird in diesem Modell die Aktivierung von Hoffnung, d.h. die Aktivierung des Gefühls, das Leben zu bewältigen und mit anderen verbunden zu sein, als Ursache dafür postuliert, weshalb die einzelnen Faktoren eine Symptomreduktion bewirken. Eine Ähnlichkeit dieses Modells mit dem der "self-efficacy", der subjektiven Erfolgserwartung, als "unifying theory of behavioral change" (Bandura, 1977, 1982), ist kaum zu übersehen.

Der Grundgedanke des Aktivationsmodells unter Berücksichtigung des Zielproblems kann so ausgedrückt werden: ***Psychotherapie heißt Aktivierung von Hilfeerwartung und Hoffnung.*** Alles, was diese Erwartung rechtfertigt oder fördert (z.B. eine durch die ersten Therapiegespräche hervorgerufene emotionale Erregung; Rolleninstruktionsinterviews; kleine an die Technik gebundene Erfolgserlebnisse; Kompetenz und Optimismus des Therapeuten; etc. etc.) mindert gleichzeitig den Zustand der Hoffnungslosigkeit/Hilflosigkeit/Isolation. Alle Mittel, die die Hilfeerwartungen erhöhen, müssen in vergleichbarer Weise psychotherapeutisch effektiv sein. Dies ist tatsächlich der Fall und wurde für die Rolleninstruktion (z.B. Nash et al., 1965) und selbst für die Verabreichung pharmakologisch unwirksamer, aber als wirksam ausgegebener Mittel (Placebo) empirisch nachgewiesen (z.B. Park & Covi, 1965).

Der nachgewiesene Erfolg gilt hier in erster Linie für das subjektiv empfundene Unbehagen bezüglich der Symptome. Für eine Auswirkung im intersubjektiven Bereich, z.B. die Verbesserung der sozialen Effektivität oder des beobachtbaren psychischen Zustandes, ist das Ausmaß des Kontaktes mit dem Therapeuten ausschlaggebend, d.h. die Behandlungsdauer oder die "Dosis" Therapie, wie Howard, Kopta, Krause & Orlinsky (1986) dies benennen (vgl. Frank, 1973/1981, S.216ff; Orlinsky & Howard, 1986a, p.361 zum Überblick). Aufgrund einer Meta-Analyse über 15 Untersuchungen mit insgesamt 2400 Patienten stellen Howard et al. (1986, p.163; Übers. v. Verf.) fest: "Es scheint, daß die Patienten früh im Therapieprozeß, noch bevor sie gebessert erscheinen, sich schon besser fühlen. Später scheint die subjektive Veränderung hinter der Verbesserung ihres klinischen Zustandes herzuhinken."

1.3 Das technologische Modell

Mit dem Begriff "technologisch" soll ausgesagt werden, daß eine therapeutische Veränderungsmöglichkeit beim Klienten abgeleitet wird aus dem Wissen des Psychotherapeuten um die psychologischen Eigenschaften und Prozesse beim Klienten und aus dem Wissen um deren Beeinflußbarkeit durch spezifische Eingriffe oder Behandlungsprozeduren. Es geht nicht um die Auslösung oder Aktivierung eines "von Natur aus" immer zu erwartenden positiven Veränderungsprozesses, sondern um die Herstellung dieses Prozesses. Die Initiative liegt beim Therapeuten und die therapeutische Verantwortlichkeit darin, daß dieser in ausreichendem Maße einschlägiges Wissen besitzt und die Fähigkeit, das Wissen geschickt einzusetzen (vgl. Docherty, 1984).

Im Vergleich zum katalytischen und dynamischen Modell wäre hier der Begriff "Manipulationsmodell" richtiger und treffender. Der Sache nach geht es um "Manipulation", doch hat dieser Begriff im englischen und deutschen Sprachgebrauch eine zu "schmutzige" Nebenbedeutung (Strupp, 1973c, p.123). Wenn der Begriff nicht auf Geldangelegenheiten bezogen wird, dann meint "manipulieren" aber zumindest im Amerikanischen genau das, was nach Strupp Psychotherapie bedeutet: "to handle, manage or use, especially with skill, in some process of treatment or performance" (Strupp, a.a.O.).

Dieses Modell liegt den Positionen und Forschungen zugrunde, wie sie z.B. von Strupp (1973a, 1974), Bergin (Bergin & Strupp, 1972), Garfield (1974, 1973/1981) und sicherlich vielen anderen, mehr eklektisch orientierten Verhaltenstherapeuten (vgl. Kanfer & Goldstein, 1975; Garfield, 1980/1982a, 1982b) vertreten werden. Auch die Position von Haley (1963/1978) und der Palo-Alto-Gruppe (vgl. z.B. Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969) ist diesem Modell zuzuordnen. Wichtige Differenzierungen und Ausformulierungen dieses Modells finden sich bei Vertretern einer Integration von Psychotherapien (z.B. Bastine, 1976, 1984; Beutler, 1983; Egan, 1984; Reisman, 1971; Wachtel, 1977; Woody, 1971a).

Forscher, die diese Position vertreten, sind daran interessiert, die in theoretisch divergenten Formen von Psychotherapie *instrumental wirksamen* Grundelemente (Strupp, 1973a) zu eruieren. Psychotherapie wird als "Technologie für Persönlichkeits- und Verhaltensänderung" (Strupp, 1973c, p.117) oder etwas komplexer als "Strategie" (Haley, 1963/1978) gesehen. Psychotherapie als Technologie braucht aber notwendig spezifische Problemstellungen. Sie wird nicht als einheitlicher Prozeß gesehen und sie verlangt deshalb spezifische Techniken für spezifische Ziele. So wird im Vergleich zum Aktivationsmodell hier den Techniken eine größere Bedeutung zugesprochen. Forschung und Praxis haben bisher allerdings noch keine Ergebnisse gebracht, die spezifische Techniken zweifelsfrei den sogenannten nicht-spezifischen qualitativ und/oder quantitativ überlegen erscheinen lassen. Zur Erklärung wird angeführt, daß (a) die spezifischen Variablen nicht systematisch genug eingesetzt wurden (Strupp, 1973c, p.118), daß (b) sie bisher noch nicht isoliert erforscht werden konnten (Kiesler, 1969),

oder daß man (c) einfach noch nicht spezifisch genug vorgegangen ist (Garfield, 1973; Stiles et al., 1986). Lambert, Shapiro & Bergin (1986) stellen fest:

Es ist zweifellos eine schwierige Aufgabe, aus den allgemeinen Faktoren Einzelfaktoren auszusortieren. Und es ist bisher auch noch nicht gelungen, trotz des Enthusiasmus, der von Vertretern therapeutischer Schulen verbreitet wird. Tatsächlich könnte es so sein, daß diese Trennung gar nicht möglich ist, weil die generellen Faktoren die spezifischen aktivieren oder vermitteln. (p.178; Übers. v. Verf.)

Der instrumental wirksame Beitrag des Therapeuten ist allerdings nicht nur technischer, sondern auch persönlicher Natur (Strupp, 1973c, p.22). Und deshalb bleiben in diesem Modell, soweit es um das Problem der Wirkfaktoren geht, Beziehungs- und Klientenvariablen berücksichtigt. Dies ist auch an den Therapie-Manualen ablesbar, von deren Einsatz man sich eine bessere Spezifizierung und Überprüfbarkeit der Techniken erhofft (vgl. z.B. Luborsky & DeRubeis, 1984; Strupp & Binder, 1984; Waskow, 1984).

Die Frage nach den instrumentellen Wirkfaktoren, speziell unter dem Aspekt der Frage nach den gemeinsamen Grundelementen verschiedener Therapien, ist durch die breit angelegte und fundamentale Literaturanalyse von Bergin & Strupp (1972) zur Vorbereitung einer schulübergreifenden Kooperation auf dem Gebiet der psychologischen Therapieforschung vorangetrieben worden. In dieser Analyse sind empirisch oder theoretisch identifizierte Faktoren zusammengetragen, die für Psychotherapie insgesamt (nicht nur für einzelne Psychotherapien) grundlegend und instrumental wirksam sein können. Auf der Grundlage dieser und seiner eigenen empirischen Forschung vertritt Strupp (1973a) eine für das technologische Modell typische Position. Die anfänglichen Bedenken von Garfield (1973), daß darin der Beziehungsaspekt zu stark betont werde (Garfield, 1973), sind bald aufgegeben worden (Garfield, 1982b). Nach Strupp ist erfolgreiche psychotherapeutische Veränderung auf drei Grundelemente zurückzuführen, die instrumental wirksam sind:

Grundelement 1: Die therapeutische Beziehung. Der Therapeut muß sie herstellen und aufrecht erhalten. Sie dient, instrumental gesehen, als Träger für therapeutisches Lernen und als Machtbasis, von der aus der Therapeut den Klienten beeinflussen kann. Sie soll eine emotional geladene, affektive Beziehung sein und andere Faktoren enthalten, wie sie eine Eltern-Kind-Beziehung kennzeichnen. Als Wirkfaktoren enthält sie nichts Spezifisches und auch ihre Effekte sind dementsprechend als "unspezifisch" im Sinne von Spontanremission (Eysenck, 1952, 1965), Erfolgserwartung (Frank, 1973/1981) oder Placebo-Effekten zu bezeichnen.

Grundelement 2: Therapeutische Techniken. Sie werden, vorausgesetzt Bestandteil 1 ist gegeben, als die eigentlich wirksamen Instrumente angesehen, obwohl gleichzeitig anerkannt wird, daß bisher keine ausreichenden empirischen Belege dafür gegeben sind, daß sie tatsächlich ein Mehr an Effektivität bringen als die "unspezifischen" Faktoren der therapeutischen Beziehung. Diese Instrumente, die der Therapeut geschickt und sorgfältig zu handhaben verstehen muß, und von denen in jeder Therapie-

form mindestens eines oder zwei zur Anwendung kommen, sind: (a) Suggestion und Überredung; (b) Ermöglichung offener Kommunikation und Selbst-Exploration; (c) Benennung, Identifikation und Interpretation von sogenanntem "unbewußtem Material" (wie z.B. selbsterstörerische soziale Strategien oder Phantasien, verzerrte und falsche Überzeugungen); (d) Bereitstellen von Verhaltens- und Einstellungsmodellen zur Nachahmung und (e) Manipulation von Belohnungen.

Grundelement 3: Klienteneigenschaften. Der Klient muß fähig und bereit sein, von der therapeutischen Erfahrung zu profitieren. Unter instrumentalem Gesichtspunkt ist dies eine Voraussetzung. Sie wird von Garfield (1973) als eine zu enge Bedingung von und für Psychotherapie kritisiert: Von einer technologischen Position aus bedeutet das Nichtvorhandensein von Klientenvoraussetzungen, wie sie bisher am meisten mit Therapieergebnissen korreliert erscheinen (Luborsky et al., 1971, 1975; Bergin & Strupp, 1972), nur die Notwendigkeit, nach anderen Operationen zu suchen, die nicht von Klientenvoraussetzungen abhängig sind.

Psychotherapeutische Veränderung wird nach diesem Modell, prinzipiell übertragbar auf alle Schulrichtungen, als geschickte und sorgfältige Handhabung von therapeutischen Techniken innerhalb einer therapeutischen Beziehung verstanden. Die theoretische Frage, warum letztendlich ein psychotherapeutisches Vorgehen, das bestimmte Bestandteile aufweist, Erfolg hat und wie man sich den Veränderungsprozeß erklären kann, wird dabei ausgeklammert oder spekulativ und in eklektischer Weise mit Teilstücken verschiedener Theorien, insbesondere der Persuasionstheorie und der lerntheoretischen und psychoanalytischen Therapietheorien, zu beantworten versucht (Beutler, 1983).

Ein Erklärungskonzept jedoch, das dem technologischen Modell gut entspricht, wirklich schulenübergreifend und nicht nur eklektisch ist, findet sich in dem Buch von J. Haley (1963; deutsch 1978: "Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie"; vgl. auch Watzlawick et al., 1969). Hier wird postuliert, daß die verschiedenen Psychotherapiemethoden eine bestimmte Art der Interaktion zwischen Therapeut und Klient gemeinsam haben und daß es diese **Interaktion ist, die therapeutische Veränderungen bewirkt**. Diese Interaktion könnte nun nach Beziehungsaspekt, Beeinflussungstechnik oder Klientenvoraussetzung akzentuiert werden. Tatsächlich kann aber keinem der Einzelbestandteile allein Veränderungswirksamkeit zugeschrieben werden, wenn die Interaktion selbst es ist, die Veränderungen bewirkt. Dies ist eine Implikation des technologischen Modells, die aufgrund der Betonung der Techniken leicht übersehen wird, die aber auch dieses Modell abgrenzt gegenüber jenen schulen gebundenen Positionen, die der Einzeltechnik (z.B. Interpretation von unbewußtem Material oder Systematische Desensibilisierung) die Veränderungswirksamkeit zuschreiben.

Nach Haley ist es immer von zentraler Bedeutung, wer **Kontrolle** in dieser und über diese Interaktion ausübt und auf welche Art dies geschieht, d.h., ob das Instrument

"Interaktion" geschickt und so gehandhabt wird, daß es therapeutisch ist.

Die "Fähigkeit und Bereitschaft des Klienten von der Therapie zu profitieren" (Grundelement 3 nach Strupp) kann unter dem Aspekt der Kontrolle gesehen werden: Mit seinen Symptomen kontrolliert der Klient jede, also auch die therapeutische Beziehung, ja, Symptom kann als eine bestimmte Art von Kontrolle über Beziehungen definiert werden. Es gibt dem Symptomträger die Möglichkeit, sein Beziehungsverhältnis zu anderen Personen oder Dingen zu gestalten und zu bestimmen, was in ihm geschieht, ohne die Verantwortung dafür zu übernehmen. Beispiele dafür wären: (a) Verhinderung bestimmter Aktivitäten durch hysterischen Kopfschmerz, (b) Bindung durch depressive Hilflosigkeit; (c) Meidung bestimmter Erfahrungen durch Phobien. Diese Kontrolle per symptomatischem Verhalten kann der Klient behalten, indem er sich weigert, therapeutische Hilfe aufzusuchen oder indem er sie in der Therapie - wie immer er es zu erreichen weiß - beibehält. Der Therapiebestandteil 3 nach Strupp besagt, daß ein geeigneter Klient leichter und schneller fähig ist, seine Kontrolle von Beziehung mittels Symptomatik aufzugeben.

Auch die therapeutischen Techniken (Grundelement 2) können unter dem Gesichtspunkt der Kontrolle gesehen werden. Die "psychische Störung" oder das "psychopathologische Symptom" ist im Wesentlichen ein Paradox. Der Klient versucht seine Umwelt zu kontrollieren, indem er sie und das Verhalten der Bezugspersonen einengt und bestimmt, während er gleichzeitig angibt, dies nicht zu tun (Haley, 1963, p.17). Der Therapeut begegnet diesem psychonoxischen Paradox so, daß dem Klienten diese Art der Kontrolle unmöglich ist. Alle therapeutischen Techniken dienen in inhaltlich zwar unterschiedlicher, der formalen Struktur nach jedoch in gleicher Weise diesem Ziel. Dies kann sowohl für Hypnose und Persuasion, Systematische Desensibilisierung, psychoanalytische Interpretation (Haley, 1963/1978) oder klientenzentriertes Verbalisieren von Gefühlen (vgl. Kapitel 2 dieser Arbeit) gezeigt werden. Alle diese Techniken sind unter formalem Gesichtspunkt gesehen therapeutische Paradoxa (Haley, 1963, p.179 ff): Obwohl der Klient z.B. einen Rat von einer Autoritätsperson haben will und glaubt, sich nicht selbst helfen zu können, bedeutet ihm der Therapeut mit seiner Technik, daß nur er, der Klient selbst, sich den richtigen Ratschlag geben und nur er sich selbst helfen kann. Oder: Der Klient beklagt seine Symptomatik, doch er wird vom Therapeuten aufgefordert, diese in der Therapie zu wiederholen.

Psychotherapeutische Veränderung heißt damit Aufhebung des psychonoxischen Paradox (= Symptom) durch ein psychotherapeutisches Paradox (= Technik).

Der Erfolg dieser Gegenaktion des Therapeuten hängt jedoch davon ab, daß der Klient sich nicht der Situation entziehen kann. Diesem Zweck dient jener Aspekt der therapeutischen Beziehung (Grundelement 1), der für den Klienten - entsprechend der Eltern-Kind-Beziehung - einen hohen Grad von Lebenswichtigkeit und positiver Erwartung bedeutet. Ein anderer Teil der therapeutischen Beziehung bedeutet behaviorale Interaktion zwischen Klient und Therapeut in den Dimensionen Selbständigkeit (Autonomie) und Zuneigung in Verbindung mit Verantwortlichkeit und Initiative. Er

überlappt so mit den mehr auf spezifische Probleme bezogenen Techniken. Beide Teilaspekte sind in dem Konzept der therapeutischen Doppelbindung formuliert (vgl. Watzlawick et al., 1969).

Der "gemeinsame Nenner" oder der zentrale Punkt im technologischen Modell ist die sorgfältige und geschickte Handhabung ("Manipulation") der Transaktionen in der Beziehung Klient-Therapeut (Strupp, 1973a), bzw. die therapeutische Kontrolle der Interaktion Klient-Therapeut (Haley, 1963/1978). Beide Begriffe müssen in ihrem instrumentalischen Sinne verstanden werden als "most unique vehicle for the development of self-identity, self-direction, autonomy, and independence" (Strupp, 1973a, p.257). Ein technologisches Modell von Psychotherapie ist durch diese Zieldefinition radikal von anderen Technologien des menschlichen Verhaltens und Erlebens verschieden. Im Gegensatz aber zum katalytischen oder dynamischen Modell, bei denen der therapeutische Prozeß "von Natur aus" diese Zielsetzung enthält, bedarf das technologische Modell notwendig dieser Zielsetzung, um es von nicht-therapeutischen Modellen wie z.B. der "Gehirnwäsche" zu unterscheiden.

1.4 *Schlusfolgerung*

Die Suche nach möglichen gemeinsamen Grundelementen verschiedener Psychotherapierichtungen gestattet gegenwärtig die Unterscheidung von drei Einheitsmodellen, aber noch keine Konstruktion *eines* allgemeingültigen Modells. Es finden sich in der Literatur noch keine empirisch fundierten Vorschläge, die eine einheitliche Sicht von Grundelementen gestatten in Bezug auf (a) die Art und Anzahl der notwendigen Grundelemente, (b) das Verhältnis der Grundelemente zueinander und (c) die Prämissen, die ein Einheitsmodell theoretisch rechtfertigen. Die verschiedenen postulierten Einheitsmodelle lassen sich jedoch auf einem Kontinuum anordnen, das durch eine unterschiedliche Gewichtung einzelner Grundelemente und den Aufweis von Gemeinsamkeiten einen neuen Anstoß für die vergleichende Psychotherapieforschung und für den Entwurf eines generellen heuristischen Modells geben kann. Dieses Kontinuum reicht von dem Postulat der entscheidenden Bedeutung des Beziehungsfaktors mit extremer Vernachlässigung des Technik-Faktors bis zu dem Postulat der Psychotherapie als Technologie oder Strategie, bei der die therapeutische Beziehung eine unter anderen instrumentalischen Wirkgrößen ist. Die empirische Forschung wird in der Zukunft keine dieser Faktoren mehr allein untersuchen können. Sie wird einen Weg finden müssen, das Verhältnis dieser Faktoren zueinander und ihren systematischen Stellenwert besser bestimmen zu können. Das gleiche gilt auch für das Verhältnis von spezifischen Einzelfaktoren zu allgemeinen Basisfaktoren.

Die Forderung nach Berücksichtigung *aller* Faktoren gilt auch für die Frage nach der Verantwortlichkeit psychotherapeutischen Handelns: Besteht die Verantwortung des Therapeuten in der Schaffung von Voraussetzungen ("Bedingungen"), damit ein "von Natur aus" immer möglicher Prozeß wieder ermöglicht wird, oder besteht seine Ver-

antwortung darin, für den Klienten zu handeln, indem er für diesen einen bestimmten, nach zuvor festzulegenden Zielen und diesen Zielen entsprechenden Veränderungsprozeß herbeiführt? Oder gelten beide Arten von Verantwortlichkeit?

In dem folgenden Kapitel soll beispielhaft gezeigt werden, wie leicht eine Erklärung psychotherapeutischer Wirksamkeit nach dem katalytischen Modell recht weitgehend durch eine Erklärung nach dem technologischen Modell ersetzt werden kann. Dies wird getan, um die Frage nach einer geeigneten integrativen Definition psychotherapeutischer Intervention im dritten (übernächsten) Kapitel vorzubereiten, die es gestattet, das Verhältnis von allgemeinen Grundelementen zu spezifischen Einzelfaktoren so zu bestimmen, daß eine Überwindung orthodoxer Positionen möglich und die komplementäre Berechtigung der drei Einheitsmodelle sichtbar wird.

Kapitel 2

Klientenzentrierte Therapie als interpersonalen Prozeß: Veränderung der Klient-Therapeut-Interaktion ²⁾

Die gängigen Psychotherapieformen wurden früher polarisierend in "Einsichtstherapien" (z.B. Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie) und "Verhaltenstherapien" unterteilt. Man stellte damit "Gewinn von Einsicht" bzw. "Lernen" als die zentralen Prinzipien der Veränderung heraus. Eine Möglichkeit zur Überwindung dieser polarisierenden Unterteilung ist, die Praxis einer Therapieform (hier der Gesprächspsychotherapie) von einer anderen theoretischen Position aus so zu interpretieren, daß weder "Einsicht" noch "Lernen" als alleinige Veränderungsfaktoren erscheinen können.

Eine solche Interpretation der gesprächspsychotherapeutischen Praxis, deren theoretische Basis das katalytische Modell ist, soll im folgenden mit Begriffen des interaktionstheoretischen Ansatzes versucht werden, der dem technologischen Modell zuzuordnen ist (vgl. Kapitel 1). Dabei wird die Gesprächspsychotherapie als spezifischer Kommunikationsprozeß dargestellt, bei dem das entscheidende Erklärungsprinzip für Veränderungen die Interaktion zwischen Klient und Therapeut ist. Initiative und Schwerpunkt des therapeutischen Prozesses können dabei weder einseitig beim Klienten noch einseitig beim Therapeuten angesiedelt werden.

An Hand eines Beispiels wird dieser interaktionstheoretische Ansatz verdeutlicht. Es wird gezeigt, daß der klientenzentrierte Therapieprozeß mit Begriffen dieser Theorie, speziell dem der sogenannten "therapeutischen Doppelbindung" und der "therapeutischen Kontrolle", darstellbar ist.

Es werden pragmatische Fragen zur Prüfung von therapeutischen Prozessen daraus abgeleitet und auf Untersuchungen und Untersuchungsmethoden hingewiesen, die zur empirischen Überprüfung der Theorie beitragen können.

2.1 Einsicht oder Lernen?

Die Gegenüberstellung von "Einsichts- und Verhaltenstherapien" in der klinisch-psychologischen Therapieforchung (z.B. Di Loreto, 1971; Paul, 1966; Sloane et al. 1975/1981) findet sich selbst dort noch, wo eine mögliche Integration im Vordergrund steht oder Ergänzungsverhältnisse aufgezeigt werden sollten (z.B. Beutler, 1983; Pongratz, 1975; Woody, 1971a). Diese Polarisierung ist durch die stärkere Beachtung kognitiver und systemischer Therapien sowie durch die einheitliche Definition von Psychotherapie als spezifischer Interaktionsprozeß (s. Kapitel 3) nicht mehr haltbar. Dennoch können die Gegensätze nicht überwunden werden, solange es nicht gelingt, schulengebundene Vorannahmen durch eine Uminterpretation von einer schulüber-

greifenden Position aus in Frage zu stellen. Vorannahmen, die an eine Schulposition gebunden sind, zeigen sich insbesondere darin, welche Aussagen darüber gemacht werden, (a) was eine psychische Störung (oder was ein Symptom) ist, (b) was eine Veränderung im Verhalten und Erleben bewirkt und (c) wo schwerpunktmäßig der therapeutische Prozeß und die therapeutische Initiative angesiedelt sind.

Unterschiede zwischen der klassischen Gesprächspsychotherapie (als einer "Einsichtstherapie") und der klassischen Verhaltenstherapie (als einer "Lerntherapie") können danach vereinfachend wie in Tabelle 2 dargestellt werden.

Vermutlich ist eine solche Polarisierung in der Darstellung viel weniger der Ausdruck tatsächlich unterschiedlicher Praxis, als vielmehr Ergebnis notwendiger theoretischer Einseitigkeit, da ein allgemeines Modell und damit ein hinreichend genauer allgemeiner Sprachgebrauch noch fehlen. Obwohl Ansätze zu einer Integration und einem Abbau von Orthodoxie vorhanden sind (vgl. Kapitel 1 und 3), besteht bisher keine Theorie, die eine befriedigende Erklärung psychotherapeutischer Prozesse liefert **und** zugleich die genannte Polarisierung vermeidet.

Für diese Situation können folgende Gründe angeführt werden:

1. Die Attraktivität der lerntheoretischen Erklärung: Sie hat eine breite experimentell gesicherte Basis. Es ist für einen Psychologen heute nahezu undenkbar, daß die Entwicklung oder die Veränderung eines bestimmten Verhaltens nicht letztlich auf bestimmte elementare Lernprozesse zurückzuführen ist (Lernen als entscheidendes Erklärungsprinzip).
2. Die Attraktivität der "Einsichtstherapien": Sie basieren auf Annahmen, die die Veränderungsmöglichkeiten und Selbstverwirklichung des Menschen durch Eigenaktivität betonen.
3. Schließlich die eigenen "privaten" persönlichen Erfahrungen des Psychotherapeuten: Darauf weist besonders Rogers (1963) hin. Er glaubt, daß die Differenzen nicht nur in der Theorie oder den Therapiezielen verankert sind, sondern auch "in den grundlegendsten Schichten unserer persönlichen Erfahrung" liegen. Dadurch haben wir zu dem einen oder anderen Prinzip eine größere Affinität.

Wie kann man sich aber orientieren, wenn man die verschiedenen Prinzipien gleichermaßen für richtig hält und sie einem in vergleichbarer Weise affin sind? Ein Weg aus diesem theoretischen Konflikt kann der Ansatz der Palo-Alto-Gruppe sein, der mittels einiger grundlegender Begriffe im folgenden kurz dargestellt werden soll. Die Forscher dieser Gruppe (am Mental Research Institute in Palo Alto, Kalifornien) betonen, daß es sich bei dem Begriffssystem um provisorische Formulierungen handelt, und stellen der theoretischen Schwäche ihre *praktische Nützlichkeit* gegenüber. Diese Gruppe, insbesondere Haley (1963/1978) und Watzlawick, Beavin & Jackson (1969) vertreten in Rückgriff auf G. Bateson und M. Erickson (vgl. Kriz, 1985, Kap. 15, 17 und 19 zum Überblick) eine theoretische Position, welche die erwähnte Polarisierung (von der Theorie her) nicht zuläßt.

Tabelle 2

Gegenüberstellung von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie mit ihren Aussagen über Symptom, Veränderungsprozeß und Prozeßinitiative

	Gesprächspsychotherapie	Verhaltenstherapie
a) Symptom (Neurotisches Verhalten)	Ausdruck oder Folge eines (gänzlich oder teilweise unbewußten) Konfliktes oder Widerspruchs. Beispiel: Inkongruenz zwischen organismischer Erfahrung (Experience) und Selbstkonzept (Rogers, 1959).	Erlernte unangepaßte oder defiziente Reaktion aufgrund einer bestimmten Lerngeschichte.
b) Veränderungsprozeß	Der Kl. gewinnt durch kognitive u. emotionale Prozesse "Einsicht" in sein Problem u. ist dadurch fähig, symptomatisches Verhalten aufzugeben oder zu ändern. Der Prozeß findet im Kl. statt, wenn ein bestimmtes Th.-Verhalten verwirklicht wird. Beispiel (Selbstexploration lt. Rogers): die organismische Erfahrung wird im Bewußtsein genauer symbolisiert und dadurch Widerspruch aufgelöst.	Der Th. analysiert systematisch das Verhalten des Kl. und modifiziert dieses, indem er bestimmte Lernbedingungen schafft, aus denen ein Um-, Ver- oder Neulernen resultiert. Beispiel (Gegenkonditionierung lt. Wolpe): Prinzip der reziproken Hemmung; schrittweiser Abbau von (unangepaßten) Angstreaktionen durch Kombination einer angsthemmenden Reaktion mit einem angsterzeugenden Reiz.
c) Initiative u. Schwerpunkt des Prozesses	liegen beim Klienten	liegen beim Therapeuten

Diese Position entspricht dem technologischen Einheitsmodell (vgl. Kapitel 1). Das entscheidende Erklärungsprinzip für Veränderung ist weder "Einsicht" noch "Lernen" allein. Es ist die Interaktion *zwischen* Klient und Therapeut, welche Veränderung bewirkt. Statt die "Variablen" Klient und Therapeut isoliert zu betrachten, wird die Wechselwirkung zwischen beiden untersucht, d.h. die beobachtbare Manifestation dieser Wechselwirkung: die Kommunikation. Kommunikation ist der Sammelbegriff für verschieden abzugrenzende Verhaltenseinheiten eines zwischenmenschlichen Systems, und zwar (a) für eine Mitteilung (d.h. eine einzelne Kommunikation), (b) für einen wechselseitigen, begrenzten Ablauf von Mitteilungen zwischen zwei oder mehreren

Personen (Interaktion), und (c) für Strukturen von Interaktionen.

Um die Interpretation der Gesprächspsychotherapie aus der Perspektive dieses strategischen bzw. technologischen Ansatzes heraus an einem Beispiel vornehmen zu können, werden zunächst die Bedeutung der Begriffe "Symptom" und "Veränderungsprozeß" in diesem Ansatz erläutert.

2.2 Symptom und Veränderungsprozeß

Grundlegend für diese Position ist das Axiom, daß es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren. Jede Mitteilung (Kommunikation) enthält eine Stellungnahme. Und mit jeder Stellungnahme definiert der jeweilige Sender seine Beziehung zwischen sich und dem Empfänger. Es ist unumgänglich, daß eine Person mit ihrem Verhalten (Kommunikation) ihre Beziehung zu anderen Personen und zu sich selbst definiert und damit eine **Kontrolle über die Beziehung übernimmt**. Versuche, eine bestehende oder vom anderen definierte Beziehung in Frage zu stellen, werden als Manöver bezeichnet. Es ist zu beachten, daß hier von "Kontrolle über Beziehung" gesprochen wird. Und dieser Begriff ist von konkreten einzelnen Verhaltensweisen wie "Führen, Dirigieren" oder "Konformität erzwingen" strikt zu unterscheiden. "Kontrolle über eine Beziehung" kann man auch über konkrete Verhaltensweisen wie "Sich beugen, nachgeben" oder "korrektes Befolgen von Regeln" zu erreichen versuchen.

Als eine besondere Art, Kontrolle über die Beziehung zum anderen zu gewinnen, wird das neurotische Symptom angesehen. Es gestattet dem Klienten, andere zu beeinflussen und gleichzeitig sich von der Verantwortung für diese Beeinflussung frei zu machen (z.B. hysterischer Kopfschmerz, der andere zu bestimmten Rücksichten zwingt). Pathologisch ist dabei nicht der Versuch, Kontrolle über eine Beziehung zu gewinnen - jeder macht das -, sondern dieser Versuch **und gleichzeitig** die Leugnung des Versuches. Der Klient in der Therapie z.B., der mit Magenschmerzen oder Gedankenabreißen eine Kontrolle über die Beziehung zum Therapeuten (wie auch außerhalb der Therapie) zu gewinnen versucht, verleugnet sein Kontrollmanöver damit, daß die Magenschmerzen "über ihn kommen" und er "ja nichts dafür kann".

Bei Haley (1963/1978) und Watzlawick et al. (1969) ist der formale Ausdruck für eine solche gestörte oder widersprüchliche Kommunikation das **Paradox**. "Ein Symptom ist eine spontane Verhaltensform, so spontan, daß selbst der Patient es als etwas Unbeherrschbares empfindet. Dieses Schillern zwischen Spontaneität und Zwang ist es, das ein Symptom paradox macht, und zwar sowohl im subjektiven Erleben des Patienten als auch in seinen Wirkungen auf andere." (Watzlawick et al., 1969, S.220f)

Haley (1963/1978, S.33) weist darauf hin, daß keine Form der Therapie das Problem vermeiden könne, das mit der Frage entsteht, wer die therapeutische Beziehung kontrolliert: Dieses Problem ist zentral und "seine Lösung ist die Voraussetzung therapeutischer Veränderung". Hat der Klient die Kontrolle, dann werden die Schwierigkeiten perpetuiert.

Es geht also um die Frage, welche Möglichkeiten der Therapeut hat, eine therapeutische Kontrolle über die Beziehung zum Klienten zu gewinnen und eine Änderung der Regeln des durch das Paradox gekennzeichneten Systems zu bewirken.

Eine Antwort fand die Palo-Alto-Gruppe, bzw. früher schon Milton Erickson und Viktor Frankl (vgl. Kriz, 1985, S.252 und Kap.15), in der Analyse einer besonderen Art von Paradoxie, die sie Doppelbindungen nennen (Bateson, vgl. Watzlawick et al., 1969). Eine pathologische Doppelbindung hat folgende Bestandteile:

1. Eine enge Beziehung zwischen zwei oder mehreren Personen. Diese Beziehung hat für einen oder alle einen hohen Grad von physischer und/oder psychischer Lebenswichtigkeit (Beispiel: Beziehung zwischen Kind und Eltern).
2. Auf dem Boden einer solchen Beziehung wird (wiederholt) so kommuniziert, daß eine Mitteilung gegeben wird, "die a) etwas aussagt, b) etwas über ihre eigene Aussage aussagt und c) so zusammengesetzt ist, daß diese beiden Aussagen einander negieren bzw. unvereinbar sind" (Watzlawick et al., 1969, S.196). Handelt es sich z.B. um eine paradoxe Handlungsaufforderung, dann kann diese nur durch Mißachtung befolgt oder durch Befolgung mißachtet werden. (Berühmte Beispiele: "Sei spontan!", "Sei nicht so gehorsam!")
3. Es ist für den Empfänger einer solchen Mitteilung durch die Art der Beziehung unmöglich, sich durch Kommentar (Metakommunikation) oder Flucht aus der Beziehung zurückzuziehen.

Das Wesen der psychonoxischen Situation, wie sie durch eine pathologische Doppelbindung gekennzeichnet ist, besteht in der *Illusion der Alternativen*. Es gibt keine Möglichkeit, die pathologische Situation durch eine Entscheidung zu beenden. Es ist ein "Spiel ohne Ende".

Eine Änderung einer solchen Situation ist nur möglich, wenn es der oder den beteiligten Personen doch gelingt, außerhalb dieses Systems - des "Spiels ohne Ende" - zu gehen. Wird dies dadurch zu erreichen versucht, daß das Problem einer Person vorgelegt wird, die nicht in das pathologische System einbezogen ist und eine normale Kommunikationsweise beibehalten hat und beibehalten kann, dann ist dies *das Modell der psychotherapeutischen Intervention*. Im Sinne dieses Modells kann man immer dann von einer psychotherapeutischen Intervention sprechen, wenn ein Problem dadurch zu verändern versucht wird, daß es einer Person vorgelegt wird, die nicht in das pathologische Kommunikations-System, das dieses Problem darstellt, einbezogen ist und eine normale Kommunikationsweise beibehalten kann.

Die Handlungsweise des Therapeuten muß nun über die Ratschläge oder Versuche hinausgehen, die der Klient oder die im System gefangenen Bezugspersonen tätigen. Watzlawick et al. (1969) nennen drei Möglichkeiten:

1. Es kann aktiv versucht werden, den Klienten zu anderem Verhalten zu bewegen (Üben, Überreden etc.). Die Autoren sind der Meinung, daß dieses Vorgehen

zumindest bei allen Fällen von symptomatischem Verhalten scheitern muß. Diese Frage soll hier nicht erörtert werden. Es bleibt aber anzumerken, daß bei einem systematischen Vorgehen und bei Berücksichtigung anderer Faktoren die rational-emotive Technik von Albert Ellis oder kognitiv-behaviorale Techniken der Verhaltenstherapie sehr wohl erfolgreich sind.

2. Der Therapeut kann das System zu erweitern versuchen, indem er andere Werte und Glaubenssätze und neue Regeln einführt. Dies dürfte das Modell jener mißverständenen "therapeutischen" Haltung sein, die glaubt, durch Einbringen humaner Qualitäten allein könne dem Klienten geholfen werden. Die Erfahrung zeigt, daß dies häufig sehr schnell daran scheitert, daß der Therapeut selbst in die Beziehung verwickelt wird.
3. Der Therapeut schreibt dem Klienten das Verhalten vor, das dieser von sich aus an den Tag legt. Dies kann in verschiedenen Formen erfolgen, z.B. durch negative Suggestion (Dunlap, 1932), negative Übung (z.B. Lehner, 1954/1960), paradoxe Intention (Frankl, 1960) oder aber auch durch "Akzeptieren des Gegebenen".

In ihrer allgemeinen Form ist diese letzte Vorgehensweise die Struktur der *therapeutischen Doppelbindung*. Sie ist das Spiegelbild der pathologischen Doppelbindung und hat folgende Bestandteile:

1. "Enge Beziehung" (= therapeutische Beziehung). Sie hat für den Klienten einen hohen Grad von Lebenswichtigkeit und positiver Erwartung.
2. In diesem Kontakt wird eine Verhaltensaufforderung gegeben, durch die
 - (a) das Verhalten aktiviert (wiedererlebt, wiederbelebt und wiederholt) wird, das der Klient ändern möchte;
 - (b) diese Aktivierung als Mittel der Änderung hingestellt wird;
 - (c) dadurch ein Paradox hervorgerufen wird, weil der Klient aufgefordert ist, sich durch Nichtändern zu ändern.

Für den Klienten ist dies eine unhaltbare Situation: Befolgt er die Aufforderung, dann tut er es absichtlich und sein Verhalten wird als Symptom unmöglich, weil er die Verantwortung dafür nicht mehr verneinen kann. Befolgt er sie nicht, so kann er das nur durch nichtsymptomatisches Verhalten tun, was ebenfalls im Sinne der Therapie ist.

3. "Die psychotherapeutische Situation hindert den Patienten daran, sich der Paradoxie zu entziehen oder sie dadurch zu zerreden, daß er sie zu kommentieren versucht. Obwohl also die Aufforderung logisch absurd ist, ist sie eine pragmatische Realität; der Patient kann nicht nicht auf sie reagieren, doch gleichzeitig kann er auch nicht in seiner üblichen, symptomatischen Weise auf sie reagieren." (Watzlawick et al., 1969, S.225f)

2.3 Therapeutische Paradoxien in der klientenzentrierten Therapie

Es kann nun dargestellt werden, daß die therapeutische *Interaktion in der klientenzentrierten Therapie* dem Muster der "Symptomverschreibung" bzw. der therapeutischen Doppelbindung folgt. Dabei ist zu beachten, daß die therapeutische Doppelbindung nur eine von mehreren therapeutischen Kommunikationsformen ist. Und damit soll gesagt sein, daß sie auch in der Rogers-Therapie nur *eine* mögliche Erklärung für Veränderung bieten kann.

Dies soll auf den nächsten Seiten am Beispiel einer Therapiestichprobe durch Gegenüberstellung von Protokoll- und Interpretationssätzen gezeigt werden. Es handelt sich um den Beginn des zweiten Gesprächs einer klientenzentrierten Einzeltherapie mit einer 26 Jahre alten Klientin mit starker Beeinträchtigung im Beruf und im sozialen Kontakt durch Erstickungsangst und zwischenmenschliche Ängste. Sie hat Selbstbehauptungskonflikte. Die Klient-Therapeut-Beziehung ist hier geprägt vom "struggle for control" (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Ein Fallbeispiel; Beginn einer zweiten Therapiestunde

	Protokoll	Interpretation
Kl. 1:	Ja, ich finde es schwierig, worüber man reden soll. (Th.: Ja) Man weiß eigentlich nicht so richtig, was man sagen soll.	Die Kl. versucht (Kl.1, Kl.2), die Situation dadurch zu kontrollieren, daß sie den Th. indirekt auffordert, Fragen zu stellen und damit Initiative und Verantwortung zu übernehmen (<i>komplementäre Kontrollmanöver</i>).
Th. 1:	So, hmhm, es ist ein bißchen eigenartig für Sie und schwierig.	
Kl. 2:	Ja, mir wäre es am liebsten, wenn Fragen gestellt würden (Th.: Ja), so daß man antworten könnte, nicht?	Der Th. stellt die Art der Beziehung, wie sie die Kl. will, in Frage, indem er nicht ihre Erwartungen erfüllt, sondern ihr diese als
Th. 2:	Irgendwie wär's Ihnen lieber, wenn ich so anfangen würde - (Kl.: Ja) so wie es sonst auch gemacht wird: "Was ist denn eigentlich los?" (Kl.: Ja, ja)	"reflecting of feelings" zurückgibt (Gegenmanöver). Der Th. sagt damit indirekt: 1. diese Schwierigkeit von Ihnen akzeptiere ich wie andere Dinge auch;
Kl. 3:	Zum Beispiel wie beim Test, so daß man ja und nein -	2. ich gehe nicht auf Ihre Forderung ein;
Th. 3:	Ja, hmm. (Pause)	3. Sie können die Schwierigkeit selbst lösen.

Protokoll	Interpretation
<p>Kl. 4: Ich-- ich meine, ich habe letztesmal schon so viel gesagt, ich weiß nicht, was ich jetzt noch zu dem Thema sagen soll.</p>	<p>In Kl.3 bis Th.4 wiederholt sich die gleiche Interaktion, nur daß die Kl. jetzt zunehmend in der Ich-Form statt in der Man-Form spricht.</p>
<p>Th. 4: Sie haben so das Gefühl, daß das, was Sie über sich berichten können, was Ihnen selber zur Verfügung steht zu sagen, - daß das gesagt ist.</p>	
<p>Kl. 5: Ja, ich wollte nicht mehr (lacht verlegen, längere Pause) - über meine Probleme selbst - (Th.: Ja, hm) das ist immer so - man weiß nie, ob das damit in Zusammenhang steht, und deswegen - weiß man nicht so richtig, was man sagen soll, ob das überhaupt einen Bezug dazu hat. (Th: Hmhm) Ich weiß überhaupt nicht, ob es einen Bezug gibt z.B. zwischen meinen Depressionen und dieser - dieser Erstickungsangst.</p>	
<p>Th. 5: Hm, Sie sind sich nicht sicher, ob da ein Bezug zu dem da ist, - ob es sinnvoll ist, es zu berichten.</p>	
<p>Kl. 6: Ja. (Th.: Hm) Und deswegen weiß ich nicht so genau, was ich eigentlich berichten soll.</p>	
<p>Th. 6: Ein bißchen die Scheu: "Wenn ich das so sage, dann hat das eventuell gar nichts damit zu tun!" (Kl.: Ja. Lacht verlegen) Hm, ist es so -- ich versuche Sie zu verstehen -- , daß Sie sich sagen: "Ich muß jetzt halt etwas berichten, und dann, wenn ich die Information gegeben habe, dann kann sich der schon sein Urteil bilden." So ein bißchen diese Erwartung?</p>	<p>Die gleiche Interaktionsstruktur, nur daß jetzt der Th. in Th.6 eindeutig definiert, um was es ihm geht (die Kl. zu verstehen). Er lehnt damit das Manöver der Kl. ab und kontrolliert die Beziehung dadurch, daß er auf die Metaebene der Kommunikation eingeht und die Kl.-Th.-Beziehung explizit zum Thema macht.</p>

Protokoll	Interpretation
<p>Kl. 7: Ja, ich denk', Sie wüßten das schon längst. (Th.: Ja, hm) - ich bräuchte halt nur so'n paar Anhaltspunkte ... Ich mein', ich habe das letzte Mal gemerkt - man kommt von einem Punkt zum anderen - und ich weiß nicht, was wichtig ist, und was nicht.</p>	
<p>Th. 7: Ja, hm -- Sie hatten das Gefühl, daß Sie so nicht zu dem Eigentlichen vorstoßen (Kl.: Ja), daß Sie viele Sachen besprechen, aber nicht wissen, was wichtig ist --hm. - Ich bin davon überzeugt, daß es wichtig ist für Sie wie für jeden Klienten: Daß er eben da diese Mauer durchbricht, die wir alle haben, und daß es nicht so gut ist, wenn der Therapeut so als der Allwissende und Allmächtige das Urteil fällt (Kl.: Ja). Nach unser aller Erfahrung ist das nicht wertvoll (Kl.: Hm), sondern wir versuchen, dem Klienten so die Bedingungen zu geben, daß er mehr und mehr für sich selber sprechen kann, dadurch die Probleme selber in den Griff kriegt und nicht abhängig ist von einer Autorität oder so.</p>	<p>Mit Th.7 nimmt der Th. eindeutiger Stellung und definiert die Kl.-Th.-Beziehung. Dabei entsteht ein therapeutisches Paradox. Der Th. bringt zum Ausdruck, daß die Beziehung symmetrisch sein soll (Th. ist nicht Allwissender). Indem er aber so die Beziehung definiert, kontrolliert er sie und nimmt eine superiore Stellung ein (nach Haley: Metakomplementäre Beziehung). Inhaltlich besteht das Paradox darin: Die Kl. sucht die Autorität, die ihr rät. Und jetzt soll sie sich selbst diesen Rat geben. Sie soll darüber sprechen, was für sie wichtig ist, hat aber noch zuvor kundgetan, daß sie nicht weiß, was für sie wichtig ist.</p>
<p>Kl. 8: Ja - ja, also daß man von seinen eigenen Problemen erzählt, auch wenn man meint, die hätten gar keinen Bezug dazu ... und so? --</p>	<p>Kl.8 - Th.8: Stabilisierung der Beziehung.</p>
<p>Th. 8: Ja, mhm.</p>	<p>Th.7 und Th.8 haben es der Kl. erleichtert, über sich selbst zu sprechen.</p>
<p>Kl. 9: Ja, das habe ich eigentlich letztesmal schon angedeutet, also, daß bei mir eigentlich Fragen sind, die mich sehr beschäftigen, daß ich erstmal - also ich selbst - also -äh- daß ich z.B. sehr darunter leide, wie ich bin halt, daß ich -äh- schüchtern bin, nicht? (Th.: Hmm). Äh -</p>	<p>Die Interaktion wird nach Kl.9 zum Wechselsgespräch, in welchem die Kl. sich immer tiefer selbst explorieren kann und dem Th. rückmeldet, daß sie sich verstanden fühlt.</p>

Protokoll	Interpretation
Kl. 9: Äh - sehr ängstlich (Th.: Ja) zum Beispiel. Wenn ich z.B. in der Straßenbahn sitze ... jetzt kommt, sagen wir mal - es sind alle Plätze besetzt - ...	Inhaltlich bezieht sich die Selbstexploration hauptsächlich auf das Problem der Selbständigkeit (Behauptungskonflikt). Die ganze Sequenz der Interaktion dauert bis Kl.37/Th.37.
Kl. 9: ... dann habe ich auch jedesmal - das kann ich auch nicht überwinden - jedesmal habe ich ein schlechtes Gefühl.	(Die längere konkrete Schilderung der Schwierigkeiten ist im Protokoll ausgelassen.)
Th. 9: Es belastet Sie dann so, und Sie haben das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben.	Die Interaktion kann als <i>therapeutische Doppelbindung</i> gekennzeichnet werden:
Kl.10: Ja, Schuldgefühle! Obwohl ich genau weiß, daß ich im Anfang begrüßt habe, und die Leute haben nicht wieder begrüßt (Th.: Ja) und obwohl ich mich eigentlich im Recht fühle (Th.: Ja, Hmm) äh, komme ich trotzdem nicht darüber hinweg. Also, daß ich -- (Th.: Ja): Das sind alles so kleine Situationen, wo man praktisch den ganzen Tag darunter leidet (Th.:Ja). Immer wieder, man kann überhaupt nicht ausweichen.	1. Die Kl. fühlt sich verstanden (s. z.B. Kl.10) und akzeptiert. Das Bemühen des Th. ist nicht mit Bedingungen od. Werturteilen verbunden. Mit einer Ausnahme: Der Th. verweigert sich dem Wunsch der Kl. nach Ratschlag und Initiative von seiten der "Autorität Therapeut". 2. Der Th. fordert die Kl. auf, über das zu sprechen, was für sie schrecklich ist (Th.11 u. Folge). Dadurch wird
Th.10: Ja, Sie fühlen sich schuldig, obwohl Sie sich sagen, Sie sind im Recht. Und das geht.. (Kl.: Ja! Sprechen gleichzeitig) ...	(a) das Verhalten aktiviert, wiederholt und wiedererlebt, das die Kl. ändern möchte; (b) diese Aktivierung wird als Mittel der Änderung hingestellt (vgl. Th.7); und es entsteht (c) eine Paradoxie: Die Kl. wird aufgefordert, sich durch Nichtändern zu ändern (s. Interpretation zu Th.7).
Kl.11: Ja, daß ich dann Angst habe, die Leute überhaupt anzuschauen oder so -	(s. Interpretation zu Th.7).
Th.11: Hm, hm - daß Sie dann so -äh- zwangsläufig fast -äh- den anderen meiden müssen, ist es so?	3. Der Th. hindert die Kl. daran, sich der Paradoxie zu entziehen. Der Kl. gelingt es z.B. nicht, die Paradoxie zu kommentieren (was sie ansatzweise in Kl.7 versucht).
Kl.12: Ja - oder auch, wenn z.B. die Schwiegereltern kommen ...	

2.4 Das System Klient-Therapeut

Mit diesem einfachen und kurzen Praxis-Beispiel sollte und kann kein "Beweis" für die Richtigkeit einer integrativen (statt polarisierenden) Betrachtung psychotherapeutischer Prozesse erbracht werden. Aber es sollte und kann verdeutlichen, daß das praktische Vorgehen, das auf einer bestimmten Modellvorstellung (katalytisches Modell) beruht, auch auf der Basis einer anderen (technologischen) Modellvorstellung erläutert werden kann. Damit soll die Überwindung schulengebundener Erklärungen vorbereitet werden. Am Beispiel der Gesprächspsychotherapie heißt dies konkret:

1. Der klientenzentrierte Therapieprozeß ist mit Begriffen der Doppelbindungstheorie darstellbar, ohne daß dies eine einseitige Entscheidung gegen ein "Lern"- oder ein "Einsichts"-Prinzip wäre.
2. Variablen wie emotionale Wärme, positive Wertschätzung oder auch Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte brauchen nicht als Bedingungs- oder gar als Kausalfaktoren angesehen zu werden, sondern können als Interaktionsphänomene aufgefaßt werden, die eine therapeutische *Interaktion* kennzeichnen.
3. Die Art der Interaktion kann als "gemeinsamer Nenner" unterschiedlicher Erklärungsversuche herangezogen werden.

Damit soll und kann nichts gegen die Notwendigkeit empirischer und hypothesengeleiteter Forschung gesagt werden, die auf schulenspezifische Konzepte und Operationalisierungen zurückgreifen muß. Untersuchungen zwischen Therapieprozeßvariablen und Therapieergebnissen, insbesondere aber vergleichende Psychotherapieforschung, sind als ständige Kontrolle und Absicherung nötig. Sie können jedoch den therapeutischen Prozeß nur als "geschlossenes System" darstellen und vermögen nicht, diesen Prozeß - wie es notwendig erscheint - als offenes System zu beschreiben. Offene Systeme sind aber nicht so sehr durch Anfangszustände, sondern durch die Natur der Prozesse determiniert, und es gilt das Prinzip der Äquifinalität (d.h. verschiedene Anfangszustände können zu gleichen Endzuständen führen). Watzlawick et al. (1969) erklären deshalb, daß *das System* in seiner Offenheit und wegen der Äquifinalität "*seine eigene beste Erklärung*" ist, und daß "die Untersuchung seiner gegenwärtigen Organisation die zutreffendste Methodik darstellt" (S.124).

Wenn man unter dieser Perspektive bereit ist, das therapeutische Paradox bzw. die therapeutische Doppelbindung als spezifische Wirkfaktoren in der Gesprächspsychotherapie anzusehen, dann ergeben sich die folgenden interaktionsorientierten Fragen, die in jedem Einzelfall aufgeworfen und stringent beantwortet werden müssen:

1. Welchen Grad von Lebenswichtigkeit hat oder gewinnt die Klient-Therapeut-Beziehung?
 - (a) Besteht eine hinreichend positive Erwartung beim Klienten?
 - (b) Ist es dem Therapeuten möglich, sich so zu verhalten, daß eine enge, für den Klienten lebenswichtige Beziehung entstehen kann? (Das bedeutet etwas mehr

als die Fähigkeit, dem Klienten mit positiver Wertschätzung zu begegnen; es bedeutet auch: keine Gebiete auszuklammern oder in bestimmten Bereichen nicht mit Angst, Mißachtung, Mitleid oder Hoffnungslosigkeit zu reagieren.)

- (c) Ist die Beziehung eng und gleichzeitig vom Therapeuten kontrolliert? Wie kontrolliert er die Beziehung?
2. Wie ist es möglich, daß in der Klient-Therapeut-Beziehung das Verhalten aktiviert wird, das der Klient ändern möchte?
- (a) Erreicht dies der Therapeut durch seine verbalen Techniken?
- (b) Aktiviert der verbale Bericht des Klienten in genügendem Maße das Wiedererleben?
- (c) Welche nonverbale Kommunikation wird aktiviert oder muß aktiviert werden?
- (d) Wie reagiert der Klient auf den Therapeuten? Vermeidet er oder entwertet er Stellungnahmen?
- (e) Ist der Therapeut fähig, nonverbale (analoge) Kommunikation adäquat zu verstehen und adäquat zu verbalisieren (zu "digitalisieren")?
3. Ist der Therapeut überzeugend? Erscheint er dem Klienten kompetent? Kann er dem Klienten überzeugend klarmachen, daß die Aktivierung seiner Ängste und Probleme entscheidend wichtig für deren Änderung ist?
4. Wer hat die Kontrolle über den Prozeß?
- (a) Berücksichtigt der Therapeut alle in der Kommunikation beobachtbaren (gestörten oder nichtgestörten, pathologischen oder nichtpathologischen) Kontrollversuche und -manöver?
- (b) Gelingt es dem Klienten (und wenn wo), den Therapeuten in sein System einzufangen?
- (c) Kontrolliert der Klient die Beziehung in irgendwelchen Bereichen, ohne daß es der Therapeut merkt? Wo?

2.5 Kritik

Wie nah diese Position der von Carl Rogers ist, könnte vermutlich eine vergleichende Untersuchung mit dessen Theorie der interpersonalen Beziehungen (1959) ergeben. Ähnlichkeiten in grundlegenden Wertorientierungen bei M. Erickson und C. Rogers konnte Gunnison (1985) aufzeigen und diese wurden auch von Rogers (1985) bestätigt. In Rogers' Darstellung der pathologischen Beziehung werden drei Bestandteile genannt, die sehr denen von Watzlawick et al. ähneln:

1. Person Y und Person X sind in engem persönlichen "Kontakt" und möchten die Kommunikation erhalten.
2. Bei Person X besteht eine deutliche *Inkongruenz* zwischen folgenden drei Berei-

chen:

- (a) Erlebnismäßige Erfahrung (Experience) des Gegenstandes der Kommunikation mit Person Y;
- (b) Symbolisierung dieser Erfahrung im Bewußtsein und im Selbstkonzept;
- (c) Bewußte Äußerung dieser Erfahrung.

3. Notwendigkeit zur Aufrechterhaltung zumindest eines minimalen Kontaktes zwischen X und Y.

Sicher sind hier auch Unterschiede aufzuweisen; insbesondere die Verlagerung der "Inkongruenz" in die Person des Klienten (X). Rogers macht aber auch deutlich, daß die gestörte Beziehung ein Prozeß ist, bzw. das Pathologische in diesem Prozeß der Interaktion entsteht. Und die Verankerung dieser Inkongruenz in den Interaktionsprozeß, in der Klient-Therapeut-Kommunikation könnte die Gefahr der anfänglich erwähnten Polarisierung und die Zuordnung der Rogers-Theorie allein zum Pol der "Heilung durch Einsicht" verhindern. Um einen weiterführenden Vergleich zwischen der Theorie von Rogers und der Doppelbindungstheorie zu führen, wäre es nötig, weitere grundlegende Axiome über die menschliche Kommunikation (speziell über Inhalts- und Beziehungsaspekte; digitale und analoge Kommunikation; Interpunktion von Interaktion) darzustellen und ihre Bedeutung für den Therapieprozeß aufzuzeigen.

Es besteht wenig Zweifel, daß im Zuge der gegenwärtigen Bemühungen um fundierte theoretische Aussagen über Veränderungsprozesse in der Psychotherapie auch einer kommunikationstheoretischen Erklärung große Bedeutung zukommt. Die hier vertretene Position der Palo-Alto-Gruppe überzeugt jedoch bisher mehr durch ihre praktische Nützlichkeit als durch den Grad, mit dem die theoretischen Aussagen empirisch-experimentell abgesichert sind (vgl. z.B. Buda, 1972 oder Mehrabian & Wiener, 1967).

Dennoch liegen bereits bedeutende Ansätze und Arbeiten vor, die das System Klient-Therapeut jeweils in "seiner gegenwärtigen Organisation" zu untersuchen gestatten. Durch Einsatz der multivariaten Informationsanalyse und eines Codierungsverfahrens von Leary vermag Rausch (1965) die soziale Interaktion bei Kindern als einen veränderungswirksamen Prozeß aufzuhellen. Leistikow (1977) liefert eine Modellanalyse der Interaktionen in der klientenzentrierten Kindertherapie und erörtert die Probleme der Analyse von Interaktionen mit Hilfe eines Modells nach Art der Markoff-Prozesse. Ausgehend von den Kategorien Leistikows und Seeman's entwickelten Hochdörfer, Ludwig, Rhenius & Lasogga (1983) ein klassifikatorisches System, das die Beschreibung und Analyse des Interaktionsprozesses in der klientenzentrierten Einzeltherapie gestattet und (aufgrund einer Analyse bei vier Klienten und zwei Therapeuten) erste Aufschlüsse gibt über die mögliche Verteilung und gegenseitige Bedingtheit bestimmter Therapeutenkategorien (wie Reflexion emotionaler bzw. rationaler Inhalte) oder Klientenkategorien (wie Sprechen über emotionale bzw. rationale Probleme). Bereits in den Arbeiten von Moustakas (1956; Moustakas & Schalock, 1955)

wurde versucht, die Interaktion zwischen Therapeut und Kind zu analysieren und die Wechselwirkungen (die Kommunikation) mit zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit reliabler Messungen einzelner Kommunikationen und die Komplexität von Kommunikationsabläufen zwingen aber bisher zur Beschränkung auf nur einzelne Aspekte der Kommunikation, nämlich, wie z.B. bei Moustakas oder Leistikow, auf die verbale Kommunikation. Das gilt auch weitgehend für die Arbeiten von Sachse (z.B. Sachse & Maus, 1987) und anderen, auf die im Kapitel 8 Bezug genommen wird.

Die Bedeutung des hier dargestellten Ansatzes, speziell die Bedeutung der Doppelbindungstheorie, wird sich auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung erst dann abschätzen lassen, wenn sich die Tragfähigkeit solcher Untersuchungsverfahren wie der multivariaten Informationsanalyse auf diesem Gebiet bestätigen sollte. Erst dann wäre die Lösung des meines Erachtens hier vorliegenden Hauptproblems in Sicht: die Verifizierbarkeit oder Falsifizierbarkeit der Theorie. Grundsätzlich ist diese Überprüfbarkeit der Theorie gegeben, denn sie bezieht sich nur auf beobachtbares Verhalten: die zwischenmenschliche Kommunikation. Bisher stehen allerdings der theoretisch reichhaltigen und weitentwickelten Diskussion über die wechselseitige Bedingtheit von Klienten- und Therapeutenverhalten (vgl. Anchin & Kiesler, 1982) nur sehr wenige empirische Forschungsarbeiten gegenüber, "in denen es gelungen ist, diese Einsicht in der Praxis zu erforschen", wie Hochdörfer et al. (1983, S.177) feststellen.

Kapitel 3:

Psychotherapie und psychologische Intervention: Versuch einer schulenübergreifenden Definition ³⁾

Die Frage nach den Gemeinsamkeiten und den Unterschieden und die Frage nach den Integrationsmöglichkeiten *der* verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen - wer wollte oder könnte sie heute noch dadurch beantworten, daß er einen Vergleich zwischen ihnen allen anstellt? Schon 1963 stellte Carl Rogers fest, daß die Psychotherapie wegen der Vielzahl der verwendeten Methoden in einem chaotischen Zustand sei und "...the most divergent explanations are given for a single event" (p.6). Heute gibt es gut über 250 solche mehr oder weniger verschiedenen Richtungen (vgl. Henrik, 1980). Allein zur Darstellung von 70 der neueren innovativen Formen werden über 1000 Druckseiten benötigt. Das "Handbuch der Psychotherapie" von Corsini (1983) umfaßt z.B. im englischen Original (1981) 1100 und in der deutschen Übersetzung 1500 Seiten. Es erscheint deshalb ratsam, die Frage nach dem "Für und Wider" einer schulenübergreifenden Definition von Psychotherapie (und die Frage nach einer möglichen Integration) in einer *mehr grundsätzlichen Art* zu stellen und sich dabei paradigmatisch auf die großen Orientierungen der klientenzentrierten Therapien, der psychoanalytischen Richtungen und der Verhaltenstherapien zu beschränken und diese in ihrer "komplementären Aspektivität" (Pongratz, 1975) zu betrachten. Diese stellen auch die bevorzugten theoretischen Orientierungen der Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten dar, wie sie in einer Zufallsstichprobe von 800 nordamerikanischen Psychologen von Smith (1982) ermittelt wurden, - sieht man einmal von der "eklektischen" Orientierung ab, die immer noch den stärksten, aber theoretisch nicht klar umrissenen und inzwischen rückläufigen Trend darstellt (Prochaska & Norcross, 1983).

3.1 Was ist "Psychotherapie" und was bedeutet "Integration"?

Eine solche grundsätzliche Frage ist: "Was heißt Psychotherapie? Und was könnte Integration hier sinnvollerweise bedeuten?" Diese Doppelfrage hat eine weit in die 30iger Jahre zurückreichende Vorgeschichte. Sie hat in den USA in den letzten Jahren noch beträchtlich an Aufmerksamkeit gewonnen (vgl. z.B. Goldfried, 1982; Goldfried & Newman, 1986) und 1983 zu der Gründung der Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) geführt. Im deutschen Sprachraum wird diese Entwicklung vor allem von Bastine (1975, 1986a, 1986b, 1990), im französischen Sprachraum von Huber (1986) verfolgt und in ihrer Verbindung mit dem Gesamtgebiet der Klinischen Psychologie behandelt (Bastine, 1984, 1991; Huber, 1986). Eine zunehmende Zahl von Monographien werden mit dem Anspruch auf integrative oder eklektische Berücksichtigung verschiedener Schulrichtungen publiziert (z.B. Beutler & Clarkin,

1990; Greenberg & Pinsof, 1986; Hart, 1983; Howe, 1982a, 1982b; Norcross, 1986; Palmer, 1980; Patterson, 1985; Petzold, 1982; Schelp & Kemmler, 1988) und die damit verbundenen Probleme in einer eigenen Zeitschrift, dem *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, diskutiert (z.B. Beutler, 1989; Norcross & Thomas, 1988; Textor, 1988; ab 1991: *Journal of Psychotherapy Integration*).

Es bieten sich drei Antwortmöglichkeiten an, die prinzipiell vertretbaren Positionen entsprechen, wenn man Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Auge hat:

(1.) Es gibt in den verschiedenen therapeutischen Richtungen so viele gemeinsame Grundelemente, sog. "common factors", Wirkfaktoren und Prozesse, die für verschiedene Klienten und Situationen gleichermaßen entscheidend sind, daß wir sagen können, diese definieren, was Psychotherapie ist. Dies spräche für ein striktes *Einheitsmodell* von Psychotherapie. Die hierzu gemachten unterschiedlichen Vorschläge wurden im Kapitel 1 als katalytisches, dynamisches oder technologisches Modell vorgestellt. Es gibt *eine* Psychotherapie, und die verschiedenen Richtungen sind unwesentliche Abwandlungen oder Einseitigkeiten. Eine Integration unterschiedlicher Einzelrichtungen hätte vor allem eine semantische Zielsetzung: Vereinheitlichung der Sprache, Theoriepräzision und Identifikation der notwendigen und hinreichenden Wirkfaktoren, für die viele verschiedene und unterschiedlich präzise Begriffe bestehen.

(2.) Es gibt mehrere unterschiedliche und in ihren Indikationen und Effekten nicht vergleichbare Methoden. Die Unterschiede sind eindeutig auf unterschiedliche Wirkfaktoren und Prozesse zurückzuführen und nicht nur auf die Namensgebung. Die verschiedenen psychotherapeutischen Methoden sind "spezifische psychologische Therapien für spezifische Bedingungen", wie Beutler (1979a) argumentiert. Dies spräche für ein striktes *differentielles* Modell von Psychotherapie. Psychotherapie wäre weiter nichts als ein Sammelbegriff für die verschiedenen Vorgehensweisen, die jeweils bei der Modifikation unterschiedlicher psychischer Störungen am erfolgreichsten sind. Zielsetzung für eine Integration wäre es, so etwas wie eine Grammatik zu erstellen, die uns zeigt, welche Elemente aus der Vielzahl der psychotherapeutischen Methoden und Schulrichtungen auszuwählen und wie sie als differentielle Interventionen einzusetzen sind. Das Ziel wäre ein präskriptiver Eklektizismus (vgl. Diamond, Havens & Jones, 1978; Birtsch, 1980; Heinerth, 1981).

(3.) Es gibt sowohl gemeinsame wie auch unterschiedliche Elemente. Für einen bestimmten Varianzanteil therapeutischer Effektivität können Wirkfaktoren und Prozesse verantwortlich gemacht werden, die sich in jeder Art von Psychotherapie, ja sogar in jeder Art psychologischer Intervention und bei jeder Art von Klientel finden. Und ein anderer Anteil der Effektivität geht darauf zurück, daß für unterschiedliche Klienten bestimmte Techniken besonders effektiv sind, die sich nicht in jeder Therapieform finden oder nicht mit jedem Therapeutenstil verwirklicht werden können. Dies würde heißen, daß weder ein Einheitsmodell noch ein differentielles Modell für sich alleine genommen Psychotherapie adäquat definieren könnte. Trifft diese dritte Möglichkeit

zu, dann müßte Psychotherapie als Integration, als Verschränkung von Einheits- und differentielltem Modell definiert werden (*Integrationsmodell*). Es ginge um die Herstellung einer effizienteren Vorgehensweise durch Berücksichtigung aller veränderungswirksamen Faktoren. Dies wäre dadurch zu erreichen, daß unterschiedliche Methodenelemente (Techniken) aus verschiedenen Quellen auf dem Boden notwendiger gemeinsamer Grundelemente heuristisch für die Anwendung im spezifischen Einzelfall zur Verfügung stünden, aber durch die Verankerung in dem gemeinsamen Boden ihren systematischen Zusammenhang, ihre Ganzheitlichkeit, ihre Integration bekommen.

Im folgenden soll aufgezeigt werden, daß sowohl Einheits- wie differentielles Modell Gültigkeit haben, aber jeweils nur für Teilaspekte psychologischer Intervention. Der erste Teilaspekt wird zunehmend häufiger als Therapeutisches Basisverhalten (z.B. Bastine, 1975), der zweite als Differentielle Psychotherapie (z.B. van Quekelberghe, 1979) bezeichnet. Beide Aspekte bilden im Sinne des oben genannten Integrationsmodells eine natürliche Einheit und sollten als Einheit Psychotherapie definieren. Sie werden aber in den verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen unterschiedlich stark betont und führen dann zu verschiedenen Einseitigkeiten. Im Extremfall führt diese Einseitigkeit dazu, daß die folgenden Definitionen für Therapeutisches Basisverhalten und Differentielle Psychotherapie jeweils alleine für das stehen, was Psychotherapie ist, ohne daß Fragen der Abgrenzung gegenüber anderen als psychotherapeutischen Interventionen aufgeworfen würden.

In Anlehnung an Meltzoff & Kornreich (1970) und auf Grund der bisherigen Überlegungen soll gelten:

1. *Differentielle Psychotherapie* ist der sachkundige und geplante Einsatz von Techniken und Verfahren des Psychotherapeuten mit dem Ziel, bei verschiedenen Klienten, bzw. Klientengruppen bestimmte Verhaltens- und Erlebensweisen zu modifizieren. Diese bestimmten Verhaltens- und Erlebensweisen sind solche, die vom Therapeuten *und* vom Klienten als veränderungsbedürftig, d.h. ohne fremde sachkundige psychologische Hilfe als nicht dauerhaft veränderbar, beurteilt werden. Der Psychotherapeut beurteilt sie zusätzlich als veränderungsfähig. Er kann dies dank seiner Ausbildung und weil die Techniken, die er zum Einsatz bringt, aus psychologischen Prinzipien abgeleitet sind. Hier wird Psychotherapie als rein technische Angelegenheit betrachtet. Das Therapeutenverhalten variiert von Klient zu Klient oder von Situation zu Situation.

Aber das differentielle Modell ist nur ein Teilaspekt des gesamten Prozesses der Interaktion zwischen Klient und Therapeut. Der andere, gewichtigere Aspekt bezieht sich auf die invarianten, basalen Anteile dieser Interaktion und wird häufig als allgemein hilfreiche Bedingung, als "Psychotherapie" im allgemeinsten Sinne verstanden:

2. *Therapeutisches Basisverhalten* ist der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer bestimmten Art zwischenmenschlicher Beziehung. Wir werden diese "bestimmte Art" speziell im Teil 2 dieser Arbeit konkretisieren, vorweg aber soll schon gesagt sein:

Diese Beziehung ist in sich hilfreich, sie fördert psychische Veränderung und Entwicklung, d.h. sie ist nicht veränderungsneutral oder gar psychonoxisch, sie aktiviert psychisches Leben, statt es zum Stillstand oder zum Erstarren zu bringen. Hier wird Psychotherapie keinesfalls als technische, sondern als sehr persönliche Angelegenheit angesehen. Deshalb ist sie häufig auch nicht von anderen Arten der psychologischen Intervention abzugrenzen. Psychotherapie wird als Beziehung betrachtet, die durch Therapeut und Klient gestaltet wird. Das Therapeutenverhalten, sein Anteil an der Gestaltung, ist gerade dadurch gekennzeichnet, daß es durch die schwierigsten und die unterschiedlichsten Situationen und Klientenmerkmale idealiter wenig beeinflusst wird und deshalb auch wenig variiert. Das Therapeutische Basisverhalten ist grundlegend in jeder Psychotherapie und es ist in jeder effektiven Psychotherapie mehr oder weniger explizit in hohem Maße vorhanden. Eine Definition von Psychotherapie allein unter diesem Aspekt muß deshalb auch einem strikten Einheitsmodell folgen, und ihre Gültigkeit muß sich auf die psychologische Interventionsmethodik insgesamt erstrecken.

Auf Grund des bisher Gesagten kann zusammenfassend festgestellt werden: Psychotherapie ist Therapeutisches Basisverhalten und Differentielle Psychotherapie im Sinne einer Verschränkung von Einheits- und differentiellem Modell. Jede Art von Psychotherapie, wenn sie diesen Namen haben soll und verdient, ist differentielle Psychotherapie, aber sie ist auch nur möglich aufgrund der Verwirklichung eines Therapeutischen Basisverhaltens. Abgrenzungen zwischen psychotherapeutischen und anderen psychologischen Interventionen ergeben sich durch (a) die Bestimmung der für eine spezielle Intervention notwendigen Techniken und (b) durch das für das jeweilige Interaktionsgeschehen notwendige Ausmaß therapeutischen Basisverhaltens.

3.2 Der gemeinsame Boden konstruktiver zwischenmenschlicher Interaktionsprozesse: Therapeutisches Basisverhalten

Bestandteil jeder einzelnen Tätigkeit des Klinischen Psychologen ist die Aufnahme einer personalen Beziehung. Die Beziehung zu seinen Klienten muß ungestört und tragfähig bleiben, wenn (a) unverzerrte Information erhalten (Psychodiagnostik), (b) konstruktive psychische Veränderung erreicht (Psychotherapie und Beratung) oder (c) entwicklungsfördernde zwischenmenschliche Interaktionen eingeleitet und erhalten werden sollen (Prävention und Rehabilitation). Entsprechendes gilt auch für eine erzieherisch, seelsorgerisch oder sozialfürsorgerisch tätige Person. In der psychotherapeutischen Tätigkeit des Klinischen Psychologen ist diese Forderung am deutlichsten und hier auch am besten erforscht worden. Psychotherapie, insbesondere als Einzeltherapie, steht deshalb im Zentrum dieser Arbeit.

Die Betrachtung des Therapeutischen Basisverhaltens als Teilaspekt psychotherapeutischer Intervention bringt eine inhaltliche Antwort auf die Frage nach den Gemeinsamkeiten unterschiedlicher Interventionsmethoden und Schulrichtungen, da in diesem Bereich, wie oben festgestellt, ein Einheitsmodell von Psychotherapie adäquat ist.

Wie im nächsten (4.) Kapitel ausführlich gezeigt werden wird, sind die einzelnen inhaltlichen Merkmale des Therapeutischen Basisverhaltens als gemeinsame Grundelemente in Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie vorhanden. Und es läßt sich ebenfalls zeigen, daß die inhaltlichen Dimensionen des Therapeutischen Basisverhaltens nicht auf Psychotherapie beschränkt sind, sondern auch unter anderem in den Situationen "Beratung" (z.B. Bommert & Plessen, 1978), "Erziehung und Unterrichtung" (z.B. Rogers, 1983b; Tausch & Tausch, 1979), "Freundschaft, Partnerschaft, Ehe" (z.B. Van der Veen, 1983) gefunden werden können.

Es sind drei Merkmale, die beim heutigen Forschungsstand identifiziert werden können und inhaltlich Therapeutisches Basisverhalten definieren. Diese Merkmale sind: Realitätsoffenheit, Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite. Ähnliche Merkmale werden vor allem in der Gesprächspsychotherapie hervorgehoben, sie sind aber keineswegs auf diese Therapieschule beschränkt. Therapeutisches Basisverhalten wird genauso in anderen Therapierichtungen verwirklicht, wie in der Gesprächspsychotherapie differentiell vorgegangen wird (vgl. Teil 3). Ein erster Beleg für diese Sichtweise wurde im Kapitel 1 über "Grundmodelle von Psychotherapie" geliefert. Eine ausführliche konzeptionelle Entwicklung des Begriffes und Phänomens erfolgt in den Kapiteln des Teiles 2 über das Therapeutische Basisverhalten. Hier soll aber schon im Vorgriff eine kurze Charakterisierung gegeben werden:

(1.) **Realitätsoffenheit:** Sie zeigt sich in dem Ausmaß an Offenheit für die persönliche Wirklichkeit und reale Situation der Interaktionspartner.

Es ist davon auszugehen, daß jede zwischenmenschliche Interaktion von dem beherrscht wird, was in und durch soziale Rollen vorgegeben ist. In der psychologischen Intervention ist nun die Frage zu stellen, wie sehr die dadurch gegebene Rollenbeziehung (Klient-Psychologe; Schüler-Lehrer; Kind-Eltern; Geschlechtspartnerschaft; etc.) transzendiert werden kann, so daß sie weniger von den überpersönlichen Rollen, als vielmehr von der persönlichen Wirklichkeit der Interaktionspartner geprägt wird.

Auf dem Gebiet der Psychotherapie ist diese Frage z.B. unter den Begriffen Echtheit (versus Fassadenhaftigkeit), Glaubwürdigkeit (versus Unsicherheit) und Unmittelbarkeit (versus Distanziertheit) als Teilbestände von Rollen-Transzendenz ("Role-Investment" bei Orlinsky & Howard, 1987, p.450) erforscht und als prädiaktiv sowohl für die Art der therapeutischen Beziehung, als auch für den Erfolg von Psychotherapie erkannt worden (vgl. zum Überblick Orlinsky & Howard, 1986a, pp.336-343). Besonders stark hat sich die personenzentrierte Richtung um die Klärung dieser Dimension bemüht (z.B. Caspari & Tausch, 1979; Höder, 1980). Die grundlegende Bedeutung dieser Dimension wurde sowohl in der pädagogischen Intervention nachgewiesen (Rogers, 1983b; Sauter, 1983; Tausch & Tausch, 1979), in der Partnerbeziehung (Fox & Tausch, 1983) oder anderen zwischenmenschlichen Beziehungen (Carkhuff, 1969; Tausch, 1980), als auch in der psychotherapeutischen Intervention (z.B. Tausch & Tausch, 1981).

(2.) **Personenbezogenheit:** Sie zeigt sich in dem Ausmaß des korrekten Verstehens der persönlichen Eigenart der Interaktionspartner (des Gegenübers und der eigenen Person).

Mit diesem Merkmal des Basisverhaltens soll in der psychologischen Intervention festgehalten werden, daß es die Rollenübernahmefähigkeit der Partner, ihre Empathie, ihre Fähigkeit ist, sich vom Erleben und Verhalten der anderen und der eigenen Person ein adäquates Bild zu machen, die grundlegend für das Interaktionsgeschehen ist, - und nicht etwa ein technisches Verfahren, eine unpersönliche Mechanik oder eine hierarchische Machtstruktur, denen sich die Interaktionspartner anzupassen und zu unterwerfen haben.

In der Psychotherapieforschung ist hier der Begriff Empathie, bzw. empathische Resonanz (vgl. Orlinsky & Howard, 1986a, pp.343-348) einschlägig. Für die pädagogische Intervention ist die oben angegebene Literatur ebenfalls als Beleg heranzuziehen. Allerdings muß hier auch die Gefahr einer "Überbetonung des Personbezugs" (Sauter, 1983) oder der "Psychotherapeutisierung der Schule" (Coulson, 1983b) gesehen werden: "In der Schule muß die Sache eine ebenso gewichtige Rolle spielen." (Sauter, 1983, S.202)

(3.) Das dritte Merkmal, **Akzeptationsbreite**, zeigt sich in dem Ausmaß an Achtung vor der individuellen Eigenart der Interaktionspartner (also wiederum vor sich selbst und vor dem anderen).

Dieser Faktor des Therapeutischen Basisverhaltens weist darauf hin, wie stark ein Rollenträger (z.B. Therapeut oder Klient) fähig ist, sich selbst oder eine andere Person in der individuellen Eigenart zu akzeptieren ("Gegenseitige Bejahung", vgl. Orlinsky & Howard, 1986a, pp.348-354). Wie bei den anderen Dimensionen ist in der Therapie vom Psychologen ein hohes Ausmaß von Akzeptanz während des ganzen Prozesses vonnöten. Auf Seiten des Klienten ist dieses Merkmal - ebenso wie die anderen beiden Merkmale - zu Beginn der Therapie und zu kritischen Zeiten während des Therapieprozesses wenig ausgeprägt, was jeweils den Aufbau oder die Aufrechterhaltung der Beziehung erschwert. Für den Bereich Erziehung und Unterricht kann wieder als Beleg beispielhaft Tausch & Tausch (1979) genannt werden. Die Bedeutung dieser Dimension für enge persönliche Beziehungen wird bei Van der Veen (1983) oder für die Vielfalt menschlicher Beziehungen überhaupt bei Carkuff (1969) deutlich.

Es sei noch einmal festgehalten: Für das Therapeutische Basisverhalten ist ein Einheitsmodell psychologischer Interventionsmethodik adäquat. Dieses bestimmt, ob zwischenmenschliche Interaktionsprozesse konstruktiv verlaufen können. Es ist im weitesten Sinne gefaßt "psychotherapeutisch" und schließt Prävention, Rehabilitation und Edukation mit ein. Im Gegensatz dazu definiert der Begriff "Differenzielle Psychotherapie" die psychologische Therapie im engen Sinne, hebt diese von anderen Interventionen, z.B. Sozialarbeit oder Erziehung, ab und thematisiert Unterschiede zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Vorgehensweisen.

3.3 Die Bedeutung unterschiedlicher Vorgehensweisen: *Differentielle Psychotherapie*

Die Frage nach den Unterschieden von Psychotherapien führt in den Bereich der Differentiellen Psychotherapie. Das differentielle Modell besagt, daß durch die Unterscheidung von Klienten- oder Störungstypen, durch die Unterscheidung verschiedener psychotherapeutischer Methoden und durch die entsprechende Zuordnungshypothese eine differentielle Indikation gestellt und eine Maximierung der Effekte erzielt werden könne. Die empirische Psychotherapieforschung hat für diese Sichtweise bisher allerdings wenig Belege erbracht (vgl. Luborsky, Chandler, Auerbach & Cohen, 1971; Smith & Glass, 1977). Dies kann sehr wohl daran liegen, daß das, was hier Therapeutisches Basisverhalten genannt wird, überwiegend für den Erfolg von Psychotherapie verantwortlich zu machen ist, und einzelne unterschiedliche und spezifische Techniken nur wenig mehr beitragen (vgl. Stiles, Shapiro & Elliott, 1986, zum Überblick und ausführlichen Diskussion). Strupp (1973a) ist z.B. der Meinung, daß 80 % der Erfolgsvarianz auf Faktoren zurückzuführen ist, die das therapeutische Beziehungsverhältnis prägen, also auf das, was durch das Therapeutisches Basisverhalten bewirkt wird. Lambert & DeJulio (1978; zit. nach Beutler, 1983) vermuten sogar, daß im Durchschnitt weniger als 10% der Varianz in den Ergebnissen den verschiedenen Techniken zugeschrieben werden kann. Dies kann aber auch daran liegen, daß es bisher nur ungenügend gelang, spezifisch vorzugehen und den differentiellen Einsatz von Techniken in der Erfolgsforschung von anderen Wirkfaktoren zu trennen (Garfield, 1974). Dies wird durch ein wiederkehrendes Ergebnis der vergleichenden Psychotherapieforschung nahegelegt. So fanden z.B. Plog & Grawe (1976) bei schweren Phobikern, daß Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie im Mittelwertvergleich im selben Maße erfolgreich sind. Bei einzelnen Kontrollvariablen fanden sie aber doch große Varianzunterschiede, die auf differentielle Prozesse und Effekte hinwiesen (vgl. auch Grawe, 1978, 1981; und die "Berner Therapievergleichsstudie" von Grawe, Caspar & Ambühl, 1990). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte Meyer (1981, 1990) in der Hamburger Vergleichsstudie zwischen "psychodynamischer und personenzentrierter Kurztherapie" (psychoanalytische vs. gesprächspsychotherapeutische Methodik).

Einen deutlichen Hinweis für die teilweise Gültigkeit des differentiellen Modells liefert die Arbeit von Beutler (1979a), in der 52 empirisch und methodisch hinlänglich adäquate Untersuchungen aus der vergleichenden Psychotherapieforschung ausgewertet wurden. Beutler hält es aufgrund seines Literaturüberblicks und aufgrund seiner rationalen Überlegung (nicht aufgrund empirisch-statistischer Ableitung) für sinnvoll, drei Klienten-Dimensionen zu unterscheiden:

1. Die Symptom-Komplexität, d.h. einfache und umschriebene Symptomatik (z.B. monosymptomatische Phobien) vs. komplexe und generalisierte Symptomatik (z.B. vielschichtige Phobien, Charakterstörungen etc.).
2. Der Abwehr-Stil, d.h. externale Abwehr oder angstmeidende Strategien (z.B. Projektion und Ausagieren) vs. internale Abwehr oder angstbindende Strategien (wie

z.B. Intellektualisieren und Etikettieren).

3. Der Bewältigungs-Stil oder die Reaktanz, d.h. starke vs. schwache Reaktanz als stärkere bzw. schwächere Prädisposition, externalem Einfluß zu widerstehen.

Auf der Methodenseite meint Beutler die Fülle von Therapierichtungen in fünf Hauptrichtungen gruppieren zu können. Hier unterscheidet er:

1. Kognitive Modifikation (z.B. Rational-emotive Therapie nach Ellis, 1978; oder Selbstanweisungs-Therapie nach Meichenbaum, 1979)
2. Kognitive Einsichtstherapie (z.B. psychoanalytische, individualpsychologische und neoanalytische Methoden),
3. Verhaltenstherapie (als vorstellungsvermittelte Behandlung von Verhalten, z.B. Systematische Desensibilisierung),
4. Verhaltensmodifikation (ohne Vorstellungsvermittlung und direkt, z.B. Münzverstärkungs-Programme, aversive Konditionierung),
5. Affektive Einsichtstherapie (im wesentlichen klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Encounter-Therapien).

Die Ergebnisse seiner Vergleichsanalyse sind sehr unterschiedlich. Bei manchen Vergleichen fand Beutler seine Erwartungen nur tendenziell bestätigt, bei anderen verbot sich eine Schlußfolgerung, weil die Untersuchungsergebnisse sich widersprachen oder die Interaktion mit den Klientenvariablen nicht eindeutig aus den Berichten geschlußfolgert werden konnte. Die Vergleiche jedoch zwischen "Affektiver Einsichtstherapie" und "Verhaltenstherapie" ermöglichten insgesamt eine deutliche Aussage, die für die Indikationsstellung nutzbar zu machen ist, wenn sie sich bei weiteren Untersuchungen bestätigen sollte. Zitat Beutler (1979a, p.894, Übers. vom Autor):

Eine Stichprobe von Patienten mit umschriebenen (einfachen) Symptomen, externalem Abwehrstil und einer schwachen Reaktanz würde den wahrscheinlichen Erfolg von Verhaltenstherapie maximieren, während eine Stichprobe von Patienten mit komplexen Symptomen, internalem Verteidigungsstil und hoher Reaktanz die wahrscheinlichen Effekte der affektiven Einsichtstherapie maximieren würden.

Diese Überblicks- und Meta-Vergleichs-Studie ist sicher nur ein Beispiel und kann kritisiert werden. (Beutler selbst sagt 1983, daß er mit "ziemlich viel" nicht mehr übereinstimmt.) Sie kann aber auch deutlich machen, was ein rein differentielles Modell leisten kann und was nicht. Das differentielle Modell leistet keine eindeutige Zuordnung von verschiedenen Therapierichtungen zu verschiedenen Klienten, bzw. Klienten-Dimensionen. Aber diese Studie erinnert herausfordernd daran, weiter nach Unterscheidungsmöglichkeiten sowohl auf Seiten der Klientenpopulation als auch auf Seiten der Therapiemethoden zu suchen, - nach Unterscheidungsmöglichkeiten, die ohne Rückgriff auf ein "Dogma" für Hypothesen bei der Indikationsstellung verwendbar sind. Sie ist eine Herausforderung, die Effektivität von Psychotherapie zu maximieren. Dies kann auch durch eine adaptive Indikationsstellung (vgl. Zielke, 1979a)

geschehen, bei der innerhalb einer (undogmatisch verstandenen) Therapierichtung Anpassungen der Vorgehensweise an die Besonderheiten des Klienten explizit gemacht und dokumentiert werden.

1983 entwickelte Beutler auch dementsprechend in seiner "Eklektischen Psychotherapie" ein spekulatives Modell, das einen systematischen Zugang zur Psychotherapie im Sinne einer Verschränkung von Einheits- und differentiellem Modell (siehe nächster Abschnitt) in Praxis und Forschung ermöglichen soll. Einen präskriptiven Eklektizismus hält er unter Berufung auf Frances & Clarkin (1981a, 1981b) für nicht möglich, wohl aber einen "technischen Eklektizismus" (Beutler, 1989). Ähnlich wie 1979a unterscheidet er fünf große Richtungen der psychotherapeutischen Intervention, die aber nicht mehr als "Schulen", sondern nur noch als "Ansätze" gesehen werden, die die verschiedenen möglichen Aktivitäten in unterschiedlichem Ausmaß berücksichtigen und betonen (vgl. Tabelle 4 für Einzelheiten): (a) psychoanalytische Ansätze, (b) interpersonale Ansätze (Sullivan, Adler und deren Nachfolger), (c) phänomenologische, erlebnismäßige Ansätze (Rogers, Perls und deren Nachfolger), (d) kognitive Ansätze (Ellis, Meichenbaum, Beck) und (e) behaviorale Ansätze ("covert and overt behavior therapies"). Seine Patienten-Taxonomie und die dazu entwickelten Hypothesen zur Zusammenstellung ("Passung") von Klient-Therapeut-Dyaden behält er bei. Aber es geht ihm nicht mehr darum, eine Zuordnung von Klienten zu diesen Richtungen zu begründen, sondern darum, unterschiedliche Techniken, die an diese Richtungen gebunden sind, aus ihrer theoretischen Bindung zu lösen und ihre spezifischen Möglichkeiten zur Erreichung spezifischer Ziele deutlich werden zu lassen. Diese Ziele sind mehr final oder mehr zwischenzeitlich ausgerichtet: Bei den finalen Zielen geht es um die Lösung von Kernkonflikten in den Bereichen Bindung (attachment) und Trennung, Autonomie und Sicherheit, und um die Lösung von Ambivalenzen, die sich aus widersprüchlichen Bedürfnissen in diesen Bereichen ergeben. Bei den Zwischenzielen geht es um (a) Einsichtsgewinn, (b) emotionales Gewahrsein, (c) Gefühlsintensivierung, (d) Affektmilderung, sowie um (e) Verhaltenskontrolle und um (f) Wahrnehmungsänderung. Diese Ziele können bei den unterschiedlichen Klienten mit spezifischen Techniken unterschiedlichster Richtungen leichter erreicht werden, wenn der Therapeut flexibel über sie verfügt. Darum geht es ihm. Tabelle 5 zeigt eine Auflistung solcher Techniken zur Erreichung von Zwischenzielen und kennzeichnet deren differentielle Schwerpunkte und unterschiedliche "Bandbreiten".

Beutlers Weiterentwicklung gegenüber 1979 geht in eine Richtung, die der in dieser Arbeit vertretenen Position sehr nahe kommt, wie die folgenden Zitate verdeutlichen:

Bei allen unseren Diskussionen über Techniken und Verfahren muß daran erinnert werden, daß diese keine "Psychotherapie" konstituieren. Wenn Techniken angewendet werden, dann müssen sie aus der therapeutischen Beziehung abgeleitet werden. (Beutler, 1983, p.139, Übers. v. Verf.)

Dabei scheint es von untergeordneter Bedeutung zu sein, daß er diese Beziehung als eine persuasive ansieht und Psychotherapie inhaltlich weitgehend als einen Persuasions-

prozeß definiert, denn er stellt auch fest:

Dieser Prozeß wird durch die Fähigkeit gefördert, realistische und wechselseitig akzeptierte Erwartungen zu stiften, und zwar im Kontext von Akzeptanz und Achtung für die Schwierigkeiten der Klienten. Weitere mächtige therapeutische Bestandteile sind: Nahe am Gefühl der Klienten bleiben, sich therapeutischen Zielen aus dem Kontext des Klienten-Erlebens heraus zuwenden, die Bereitschaft, sowohl positive wie negative Gefühle bezüglich der therapeutischen Beziehung anzusprechen und sich den verändernden Zielsetzungen anzupassen. (p.221, Übers. v. Verf.)

Tabelle 4

Kennzeichnung unterschiedlicher Therapierichtungen in Hinblick auf Art und Ausmaß verschiedener therapeutischer Aktivitäten (Nach Beutler, 1983, p.115)

Art der Aktivität (1 = hohe, 5 = geringe Ausprägung)	Ansatz (Orientierung)				
	Psycho- analyt.	Inter- personal	Huma- nist.	Kogni- tiv	Beha- vioral
A. Evokatives Verhalten					
Verbales Aktivitätsniveau	5	4	3*	1.5	1.5
Umformulieren, Spiegeln	3	4.5	1	4.5	2
Klären, Fragen	1	4	5	2	3
Deuten, Analysieren, Bedenken	1	4	5	3	2
Lehren, Informieren	4	2.5	5	1	2.5
B. Anleitendes Verhalten					
Ausmaß der Anleitung	5	4	1	2.5	2.5
Freie Assoziation	1	2	3	4.5	4.5
Einbezug des Körpers	5	4	1	3	2
Bestrafung und Belohnung	5	3	4	2	1
Rollenspiele	4.5	4.5	1	2.5	2.5
Systematisches Problemlösen	4.5	3	4.5	1	2
Phantasie- und Bilderleben	3.5	5	1	3.5	2
C. Fokus des Verhaltens					
Jetzt-Erleben (1) vs Dann-Einsicht (5)	5	4	1	2.5	2.5
Planen der Sitzungen	5	3	4	1.5	1.5
Strukturierung, Kontrolle	4.5	4.5	3*	1.5	1.5
Breitband- (1) vs Schmalband-Ziele (5)	1	2	3	4	5
Unbewußtes (1) vs Bewußtes Material (5)	1	2	3	4	5
D. Beziehungsangebot					
Formgerecht (1) vs spontan (5)	2	1	5	3.5	3.5
Persönlich/selbstoffen (1) vs unpersönlich/sachlich(5)	4.5	4.5	1	3	2
Beteiligung/unterstützend	3	5	1	3	3

Anmerkung. * Gilt nur für Gestalt-Richtung.

Tabelle 5

Zwischenziele von Psychotherapie, Schwerpunkte und Breite diverser Techniken (nach Beutler, 1983, p.126f)

Zwischenziele und Techniken	Rating non-konfrontativ (1) vs konfront.(5)	A)ffektiver B)ehavioral. C)ognitiver Fokus	Rating Breitband (1) vs Schmalband (5) Einfluß
1. Einsichtsgewinn			
A. Evokatives Verhalten			
Deuten der Übertragung	5	C	4
Umformulieren (reframing)	4	C	3
Fragen	2-4	C	2
B. Anleitendes Verhalten			
Freie Assoziation	1	C	4
Traumarbeit/-interpretation	3	C	3
Rollenspiel	3	C	2
Freies Phantasieerleben	1	C	5
Einzel- od.Zweistuhl Dialog	4	C	2-4
Audio/Video/Gruppenfeedback	5	C	2-4
Rollenskulpturen	4	C	3
2. Emotionales Gewahrsein			
A. Evokatives Verhalten			
Spiegeln der Gefühle	1	A	2-4
Fragen	2-4	A	1
Reverbalisieren der Gefühle	3	A	2
Umformulieren (reframing)	4	A	3
B. Anleitendes Verhalten			
Fokussieren (Focusing)	2	A	3
Freies Phantasie-/Bilderleben	1	A	4-5
Hausaufgaben (Enactment)	2	A	2
Einzel- od.Zweistuhl Dialog	3	A	2-4
Widerpart spielen	4	A	1-3
Übersteigern (Exaggerate)	3	A	4
3. Gefühlsintensivierung			
A. Evokatives Verhalten			
Konfrontation	5	A, C	2
Paradoxe Instruktion	4	A, C	2
Umformulieren (reframing)	4	A, C	3
Fragen	2-4	A, C	2
Deuten	5	A, C	4
Spiegeln	1	A, C	4
B. Anleitendes Verhalten			
Kontrollierter Dialog	2	A, C	3
Rollenspiel	3	A, C	2-4
Gelenktes Phantasie-/Bilderleben	2-4	A, C	2-4
Impllosion	5	A, C	3
Verdeckte Sensibilisierung/Löschg	4	A, C	2
Aversive Konditionierung	5	A, C	1
Physisches Übersteigern/Entlast.	4	A, C	3
Freies Phantasie-/Bilderleben	1	A, C	3

(Fortsetzung der Tabelle 5):

Zwischenziele und Techniken	Rating non-konfrontativ (1) vs konfront.(5)	A)affektiver B)ehavioral. C)ognitiver Fokus	Rating Breitband (1) vs Schmalband (5) Einfluß
4. Affektmilderung			
A. Evokatives Verhalten			
Beruhigen (Reassurance)	1	A, B	4
Lehren/Erklären	4	A, B	2-4
Informieren	2	A, B	1
Spiegeln	1	A, B	2-4
B. Anleitendes Verhalten			
Aussetzen (Exposure)	2-4	A, B	2-4
Gegenkonditionierung	2-3	A, B	2
Entspannen/Atmen	1	A, B	3
Autogenes/Biofeedback Training	2	A, B	1
Hypnose	4	A, B	2-4
Selbstsicherh./Kompetenztraining	3	A, B	3
Gelenktes Phantasie-/Bilderleben	2-5	A, B	2
5. Verhaltenskontrolle			
A. Evokatives Verhalten			
Informieren	2	B	1-2
Lehren/Beraten	4	B	2-4
Fragen	2-4	B	2
B. Anleitendes Verhalten			
Gestufte Praxis/Hausaufgaben	2-4	B	1-3
Kontingenzverträge	1-3	B	2-3
Offene/Verdeckte Verstärkung	5	B	2
Verhaltensformung	4	B	1
Diskriminationslernen	3	B	1
Selbstbeobachtung/-anweisung	2	B	2
6. Wahrnehmungsänderung			
A. Evokatives Verhalten			
Fragen	2-4	B, C	2-4
Umformulieren (Reframing)	4	B, C	3
Lehren/Beraten	4	B, C	4
Klären	1	B, C	2
B. Anleitendes Verhalten			
Selbstbeobachtung/-anweisung	2	B, C	2
Alternatives Denken	3	B, C	3-5
Beweise Sammeln	1-3	B, C	2-4
Widerpart Spielen	4	B, C	1-3
Röllenspiel	3	B, C	2
Offene/Verdeckte Verstärkung	5	B, C	2
Hypnotherapie	4	B, C	2-5
Gelenktes Phantasie-/Bilderleben	2-5	B, C	2-3

3.4 Die Notwendigkeit der Verschränkung von Einheits- und differentiellem Modell: Integration von Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Therapie

Das differentielle Modell impliziert, daß eine Maximierung therapeutischer Effektivität um so eher erreicht wird, je mehr die Techniken, die zum Einsatz kommen, auf die spezifischen individuellen Bedingungen des Klienten abgestimmt sind, d.h. differentiell vorgegangen wird. Aber eine solche Abstimmung und Applikation von Techniken ist nur möglich, wenn mit ihnen die therapeutische Beziehung aufgebaut, bzw. aufrechterhalten wird, d.h. wenn gleichzeitig Therapeutisches Basisverhalten verwirklicht wird. Individuelle spezifische Zielsetzungen werden also mit generellen und grundlegenden Zielsetzungen des Therapeutischen Basisverhaltens verschränkt.

Darin liegt ein gewichtiges allgemeines Argument für eine Integration: Weder ein rein differentielles Konzept, das den immer perfekteren Einsatz von Techniken vorantreibt, noch ein einheitliches Basisverhalten, das die notwendigen Bedingungen einer therapeutischen Beziehung stärker berücksichtigt, kann alleine befriedigen. Der gezielte Einsatz von Techniken muß auf die Art der Beziehung abgestimmt sein und umgekehrt, das Therapeutische Basisverhalten muß mit der differentiellen Vorgehensweise eine Einheit bilden: Integration als Verschränkung von Einheits- und differentiellem Modell. Nur, - eine solche Integration stellt sich zunächst als Aufgabe innerhalb jeder einzelnen therapeutischen Richtung.

Wird eine solche Integration z.B. in den "klassischen" Formen der Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie durchgeführt, dann kann der Verhaltenstherapie nicht mehr der Vorwurf gemacht werden, nur eine Sammlung von Techniken ("Trickkiste") zu sein, und der Gesprächspsychotherapie kann nicht mehr vorgeworfen werden, alles undifferenziert nur der "Beziehung" zuzuschreiben.

Eine solche Integration ist in der Praxis noch nicht vollzogen und scheint schwerer zu verwirklichen zu sein als ein streng schulgebundenes oder ein eklektisches Vorgehen. Ein erfahrener Psychotherapeut drückte dies in einem Brief an den Autor so aus:

Was mich vor allem immer gegen integrative Ansätze mißtrauisch sein läßt, ist die Erfahrung, daß es gut ist, eine therapeutische Identität zu finden. Nimmt man beide Kehrseiten der denkbaren Ausbildungsrichtungen (schulorientiert, integrativ), so hat man zwischen Verbohrtheit und Identitätslosigkeit zu wählen. Da finde ich - auch für den Klienten - Verbohrtheit schon tragbarer.

Daß eine Integration ohne diese Gefahr möglich, ja gerade zugunsten des Klienten nötig ist, soll an einem Beispiel der Differentiellen Gesprächspsychotherapie gezeigt werden. Dies geschieht ausführlich im Kapitel 6 und 7 von Teil 3. Hier wird nur ein kurzer Vorblick zum Beleg der Argumentation gegeben.

Gesprächspsychotherapie wird in ihrer klassischen, eng an Rogers angelehnten Form zu Recht manchmal als Basisverhalten bezeichnet, um damit zum Ausdruck zu bringen, daß das Entscheidende das Beziehungsangebot des Therapeuten ist (vgl. Biermann-

Ratjen, Eckert & Schwartz, 1979). Dieser klassische Ansatz ist aber unzureichend, wenn die Frage gestellt wird, was mit dem Klienten zu geschehen hat, der das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot nicht oder nur ungenügend nutzen kann. Die Praxis der Gesprächspsychotherapie hat hier zumindest in Teilen eine Antwort gefunden. Dies belegen z.B. die Untersuchungen über Techniken in der klientenzentrierten Therapie, wie Konfrontation oder Konkretisieren (vgl. z.B. Berenson, Mitchell & Laney, 1968) oder Untersuchungen über Gruppen- vs. Einzeltherapie (vgl. Mente & Spittler, 1980; Eckert & Biermann-Ratjen, 1985).

Es kann gezeigt werden (vgl. Teil 3 dieser Arbeit), daß die Indikation von Konfrontation und Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen von einem bestimmten Prozeßmerkmal, der Selbstaufmerksamkeit des Klienten, abhängig ist. Klienten, deren Aufmerksamkeit mehr auf die Ziele ihrer Tätigkeit gerichtet, also aktionsbezogen ist, unterscheiden sich ganz wesentlich von selbstbezogenen Klienten. Aktionsbezogene Klienten (nach Beutler wären dies Patienten mit externalem Abwehr-Stil) können die klassische Gesprächspsychotherapie nur unzureichend nutzen und stellen häufig die sogenannten "schwierigen" oder wenig erfolgreichen Klienten dar. In dennoch erfolgreichen Therapien zeigt sich, daß die Therapeuten bei diesen Klienten in viermal stärkerem Maße Techniken der Konfrontation benutzen als bei selbstbezogenen Klienten. Und dies, obwohl (oder gerade weil?) sie bei beiden Klientengruppen in hohem Maße (in diesem Falle klientenzentriertes) Therapeutisches Basisverhalten verwirklichen.

Die Therapeuten werden von den Klienten alle in vergleichbarem Maße als selbstkongruent, wertschätzend und empathisch erlebt. Das heißt, hier wird nicht einmal Therapeutisches Basisverhalten und dann differentielle Gesprächspsychotherapie verwirklicht, sondern die erfolgreicherer Gespräche sind beides. Sie dokumentieren die Integration von Einheits- und differentiellem Modell.

In der Gesprächspsychotherapie muß diese Integration dadurch erfolgen, daß das gesprächspsychotherapeutische Basisverhalten um den Blickwinkel der Differentiellen Psychotherapie erweitert wird, - daß der theoriegeleitete Einsatz von Techniken ermöglicht wird. In der Verhaltenstherapie muß umgekehrt das vielfältige technische Inventarium, das immer schon differentiiell angelegt war, mit dem Therapeutischen Basisverhalten integriert werden, um den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung theoriegeleitet durchführen zu können. Ansätze dafür finden sich in den handlungsorientierten kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapien (vgl. z.B. Beck, 1984; Hoffmann, 1979; Mahoney, 1977; Meichenbaum, 1977/1979; Jaeggi, 1979), in der sog. Breitband-Verhaltenstherapie (Lazarus, 1978), oder noch deutlicher in der interaktionellen Verhaltenstherapie (Grawe & Dziewas, 1977, 1978; Grawe, 1980; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990). Man kann sagen, daß diese Integration heute in der "Interaktionellen Therapie" (vgl. Ambühl & Grawe, 1988) und der Selbstmanagement-Therapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991) verwirklicht ist. Das "Lehrbuch für die klinische Praxis" von Kanfer et al. (1991) und die Forschungsarbeiten von

Grawe et al. (1990, 1990a,b,c) sind beeindruckende Dokumente für eine Annäherung der Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Aber sie zeigen auch, wie wichtig und gerechtfertigt es ist, daß Therapeuten bereit sind, über das in ihren jeweiligen Therapieformen vorgesehene Spektrum bezüglich "der Gestaltung ihres *Beziehungsverhaltens* und/oder ihres *technischen Vorgehens*" (Grawe, 1990d, S.374) hinauszugehen.

3.5 Die Begriffe Beziehung und Technik

Trotz dieser neueren Entwicklung wird häufig noch so getan, als könnten "Therapeutische Beziehung" und "Techniken" als getrennte Größen einander gegenübergestellt und getrennt zum Einsatz gebracht werden (Orlinsky & Howard, 1986a). So wenig es sinnvoll erscheint, therapeutische Wirksamkeit nur einzelnen Beziehungsfaktoren zuzusprechen, so wenig ist es sinnvoll, einen extremen technologischen Standpunkt einzunehmen und Personen- und Beziehungsvariablen in eine unendliche Fülle einzelner Techniken aufzulösen und diese als letztlich entscheidend für den Therapieerfolg hinzustellen. Dies zeigt z.B. auch eine kritische Literaturübersicht von Kazdin & Wilcoxon (1976) über empirische Arbeiten zur Systematischen Desensibilisierung. Sie fragen nach der spezifischen Effektivität von Systematischer Desensibilisierung unter Berücksichtigung sog. nicht-spezifischer Faktoren (bes. Klientenerfolgserwartung). Ihre methodischen Überlegungen und ihre Prüfung der großen Fülle empirischer Untersuchungen zu diesem Thema zeigen, daß die therapeutische Wirksamkeit von Beziehungsvariablen wie Klientenerwartung nicht von den spezifischen Technikvariablen zu trennen sind. Man darf sie nicht als unabhängig ansehen von der jeweiligen Störung und der verwendeten Technik (Wilson, 1985). Sie müssen als instrumental wirksame Faktoren berücksichtigt werden. Reinecker (1986, S.55) drückt dies so aus: "Es wäre ein kategorialer Fehler zu meinen, man sollte zuerst eine therapeutische Beziehung herstellen und dann eine Reihe spezifischer Techniken realisieren. Die Qualität einer Beziehung zeigt sich nur in der Umsetzung und konkreten therapeutischen Arbeit."

Im folgenden wird versucht, Psychotherapie so zu betrachten, daß zwar eine unterschiedliche Bedeutung, Funktion und Gewichtung von Beziehungs- und Technikaspekten deutlich werden kann, gleichzeitig aber eine bloße Gegenüberstellung von Beziehungs- und Technikfaktoren vermieden wird. Was heißt dann in diesem Zusammenhang "Beziehung" und was heißt "Technik"?

Nach Umschreibungen, wie sie sich in Lexika finden, bedeutet Technik soviel wie "die Regeln und Kunstgriffe einer Tätigkeit" (Der neue Brockhaus) oder wie "Handhabung, (Herstellungs-)Verfahren, Arbeitsweise; Hand-, Kunstfertigkeit" (Duden). Immer mit der ursprünglich adjektivischen Konnotation "kunstvoll, kunstgemäß; sachverständig, fachmännisch" und sowohl auf "Kunst" wie auf "Wissenschaft" bezogen. An dieser alltagssprachlichen Bedeutung des Begriffes erscheint für unsere Diskussion wichtig, daß immer Tätigkeit, d.h. beobachtbares Verhalten angesprochen ist, das seine

Berechtigung und seinen Bewertungsmaßstab außerhalb des individuellen Verhaltens in solch über-persönlichen, und in diesem Sinne unpersönlichen, Systemen wie Kunst und Wissenschaft hat.

Für diesen Verhaltensaspekt und diesen (im nicht-wertenden Sinne) unpersönlichen Aspekt wird auch der Begriff der (psychotherapeutischen) Operation verwendet (Bastine, 1980). Operationen sind zielgerichtet und absichtlich eingesetzte Techniken. Dieser operative Aspekt ist sicherlich in jeder Art von Psychotherapie gegeben. Aber er ist nur ein Aspekt, eine Ansicht des "Gegenstandes" Psychotherapie, und kann deshalb leicht vernachlässigt oder überbetont werden.

Beziehung meint (z.B. nach "Der neue Brockhaus") im zwischenmenschlichen Bereich "die das Handeln und Erleben des einzelnen bestimmende zwischenmenschliche Verbundenheit." Der Bedeutungsgehalt dieses Begriffes ist damit schlagartig komplexer. Er spricht zwar auch beobachtbares Verhalten ("Handeln") an, aber nur indirekt als Rückwirkung von Verbundenheit. Dieser Tatbestand der Rückwirkung von Verbundenheit ist in dem Wortkern des englischen "relationship" und auch in dem Begriff "Rapport" (re-ferre = zurücktragen, berichten) enthalten. "Verbundenheit" ist das zentrale Bestimmungsstück und dieser Begriff thematisiert subjektives Erleben, das von außen nicht direkt beobachtbar, sondern nur dem einzelnen Individuum von innen zugänglich ist, - ein "nur" persönlicher Aspekt. Der Begriff "Beziehung" ist also ein Konstrukt, das - will man es konkretisieren - sowohl direkt durch Beschreibung von persönlichem Erleben (jeweils getrennt) auf seiten der beteiligten Personen, als auch indirekt durch Beschreibung von Verhaltensrückwirkungen näher bestimmt werden muß. Darin liegt seine schillernde (und leicht mißverständliche) Eigenart. Direkt oder ursprünglich verweist der Begriff nur auf subjektives Erleben. Das Konstrukt "Beziehung" kann jedoch an Verhaltens- und Erlebensweisen festgemacht werden. Die mißverständliche Eigenart des Begriffes wird noch dadurch erhöht, daß zunächst offen bleibt, ob dieses Konstrukt auch Verhalten aufbauende und Verhalten organisierende Wirkung hat. In dem Moment aber, in dem wir von *therapeutischer* Beziehung sprechen, implizieren wir eine solche Wirkung - und zwar in positiver Richtung!

3.6 Auf dem Weg zu einer einheitlichen Definition

Welcher Zusammenhang besteht nun mit diversen Definitionen von Psychotherapie? Nach dem bisher Gesagten müßten beide Aspekte in Definitionsaussagen eingehen, und sie tun es auch - aber mit unterschiedlichem Gewicht. So definiert z.B. Bastine Psychotherapie allgemein "als eine spezifische Art der interpersonalen Beziehung ..., in der Klienten eine professionelle psychologische Hilfe bei der Bewältigung ihrer Probleme oder psychischen Schwierigkeiten erhalten. Der psychotherapeutische *Prozeß* ist ein prinzipiell geplantes und strukturiertes Geschehen, in dem durch zielgerichtete Operationen des Psychotherapeuten und des Klienten konstruktive Änderungen im Erleben, im Verhalten und in den sozialen Beziehungen des Klienten herbeigeführt werden

sollen" (Bastine, 1982, S.311; ähnlich auch 1980). Im ersten Teil dieser Definition wird der Erlebens-, bzw. der Beziehungsaspekt ("spezifische Art der interpersonalen Beziehung") und im zweiten Teil der Verhaltens-, bzw. Technik-Aspekt ("zielgerichtete Operationen"; "geplantes und strukturiertes Geschehen") angesprochen. Die starke Betonung des zweiten Aspekts kennzeichnet die spezifische Position von Bastine, so wie z.B. Aussagen von der Art: "Die Qualität der Beziehung ist für den ganzen therapeutischen Prozeß zentral" (Rogers, 1980/1983a, p.2153), die spezifische Position von Rogers kennzeichnen.

Andere Verständnismöglichkeiten ergeben sich, wenn man sagt: Psychotherapie ist Therapeutisches Basisverhalten und Differentielle Psychotherapie, und sie ist beides gleichermaßen. Diese Bestimmung kann eine einseitige Gewichtung von Beziehung oder von Technik vermeiden helfen, und sie kann der Tatsache Rechnung tragen, daß Psychotherapie sich mit anderen Gebieten der psycho-sozialen Hilfe überlappt.

Mit der in den letzten Abschnitten entwickelten Definition von Therapeutischem Basisverhalten als der Summe aller Erlebens- und Verhaltensweisen des Therapeuten und des Klienten, die eine therapeutische (statt veränderungsneutrale oder psychonoxische) **Beziehung** aufbauen und aufrechterhalten, soll folgendes ausgedrückt werden: (a) Beziehung ist das Produkt von beobachtbaren Verhaltensweisen, von Techniken oder Fertigkeiten des Therapeuten und des Klienten, und (b) diese Verhaltensweisen sind die sprachlichen und nichtsprachlichen Ent-Äußerungen von nur dem Klienten oder dem Therapeuten direkt zugänglichen subjektiven Erlebensweisen. Diese Erlebensweisen sind die Basis konstruktiver psychologischer Prozesse. Sie sind grundlegend - so die These -, weil von ihnen die Art des interaktiven Verhaltens abhängt (vgl. Kommunikationstheorie von Rogers, 1959). Oder anders ausgedrückt: Sie können "niemals **gemacht**, höchstens **zugelassen** werden" (Bauriedl, 1980, S.36). Und sie sind basal - so die These -, weil ganz bestimmte Arten solcher Erlebensweisen nicht nur für alle psychotherapeutischen Richtungen, sondern auch für die verschiedensten konstruktiven zwischenmenschlichen Beziehungsverhältnisse (wie Kind-Eltern, Schüler-Lehrer, Berater-Ratsuchender etc. etc.) gelten. Die Aussage, daß das ganz persönliche Erleben des Therapeuten und des Klienten letztendlich über Prozeß und Effekt der Therapie bestimmen, ist nur eine andere Formulierung für: Es ist die **Art** der Beziehung, die für Prozeß und Effekt der Therapie entscheidend ist (z.B. Rogers, 1980/1983a). Eine solche Aussage - konsequent beibehalten - würde aber ausschließen, daß Verhaltensweisen, die aus anderen Quellen als dem persönlichen Erleben gespeist werden, über Erfolg oder Mißerfolg von Therapie mitentscheiden. Techniken als explizite Wirkgrößen blieben z.B. ausgeschlossen. Es bliebe vor allem ausgeschlossen, daß der unpersönliche, objektivierbare Wissensschatz der Psychologie mit seinen Methoden und Erkenntnisinhalten benötigt wird.

Eine dem entgegengesetzte Position würde man einnehmen, wenn man Psychotherapie allein durch den sachkundigen und geplanten Einsatz von Techniken des Therapeuten definieren wollte. Dies geschieht, wenn man Psychotherapie exklusiv als

differentielle Therapie definiert. Differentielle Psychotherapie meint (wie oben festgestellt) dies: sachkundiger und beabsichtigter Einsatz von Techniken (Operationen), die aus psychologischen Prinzipien abgeleitet sind und bei verschiedenen Klienten, bzw. Klientengruppen auf die Modifikation von Verhaltens- und Erlebensweisen abzielen. Das sachkundige Verhalten von Therapeuten wird aus objektiviertem und jederzeit objektivierbarem Wissen gespeist. "Kunstfertiges Können" heißt, dieses Wissen in Handlung umsetzen zu können. Theoretische Aussagen gestatten die Formulierung von Regeln und Handlungsanweisungen für die Praxis. Das Ausmaß, in dem dies in gerechtfertigter und überprüfbarer Form geschehen kann, hängt unter anderem von dem Differenziertheitsgrad der Theorie ab, an der man sich orientiert.

Diese Arbeit will einen Beitrag aus klientenzentrierter Perspektive dazu liefern, auch wenn der Differenziertheitsgrad ihrer bisherigen Theorie das nicht zu rechtfertigen scheint. Jede Psychotherapie ist differentielle Psychotherapie. Genauso wie jede Psychotherapie nur möglich ist aufgrund eines Therapeutischen Basisverhaltens. Sie ist beides und beides gleichermaßen. Jede Psychotherapie bringt Techniken zum Einsatz und läßt die durch Experten objektivierten, über-persönliche und wissenschaftlich begründete Erkenntnis fruchtbar werden - so wie jede Form von Therapie nur möglich ist im Rahmen eines persönlichen, letztlich nur subjektiv erfahrbaren Beziehungsverhältnisses. Dies allerdings gilt es (in Teil 2 und 3) zu belegen und zu überprüfen.

Teil 2:

***THERAPEUTISCHES
BASISVERHALTEN***

Kapitel 4

Therapeutisches Basisverhalten:

Die instrumentale Grundlage der Klient-Therapeut-Interaktion ⁴⁾

In den vorangegangenen Kapiteln wurden erste Argumente für eine einheitliche Betrachtung psychologischer Interventionsmethodik zusammengetragen. Die psychotherapeutische Intervention wurde als interpersonaler Interaktionsprozeß ins Zentrum der Betrachtung gerückt und festgestellt, daß am gesamten therapeutischen Interaktionsgeschehen ein Basisverhalten und ein differentielles Vorgehen abgehoben und Psychotherapie als Integration dieser beiden Teilbereiche aufgefaßt werden kann. Es wurde definiert: *Therapeutisches Basisverhalten* umfaßt alle Erlebens- und Verhaltensweisen der helfenden und der hilfeschuchenden Person, die eine konstruktive *Beziehung* aufbauen und aufrechterhalten. Der Begriff "konstruktiv" besagt dabei, daß die Art des gegenseitigen Bezugs ("re-ferre") bei allen Beteiligten psychische Veränderungs- und Integrationsprozesse wie Lernen, störungsfreie Wahrnehmung und störungsfreies Handeln ermöglicht, statt veränderungsneutral oder prozeßhemmend zu sein und die Organisation von Verhaltens- und Erlebensweisen zu verhindern. Diese Definition hat drei wichtige Implikationen:

Erstens: Therapeutisches Basisverhalten bezieht sich auf alle an der Interaktion beteiligten Personen, - in der Psychotherapie auf Therapeuten- *und* Klientenverhalten. Zweitens: Es ist nicht auf die psychotherapeutische Intervention beschränkt. Und drittens: "Therapeutisches Basisverhalten" ist kein Synonym für "Therapeutische Beziehung". Es enthält genauso Techniken, Regeln oder Fertigkeiten zur Benennung und Bewältigung einzelner Probleme, wie z.B. zuverlässige Informationsgewinnung, Verstehen als Informationsverarbeitung, Eröffnungs- und Beendigungsrituale in der Kommunikation u.ä. Eine konstruktive Beziehung ist aber Ziel und Produkt des Basisverhaltens. Und in diesem Sinne können alle hier einschlägigen Verhaltens- und Erlebensweisen von Klient und Therapeut, von Lehrer und Schüler, von Elternteil und Kind - allgemein von allen Personen, die mit dem Ziel einer konstruktiven Lebensbewältigung miteinander kommunizieren - als Beziehungsfaktoren bezeichnet werden.

In der psychologischen Intervention können konstruktive Beziehungsmerkmale als Bedingungen angesehen werden, die vom Therapeuten erfüllt werden (Rogers, 1957), ein wesentlicher Teil dieser Merkmale hat aber ebenso mit dem Klienten zu tun (Gurman, 1977a). Werden sie von der Therapeutenseite her gekennzeichnet, dann ist Therapeutisches Basisverhalten eine fundamentale psychotherapeutische *Strategie* (Bastine, 1980), die das komplexe Ziel "Aufbau und Aufrechterhaltung" des therapeutischen Interaktionsgeschehens (= therapeutische Beziehung) verfolgt und aus einer Kombination verschiedener einzelner und konkreter Verhaltensweisen und Einstel-

lungen besteht, wie z.B. "Blickkontakt halten" oder "die Perspektive des Partners einnehmen" und ähnliches. Dabei wird es in verschiedenen Schulrichtungen unterschiedliche Akzente geben, je nachdem, ob das Therapiemedium stärker verbal oder stärker aktional ist, welche Rahmenbedingungen gelten usw. Es wird angenommen, daß solche schulen-, stil- und situationsspezifischen Akzente an der entscheidenden Zielrichtung und an den Funktionen des Basisverhaltens nichts ändern. Dem Therapeutenverhalten entspricht auf der Erlebensseite eine bestimmte Einstellung gegenüber dem Klienten, z.B. eine akzeptierend-wertschätzende Einstellung (Rogers, 1959) oder eine optimistisch-hoffnungsfördernde Haltung (Frank, 1973/1981). Werden Beziehungsvariablen auf der Seite der Klienten zu erfassen versucht, dann kann Therapeutisches Basisverhalten als eine Strategie zur Lebensbewältigung gekennzeichnet werden, die sich in einem intensiven verbal und nonverbal geäußerten Selbsterleben (SE) und einer bestimmten Haltung gegenüber den helfenden Personen, z.B. in Hilflosigkeit, Widerstand oder Bereitschaft zur Mitarbeit äußert.

In den vorangegangenen Kapiteln wurde betont, daß die Bedeutung des Therapeutischen Basisverhaltens sich auf verschiedene situative Kontexte erstrecken kann. In seiner inhaltlichen Dimensionalität ist es nicht auf Psychotherapie beschränkt, sondern gilt ebenso für die Situationen "Beratung", "Eltern-Kind", "Ehe" o.ä. Es ist aber in der Psychotherapie von entscheidender Bedeutung, weil diese auf Bedingungen gerichtet ist, in der andersgeartete alltägliche Strategien und Methoden, wie Befehlen, Bemühungen um Informationsvergabe, bloße Willenskundgebungen und Bereitstellen von Modellen zur Nachahmung versagen.

Gegenüber dem Begriff "Therapeutisches Basisverhalten" ist die Bedeutung des Begriffes "Differenzielle Psychotherapie" allein dem Bereich klinisch-psychologischer Behandlung (als Heilbehandlung, als Psychotherapie i.e.S.) vorbehalten: *Differenzielle Psychotherapie* umfaßt alle sachkundigen und beabsichtigten *Operationen* des Psychotherapeuten, die aus psychologischen Prinzipien abgeleitet sind und bei verschiedenen Klienten, bzw. Klientengruppen auf die Modifikation der Verhaltens- und Erlebensweisen abzielen, die vom Therapeuten und Klienten als veränderungsbedürftig, d.h. ohne fremde sachkundige Hilfe als nicht veränderbar, und vom Therapeuten zusätzlich als veränderungsfähig beurteilt werden (vgl. Meltzoff & Kornreich, 1970). Während die Beurteilungen bei Therapeuten erfahrungswissenschaftlich fundiert sind, bestimmt sich die Beurteilung des Klienten nach dessen subjektiver Überzeugung, ohne fremde Hilfe keine Linderung oder Verbesserung seines Zustandes zu erreichen. Die Operationen umfassen nach Bastine (1980) sowohl *Methoden*, die bei bestimmten psychischen Problemen relativ standardisiert, aber gegenüber Ritualen (Verfahren) flexibel verwendet werden (z.B. Selbstsicherheitstraining, Rollenspielübungen, Systematische Desensibilisierung oder Focusing), als auch *Strategien*, die komplexe Ziele in verschiedenen Veränderungsdimensionen verfolgen (z.B. Konfrontation zum Zwecke der Erlebnisintensivierung und Verhinderung von Ausweichen; oder Amplifikation zum Zwecke der kognitiven Umformulierung und Wahrnehmungserweiterung).

In der Differentiellen Therapie findet eine Abstimmung der Methoden und Strategien auf individuelle Bedingungen statt. Individuelle spezifische Zielsetzungen werden mit generell gültigen (sogenannten "unspezifischen") Zielsetzungen des Therapeutischen Basisverhaltens verschränkt. Differentielles Vorgehen und Basisverhalten gewinnen in der Anwendung auf einen individuellen Klienten eine spezifische Ganzheitlichkeit: Eine Integration von Technik- und Beziehungsfaktoren, von überpersönlicher Kunstfertigkeit und persönlicher Begegnung. Und das heißt auch: Differentielle Therapie ist nur möglich bei gleichzeitiger Verwirklichung von Therapeutischem Basisverhalten. Hier fließen in besonderem Maße die "Klinische Erfahrung" der Therapeuten im Umgang mit Klienten und auch ihr persönlicher Erfahrungsschatz mit ein.

Die Unterscheidung von Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Therapie ersetzt die Unterscheidung von therapeutischer Beziehung und therapeutischer Technik als sich ausschließende Variablen und trägt damit der Tatsache Rechnung, daß Psychotherapie immer Gestaltung eines Interaktionsprozesses, einer Beziehung ist und immer die Einflußgrößen Situation, sowie Klienten- und Therapeutenverhalten vorhanden sind. Sie gibt aber auch die Möglichkeit einzuordnen, in welchem therapeutischen Bereich Beziehungsfaktoren und in welchem Technikfaktoren eine *größere* Rolle spielen. Wird Psychotherapie als rein technische Angelegenheit angesehen, dann wird das Therapeutenverhalten von Klient zu Klient (oder von Situation zu Situation) stark variieren: Dies wäre der Bereich der Differentiellen Therapie. Wird Psychotherapie mehr als Beziehung angesehen, die durch die Person des Therapeuten gestaltet wird, dann wird das Therapeutenverhalten wenig variieren und sollte idealiter wenig durch Klienten- und Situationsvariablen beeinflusst werden: Dies wäre der Bereich des Therapeutischen Basisverhaltens. Wir wissen, daß beide Beobachtungen in erfolgreichen Therapien gemacht werden können (Beutler, Johnson, Neville & Workman, 1973; Brunink & Schroeder, 1979; Gurman, 1973a; Moos & McIntosh, 1970; Strupp, 1981, vgl. Beutler, 1983, pp.24).

4.1 Die funktionalen Aspekte des Therapeutischen Basisverhaltens

Wenn gesagt wird, daß Differentielle Therapie nur möglich ist bei gleichzeitiger Verwirklichung eines Therapeutischen Basisverhaltens, dann bedeutet das, daß letzterem ganz bestimmte Funktionen zukommen. Diese Funktionen können als Kohäsions-Funktion, als Grundlagen-Funktion und als direkte therapeutische Funktion bezeichnet werden.

Die *Kohäsions-Funktion* drückt am direktesten und damit am deutlichsten die strategische Zielsetzung und Verantwortlichkeit des Therapeuten für die Aufrechterhaltung der Beziehung aus: Es geht um den Zusammenhalt der Dyade, bzw. um die Kohäsion der Gruppe (Yalom, 1974). Folgende fünf Beziehungsaspekte gehören dazu (vgl. Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser & Howard, 1976; Frank, 1974b) und eignen sich als Ordnungs- oder Überblickskategorien:

1. **"Prognose des Therapeuten"**, d.h. seine Einschätzung bezüglich der Änderungsfähigkeit des Klienten. Diese geschieht im Rahmen des therapeutischen **Konzeptes**, nach dem er die quälenden Zustände des Klienten und seine Verhaltensweisen erklärt und benennt.
2. **"Sicherheit des Therapeuten"** durch aktive Beteiligung im Rahmen des psychotherapeutischen **Rituals**, das auf dem therapeutischen Konzept basiert. Für den Therapeuten bedeutet dies vor allem Sicherheit, aber auch Engagement und Rechtfertigung für die Aufrechterhaltung der Beziehung.

Beides ermöglicht sowohl auf Klienten- als auch auf Therapeutenseite:

3. **"Kontinuität der Beziehung"**. Diese meint das Erleben von Klienten und von Therapeuten, in einer kontinuierlichen Beziehung zu stehen, die sie auf irgendeine Art zwischen den Sitzungen antizipieren.
4. **"Sicherheit des Klienten"**, d.h. sein Vertrauen in die Kompetenz des Therapeuten und in dessen Zusage, ihm solange zur Seite zu stehen, wie Hilfe notwendig ist.
5. **"Bewegung des Klienten"**, d.h. seine Zufriedenheit und Erfolgserwartung, sein Gefühl, daß er fähig wird, seine Probleme zu erfassen, und daß er Fortschritte bei ihrer Lösung macht.

Die Beziehungsaspekte 1 und 5, sowie 2 und 4 entsprechen sich in der Klient-Therapeut-Interaktion.

Die **Grundlagen-Funktion** bringt zum Ausdruck, daß (a) die therapeutische Interaktion insgesamt in der Lage ist, eine Fülle von neuen und alten Verhaltens- und Erlebensmustern entstehen und sichtbar werden zu lassen, und daß (b) diese der weiteren Bearbeitung und differentiellen Förderung zugänglich sind. Am besten läßt sie sich durch Hinweise auf die Verbindung mit der Differentiellen Psychotherapie deutlich machen: Obwohl das differentielle Vorgehen an individuellen Zielsetzungen des Klienten orientiert ist, ist es stark theoriegeleitet und deshalb bisher immer noch schulengebunden.

In der Psychoanalyse wird man die Grundlagen-Funktion unter der Überschrift "Bearbeitung der Übertragung" finden können, welche auf Klientenseite nach Greenson (1973) als Oszillation, als Hinundherpendeln zwischen dem therapeutischen Arbeitsbündnis (als Basisverhalten) und den neurotischen Übertragungsreaktionen beschrieben werden kann.

Eine Voraussetzung für die Durchführung der psychoanalytischen Arbeit ist die Fähigkeit des Patienten, zwischen dem Arbeitsbündnis und den neurotischen Übertragungsreaktionen hin und her zu pendeln. Diese Fähigkeit läuft parallel der Spaltung im Ich des Patienten: zwischen einem vernünftigen, beobachtenden, analysierenden Ich und einem erlebenden, subjektiven, irrationalen Ich. (Greenson, 1973, S.60)

In der Verhaltenstherapie wird es z.B. um die schrittweise und kontrollierte Bearbeitung von funktionalen Verhaltensproblemen oder um die Optimierung der individuellen

Lernmöglichkeiten gehen. In der Gesprächspsychotherapie, in der ein differentielles Vorgehen noch am wenigsten weit entwickelt worden ist, spielt z.B. die differentielle Förderung der Selbstexploration und des Handlungsspielraums durch "konstruktive Konfrontation" oder andere spezifische Maßnahmen eine große Rolle (vgl. Kapitel 6 bis 8 dieser Arbeit).

Die *direkte therapeutische Funktion* des Basisverhaltens ist zunächst und vor allem darin zu sehen, daß die in der Beziehung auftretenden Interaktionsmuster und berichteten Interaktionsinhalte vom Therapeuten richtig erkannt, d.h. unverzerrt wahrgenommen werden. Sie bedeutet also zunächst auf Therapeutenseite: Genaues Verstehen von Prozeß und Inhalt der Interaktion. Dann besteht sie weiter darin, daß diese Interaktionsmuster und -inhalte dem Klienten so zugänglich gemacht werden, daß dieser sie nutzen kann, um (a) neue Interaktionen auszuprobieren (Bereich des Sozialverhaltens), um (b) neue Wahrnehmungen z.B. von bisher gelegneten Gefühlen zu machen (kognitiver Bereich) und um (c) neue Bewertungen vorzunehmen (affektiver Bereich). In diesen drei Bereichen identifiziert Karasu (1986) auch drei "change agents" (Wirkfaktoren), die alle therapeutischen Schulen benötigen. Und es ist in den zuletzt genannten Punkten auch unwichtig, ob die Funktion über Prozesse der sozialen Verstärkung, der Aktivierung natürlicher Prozesse oder der katalytischen Auslösung von natürlichen Wachstumskräften erklärt wird. Diesen drei Erklärungsversuchen entsprechen verschiedene Annahmen über die kausalen Zusammenhänge einer therapeutischen Veränderung. Sie treffen sich in der gemeinsamen Annahme, daß diese Veränderungen nur auf der Basis einer personalen Beziehung möglich sind (vgl. Kapitel 1 "Grundmodelle von Psychotherapie").

4.2 Inhaltliche Dimensionen des Therapeutischen Basisverhaltens

Wie im dritten Kapitel (Definition von Psychotherapie; Abschnitt 3.2) schon kurz erwähnt, werden alle drei Funktionen des Therapeutischen Basisverhaltens um so eher erfüllt, je mehr es folgende Merkmale aufweist:

- Realitätsoffenheit: Sie zeigt sich in dem Ausmaß der Offenheit für die persönliche Wirklichkeit und reale Situation der Interaktionspartner.
- Personenbezogenheit: Sie zeigt sich in dem Ausmaß des korrekten Verstehens der persönlichen Eigenart der Interaktionspartner.
- Akzeptationsbreite: Sie zeigt sich in dem Ausmaß der Achtung vor der individuellen Eigenart der Interaktionspartner.

Es ist gefordert, daß das Verhalten und Erleben von Therapeuten während des gesamten Interaktionsgeschehens in möglichst starkem Maß von diesen Merkmalen geprägt ist. Das Erleben und Verhalten von Klienten wird zu Beginn der Therapie (und wechselnd auch während des Therapieprozesses) in nur geringem Ausmaß von diesen Merkmalen gekennzeichnet sein. Ein höheres Ausmaß an Merkmalsausprägung in

diesen drei Dimensionen bleibt jedoch Ziel des Therapieprozesses.

Es ist richtig, daß diesen drei Charakteristiken leicht die "therapeutischen Bedingungen" von Rogers (1957) zugeordnet werden können. Ihnen können jedoch auch jene Beziehungsdefinitionen zugeordnet werden, die von der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie (um nur diese Richtungen paradigmatisch herauszugreifen) als fundamental und notwendig erkannt werden. Die hier vertretene These ist, daß diese drei Merkmale die *Dimensionen eines therapeutischen Raumes* aufspannen, der in den verschiedenen Schulrichtungen gleichermaßen die Basis darstellt. Die Begriffe und theoretischen Fassungen mögen zwar verschieden sein, sie bringen aber etwas sehr Ähnliches zum Ausdruck und können deshalb als einheitliches Lernziel für die praktische Ausbildung eines Therapeutischen Basisverhaltens in der klinisch-psychologischen Universitätsausbildung angesehen werden. Dies soll im folgenden dadurch deutlich gemacht werden, daß die Begriffe Realitätsoffenheit, Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite schwerpunktmäßig nach den drei Schulrichtungen "Psychoanalyse", "Verhaltenstherapie" und "Gesprächspsychotherapie" abgehandelt werden.

4.2.1 Realitätsoffenheit

Die Kennzeichnung von Verhaltens- und Erlebensweisen des Therapeuten und Klienten als "realitätsoffen" oder als "real" besagt, daß die Grundlage ihrer Interaktion eine Orientierung an der persönlichen Wirklichkeit und der realen Situation der Interaktionspartner ist. Es geht um die Frage, ob das durch die sozialen Rollen und die psychische Störung Vorgegebene so transzendiert werden kann, daß die persönliche Wirklichkeit der Interaktionspartner offenbar wird. Die Grundlage der Interaktion soll eine "unneurotische", d.h. an der Wirklichkeit und nicht an Übertragungsphänomenen orientierte Beziehung sein und bleiben. Dieser Sachverhalt wurde im letzten Kapitel (Abschnitt 3.2) bei der Definition von Realitätsoffenheit mit dem Begriff "Rollen-Transzendenz" gekennzeichnet. Es wurde gesagt, daß hier das dazugehört, was vor allem in der Gesprächspsychotherapie als Echtheit (versus Fassadenhaftigkeit), als glaubwürdige Festigkeit (versus Unsicherheit) und als Unmittelbarkeit (versus Abgehobenheit) bezeichnet wird und sowohl für die Art der therapeutischen Beziehung, als auch für den Erfolg von Psychotherapie prädictiv ist (vgl. zum Überblick Orlinsky & Howard, 1986a, pp.336-343). Im folgenden werden die Namensgebungen vorgestellt, wie sie in psychoanalytischem, verhaltenstherapeutischem und klientenzentriertem Zusammenhang zur begrifflichen und operationalen Kennzeichnung von Realitätsoffenheit verwendet werden.

Das therapeutische Arbeitsbündnis: - Dieses kann als psychoanalytische Konzeption von Realitätsoffenheit der therapeutischen Beziehung gesehen werden. Tiefenpsychologische Auffassungen von therapeutischer Beziehung sind sehr vielfältig und nuancenreich. Sie sind aber auch schwer exakt und operational zu fassen. Einen Einblick in diese Problematik und Vielfalt gibt der Sammelband von Battagay & Trenkel (1978),

die Diskussion in Thomä & Kächele (1985), sowie die Studie von Hartley & Strupp (1982). In jüngster Zeit sind bezüglich der Operationalisierung des Phänomens "Arbeitsbündnis" oder "Arbeitsbeziehung" durch die Entwicklung von Beurteiler-Skalen (Marmar, Horowitz, Weiss & Marziali, 1987), Teilnehmer-Inventaren (Horvath & Greenberg, 1987) und Therapie-Manualen (Luborsky, 1984) bessere Bedingungen für die Erforschung dieses aus der Psychoanalyse stammenden Konzepts geschaffen worden und haben nicht nur im englischsprachigen Raum (z.B. Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988; Luborsky, Barber & Crits-Christoph, 1990), sondern auch im deutschen (Rudolf, 1991) zu umfangreichen empirischen Untersuchungen geführt (zum Überblick vgl. Bastine, 1991).

Eine weite Verbreitung und besondere Bedeutung hat die Konzeption von Greenson (1966, 1973; vgl. auch Waterhouse & Strupp, 1984) gefunden. Er faßt das, was Freud als "leistungsfähige Übertragung" oder "ordentlichen Rapport" bezeichnet, als eine realitätsorientierte Abmachung zwischen Therapeut und Klient: als therapeutisches Arbeitsbündnis. Dieser Begriff hat eine schulenübergreifende Bedeutung erhalten (vgl. Orlinsky & Howard, 1987): Implizit oder explizit ist diese Form der Beziehung in jeder Art von Psychotherapie grundlegend und erforderlich. Auch dann, wenn die theoretischen Erklärungen, Begriffe und Folgerungen nicht geteilt werden. Aus diesen Gründen soll als psychoanalytische Konzeption hier das Konzept von Greenson (1973) verwendet werden. Er definiert: "Das Arbeitsbündnis ist eine relativ unneurotische, rationale Beziehung zwischen dem Patienten und dem Analytiker, die es dem Patienten ermöglicht, in der analytischen Situation zielstrebig zu arbeiten." (S.59) Diese Definition entspricht der in der Psychoanalyse häufig getroffenen Indikationsstellung, daß nur "ein relativ gesunder Neurotiker...ohne größere Modifikationen oder Abweichungen psychoanalytisch behandelt" werden kann (Greenson, 1973, S.58; ähnlich Strupp, 1981b, pp.221).

Das therapeutische Arbeitsbündnis wird als reale, wirklichkeitsbezogene Beziehung gleichrangig neben die "Übertragungsneurose" als neurotische Beziehung gestellt, die beide zusammen die gesamten Therapeut-Klient-Interaktionen bestimmen (vgl. Larbig, 1983). Die reale Situation, auf der Klient und Therapeut aufbauen, besteht darin, daß der Klient wirklich der psychologischen Hilfe bedarf, d.h. die reale Situation besteht in seiner *Hilflosigkeit*, seinem "*Leidensdruck*", und daß es dem Therapeuten wirklich um die Bedürfnisse, Gedanken und Gefühle des Klienten und nicht um seine eigenen geht ("*Spiegelhaltung*" und "*Abstinenzregel*"). Die Bedürfnisse des Klienten sollen nicht durch den Therapeuten (und die des Therapeuten nicht durch den Klienten) ersatzweise gestillt werden. Das Verhalten auf beiden Seiten bleibt gebunden an das Ziel "Überwindung des Leidens".

Heute können mit Hilfe der Interaktionsdiagnostik (vgl. das "Interpersonale Diagnoseschema" von Freedman, Leary, Ossorio & Coffey, 1951, oder die "Strukturierte Analyse Sozialer Beziehungen" von Benjamin, z.B. 1982) realitätsoffenes Verhalten von Klienten und Therapeuten, ebenso Übertragungsverhalten und Gegenübertragungs-

verhalten, operational definiert und voneinander abgehoben werden. Crowder (1972) hat empirisch nachgewiesen, daß erfolgreiche Therapien durch mehr realitätsoffenes Verhalten und weniger durch Übertragungs- und Gegenübertragungsverhalten gekennzeichnet sind. Auch andere Autoren (z.B. Birk & Birk-Brinkley, 1974) weisen darauf hin, daß durch ein solchermaßen therapeutisches Arbeitsbündnis Übertragungsphänomene wohltuend reduziert werden. Untersuchungen wie die von Crowder sind für die Ausbildung wichtig: Sie geben einmal (formal) die Möglichkeit der operationalen Definition und der empirischen Kontrolle auch psychoanalytischer Ausbildungsinhalte, und zum anderen setzen sie (inhaltlich) Ausbildungsziele, wie z.B. die Fähigkeit zum Aufbau eines realitätsorientierten Arbeitsbündnisses.

Die Inhaltsrelevanz: - In der Verhaltenstherapie kann das Beziehungsmerkmal "Realitätsoffenheit" in der Forderung nach der Fähigkeit zu "inhaltsrelevantem" Verhalten des Therapeuten (Rosen, 1972) wiedererkannt werden. Inhaltsrelevanz definiert Rosen als das Ausmaß, in dem der Inhalt der Therapeutenäußerung vom Klienten (und entsprechend der Klientenäußerung vom Therapeuten) als relevant angesehen wird für die eigene Definition von Therapie und die eigene Erwartung an die Inhalte der Therapie. Irrelevant wäre vor allem jedes Therapeutenverhalten, das nicht an der Wirklichkeit des Klienten (sondern der des Therapeuten) orientiert ist; irrelevant aber auch das Klientenverhalten, das nicht der Definition von Psychotherapie entspricht, wie sie der Therapeut sieht. Die Brauchbarkeit für die empirische Forschung und die Ausbildung wird z.B. in zwei Studien von Rosen & Wish (1973) sichtbar (vgl. unten Abschnitt "Personenbezogenheit").

Das Konzept von Rosen entspricht ganz gut der Position von Grawe & Dziewas (1977). Sie definieren eine "gute Behandlungsbeziehung" als Kongruenz oder Vereinbarkeit von "Interaktionsangebot, das der Therapeut mit seiner Person und seinem technischen Vorgehen dem Patienten macht, mit den interaktionellen Möglichkeiten des Patienten" (S.30). Noch stärker als in der Beziehungsdefinition von Greenson oder Rosen & Wish ist hier die wechselseitige Beeinflussung von Therapeut und Klient berücksichtigt. Aufgabe des Therapeuten ist es, ein funktionierendes Interaktionsmuster herzustellen, und durch ständige Analyse der gegenseitigen Beeinflussung dieses Interaktionsmuster für die Erreichung individueller Therapieziele (Differentielle Therapie) funktionsfähig zu halten. Das methodische Vorgehen zum Erreichen dieser Aufgabe ist die sogenannte vertikale Verhaltensanalyse, die sich sowohl auf die Klientenberichte als auch auf die Klient-Therapeut-Interaktion als Material bezieht. Im Gegensatz zur systematischen Verhaltensanalyse, in der funktionale Modelle über "Verhalten-in-Situation" gebildet werden, wird hier in Anlehnung an Miller, Galanter & Pribram (1973) die funktionale Bedeutung untersucht, die Verhalten als Unterplan in einem übergeordneten Plan hat, und wie "zwei aufeinander bezogene, sich gegenseitig durch Verstärkung aufrechterhaltende" Interaktionspläne zweier Personen (Interaktionsmuster) zusammenpassen. Sowohl zu sehr verschiedene als auch zu sehr ähnliche interaktionale Pläne von Therapeut und Klient verhindern eine dauerhafte Behand-

lungsbeziehung. Eine ausführliche Darstellung der Plananalyse findet sich bei Caspar (1989).

Für die Gestaltung einer guten Behandlungsbeziehung in der interaktionellen Verhaltenstherapie müssen folgende Fragen gestellt und beantwortet werden:

1. Welche Interaktionsmuster geht der Klient bevorzugt mit dem Therapeuten oder anderen Personen ein?
2. Welche zwischenmenschlichen Verhaltensweisen versucht er bei seinem Interaktionspartner (z.B. auch beim Therapeuten) herzustellen?
3. Welche zwischenmenschlichen Verhaltensweisen seiner Interaktionspartner versucht der Klient zu vermeiden?
4. Welche Strategien verwendet der Klient, um das Auftreten dieser Verhaltensweisen zu verhindern?

Die Befähigung zur Beantwortung dieser Fragen und zur Korrektur eines inadäquaten Therapeutenverhaltens kann als Ausbildungsziel für ein Therapeutisches Basisverhalten innerhalb des verhaltenstherapeutischen Settings angesehen werden (Goldfried & Davison, 1976). Motivierung der Klienten, Präzisierung der Erwartungen und die Schaffung der individuellen Voraussetzungen für den einzelnen Klienten können aufgrund dieser Vorgehensweise *spezifisch* erfolgen. Dziewas und Grawe (1977) sagen:

Viele der schwer gestörten Patienten verfügen ja nicht von vornherein über die Voraussetzungen, die zum Eingehen einer funktionsfähigen Arbeitsbeziehung zu Therapeuten und zur Gruppe erforderlich sind; häufig liegt eine grundlegende Aufgabe der Therapie gerade darin, mit dem Patienten allmählich die interaktionellen Verhaltensprobleme zu lösen, die seinen Therapieprozeß selbst behindern. (S.5; vgl. auch Dziewas, Grawe & Wedel, 1980)

In der psychoanalytischen Terminologie hieße das, das therapeutische Arbeitsbündnis aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Manchmal wird alltagssprachlich die Regel aufgestellt, den Klienten "dort abzuholen, wo er sich befindet".

Selbstkongruenz: - In der Gesprächspsychotherapie wird der realitätsoffene Charakter der Klient-Therapeut-Beziehung in der Forderung an den Therapeuten deutlich, "echt" oder "selbstkongruent" und damit für den Klienten als reale Person faßbar zu sein. Selbstkongruenz (Echtheit) des Therapeuten als reales Zugewesen in der Klient-Therapeut-Interaktion heißt: Der Therapeut spricht und verhält sich dem Klienten gegenüber nicht anders als er ihm gegenüber fühlt und denkt. Er ist in der Interaktion mit dem Klienten ohne Maske und Abwehr ganz er selbst. Sein Erleben und Verhalten gegenüber dem Klienten ist in seiner Person als Ganzheit integriert. Dem entspricht auf der Klientenseite, daß dieser nach Selbstkongruenz strebt, und die bestehende Inkongruenz (Diskrepanz) Motor seines Verhaltens und Erlebens im Therapieprozeß bleibt. Die Wirklichkeit, auf die Therapeut und Klient bezogen sind und nach der diese Art von Kongruenz bestimmt ist, ist jeweils das eigene innere Erleben, die auf den Partner gerichteten Gefühle, die Selbstbewertungen, ebenso wie die mehr ungerichteten Gefüh-

le, wie Angst, Depression oder freudige Erregung. Selbstkongruenz des Therapeuten ist über Klientenbefragung (oder weniger konsistent über Ratingskalen) erfassbar, indem z.B. das Ausmaß eingeschätzt wird, in dem der Therapeut gegenüber dem Klienten so spricht und sich verhält, wie er ihm gegenüber auch denkt und fühlt. Oder es kann die negative Ausprägung dieser Dimension bestimmt werden, indem das Ausmaß Maskenhaftigkeit und Abwehrverhalten eingeschätzt wird.

Das Beziehungsverhältnis Klient-Therapeut ist eine Art von komplementärer Vereinbarkeit (reziprok-komplementäre Beziehung): Dem Zustand der Inkongruenz beim Klienten entspricht ein Zustand der Kongruenz beim Therapeuten. Ein selbstkongruentes (sprich realitätsoffenes) Verhalten des Therapeuten gegenüber dem Klienten in der therapeutischen Situation ist umso wahrscheinlicher, je mehr der Therapeut auch außerhalb der Therapiesituation die Persönlichkeitseigenschaften "psychological openness" oder *Offenheit* gegenüber dem eigenen Erleben und "self-disclosure" oder *Äußerungsbereitschaft* besitzt. Untersuchungen von Allen (1972), Foulds (1969) und Graff (1970) zeigen, daß diese Persönlichkeitseigenschaften des Therapeuten in korrelativem Zusammenhang mit Variablen des Basisverhaltens in der Therapie stehen (wie z.B. mit Empathiefähigkeit des Therapeuten oder Zufriedenheit des Klienten). In vielen Untersuchungen zeigt sich übereinstimmend, daß die Offenheit und Äußerungsbereitschaft des Therapeuten in der Lage sind, vor allem das Selbsterleben und die Äußerungsbereitschaft (Jourard, 1971) oder die sogenannte Selbstexploration des Klienten (Truax & Carkhuff, 1965) hervorzurufen und zu fördern. Sie festigen die Bereitschaft zur weiteren Zusammenarbeit (Giannandrea & Murphy, 1973) und lassen die Zusammenarbeit als hilfreich erleben (Bundza & Simonson, 1973), was wieder ein Hinweis auf die Kohäsionsfunktion von Therapeutischem Basisverhalten ist (vgl. Kapitel 5 in dieser Arbeit).

Auf der Klientenseite ist es das Ausmaß an *Selbsterleben* oder *Selbstexploration* (vgl. z.B. Bommert & Dahlhoff, 1978), was für die Interaktion grundlegend ist. Selbsterleben meint hier in der Dimension Realitätsoffenheit den Zugang zur eigenen und zur fremden persönlichen Wirklichkeit, zu den damit verbundenen sozialen Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühlen. Je mehr Inkongruenz, desto mehr Verneinung und Verzerrung der eigenen und fremden persönlichen Wirklichkeit.

"Selbsterleben" findet sich natürlich auch in den therapeutischen Dimensionen der Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite und ist dort verbunden mit zusätzlichen Inhalten wie "Empathischer Resonanz" und "Selbstbejahung". Selbsterleben als Zugang zur eigenen und zur fremden persönlichen Wirklichkeit zusammen mit dem Suchen und Klären von Zusammenhängen, wird als *Selbstexploration* bezeichnet. Für Gesprächspsychotherapeuten ist es die wichtigste Klientenprozeßvariable im Therapeutischen Basisverhalten. Erfolg und Mißerfolg der Therapie hängen von ihrem Ausgangsniveau und von ihrem Änderungsverlauf ab. Dies zeigt z.B. eine Untersuchung des Autors (vgl. Kapitel 7 in dieser Arbeit), in der der Verlauf und das Ausmaß der Selbstexploration in den vier Anfangskontakten bei fünf sehr erfolgreichen und fünf nicht erfolgrei-

chen Klienten verglichen wurden. Es zeigte sich, daß erfolgreiche Klienten auf einem höheren Niveau von Selbstexploration beginnen als nicht-erfolgreiche. Und erfolgreiche Klienten erreichen innerhalb einer Therapiestunde schon sehr früh ein hohes Selbstexplorationsniveau, das "Suchen und Klären von Zusammenhängen" mit beinhaltet. In der zweiten Sitzung erreichen sie dieses Niveau im letzten Drittel der Sitzung und ab der dritten Sitzung schon in der Mitte der Stunde.

4.2.2 Personenbezogenheit

Mit dieser Bezeichnung des Therapeutischen Basisverhaltens soll festgehalten werden, daß die Rollenübernahmefähigkeit des Therapeuten, seine Empathie, seine Fähigkeit, sich vom Erleben der anderen Person ein adäquates Bild zu machen, Grundlage des therapeutischen Interaktionsgeschehens ist, und nicht etwa ein technisches Verfahren, eine unpersönliche Mechanik oder eine hierarchische Machtstruktur, denen sich der Klient anzupassen und zu unterwerfen hat. Empathie ist nach Batson & Coke (1983) ein entscheidender Motivationsfaktor, um Klienten zu helfen. In der Literatur wird statt von Empathie auch von empathischer Resonanz gesprochen, um die Gegenseitigkeit des Prozesses mit anzudeuten (vgl. Orlinsky & Howard, 1986a, pp.343-348).

Einfühlung und Verstehen: - Im therapeutischen Arbeitsbündnis, bzw. in der psychoanalytischen Konzeption wird diese Dimension mit Einfühlung oder Verstehen benannt. Nach Greenson (1973) ist dabei der entscheidende Faktor "das konsequente und unerschütterliche Suchen nach Einsicht, das der Analytiker in seinem Umgang mit allen Einzelheiten des Materials und des Verhaltens, die der Patient bringt, an den Tag legt" (S.221). Dies gilt insbesondere für die **Analyse von Widerstand** ! Auf Klientenseite ist dessen **Introspektionsfähigkeit**, d.h. seine Bereitschaft und Fähigkeit zum analytischen Arbeiten, ein wichtiger Faktor.

Ein anderer Aspekt von Einfühlung und Verstehen im Arbeitsbündnis ist die "**Beobachtersituation**", die für den Therapeuten bedeutet, daß dieser den Überblick behält, dabei aber keine zu strenge, zu distanzierte oder gar autoritär-kontrollierende Haltung entwickelt (Nähe-Distanz-Problem). Auf der Klientenseite kann die vorübergehende und teilweise **Identifikation** mit der Einstellung und Arbeitsweise des Analytikers genannt werden.

Interaktionskongruenz: - In der Verhaltenstherapie begegnen wir dem Merkmal verstehender Personenbezogenheit z.B. in der Beziehungsdefinition von Rosen (1972), speziell in der Definition von Interaktionskongruenz (stimulus-response-congruence). Interaktionskongruenz ist das Ausmaß an Rückmeldung in der Therapeutenantwort (oder Klientenäußerung) darüber, daß eine Mitteilung verstanden ("empfangen") wurde und wie sie verstanden wurde.

Wie bei der Definition von Inhaltsrelevanz kommt auch hier in der Definition von Interaktionskongruenz der besondere Charakter der Beziehungsgröße darin zum Ausdruck, daß sie für Klient und Therapeut gleichermaßen gilt. Interaktionskongruenz läßt

sich ebenfalls über Tonbandaufnahmen zuverlässig signieren und z.B. als Proportionsindex verrechnen. In einer experimentellen Analogiestudie von Rosen & Wish (1973) zeigte sich, daß auf Seiten des therapeutisch tätigen Sozialarbeiters interaktionskongruentes Verhalten vom Verhalten des Klienten und von der Ausbildung des Sozialarbeiters abhängt. Es besteht die Gefahr, daß Berater-Therapeuten mit Inkongruenz reagieren, wenn Klienten inkongruent sind. Und dies ist besonders bei mangelhafter Ausbildung zu erwarten.

Auf der anderen Seite hängt auch das interaktionskongruente Verhalten des Klienten vom Verhalten des Therapeuten ab. Dazu untersuchten Rosen & Wish (1973) die Behandlungsbeziehung in 24 Fällen von Sexualberatung bei Ehepaaren, wobei von jedem Ehepartner zwei Diagnostik-Interviews analysiert wurden. Es zeigte sich, daß die Interaktionskongruenz des Klienten abhängig ist vom Ausmaß der Inhaltsrelevanz beim Therapeuten (seiner Realitätsoffenheit). Klienten können am leichtesten Therapeutenäußerungen aufnehmen und verstehen, wenn diese sich auf Inhalte beziehen, die die Klienten für sich als relevant ansehen können. Zwei weitere Beispiele (stellvertretend für viele): Alexander, Barton, Schiavo & Parsons (1976) fanden, daß eine verhaltenstheoretische Intervention bei Familien von Delinquenten nur dann deren Interaktionsmuster therapeutisch zu verändern vermag, wenn das technische Vorgehen von Beziehungsfaktoren wie Wärme, Humor und direktem Personenbezug getragen ist (und diese Therapeutenmerkmale an Hand des tatsächlichen Interaktionsverhaltens statt mit Persönlichkeitstests gemessen werden). Und Miller, Taylor & West (1980) konnten bei der Therapie von Alkoholikern zeigen, daß das Ausmaß der Einfühlung der Therapeuten in die besondere Lage der Klienten ein guter Prädiktor für den Therapieerfolg ist.

Dies setzt ein klares Ziel für die praktische Ausbildung und Supervision von Basisverhalten beim Psychotherapeuten:

- Lernen, mangelnde Interaktionskongruenz zu erkennen, sowohl im Klientenverhalten wie im eigenen Verhalten,
- Befähigung zu interaktionskongruentem Verhalten unabhängig von der Interaktions-Inkongruenz der Sprech- und Verhaltensweise des Klienten.

Genaueres Verstehen der persönlichen Eigenart: - In der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie wird die Personenbezogenheit des Therapeutischen Basisverhaltens vor allem in dem Therapeutenmerkmal Empathie als genauem Verstehen der persönlichen Eigenart deutlich. Der Therapeut ist bemüht und befähigt, sich in die Eigenart der Wahrnehmung und des bewertenden Erlebens des Klienten richtig einzufühlen und ihm dies mitzuteilen. Der Therapeut versucht zwar, sich in die phänomenale Welt des Klienten zu versetzen (d.h. mit dessen Augen wahrzunehmen) und seine Bewertungen nachzuvollziehen, er übernimmt sie jedoch nicht als seine eigenen, sondern teilt sie dem Klienten als dessen "stellvertretende Wahrnehmung" mit. Ein Aspekt von Empathie ist also der Versuch des Therapeuten, vom ***inneren Bezugsrahmen des Klienten*** auszugehen und innerhalb dieses Rahmens zu verstehen. Dabei

werden vom Therapeuten vor allem die emotionalen und kognitiven Erlebnisinhalte des Klienten aufgegriffen und ausgesprochen ("*Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte*").

Der Empathie des Therapeuten entspricht auf der Klientenseite ein Selbsterleben, das in zunehmendem Maße von einem Suchen und Klären von Zusammenhängen gekennzeichnet und dabei an eigenen organismischen Kriterien orientiert ist. Hier heißt richtiges Verstehen ein *Selbstverstehen*, bei dem gefühlte innere Wirklichkeit und bewußte kognitive Selbstsicht deckungsgleich werden können.

Die Bedeutung der Personenbezogenheit, der Empathie im Basisverhalten des Therapeuten, ist in der gesprächspsychotherapeutischen Forschung häufig untersucht (vgl. z.B. Tausch, 1974; Tausch & Tausch, 1981; Truax & Mitchell, 1977) und vor allem dann bestätigt worden, wenn die Klientenperspektive zur Beurteilung des Therapeutischen Basisverhaltens herangezogen wurde (vgl. Gurman, 1977a; Van der Veen, 1967; Van der Veen & Stoler, 1965). In der empirischen Forschung zur Psychotherapieausbildung wird vor allem auf diesen Aspekt von Psychotherapie zurückgegriffen (vgl. Helm & Frohburg, 1980; Tscheulin, 1980c).

Ein anderer Aspekt von Empathie oder "empathischer Resonanz" ist die *aktive Anteilnahme* des Therapeuten am Klienten, sein Suchen und Nachdenken und Sich-Bemühen um Verständnis im Wechselgespräch mit dem Klienten und auch in der non-verbalen Interaktion ("attunement" lt. Orlinsky & Howard, 1986a). Dies zeigt sich vor allem dann, wenn der Therapeut die Beziehung aufgreift, die der Klient dem Therapeuten gegenüber entwickelt, oder dann, wenn er durch seine konkrete Ausdrucksfähigkeit das Gespräch zu spezifischen und konkreten Erfahrungen des Klienten zu führen vermag. Auf Klientenseite ist dessen Ausdrucksfähigkeit, dessen *Konkretheit*, bzw. abstraktes und intellektualisierendes Sprechen ein wichtiger Faktor. Konkretheit meint: Ausdruck aller persönlichen relevanten Gefühle und Erfahrungen, wie sie mit spezifischen Situationen oder Verhaltensweisen verbunden sind. (In der Differentiellen Therapie wird versucht, diese Konkretheit durch gezielte Techniken wie Konfrontation und Hier-und-Jetzt Fokussierung zu erreichen, wenn sie nicht vorhanden ist.)

Bei allen diesen Faktoren ist wichtig, daß zwischen den Interaktionspartnern Entsprechung, Reziprozität besteht. Orlinsky & Howard beklagen, daß Empathie bisher nur als eine von Therapeuten angebotene Bedingung angesehen wurde - und nicht als eine rezeptive Phase in einer reziproken Beziehung (vgl. Orlinsky & Howard, 1986a, pp.343-348; Beutler, Pollak & Jobe, 1978).

4.2.3 Akzeptationsbreite

Dieses Merkmal des Therapeutischen Basisverhaltens weist darauf hin, wie stark eine Person (Therapeut oder Klient) fähig ist, sich selbst oder eine andere Person in der persönlichen Eigenart zu akzeptieren ("*Gegenseitige Bejahung*" lt. Orlinsky & Howard, 1986a, pp.348-354, zum Überblick über die empirische Forschung). Als Therapeuten-

merkmal besagt dies, daß die Zuwendung des Therapeuten gegenüber dem Klienten sowohl in ihrer verstehenden personenbezogenen Kapazität als auch in ihrer realitäts-offenen Qualität nicht davon abhängig sein darf, ob der Klient persönliche Vorstellungen und Einstellungen besitzt und Verhaltensweisen verwirklicht, die denen des Therapeuten und dessen Wertsystem ent- bzw. widersprechen.

Das Merkmal weist genauso auf die Art des Selbsterlebens des Therapeuten hin, der fähig sein sollte, auch dann seine Eigenart wahrzunehmen und zu akzeptieren, wenn diese negative Gefühle und Bewertungen einschließt (vgl. Kapitel 5 dieser Arbeit). Auf Seiten des Klienten ist dieses Merkmal zu Beginn der Therapie und zu kritischen Zeiten während des Therapieprozesses wenig ausgeprägt, was jeweils den Aufbau bzw. die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung erschwert.

Emotionale Wärme und Verzicht auf Wertungen: - In dem psychoanalytischen Arbeitsbündnis wird dieses Merkmal als **"aufrichtige und nicht-wertende Haltung"** des Therapeuten gekennzeichnet (Greenson, 1973). Andere psychoanalytische Autoren sprechen von "unconditional kindness" (Nacht, 1962) oder von "open-ended acceptance of the patient *for himself*" (Gitelson, 1962). Der Verzicht auf Wertungen zeigt sich in der "permissiven Einstellung" des Therapeuten, die ihren therapeutischen Wert nicht aus "Neutralität", sondern aus "Liebe" erhält. Ohne diese kann der Klient die analytische Situation nicht nutzen, sagt Freud 1906, und er fügt hinzu: "Es ist eigentlich eine Heilung durch Liebe" (Freud, 1906/1962, S.509).

In der Verhaltenstherapie wurde die Bedeutung dieser Beziehungsdimension durch die vergleichende Therapieforchung offensichtlich. Dabei wird vor allem der Aspekt der **"emotionalen Wärme"** oder "non-possessiven Wärme" betont, die der Therapeut besitzen müsse, wenn die Therapie erfolgreich sein soll.

Die Bedeutung des Beziehungsfaktors wurde in der Verhaltenstherapie von Wolpe & Lazarus (1966) schon früh herausgestellt. Er wird auch in der letzten Zeit (vgl. Wilson, 1985; oder Reinecker, 1986) immer stärker betont und bei der empirischen und theoretischen Einschätzung von Psychotherapieerfolgen berücksichtigt. Morris & Suckerman (1974; vgl. auch Reply in Wolowitz, 1975) fanden z.B. bei der Systematischen Desensibilisierung von Schlangenphobien, daß Therapeuten, die ein emotional warmes Beziehungsverhältnis zu ihren Klienten hatten, bessere Ergebnisse erzielten als emotional kalte Therapeuten und daß keine signifikante Differenz zwischen "kalten" Therapeuten und Kontrollgruppen nachzuweisen ist. Die spezifisch behavioralen Hinweisreize dieser Beziehungsvariablen hat Bayes (1972) herausgearbeitet. Grawe und Mitarbeiter (vgl. Grawe & Dziewas, 1977, 1978; Grawe, 1980) berichten aus der Analyse von verhaltenstherapeutischen Gruppen, "daß am Ende der Therapie nicht erfolgreiche Patienten sich von den später erfolgreichen schon frühzeitig während der Therapie dadurch unterschieden, daß sie eine schlechtere Beziehung zum Therapeuten und zu den anderen Gruppenmitgliedern hatten" (Grawe & Dziewas, 1978, S.44f). Nach der Vergleichsstudie von Grawe, Caspar & Ambühl (1990) erscheint es wichtig,

daß "Breitband-Verhaltenstherapeuten" darin geschult werden, "ihr Beziehungsverhalten in der Therapie ausdrücklich zu reflektieren und bewußt im Hinblick auf die Besonderheiten des Patienten zu gestalten" (Grawe et al., 1990d, S.374), um ähnlich günstige Ergebnisse zu erzielen, wie sie die Interaktionelle Verhaltenstherapie durch den Einsatz der Plananalyse (Caspar, 1989) erreicht.

Achtung vor der persönlichen Eigenart: - Am deutlichsten und differenziertesten ist das Merkmal Akzeptationsbreite in der Gesprächspsychotherapie herausgearbeitet worden, und zwar unter dem Aspekt der Achtung vor der Eigenart des Klienten. Die Achtung vor der Eigenart des Klienten zeigt sich einmal in **positiver Wertschätzung** und zum anderen in nicht-bindender **Verantwortlichkeit**. Der Therapeut verwirklicht Wertschätzung dann in hohem Maße, wenn die Achtung vor der Eigenart des Klienten an keine Bedingungen gebunden ist, möglichst wenig Einschränkungen unterliegt, und er ihn so als Person von eigenem Wert erlebt (**bedingungsfreie positive Wertschätzung**). In umgekehrt reziprokem Verhältnis dazu steht das Selbsterleben des Klienten: Dieses ist zu Beginn der Therapie an Werthaltungen gebunden und der Klient besitzt wenig **Selbstachtung**. Besitzt er sie in ausreichendem Maße, dann wird das Beziehungsverhältnis Klient-Therapeut überflüssig.

Eine Verantwortlichkeit, die nicht bindet und entmündigt, kann auf Therapeutenseite als "**facilitative responsibility**" (Pierce & Schauble, 1970), als Autonomie fördernde oder therapeutische Verantwortlichkeit beschrieben werden:

Der Therapeut ist bemüht, dem Klienten zu eigenen Lösungswegen zu verhelfen, für die der Klient auch die Verantwortung tragen muß und kann. Damit ist das Erleben und Verhalten des Klienten unter diesem Aspekt der Verantwortlichkeit schon angezeigt: Der Klient erkennt und akzeptiert die Verantwortlichkeit dafür, selbst seine Probleme zu lösen und selbst sein Verhalten zu ändern, und es nicht dem Therapeuten zu überlassen, daß dieser die Veränderungsarbeit für ihn übernimmt ("Verantwortlichkeit des Klienten").

4.2.4 Verwirklichung von Therapeutischem Basisverhalten

Als zentrale therapeutische Wirkgröße wird in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie das Beziehungsangebot eines Therapeuten angesehen, der dem Klienten gegenüber in hohem Maße positive Wertschätzung empfindet (also eine große Akzeptationsbreite besitzt), die persönliche Eigenart des Klienten genau versteht und für dessen und seine eigene Wirklichkeit offen und damit selbstkongruent ist (Biermann-Ratjen et al., 1979). Rogers drückt dies in der sog. "Prozeßgleichung" so aus:

Je mehr der Klient den Therapeuten als real oder echt, als empathisch und ihn bedingungsfrei akzeptierend wahrnimmt, desto mehr wird sich der Klient von einem statischen, gefühlsarmen, fixierten, unpersönlichen Zustand psychischer Funktionen auf einen Zustand zubewegen, der durch ein fließendes, veränderliches, akzeptierendes Erleben differenzierter persönlicher Gefühle gekennzeichnet ist. (Rogers, 1977, S.128)

Die Bedeutung eines solchermaßen gekennzeichneten Therapeutischen Basisverhaltens für den Therapieprozeß und Therapieerfolg ist in der empirischen Psychotherapieforschung über klientenzentrierte Psychotherapie gut belegt (vgl. z.B. Truax & Mitchell, 1977; Tausch & Tausch, 1981), wenngleich auch nicht bis in alle Einzelfragen hinein gesichert (Gurman, 1977a, 1977b; Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Watson, 1984, u.a. in Levant & Shlien, 1984). Für die Überprüfung, ob solche Basisfähigkeiten in der Klient-Therapeut-Interaktion verwirklicht sind, stehen in der Gesprächspsychotherapie verschiedene Operationalisierungsversuche vor allem in Form von Rating-Skalen (z.B. Truax-Schätzskalen, vgl. Tausch, 1974) und Fragebogen (Barrett-Lennard, 1962; Eckert, 1974) zur Verfügung.

Diese können auch in der Ausbildung wertvolle Dienste leisten. Es ist jedoch kritisch anzumerken, daß die Validität dieser Verfahren vornehmlich innerhalb eines spezifisch gesprächspsychotherapeutischen Rahmens nachgewiesen wurde. Diese Einschränkung gilt am wenigsten dort, wo zur Einschätzung der therapeutischen Beziehung entweder direkte Berichte des Klienten oder des Therapeuten verwendet werden, oder wo Einschätzungsinstrumente auf dem Boden von Klientenberichten und Therapeutenberichten konstruiert werden (Watson, 1984; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple (1975/1981). Ein solches Verfahren zur Erfassung von Beziehungsvariablen wurde z.B. in der Arbeit von Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser & Howard (1976) gewählt. Es zeigte sich, daß das Therapeutische Basisverhalten von psychoanalytisch, existentialtherapeutisch und verhaltenstherapeutisch arbeitenden Therapeuten schon in der ersten Stunde eingeschätzt und mit dem späteren Erfolg in Zusammenhang gebracht werden kann: Bei Verwirklichung eines Therapeutischen Basisverhaltens verbleiben Klienten eher in Therapie und verändern sich stärker positiv.

4.3 *Therapeutisches Basisverhalten und Therapeutenmerkmale*

Wenngleich heute weitgehend anerkannt ist, daß Psychotherapie ein spezifischer sozialer Interaktionsprozeß ist, an dem die Personen Klient und Psychotherapeut, ihre Beziehung zueinander, ihre Techniken und die Situation, in der sie sich begegnen, als Wirkgrößen gleichermaßen von Einfluß sein können, so ist doch der vom Therapeuten ausgehende Einfluß als variable Größe, die "Therapeutenvariable", von besonderem Interesse: Hier ist in der Ausbildung und in der Praxis am ehesten ein Ansatzpunkt für Lehren und Lernen, für Supervision und Selbstkontrolle zu finden. Der Begriff *Therapeutenvariable* ist dabei ein Sammelbegriff für die vielfältigen theoretischen und empirischen Versuche, therapeutische Merkmale zu isolieren und zu beschreiben, die für diesen speziellen Interaktionsprozeß und seine Ergebnisse relevant sind und mehr auf seiten des Therapeuten angesiedelt werden können. Der Begriff *Therapeut* bezieht sich auf die soziale Rolle als Helfer, wobei das Maß der Professionalisierung und der Eigenverantwortlichkeit häufig offen bleibt, bzw. selbst wieder zum variablen Merkmal

wird. Der Begriff "Variable" bezieht sich auf die veränderliche (= variable) **Ausprägung** des Merkmals oder auf die veränderliche **Bedeutung** des Merkmals, wenn es in Zusammenhang oder in Interdependenz mit anderen Größen gesehen wird. Da in diesem Sinne alles variabel sein kann, ist leicht ersichtlich, daß eine unendliche Fülle von Beschreibungsversuchen möglich ist, und die Literatur - selbst wenn man sich dabei auf empirisch-analytische Arbeiten beschränken wollte - nahezu unüberschaubar ist.

Im folgenden wird versucht, systematisierend einige wichtige und grundlegende Konzeptionen von Therapeutenvariablen herauszustellen. Es werden instrumentale, stilistische und personalistische Variablen unterschieden, denen (heuristisch) einzelne Therapeutenmerkmale zugeordnet werden können. Die Isolation einzelner Variablen ist häufig sehr künstlich: Isolierte Variablen überlappen sich in Wirklichkeit stark. Die Isolation kann nur ein Herausgreifen von Aspekten sein und eine Taxonomie muß zwangsläufig aspektiv bleiben (vgl. Pongratz, 1975; Strupp, 1977). Eine nur annähernd differenzierte Beschreibung einzelner untersuchter Variablen soll hier nicht angezielt werden. Die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen inhaltlichen Dimensionen des Therapeutischen Basisverhaltens stellen, wenn man sie nur als variable Größe auf Seiten des Therapeuten betrachtet, eine bestimmte Art instrumentaler Variablen dar, die wegen ihrer fundamentalen Bedeutung **Basisvariablen** genannt werden sollen.

Es muß darauf hingewiesen werden, daß die einzelnen Variablen mit dem Therapieprozeß, dem Ergebnis des Prozesses oder mit beidem assoziiert sein können - aber nicht müssen. Das gilt besonders für die relationalen Variablen, bei denen es von der Perspektive abhängt, aus der ein Merkmal beurteilt wird: Ein immer wieder auftretender Befund in der empirischen Psychotherapieforschung (vgl. Orlinsky & Howard, 1986a zum Überblick) besagt, daß die Wahrnehmung der Beziehung aus der Klientenperspektive entscheidend ist. Sie stellt das Prozeßkriterium dar, das konsistent mit Ergebniskriterien assoziiert ist (z.B. Beutler, 1983; Cooley & LaJoy, 1980; Gurman, 1977b; oder Lazarus, 1971).

Um die Übersichtlichkeit nicht zu gefährden, wird nur die nötigste Belegliteratur genannt, - und zwar solche, die zum Auffinden von empirischen Belegen besonders geeignet und über Handbücher (Garfield & Bergin, 1978, 1986; Gurman & Razin, 1977) zu ermitteln ist.

4.3.1 Instrumentale Therapeutenvariablen

Hier meint der Begriff Variable das unterschiedliche Ausmaß ("Größe") in der Verwirklichung einer Fähigkeit des Therapeuten, die konsistent mit Prozeß und Ergebnis der Psychotherapie in Zusammenhang steht. Solche Variablen beziehen sich einmal mehr auf die therapeutischen Techniken (technologische Variablen) und zum anderen mehr auf die therapeutische Beziehung (relationale oder Beziehungsvariablen). Es soll von Basisvariablen gesprochen werden, wenn man die Künstlichkeit der Trennung von

technologischen und relationalen Variablen vermeiden und der hier vertretenen Konzeption von Psychotherapie als Integration von Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Therapie gerecht werden möchte.

(1.) Technologische Variablen: - Sie bezeichnen das Ausmaß der geschickten Handhabung von Techniken (Verfahren, Methoden, Strategien) des Psychotherapeuten, die aus einem psychologischen Prinzip (und gemäß einer entsprechend fundierten Theorie) abgeleitet sind. Technologische Variablen sind Interventionsvariablen ("treatment interventions", Beutler, Crago & Arizmendi, 1986), verhaltensorientiert und auf Problemlösung gerichtet. Ihre Beschreibung und Erklärung sind an die Untersuchung konkreter einzelner Techniken gebunden (Bastine, 1976) und spiegeln mehr oder weniger offensichtlich die Orientierung des Therapeuten wider (Lambert & Bergin, 1983). Sie sind bisher an Variablen wie *Interpretation* (vgl. Luborsky & Spence, 1971) und *Konfrontation* (vgl. Bastine & Kommer, 1979) untersucht worden, da hier die geschickte Handhabung von besonderer Bedeutung ist. Prinzipiell aber kann jede Technik zu einer technologischen Therapeutenvariable erhoben und untersucht werden. Interessant ist, daß in der Verhaltenstherapie, die nach wie vor am meisten auf die Entwicklung und Anwendung von Techniken Wert legt, bisher mit sehr wenigen Ausnahmen keine Versuche gemacht werden, den Einfluß des technischen Geschicks des Therapeuten zu überprüfen. Ihr Vorhandensein wird aus Erfolgen geschlußfolgert (vgl. Wilson & Evans, 1977, p.560).

(2.) Relationale Variablen: - Sie bezeichnen das unterschiedliche Ausmaß in der Verwirklichung einer bestimmten Art affektiven und kognitiven Kontaktes des Therapeuten zum Klienten. Relationale Variablen sind "interpersonale Fähigkeiten" und bezeichnen erlebte Gefühle und Gedanken für den anderen ("erlebnisorientiert") und sind - bei psychotherapeutischen Rahmenbedingungen - auf die Autonomie des Klienten gerichtet. Diese Art von Therapeutenvariablen ist bisher am meisten und am besten erforscht (Orlinsky & Howard, 1986a; Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977). Am wichtigsten und auf Rogers (1957) zurückgehend sind: Empathie (empathisches Verstehen), nichtbesitzergreifende Wärme und Wertschätzung sowie Echtheit/Selbstkongruenz. Diese Variablen gehen in jene mit ein, die wegen ihrer besonderen Bedeutung *Basisvariablen* genannt werden.

(3.) Psychotherapeutische Basisvariablen: - Als solche können alle Operationalisierungsversuche betrachtet werden, die sich auf die inhaltlichen Dimensionen des Therapeutischen Basisverhaltens beziehen und nur den Beitrag des Therapeuten thematisieren. Die inhaltlichen Dimensionen des Therapeutischen Basisverhaltens gehen über stilistische und personalistische Unterschiede hinaus. Werden jedoch Merkmale wie "Realitätsoffenheit des Therapeuten", *seine* Personenbezogenheit und *seine* Akzeptationsbreite angesprochen, dann sind fundamentale Größen in ihrer variablen Ausprägung, also Basisvariablen, gemeint. *Diese Merkmale sind beim Klienten in unterschiedlich geringem Maße und beim Therapeuten idealiter in hohem Ausmaß vorhanden. Sie sind damit gleichzeitig generelle Therapieziele.* Basisvariablen sind am

häufigsten und unterschiedlich eng oder "exakt" als relationale Therapeutenvariablen operationalisiert worden. Die operationalen Definitionen können sowohl über Verhaltensinventare zur Beurteilung durch Klienten, als auch über Ratingskalen zur Beurteilung durch den Therapeuten oder unabhängige Beobachter erfolgen. Ihr Zusammenhang mit Variablen des Therapieprozesses und -erfolges ist vielfach nachzuweisen versucht worden (vgl. Truax & Mitchell, 1971/1977; Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977). Konsistent mit Erfolg assoziiert sind diese Basisvariablen dann, wenn zu ihrer Erfassung auf die Beurteilung aus Klientensicht zurückgegriffen wird (Gurman, 1977a, 1977b; Orlinsky & Howard, 1986a).

4.3.2 Stilistische Therapeutenvariablen

Der Begriff Variable bezieht sich hier auf die unterschiedliche Bevorzugung expressiver und instrumenteller Mittel durch den Therapeuten. Der ideosynkratische Charakter des individuellen Therapeutenverhaltens und sein Zusammenhang mit der therapeutischen Schulorientierung und dem anthropologischen Vorverständnis ist angesprochen. Stilistische Variablen erhalten ihre Bedeutung mehr durch ihren Bezug zum Therapieprozeß als zum Therapieergebnis. Für eine ausführliche Beschreibung und Diskussion dieser Art von Variablen vgl. Pope (1977) und Beutler, Crago & Arizmendi (1986). Hier sollen praktisch nur die Namen der wichtigsten Variablen wiedergegeben werden:

(1.) Analytischer vs. erlebnismäßiger Stil: - Diese Dimension wurde von Sundland & Barker faktorenanalytisch als Generalfaktor gefunden, der "das bedeutendste und einzige Kontinuum darstellt, auf dem Therapeuten verglichen werden können" (vgl. zum Beleg und zur Kritik Pongratz, 1973, S.381). Auf dem analytischen Pol findet sich die Betonung von Konzepten, Training, Therapieplanung, unbewußten Prozessen oder Restriktion von Spontaneität, auf dem erlebnismäßigen Pol die Betonung der Persönlichkeit des Therapeuten, des wenig geplanten Zugangs zum Klienten und der Spontaneität des Therapeuten.

(2.) Direktiver vs. nondirektiver Stil: - Hier wird die Bevorzugung von Struktur und Führung, bzw. von unstrukturiertem Vorgehen, angesprochen, - auch die unterschiedliche Meinung darüber, wo die therapeutische Initiative liegen soll, auf seiten des Therapeuten oder des Klienten. Wichtig ist hier insbesondere die Interaktion mit Klientenvariablen: Die Extrempole haben z.B. unterschiedliche Auswirkungen bei internal- und external kontrollierten Klienten.

(3.) Initiierender vs. folgender Stil: - Diese Dimension ist der vorangegangenen sehr ähnlich, wird jedoch stärker als dynamischer Faktor, also sich überlappend mit instrumentalen Variablen, angesehen. Mitchell, Bozarth & Krauft (1977) unterscheiden "initiative vs. responsive responses" und vermuten, daß diese Stile zu unterschiedlichen Stadien im Therapieverlauf ihre Bedeutung haben. Ähnlich argumentieren Pierce & Schauble (1970), die die Begriffe "Führen (leading)" und "Folgen (following)" verwenden.

(4.) Ambiguität vs. Spezifität: - Stilunterschiede können sich hier sowohl auf inhaltliche Informationen als auch auf die Definition des Therapeuten von sich selbst und von der therapeutischen Situation beziehen. Informationsambiguität des Therapeuten kann mit erhöhter Produktivität, und Beziehungsambiguität mit verminderter Produktivität von therapeutisch relevantem Material auf seiten des Klienten verbunden sein.

(5.) Aktivitätsniveau: - Hier ist vor allem das Ausmaß an verbalen Äußerungen des Therapeuten angesprochen. Es variiert stark zwischen Therapeuten unterschiedlicher Schulrichtungen. Die Aktivität kann aber auch mit den anderen stilistischen Variablen konfundiert sein.

(6.) Ausdrucksverhalten (Expressivität): - Bei der "allgemeinen Ausdrucksstärke" geht es um das "Wie-etwas-gesagt-wird". Paralinguistische Komponenten wie z.B. Stimmfarbe und Sprechtempo sind wichtig. Es wird angenommen, daß sie die Produktivität therapeutisch relevanten Materials beeinflussen. Beim "Ausdruck spezifischer Emotionen" (wie z.B. Angst, Depression, Feindschaft) ist die Interaktion mit Klientenprozeßvariablen entscheidend für die Auswirkung.

4.3.3 Personalistische Therapeutenvariablen

Der Begriff Variable dient hier im wesentlichen zur Umschreibung einzelner Beobachtungen am Therapeuten, die im Zusammenhang mit anderen Variablen, insbesondere Klientenvariablen und Therapiemodalitäten, wichtig werden können ("*Passung*" von Therapeut und Klient). Das Entscheidende an dieser Art von Variablen ist ihre veränderliche Bedeutung im Zusammenhang mit anderen Variablen. Sie erscheinen wichtig für Prozesse und Prozeduren, und sie sind nicht konsistent mit Erfolg korreliert. Sie stellen "extratherapy characteristics" dar (Beutler, Crago & Arizmendi, 1986). Es können demographische, biographische und personale Variablen voneinander unterschieden werden:

(1.) Demographische Variablen: - Hierzu zählen Variablen wie Alter, Geschlecht, sozio-ökonomische Schicht, Familienstatus und Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe. Während die Erfassung dieser Variablen relativ wenig Schwierigkeiten macht, erscheint ihre Bedeutung uneinheitlich und von vielen anderen Variablen mit abzuhängen (vgl. Orlinky & Howard, 1980). So kann bei der Variablen *Geschlecht* ein Einfluß auf den Therapieprozeß im Zusammenhang mit dem Geschlecht des Klienten gefunden werden. Bei gegengeschlechtlicher und gleichgeschlechtlicher "Passung" von Therapeut und Klient ergibt sich zunächst ein unterschiedliches Ausmaß an Einfühlung, das aber zu Ende der Therapie nicht mehr besteht (vgl. Berzins, 1977). Hier erscheint der Zusammenhang mit Beziehungsvariablen und funktionalen Prozeßvariablen (z.B. Empathie und Sicherheit oder Variationsspielraum des Therapeuten) wichtig. Die Variablen "*Ethnische Gruppenzugehörigkeit*" und "*Soziale Schicht*" erscheinen dagegen über den Zusammenhang mit den entsprechenden Merkmalen beim Klienten

("symmetrische Klient-Therapeut-Passung") auch direkt mit Therapieerfolg in Verbindung zu stehen (vgl. Sattler, 1977).

(2.) Biographische Variablen: - Hierzu zählen wir vor allem: beruflicher Status, psychotherapeutische Ausbildung, "Erfahrung" und Eigentherapie. Diese Variablen sind besonders schwer gegeneinander abzugrenzen. Der *berufliche Status* als Laie, Mediziner, Theologe, Psychologe oder Sozialarbeiter ist im Zusammenhang mit juristischen Fragen und traditionellen Behandlungsaufgaben und -modalitäten wichtig. Auch steht diese Variable im Zusammenhang mit Technik- und Beziehungsvariablen. Insgesamt scheint sich immer mehr zu bestätigen, daß das aktuelle Therapeutenverhalten wichtiger ist als Prestige und Expertentum (vgl. Gurman, 1977b).

Ausbildung und *Erfahrung* als Therapeutenvariablen werden qualitativ und quantitativ zu erfassen versucht, ohne daß sich hier bisher einheitliche Konzeptionen herausgebildet hätten. Die Bedeutung dieser Variablen ergibt sich vor allem aus ihrem Zusammenhang mit Stil- und Beziehungsvariablen. Erfahrene Therapeuten neigen z.B. dazu, mehr aktiv und konfrontativ und weniger direktiv (wohl aber direkt und gefühls-expressiv) zu sein, sie sind eher in der Lage, bei unterschiedlichen Klienten eine gute Beziehung zu schaffen, und sie haben einen größeren Verhaltens- und Erlebensspielraum (vgl. Auerbach & Johnson, 1977).

Zur Frage, ob der Therapeut selber eine Psychotherapie mitgemacht haben muß (*Eigentherapie*), liegen erstaunlich wenig Untersuchungen vor (vgl. Garfield, 1977). Eigentherapie erscheint eher wichtig im Zusammenhang mit anderen personalistischen Variablen statt mit Prozeß- und Ergebnisvariablen (vgl. das nächste Kapitel). Die wenigen empirischen Untersuchungsbefunde geben keinen Anlaß zu der Vermutung, daß Therapeuten, die sich selber einer Psychotherapie unterzogen haben, effektiver oder weniger effektiv sind als solche, die das nicht getan haben.

(3.) Personale Variablen: - Diese beziehen sich auf Unterschiede im Verhalten, in den Einstellungen und in den Persönlichkeitseigenschaften, die auch außerhalb der Therapiestunde den Therapeuten charakterisieren. Sie sind speziell wichtig für die Indikationsstellung und die psychotherapeutische Grundlagenforschung. Folgende Konzeptionen personaler Variablen können hier beispielhaft genannt werden:

- Die *Position im "interpersonalen Segmentenkreis"* von Leary (vgl. Berzins, 1977; Anchin & Kiesler, 1982) oder auf der "Strukturkarte" nach dem Zirkumplexmodell von Benjamin (1974, 1982, 1985) mit der Unterscheidung von Persönlichkeitszügen auf den Dimensionen Liebe-Haß und Dominanz-Submission (Henry, Schacht & Strupp, 1990).

- Die sog. "*A-B-Variable*" (vgl. Razin, 1977, van Quekelberghe, 1979). A-Therapeuten sollen z.B. mehr emotional warm und "personorientiert" sein und im Vergleich zu den mehr "symptom-orientierten" B-Therapeuten auch in der Behandlung schizophrener Patienten erfolgreicher sein. Während eine Zeitlang vermutet wurde, daß zwar A-Therapeuten bei Schizophrenen, dafür B-Therapeuten bei Neurotikern erfolgreicher sind, scheint sich neuerdings die Auffassung durchzusetzen, daß A-Therapeuten bei

Neurotikern zumindest so erfolgreich sind wie B-Therapeuten, darüber hinaus aber auch bei Schizophrenen positive Ergebnisse erzielen.

- Die Variable "Selbsterleben des Therapeuten" mit den Merkmalen des *"Therapeutischen Selbstkonzeptes"*. Hier werden drei Merkmale des Therapeuten unterschieden, die einmal seine psychische Funktionsfähigkeit kennzeichnen, und zum andern sein Verhalten in der Therapie beeinflussen: (a) Offenheit und Äußerungsbereitschaft, (b) Erkennen der eigenen Bedürfnisbefriedigung und relative Unabhängigkeit von ihr, und (c) Störungserleben bei relativer Störungsfreiheit.

Diese Merkmale eines Therapeutischen Selbstkonzeptes werden im folgenden Kapitel 5 ("Die personale Grundlage der psychologischen Intervention") ausführlich dargestellt.

Kapitel 5

Therapeutisches Selbstkonzept: Die personale Grundlage der psychologischen Intervention ⁵⁾

In diesem Kapitel geht es um die Frage, welche persönlichen Merkmale der psychotherapeutisch oder beraterisch tätigen Person die psychologische Intervention beeinflussen und welche Konsequenzen sich für die Ausbildung in der psychologischen, besonders in der psychotherapeutischen Interventionsmethodik ergeben. Es geht um die relativ überdauernden und vom Prozeßgeschehen abgehobenen "personalen Variablen", die - ähnlich wie demographische und biographische Variablen - die Therapeuten auch außerhalb der Therapiestunden charakterisieren. Dieses Themengebiet ist bisher vor allem so bearbeitet worden, daß nach den vielen möglichen Implikationen gefragt wurde, die Ausbildung und Berufspraxis in Bezug auf das private und öffentliche Leben von Psychotherapeuten haben können (Guy, 1987; Henry, Sims & Spray, 1973). Es wurde danach gefragt, welche positiven und negativen Aspekte (Faber, 1983a, 1983b; Faber & Heifetz, 1981) und welches berufliche "Identitätsbewußtsein" (Gerin & Vignat, 1984) mit der psychotherapeutischen Arbeit und Rolle als Helfer verbunden sein können. In diesem Kapitel werden diese weitreichenden Fragestellungen, die sich in soziologische, gesundheitspolitische, schulen- und nationalitätenspezifische Dimensionen verzweigen, ausgeklammert. Es wird eine Konzeption angestrebt, die möglichst übersichtlich ist und den Zusammenhang mit dem "in-therapy" Verhalten, dem Therapeutischen Basisverhalten, erkennen läßt. Die empirische Psychotherapieforschung weist immer wieder die Person des Therapeuten, wie diese sich selbst erlebt und wie sie von den Klienten erlebt wird, und nicht die unterschiedlichen Behandlungstechniken als den entscheidenden Wirkfaktor aus: Die Erfolgsvarianzen "typically have more to do with the therapist than with the type of treatment" (Luborsky, Crits-Christoph, McLellan, Woody, Piper, Liberman, Imber & Pilkonis, 1986, p.501). Das gleiche könnte in bezug auf die psychologische Interventionsmethodik insgesamt gesagt werden. Die angesprochenen persönlichen Merkmale der psychologischen Helfer sind entscheidende Wirkfaktoren, - aber sie sind nicht (wie die einzelnen Interventionen) kurzfristig zu verwirklichen. Damit kommt im Rahmen dieser Arbeit der Frage eine große Bedeutung zu, wie diese persönlichen Merkmale mit dem therapeutischen Prozeßgeschehen zusammenhängen und ob sie lehr- und lernbar sind, d.h. als Lernziele beschrieben werden können.

5.1 Die Person des psychologischen Helfers als Einflußgröße

Beeinflußt von der psychoanalytischen Tradition war es lange Zeit ein allgemein akzeptierter und verbreiteter Gedanke, daß der Klinische Psychologe und Psycho-

therapeut seine persönlichen Eigenarten genau kennen müsse, um seinen Klienten helfen zu können. Das hat vor allem die Frage der Lern- und Lehrbarkeit aufgeworfen. Durch eine Eigentherapie während der Ausbildung soll z.B. verhindert werden, daß unbewußte Wünsche und Bedürfnisse die Wahrnehmungen des Therapeuten verzerren, seine Reaktionsmöglichkeiten einengen und damit die therapeutische Interaktion belasten.

Im Gegensatz zur psychoanalytischen Position wurde in der Verhaltenstherapie früher die radikale These vertreten, daß nur die therapeutischen Techniken die Veränderungsprozesse bewirken, nicht aber die Person des Therapeuten oder seine Einstellung und seine Beziehung zum Klienten. Zwar wurde nicht die Person des Therapeuten (oder allgemein des psychologischen Helfers) ignoriert, aber spezifische Verhaltensweisen von ihr wurden letztlich in der Funktion von Techniken gesehen, die zum Einsatz kommen und in unterschiedlichem Maße günstige oder ungünstige Lernsituationen darstellen. Dadurch wurde die Blickrichtung in der Ausbildung in Klinischer Psychologie mehr auf die möglichen Interventionstechniken ausgerichtet. Die Frage nach einem therapeutisch günstigen oder ungünstigen persönlichen Erleben des Beraters oder des Therapeuten trat in den Hintergrund.

Dieser Entwicklung hat der von Carl Rogers ausgehende Einfluß auf die klinisch-psychologische Forschung und Lehre entgegengewirkt und es wurde eine breite Diskussion in dieser Frage möglich (Strupp, 1986, p.514). In der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie sind es nicht die Techniken, sondern die Person des Therapeuten, d.h. seine Einstellungen und sein Beziehungsverhältnis zum Klienten, die als die entscheidenden therapeutischen Wirkgrößen angesehen werden.

In der Verhaltenstherapie (und der Psychotherapieforschung insgesamt) ist dann in den letzten Jahren eine Wende eingetreten, die in gewisser Weise den Einfluß dieser Diskussion widerspiegelt. Es wurde immer häufiger die Frage aufgeworfen, auf welche Art das Beziehungsverhältnis zwischen Therapeut und Klient die Behandlung beeinflusst (vgl. Morris & Magrath, 1983; Zimmer, 1983b, 1983c). Die Durchführung der "interaktionellen Verhaltenstherapie" (Grawe & Dziewas, 1978, 1980; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990), die Verwendung von Selbstkontrolltechniken beim Klienten (Kanfer & Grimm, 1980) und das "Psychotherapieziel Selbstbehandlung" (Fiedler, 1981) machen die stärkere Beachtung von Beziehungsvariablen notwendig. Der Verhaltenstherapeut muß seinen persönlichen Anteil an dieser Beziehung beurteilen können, und dies wiederum setzt Erfahrungen in der Änderung des eigenen Verhaltens, Erfahrungen in "Selbstmodifikation" voraus (vgl. z.B. Teegen, 1977). Das muß in der Ausbildung berücksichtigt werden.

Umgekehrt wird in der Gesprächspsychotherapie auch der Einfluß der Verhaltenstherapie sichtbar: Die hilfreiche Kommunikation zwischen Therapeuten und Klienten wird als herstellbare Größe gesehen, und die von Rogers als Haltungen verstandenen Therapeutenmerkmale werden als sogenannte "Therapeutenvariablen" im Sinne von

Interventionstechniken für Ausbildungszwecke verwendet. Und damit werden Techniken und deren Bedeutung insgesamt stärker hervorgehoben (Bommert, 1982; Minsel, 1974; Truax & Carkhuff, 1967).

Die stärkere Betonung der Techniken entspricht möglicherweise mehr der Sichtweise der Therapeuten als der Klienten. Dies könnte nach einem Untersuchungsbefund von Feifel & Eells (1963) über die Bewertung der Psychotherapie durch Klienten und Therapeuten vermutet werden. Sie fanden heraus, daß Therapeuten die therapeutischen Techniken und die Unterstützung für den Klienten als am meisten segensreich ansehen. Klienten aber erleben die persönlichen oder "menschlichen" Charakteristiken des Psychotherapeuten als hilfreich!

Um solche persönlichen Charakteristiken geht es in diesem gesamten Kapitel. Die Person des psychologischen Helfers steht im Zentrum, aber nicht als Vergleichsgröße "Person" neben der Vergleichsgröße "Technik", sondern als eine Einflußgröße, die in unterschiedlichem Maße zu Therapeutischem Basisverhalten beiträgt. Sie zeigt im Kontakt mit ihren Klienten in unterschiedlichem Maße ein Verhalten und eine Einstellung, von denen wir wissen, daß sie für den Erfolg der psychologischen Intervention notwendig sind (vgl. Kapitel 4). Sie hat aber auch außerhalb der konkreten beruflichen Tätigkeit ein spezifisches Selbsterleben bzw. Selbstkonzept. Welche Zusammenhänge bestehen zwischen ihrem Selbsterleben bzw. Selbstkonzept und ihrem "in-therapy" Verhalten? Folgenden einzelnen Fragen soll nachgegangen werden:

1. Welche Merkmale der Person des psychologischen Helfers (bzw. ihres Selbstkonzepts) stehen im Zusammenhang mit ihrer Fähigkeit, eine therapeutische Beziehung zu verwirklichen?
2. Wie werden diese Merkmale von Klienten erlebt?
3. Müssen Studenten sich während ihrer Ausbildung in psychologischer Interventionsmethodik persönlich weiterentwickeln, oder braucht nur das Augenmerk auf die Modifizierung und Verbesserung ihres technischen Geschicks gelenkt zu werden?

Die Fragen zielen auf die *Person* des psychologischen Helfers, und die Antworten sollen nicht davon abhängig sein, ob sie in der Funktion des Beraters, des Psychotherapeuten oder des Interventionsdiagnostikers tätig ist.

Im folgenden werden aus dem Überblick über die empirische Forschung drei Merkmale abgeleitet und als Lernziele bestimmt: (a) Offenheit und Äußerungsbereitschaft; (b) Erkennen eigener Bedürfnisbefriedigung und relative Unabhängigkeit von ihr; (c) Störungserleben bei relativer Störungsfreiheit. Diese drei Merkmale können zusammengenommen und aus zwei Gründen als Therapeutisches Selbstkonzept bezeichnet werden: Sie kennzeichnen erstens die Art des Selbsterlebens des psychologischen Helfers, aufgrund dessen dieser ein relativ uneingeschränktes psychisches Leben führen und sich selbst helfen kann, bzw. nicht zum "Hilflosen Helfer" (Schmidbauer, 1977) wird. Und zweitens können diese drei Merkmale als notwendige Faktoren oder Kräfte gesehen werden, die es dem beraterisch oder psychotherapeutisch Tätigen ermöglichen,

im Beziehungsverhältnis zum Klienten hilfreich zu sein. Dementsprechend können sie auch den inhaltlichen Merkmalen eines Therapeutischen Basisverhaltens zugeordnet werden: "Offenheit und Äußerungsbereitschaft" trägt zur Realitätsoffenheit bei, "Erkennen der eigenen Bedürfnisbefriedigung und relative Unabhängigkeit von ihr" bezieht sich auf den personenbezogenen Charakter eines Therapeutischen Basisverhaltens und "Störungserleben bei relativer Störungsfreiheit" gehört durch die dabei nötige Selbstakzeptierung zur Dimension Akzeptationsbreite.

Die Arbeiten, die zum Beleg der abgeleiteten Merkmale und formulierten Lernziele herangezogen werden, sind zum Teil älteren Datums. Dies liegt an dem Thema, das in seiner Komplexität nur schwer zu bearbeiten ist. Die Probleme liegen in den schwierigen und häufig unzureichenden Operationalisierungen (z.B. bei Verwendung projektiver Verfahren, Analogiestudien oder Fragebogen ohne Kontrolle der sozialen Erwünschtheit). Auf der anderen Seite liefern verschiedene Untersuchungen mit je anzweifelbaren Operationalisierungen dennoch ähnliche Ergebnisse.

5.2 Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben und Äußerungsbereitschaft

5.2.1 Offenheit und Äußerungsbereitschaft

Unter "Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben" soll das bezeichnet werden, was in der englischsprachigen Literatur "psychological openness" heißt, und soviel meint wie das "Gewahrsein von eigenen Gefühlen, Sehnsüchten, Impulsen und Vorstellungen" (Allen, 1967, 1972). Eine "offene Person" ist in hohem Maße zur Selbst-Kommunikation fähig (Rokeach, 1960; s.a. Tönnies, 1982, 1983).

Äußerungsbereitschaft (vgl. Lutz & Kretschmer, 1981) oder "self-disclosure" bezeichnet darüber hinaus die Bereitschaft oder das Wagnis, das bei sich Wahrgenommene auch andere Personen wissen zu lassen und sein eigenes reales Selbst den anderen transparent zu machen (z.B. Jourard, 1971; vgl. Literaturübersicht bei Cozby, 1973; Watkins, 1990). Beide Teilstücke werden hier in einem Lernziel zusammengefaßt, weil sie von der Sache her eng zusammen gehören und von ihrer pragmatischen Bedeutung her auch synonym verwendet werden können. Das wesentliche Element ist der Zugang zu den eigenen inneren Erfahrungen, zum Erleben und genauen Differenzieren der eigenen inneren Befindlichkeit, - und nicht der Einsatz als Technik. Wenn es in der Stunde zu Mitteilungen über das eigene Erleben von Therapeuten kommt, so scheinen nur die Äußerungen durchgängig günstig zu sein, die von dem persönlichen Interesse, der positiven Anteilnahme zeugen (Watkins, 1990). Dabei darf die Äußerungsbereitschaft von Therapeuten nicht dazu führen, daß Klienten in ihrer Auseinandersetzung mit sich selbst beeinträchtigt werden (Mathews, 1988).

Die Versuche zur Operationalisierung sind sehr verschieden und häufig problematisch (vgl. Cozby, 1973). Allen (1972) verwendet den Rorschachtest und dabei insbesondere den sog. Rorschachindex für repressiven Stil (RIRS) und menschliche

Bewegungsantworten mit gutem Formniveau (M+), die das Ausmaß angeben sollen, in dem Personen sich selbst mit ihren Gedanken und Gefühlen wohlfühlen, um sich ihren Phantasien und Launen hinzugeben. Jourard (1964, 1971) entwickelte einen Fragebogen, der häufige Verwendung in anderen Forschungsbemühungen auf diesem Gebiet findet. Und viele andere benutzen allein oder zusätzlich Schätzskaleten (z.B. Allen, 1967; Hamilton, 1971). Problematisch sind auch die experimentellen Manipulationen von "self-disclosure". Ein Beispiel ist dafür die Untersuchung von Curtis (1981), in der die Verwendung des Personalpronomens "Ich" in der Therapeutenäußerung (z.B. "Ich fühle mich auch manchmal niedergeschlagen") für starke Selbstöffnung, "Wir" (z.B. "Wir alle fühlen uns manchmal niedergeschlagen") für eine mittlere Selbstöffnung und die (im Regelfall bei empathischem Verstehen eher zutreffende) "Es"-Formulierung ("Es muß Sie deprimiert haben") für "no self-disclosure" verwendet wurde!

5.2.2 Zusammenhang mit Therapeutischem Basisverhalten

Die meisten Untersuchungen zeigen einen deutlichen Zusammenhang dieses therapeutischen Selbstkonzept-Merkmals mit einzelnen Charakteristika des Therapeutischen Basisverhaltens, insbesondere mit dem, was als Einfühlung, Verstehen oder Empathie bezeichnet wird (vgl. z.B. Allen, 1967, 1972; Passons & Olsen, 1969; Foulds, 1969; Fish, 1970).

Allen (1967) ließ 26 graduierte Berater-Studenten aufgrund ihrer Fallberichte in der Supervision von zwei Ratern reliabel danach einschätzen, wie hoch ihre Bereitschaft und Fähigkeit ist, sich mit ihren eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen statt mit äußeren Sachverhalten (Offenheit). Von den Ausbildern wurde zusätzlich beurteilt, wie hoch ihre allgemeine Kompetenz als Berater und ihre Sensibilität für die Gefühle der Klienten ist. Es zeigte sich, daß die Offenheit der Berater mit diesen beiden Kriterien für Beratereffektivität in positiver Beziehung steht. (Die gleiche positive Korrelation wurde gefunden bei Verwendung des Rorschachindex für Offenheit.)

In einer Nachfolgeuntersuchung (Allen, 1972) an 25 nicht-graduierten Berater-Studenten ließ Allen das tatsächliche Therapeutische Basisverhalten mit Hilfe der Truax-Schätzskaleten an Hand von Tonbandaufnahmen beurteilen. Und die Ergebnisse bestätigen den früheren Befund. Empathiefähigkeit und Selbstkongruenz als Indikatoren des Therapeutischen Basisverhaltens in der tatsächlichen Beratungssituation korrelieren positiv und signifikant mit der über Rorschachprotokolle erfaßten "Offenheit gegenüber dem eigenen Erleben" (ρ gleich .35 und .47) und ebenfalls mit der Beurteilung der Ausbilder (ρ gleich .49 und .51). Die ebenfalls eingeschätzte bedingungsfreie Wertschätzung korrelierte allerdings negativ mit der psychologischen Offenheit. Dieses Ergebnis ist nach anderen Untersuchungen (z.B. Foulds, 1969) und auch nach Meinung von Allen nicht überraschend und kann auf die Verwendung von Ratingskaleten und auf neutrale Beurteiler zurückgeführt werden: Eine Person, die offen gegenüber ihren

eigenen Gefühlen ist und diese auch nicht verbirgt, kann von neutralen Beurteilern der Tonbandstichproben leichter als weniger wertschätzend gegenüber anderen und weniger bedingungslos erlebt werden, als eine Person, die mehr darin geübt ist, ihre eigenen Gefühle zu dissimulieren. Die Frage, die sich aber damit stellt, ist, wie die Klienten es für sich erleben, wenn ihre Therapeuten als Personen in hohem Maße äußerungsbereit und ihren eigenen Gefühlen gegenüber geöffnet erscheinen.

Nach einer Untersuchung von Graff (1970) scheint sich Offenheit und Äußerungsbereitschaft des Therapeuten positiv sowohl auf das "Klima" der Beratungssituation, wie auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des Klienten auszuwirken. Graff untersuchte bei 41 graduierten Studenten in einem Kursus über psychologische Beratung den Zusammenhang zwischen Äußerungsbereitschaft und Beratereffektivität. Äußerungsbereitschaft wurde über das Self-Disclosure Inventory (SDI) von Jourard (1964) erfaßt und die Beratereffektivität wurde von Klienten und Ausbildern eingeschätzt. Das Klientenurteil über Beratungsklima, Wohlergehen und Zufriedenheit wurde aufgrund von mindestens 4 Klienten eines Beraters mit einer 5-stufigen Schätzskaala ermittelt. Die Ausbilder (Supervisoren) bezogen sich in ihren Beurteilungen auf eine 3-monatige Ausbildungsperiode, in der sie die Berater-Studenten an Hand von Tonbandaufnahmen und an Hand der mündlichen und schriftlichen Berichte über die Beratungsgespräche genau kennenlernten. Sowohl die Ratings der Klienten als auch die Ratings der Supervisoren korrelierten alle relativ hoch (r um .50) mit Äußerungsbereitschaft. Am höchsten war der Zusammenhang dieser Berater-eigenschaft mit der Zufriedenheit der Klienten über die Beratung ($r = .57$).

In vielen Untersuchungen zeigt sich übereinstimmend, daß Offenheit und Äußerungsbereitschaft des Therapeuten in der Stunde vor allem die Äußerungsbereitschaft und Selbstexploration des Klienten (z.B. Jourard, 1964, 1971; Truax & Carkhuff, 1965) hervorzurufen und zu fördern in der Lage sind, aber auch die Bereitschaft zur weiteren Zusammenarbeit mit dem Berater festigen (Giannandrea & Murphy, 1973) und diese als hilfreich erleben lassen (Bundza & Simonson, 1973). Allerdings zeigt sich in sozialpsychologischen Untersuchungen, daß eine solche Effektivität nicht bei jedem Äußerungsgrad und ohne Berücksichtigung von Differenzierungen und Interaktionseffekten mit anderen Variablen zu erwarten ist (z.B. Ehrlich & Graeven, 1971; Derlega, Harris & Chaikin, 1973; Derlega, Walmer & Furman, 1973; Cozby, 1973).

Hamilton (1971) fand z.B. in einer therapieanalogen Studie, daß psychoneurotische Probanden - unabhängig von der Äußerungsbereitschaft der Therapeuten - mehr intimes Material preisgeben als psychisch stabile Personen und daß nur eine hohe Offenheit der Therapeuten die Äußerungsbereitschaft der Klienten erhöht. Und Thompson (1973) konnte in einer Untersuchung über den Einfluß von Äußerungsbereitschaft der Therapeuten auf die Klient-Therapeut-Beziehung in Anfangskontakten nur geringe oder keine Effekte nachweisen. Es zeigt sich aber, daß Klienten bei stark öf-fnungsbereiten im Unterschied zu wenig öf-fnungsbereiten Therapeuten in zunehmend stärkerem Maße über ihr Erleben von negativen Gefühlen sprechen konnten! Dies entspricht Unter-

suchungsbefunden aus dem Bereich der Gesprächspsychotherapie, die zeigten, daß ein Zusammenhang zwischen Erfolg und Sprechen über negative Gefühle besteht (Tausch, 1973, S.292).

Schließlich muß nach einer Therapie-Analog-Studie von Simonson (1976) damit gerechnet werden, daß nicht jede Art von Äußerungsbereitschaft der Therapeuten die Äußerungsbereitschaft der Klienten erhöht. Klienten, die mit emotional kalten Therapeuten zusammenkommen, werden vermutlich gleichermaßen unfähig sein, sich ihnen gegenüber zu öffnen, egal wie äußerungsbereit sie ihnen erscheinen. Und bezüglich des Intim-Grades der Äußerungsbereitschaft von Therapeuten ist mit einer nicht-linearen Beziehung zur Äußerungsbereitschaft von Klienten nach Art einer U-Kurve zu rechnen: Bei einer Unterscheidung zwischen "keiner", "gemäßigt persönlicher" und "intim persönlicher" Äußerungsbereitschaft vermag nur ein mittleres Ausmaß an Intimität, also eine gemäßigt persönliche Art, die Klienten veranlassen, sich erlebnismäßig zu öffnen und sich mitzuteilen. Eine sehr intime Art der Selbstmitteilung von Therapeuten unterscheidet sich in ihren Effekten nicht von einer Situation, in der sie überhaupt nichts von sich enthüllen.

Insgesamt sind nach einer Literaturübersicht von Watkins (1990) definitive Schlußfolgerungen in bezug auf einen erstrebenswerten Intim-Grad in Selbst-Äußerungen von Therapeuten heute noch nicht möglich. Es scheint aber richtig zu sein, eine "ausgewogene" Offenheit zu fordern, wie dies Guy (1987, Chap.5) in Bezug auf das Problem der "self-disclosure" von Therapeuten tut, das im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen (Erkrankung, Unfall oder Geburts- und Todesfälle etc.) fast zwangsläufig auftritt.

5.2.3 Konsequenzen für die Ausbildung

Der vielfach nachgewiesene Zusammenhang zwischen Offenheit und Äußerungsbereitschaft der Person des Beraters und Psychotherapeuten mit Variablen eines Therapeutischen Basisverhaltens wie Empathie und Selbstkongruenz des Therapeuten oder Zufriedenheit und Erfolgserwartung des Klienten, lassen es notwendig erscheinen, diese Eigenschaft von Therapeuten als Ausbildungsziel zu berücksichtigen. Doch kann Offenheit und Äußerungsbereitschaft gelernt werden? Ist diese Eigenschaft trainierbar? Die Frage scheint bejaht werden zu können, obwohl sehr wenig Forschung explizit zu diesem Problem durchgeführt wurde. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse (z.B. Pierce, Carkhuff & Berenson, 1967; Pierce & Zarle, 1972) zeigen, daß durch Ausbildungsprogramme in Beratung und Psychotherapie Offenheit und Äußerungsbereitschaft bei den Auszubildenden vergrößert wird, daß der Erfolg dieser Ausbildung aber abhängig ist von der persönlichen Qualifikation der Ausbilder. Eine Abhängigkeit von der Art des Ausbildungsprogramms ist ebenfalls zu vermuten, wobei es wichtig ist, daß dieses therapeutische Selbsterfahrung ermöglicht, die mit den inhaltlichen Ausbildungszielen integrativ verbunden ist ("Integratives Ausbildungskonzept"; Tscheulin, 1980c).

Pierce, Carkhuff & Berenson (1967) untersuchten den Ausbildungserfolg von 17 freiwilligen Laienhelfern, die bei hochqualifizierten und bei wenig qualifizierten Ausbildern eine zwanzigstündige Ausbildung in hilfreichem Verhalten nach dem integrativen Ausbildungsmodell mitmachten. Es zeigte sich, daß gleichzeitig mit der Verbesserung solcher Basisfähigkeiten wie Empathie, Wertschätzung und Selbst-Kongruenz, auch die Äußerungsbereitschaft der Laienhelfer bezüglich eigenen persönlichen Erlebens anstieg. Diese Veränderung war aber nur bei denen festzustellen, die bei den hochqualifizierten Ausbildern waren.

Pierce & Zarle (1972) fanden bei 19 ausgebildeten und nichtausgebildeten Berater-Studenten, die zum Zwecke der Untersuchung abwechselnd die Rollen des Beraters und des Klienten einnahmen, daß diejenigen, die in der Beraterrolle stärker zu einfühlen-dem Verstehen fähig waren, auch häufiger in der Rolle als Klient ihre Gefühle gegenüber anderen Personen äußern und explorieren konnten. Und die Ausgebildeten zeigten gegenüber den Nichtausgebildeten diese Fähigkeit in signifikant höherem Maße.

Diese Ergebnisse enthalten eine Herausforderung: Der Ausbilder in Klinischer Psychologie und Psychotherapie darf sich nicht darauf beschränken, Lernziele zu definieren und entsprechende Übungen in didaktisch-intellektueller Art anzubieten; und er darf auch nicht das Erlernen von Offenheit einer von der Ausbildungssituation isolierten "Eigetherapie" oder Selbsterfahrung überlassen. Die Ausbildungsveranstaltung muß mit der Selbsterfahrung verbunden und in ihr integriert sein, und der Ausbilder muß in der Ausbildungssituation mit seinem Verhalten und Erleben das selbst verwirklichen, was er inhaltlich anspricht.

5.3 Erkennen eigener Bedürfnisbefriedigung und relative Unabhängigkeit von ihr

5.3.1 Personale Nähe und kognitive Flexibilität

Mit diesen beiden Begriffen soll versucht werden, ein Lernziel zu formulieren, das sich auf sehr vielfältige Motive bezieht und das besonders schwer zu operationalisieren ist. Unter dem Begriff "Personale Nähe" sollen hier alle die Bedürfnisbefriedigungen zusammengefaßt werden, die mit dem Wunsch anderen zu helfen, bzw. für andere zu sorgen (Fürsorgebedürfnis) und mit dem Wunsch nach freundschaftlichen und persönlich bereichernden Beziehungen (Kontaktbedürfnis) angestrebt werden. Operationale Definitionen erscheinen möglich und wurden mit unterschiedlichen Erfolgen versucht, z.B. durch Persönlichkeitsfragebogen wie den "Edwards Personal Preference Schedule - EPPS" (Edwards, 1959) oder durch Projektive Verfahren wie den Thematic Apperception Test (TAT). Untersuchungen jedoch, die Zusammenhänge zwischen dem Wunsch zu helfen und Therapieprozeß- oder Erfolgsvariablen ausfindig zu machen suchten, sind entweder widersprüchlich oder schwer zu interpretieren (Bergin & Solomon, 1970; Bergin & Jasper, 1969; Mills & Abeles, 1965).

Der Wunsch zu helfen und persönlich für Klienten da zu sein genügt alleine nicht.

Viel eher erscheint es wichtig, diesen Wunsch zu erkennen und eine relative Unabhängigkeit von seiner Befriedigung zu erreichen. Dies soll als Lernziel definiert werden. Es enthält eine adäquate oder eine situationsangemessene Befriedigung des Wunsches. Dazu benötigen Therapeuten gleichzeitig und zusätzlich zu ihrer Helfer-Motivation die kognitive Distanz, d.h. das Erkennen der eigenen Motivation in ihrem Stellenwert für sich selber und für die Klienten. Sie brauchen in diesem Punkt eine "introspektive Orientierung" und "verstandesmäßige Einstellung" (Henry et al., 1973, pp.85ff), um mögliche Zusammenhänge (zwischen Hilfe geben und Hilfe bekommen) und mögliche Unterschiede (zwischen der eigenen Bedürfnislage und der der Klienten) erkennen zu können. "Psychotherapists need as much, if not more love, understanding, nurturance, support, confrontation, and guidance as any other person" (Guy, 1987, p.145).

Hier kann das Konzept der "kognitiven Flexibilität" das Problem und damit das Lernziel präzisieren helfen. In Anlehnung an Whiteley, Sprinthall, Mosher & Donaghy (1967, p.227) soll unter kognitiver Flexibilität die Fähigkeit des Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten verstanden werden, situationsangemessen gleichzeitig zu handeln und zu denken. Trotz der durch Handeln gegebenen Unmittelbarkeit und Nähe, besteht gleichzeitig eine angemessene Unabhängigkeit und Distanz durch Erkennen. Dabei wird diese "Distanz durch Erkennen" nicht durch professionelle Perfektion oder absolute technische Geschicklichkeit, sondern durch "menschliche" Überzeugungskraft gewonnen ("Irren ist menschlich", vgl. Dörner & Plog, 1984). Kognitive Flexibilität gewährleistet damit vor allem, daß Wahrnehmung und Erkennen nicht durch vorzeitiges Schließen verzerrt und Verstehen nicht durch die eigene Bedürfnislage und Perspektive gefährdet wird (vgl. Guy, 1987, Chap.1). Das Gegenteil von kognitiver Flexibilität sind Rigidität, Intoleranz von Ambiguität und exzessive Bedürfnisse (vor allem nach Ordnung und Planung), die ein Erkennen der Realität in uneindeutigen Situationen, wie es die psychotherapeutische häufig ist, erschweren oder unmöglich machen.

Bezogen auf die Person des Psychologen in ihrem Wunsch zu helfen kann nun folgende These vertreten werden: Erfolgreich ist jene Beraterisch oder psychotherapeutisch tätige Person, die ihre Bedürfnisse nach personaler Nähe erkennt und gleichzeitig so unabhängig von ihnen (d.h. so flexibel) ist, daß sie die Perspektive des Klienten unverfälscht wahrzunehmen vermag und Zusammenhänge erkennen kann, die sich aus dem eigenen Verhalten, dem des Klienten und aus der Interaktion ergeben.

5.3.2 Empirische Grundlagen und Zusammenhänge mit dem Therapeutischen Basisverhalten

Bergin & Solomon (1970) berichten an Hand einer Untersuchung mit dem EPPS bei 18 post-graduierten Therapeuten-Studenten der Klinischen Psychologie von einem unerwarteten Befund. Sie fanden eine statistisch nicht signifikante geringe negative Korrelation zwischen Empathie (als einer Dimension des Therapeutischen Basisverhaltens) und dem Bedürfnis nach Kontakt ($r = -.18$) und nach Fürsorge ($r = -.19$). Eine

signifikante positive Korrelation fanden sie dagegen mit dem Machtbedürfnis ($r = .54$), das sie aufgrund anderer Hinweise in dem Sinne interpretieren können, daß die Therapeuten eine Freiheit und Selbstsicherheit entwickelt haben, die es ihnen erlaubt, sich vollständig auf die Bedürfnisse von Klienten als auf die eigenen zu zentrieren. In einem Replikationsversuch an 36 etwas weniger erfahrenen Therapeuten-Studenten (Bergin & Jasper, 1969) konnten zwar die geringen negativen Korrelationen mit Kontaktbedürfnis ($r = -.38$, $p < .02$) und Fürsorgebedürfnis ($r = -.27$, n.s.) wiedergefunden werden, nicht aber der positive Zusammenhang mit dem Machtbedürfnis ($r = .16$), so daß die Autoren die Ergebnisse insgesamt nur als Zufallsschwankungen verstehen können.

Wahrscheinlicher ist jedoch, daß die Untersuchungen wegen der unterschiedlichen Erfahrung der Therapeuten-Studenten nicht miteinander vergleichbar sind. Zu dieser Annahme gibt die Untersuchung von Mills & Abeles (1965) Anlaß. Diese Autoren untersuchten 13 erfahrene Therapeuten, 14 post-graduierte Studenten der Klinischen Psychologie (mittlere Erfahrung) und 10 Praktikanten als Anfänger, die ihre ersten Klienten zur Zeit der Untersuchung sahen. Kontakt- und Fürsorgebedürfnis wurden ebenfalls über den EPPS erfaßt. Zusätzlich jedoch maßen sie auch über ein Semantisches Differential die "Zuneigung zum Klienten" als Wunsch mit ihm zusammenzuarbeiten und ihm nahe zu sein. Es zeigte sich, daß nur bei den unerfahrenen Praktikanten eine relativ hohe signifikante Korrelation (um .80) zwischen "Zuneigung" und Kontakt- und Fürsorgebedürfnis besteht, bei den mittelmäßig erfahrenen Postgraduerten jedoch eine nicht signifikante geringe negative Korrelation (entsprechend den Ergebnissen von Bergin & Jasper, 1969, und Bergin & Solomon, 1970). Bei den Erfahrenen wiederum ergab sich eine geringfügige positive (wegen der geringen Pbn.-Anzahl nicht signifikante) Korrelation um .30. Die Interpretation, die die Autoren geben, erscheint einleuchtend: Zu Beginn der Ausbildung in Klinischer Psychologie wünscht und verwirklicht der Student in hohem Ausmaße eine personale Nähe und kommunikative Intimität. Zuneigung, Fürsorge für den Klienten und Kontaktbedürfnis gehen zusammen. In der Mitte der Ausbildung lernt er, daß er mit einem Zuviel an Hilfsangebot dem Klienten nicht hilft, sondern eventuell nur Abhängigkeit schafft. Erst wenn er diese Gefahr wieder "im Griff" hat, kann er wieder in stärkerem Maße und situationsangemessen flexibel dem Kontakt- oder dem Fürsorgebedürfnis nachgeben.

Der Zusammenhang zwischen der Variablen "Erfahrung/Ausbildung" und der Variablen "relative Unabhängigkeit von der eigenen Motivation" zeigt sich auch, wenn Untersuchungen zur kognitiven Flexibilität herangezogen werden. Mit zunehmender Erfahrung erhöht sich nicht nur die psychologische Sensibilität, die subjektive Selbstaufmerksamkeit und die Selbstsicherheit (Farber, 1983), sondern Berater oder Therapeuten erwerben auch eine größere Flexibilität. Whiteley et al. (1967) untersuchten 19 noch wenig erfahrene Schulberater-Studenten. Kognitive Flexibilität schätzten sie mittels Ratingskalen und an Hand von Rorschach- und TAT-Protokollen, sowie an Hand von schriftlichen Bearbeitungen von zwei kritischen Fallstudien ein. Das Thera-

peutische Basisverhalten (als "Effektivität" im Sinne von hoher Merkmalsausprägung in verschiedenen Dimensionen des Beraterverhaltens) wurde ebenfalls mittels Rating-skalen von den Ausbildern nach einem 5-monatigen Praktikum und aufgrund von Tonbändern und von schriftlichen und mündlichen Berichten während dieser Ausbildungszeit eingeschätzt. Es ergab sich eine hohe positive Korrelation ($r = .78$ und $.73$) zwischen den Flexibilitätsmaßen und den Einschätzungen der Effektivität. Zu Beginn der Ausbildung sind die helfenden Personen am effektivsten, die bereits über eine stärkere kognitive Flexibilität verfügen. Die als flexibel eingeschätzten Therapeuten-Studenten sind auch diejenigen, die mehr auf die Gefühle der Klienten als auf äußere Sachverhalte eingehen, d.h. in höherem Maße personenbezogen sind.

Während die Pbn. bei Whiteley et al. (1967) relativ wenig erfahrene Berater-Studenten waren, untersuchten Jackson & Thompson (1971) erfahrene Berater, die im Berufsleben standen. Die insgesamt 73 Schulberater wurden aufgrund ihrer Beurteilung am Ende der Ausbildung in eine Gruppe von 39 sehr effektiven und eine Gruppe von 34 am wenigsten effektiven Beratern eingeteilt. Nach 1-5 Jahren Berufstätigkeit und Berufserfahrung ergab sich zwischen beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied mehr bezüglich ihrer kognitiven Flexibilität oder ihrer Toleranz gegenüber Ambiguität. Offensichtlich kann während der Berufstätigkeit eine Entwicklung in Richtung größerer Flexibilität stattfinden.

Diese positive Entwicklung ist aber nicht auf andere Bereiche zu verallgemeinern. Die nach der Ausbildung als wenig effektiv beurteilten Studenten sind später in der Berufsausübung zu sich selbst negativer eingestellt als die Effektiven. D.h. sie erleben sich mehr von anderen Menschen entfernt und entfremdet, erleben, daß ihnen die Befriedigung fehlt, die sie suchen, und können ihre Unzufriedenheit schlechter handhaben und zugeben. Sie sehen die "meisten Leute" und die "meisten Klienten" als weniger freundlich, weniger fähig und weniger wertvoll an und beurteilen die Psychologische Beratung als weniger befreiend, weniger altruistisch und weniger wichtig als dies die Effektiven tun (vgl. auch Combs & Soper, 1963).

Hier erhebt sich die Frage, ob nicht bei bestimmten Helfer-Personen, die bereits nach der Ausbildung als wenig hilfreich beurteilt werden, der Erwerb von kognitiver Flexibilität mit dem Verzicht auf Befriedigung von Wünschen erkaufte wird, die anfänglich an die therapeutische Kommunikation mit Klienten geknüpft wurden. Wenig hilfreiche Klinische Psychologen wären dann jene, die sozusagen resignativ auf die Befriedigung von Fürsorge- und Kontaktbedürfnissen verzichten, statt zu lernen, diesen flexibel und situationsangemessen nachzugeben. Dies ergäbe das Bild des nur professionellen Helfers, der statt kommunikativer Intimität und personaler Nähe nur professionelle Geschicklichkeit und neutrale Distanz verwirklicht.

5.3.3 Welche Bedeutung hat die intellektuelle Leistungsfähigkeit?

Die Forderung nach Erkennen eigener Motivationen und nach kognitiver Flexibilität

in der Kommunikation mit Klienten wirft die Frage auf, inwiefern die Erfüllung dieser Forderung während der Ausbildung von der intellektuellen Leistungsfähigkeit oder von dem akademischen Leistungsniveau abhängig ist. Auch in dieser Frage sind die empirischen Ergebnisse nicht widerspruchsfrei, wenngleich eine größere Anzahl von Untersuchungen die Ansicht nahelegt, daß Intelligenz- und akademische Leistungskriterien für die Ausbildung in Psychotherapie und Beratung von untergeordneter Bedeutung sind (vgl. vor allem Carkhuff, 1969).

Whiteley et al. (1967) fanden z.B. keinen Zusammenhang ($r = .09$) zwischen kognitiver Flexibilität und Leistungsmaßen, wie sie durch den Miller-Analogie-Test (MAT) oder durch akademische Prüfungen ermittelt werden. Untersuchungen z.B. von Bergin & Solomon (1970) oder Anthony, Gormally & Miller (1974) legen ebenfalls nahe, daß kein Zusammenhang besteht zwischen intellektuellen Leistungsmaßen und psychotherapeutischen Fähigkeiten, wie sie ein Therapeutisches Basisverhalten erfordert.

Andere Untersuchungen (z.B. Jansen, Robb & Bonk, 1970; Felker, 1973) fanden aber wieder, daß intellektuelle Leistungsmaße zumindest mit Teilbereichen von therapeutischer Effektivität korrelieren. Felker (1973) zeigte, daß bei 51 unerfahrenen Berater-Studenten die akademische Durchschnittsnote (GPA) und die Intelligenz (nach dem Miller-Analogie-Test) relativ hoch mit der Fähigkeit korrelieren ($r = .43$), auf vorgegebene Klientenäußerungen eine hilfreiche Antwort zu formulieren ("Kommunikationsindex" nach Carkhuff, 1969). Mit der Fähigkeit, hilfreiche von wenig hilfreichen Antworten zu unterscheiden, bestand bereits jedoch nur eine geringe nicht-signifikante Korrelation ($r = .23$). Vermutlich wird man eine gute intellektuelle Leistungsfähigkeit für eine klinisch-psychologische Tätigkeit genauso wie für eine pädagogische Tätigkeit als Basis voraussetzen müssen, in ihr aber ab einer gewissen überdurchschnittlichen Höhe keine wesentliche Einflußgröße mehr sehen können. Weitere Forschung erscheint dringend nötig.

5.3.4 Ist der Therapeut ein Machiavellist?

Der Wunsch anderen zu helfen, kann eventuell nicht nur Fürsorge- und Kontaktbedürfnisse implizieren, sondern kann sich auch auf den Wunsch beziehen, über andere Macht zu haben und über sie zu verfügen, sie lenken oder manipulieren zu können, um sich selber dadurch leichter behaupten zu können. Tatsächlich sollen nach Christie & Geis (1970) Medizinstudenten, die im klinisch-psychiatrischen Sektor tätig werden wollen, mehr "machiavellistisch" sein als andere Medizinstudenten.

Nach Christie & Geis (vgl. auch Klapprott, 1974; Henning & Six, 1977) sind Personen mit hohen Machiavellismus-Werten (im folgenden als Machiavellisten bezeichnet) zwar realitätsangepaßt, "da neurotische und psychotische Persönlichkeitsmerkmale zu einer verzerrten Wahrnehmung der Umwelt führen und die Einflußstrategien wirkungslos bleiben würden" (Henning & Six, 1977, S.185), aber sie sind gleichzeitig in der

Interaktion mit anderen wenig emotional beteiligt und besitzen eine geringe Bindung an konventionelle Moralvorstellungen bezüglich des sozialen Zusammenlebens. Statt sich an langfristigen idealen Zielen zu orientieren, versuchen sie, kurzfristige Ziele durch Einsatz manipulativer interpersonaler Taktiken zu erreichen.

Dementsprechend unterscheiden sich die Merkmale des Selbstkonzepts von stark und schwach machiavellistisch orientierten Menschen, - und Psychotherapeuten müßten eher nicht-machiavellistisch sein, wenn man an die Inhalte und Bedeutung eines Therapeutischen Basisverhaltens denkt. Nach Christie & Geis (1970, p.285) kann man die in Tabelle 6 aufgeführten Merkmale einander gegenüberstellen.

Auf der anderen Seite sind Merkmale der psychotherapeutischen Situation günstig für starke Machiavellisten. Solche Personen sind nach Christie & Geis in Situationen erfolgreich, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind: (a) direkte Interaktion, (b) Spielraum zur kognitiven Improvisation und (c) Irrelevanz von Affekten und Emotionen. Nur im dritten Merkmal wird die psychotherapeutische Situation eine ungünstige Ausgangslage für den Machiavellisten schaffen. So kann man vermuten, daß machiavellistische Personen vom psychotherapeutischen Aufgabenfeld, das eine unstrukturierte Situation mit Spielraum zur Improvisation darstellt, angezogen werden und in ihm möglicherweise auch erfolgreich sind.

Tabelle 6

Merkmale von stark und schwach machiavellistischen Personen

	stark machiavellistisch ("the cool syndrom")	schwach machiavellistisch ("the soft touch")
1.	Widerstand gegen sozialen Einfluß	Empfänglichkeit für sozialen Einfluß
2.	Kognitive Analyse der Situation	Orientierung an der Person
3.	Initiierende und kontrollierende Persönlichkeitsstruktur	akzeptierende u. sich widmende Per- sönlichkeitsstruktur

Abramson (1973) untersuchte diese Hypothese an 18 Studenten der Klinischen Psychologie, die er mit 12 Studenten der Pädagogischen- und Experimentellen Psychologie verglich. Er verwendete die von Christie & Geis (1970) entwickelte MACH-V-Skala, die, unter Ausschaltung von sozialer Erwünschtheit, machiavellistische Einstellung und Neigung zu manipulativen Taktiken erfaßt. Es zeigte sich, daß bezüglich der Variablen "machiavellistische Neigung" keine signifikante Differenz zwischen den Vergleichsgruppen besteht, obwohl die vorhandenen Differenzen in diese Richtung weisen ($t = 1.62$ bei $df = 28$). In bezug auf die Neigung zu interpersonaler Manipula-

tion ("Machiavellistische Taktiken", ein in weiteren Untersuchungen stabiler Faktor) hatten jedoch die Studenten der Klinischen Psychologie gegenüber den Studenten der Pädagogik signifikant höhere Werte.

Nach eigenen Untersuchungen (Tscheulin, 1980f; Oberneder, 1979) braucht allerdings nicht davon ausgegangen zu werden, daß Studenten, die sich für die Klinische Psychologie und Psychotherapie interessieren, in stärkerem Maße als andere Studentengruppen eine Neigung besitzen, andere zu lenken und zu manipulieren. An Stichproben von 53 Studierenden der Klinischen Psychologie (26 gesprächspsychotherapeutischer und 27 verhaltenstherapeutischer Orientierung), 21 Studenten der Pädagogischen und Angewandten Psychologie, 43 Studierenden der Medizin und 13 der Zahnmedizin an der Universität Würzburg wurde eine umgekehrte Rangfolge gefunden: Studenten der Klinischen Psychologie (besonders in klientenzentrierter Ausbildung) haben im Durchschnitt die niedrigsten Machiavellismuswerte und nicht-klinische Psychologen und Zahnmediziner die höchsten. Die Medizinstudenten liegen zwischen diesen beiden Gruppen.

Dennoch muß die Machiavellismus-Motivation in der Einzelpraxis und besonders in der Ausbildung beachtet werden, denn es zeigte sich in der Untersuchung von Abramson weiter, daß hohe Werte in machiavellistischen Taktiken negativ mit Variablen des Therapeutischen Basisverhaltens korrelieren (z.B. $r = -.64$ mit Empathiefähigkeit). Und es ist nicht damit zu rechnen, daß mit zunehmender Erfahrung eine machiavellistische Einstellung sozusagen von allein verschwindet. Nach Iwashita (1973) korrelieren bei Studenten des Counseling-Studienganges Machiavellismus und Erfahrungsniveau nicht miteinander.

5.3.5 Konsequenzen für die Ausbildung

Die Untersuchungen, die hier zur Verdeutlichung und zum Beleg des Lernziels "Erkennen der eigenen Bedürfnisbefriedigung und relative Unabhängigkeit von ihr" herangezogen wurden, machen deutlich, daß die Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie sich nicht nur auf die Ausbildung von Methoden und Strategien zur Veränderung von Erlebens- und Verhaltensweisen des Klienten erstrecken darf, sondern daß es auch notwendig ist, dem Auszubildenden die Möglichkeit zu geben, sich selbst in den eigenen motivationalen Grundlagen erkennen zu können. Es erscheint wichtig, daß der Klinische Psychologe und Psychotherapeut durch Erfahrung und Ausbildung eine Möglichkeit findet, seine Bedürfnisse, vor allem die nach Fürsorge- und Kontakt, nicht nur zu erkennen, sondern sie auch situationsangemessen zu befriedigen. Offen und fraglich erscheint es noch, ob mit dem Wunsch, anderen zu helfen, einzugreifen und zu verändern, auch machiavellistische Tendenzen verbunden sind. Der Wunsch zu verändern, einzugreifen und damit zu helfen, ist konstituierend für eine klinisch-psychologische Tätigkeit. Der Wunsch andere zu manipulieren, über sie Macht zu gewinnen und sie zu beherrschen darf damit jedoch nicht verbunden sein. Wenn solche

Bedürfnisse beim einzelnen Auszubildenden vorhanden sein sollten, dann muß die Ausbildung dies ganz besonders beachten und bearbeiten. Auch in dieser Frage, und gerade in ihr, ist eine weitere Forschungsarbeit dringend erforderlich.

5.4 Störungserleben und relative Störungsfreiheit

5.4.1 Dysphorische Störungen bei Psychotherapeuten

Das Selbstkonzept des Psychotherapeuten kann wie das des Klienten gestört sein. Es sind vor allem dysphorische Störungen, Angst und Depressivität, die bei Psychotherapeuten vorgefunden, beschrieben oder untersucht werden. Diese können in einem Rahmen bleiben, der die Berufsausübung gestattet, aber auch - vor allem in Verbindung mit weiteren Problemen - zu einer Beeinträchtigung führen, bei der diese nicht mehr möglich ist. Hier soll nur von Störungen der ersten Art die Rede sein (vgl. Guy, 1987, pp.198ff, zu Fragen der Abgrenzung).

Es wird häufig angenommen, daß dysphorische Störungen mit einer geringeren Fähigkeit zu therapeutischem Verhalten zusammenhängen müssen. Doch die Untersuchungsergebnisse, die Zusammenhänge zwischen Therapeutischem Basisverhalten und "psychischer Gestörtheit" des Therapeuten aufdeckten, sind widersprüchlich. Auf der einen Seite stehen Befunde, daß ängstliche oder depressive Therapeuten in geringem Ausmaß therapeutisch wirken (Bandura, 1956; Bergin & Solomon, 1970; Gurman, 1972). Auf der anderen Seite zeigten sich positive Korrelationen zwischen der Ängstlichkeit von Therapeuten und der Einschätzung ihrer Kompetenz durch Supervisoren (Bergin & Solomon, 1970), durch Klienten (Wogan, 1970) oder durch neutrale Beurteiler an Hand von Tonbandratings (Gurman, 1973b).

Eine Lösung dieses Widerspruchs kann möglicherweise aus der Arbeit von Wogan (1970) abgeleitet werden. Er untersuchte 12 Therapeuten und ihre 82 stationären Patienten mit dem MMPI, dessen Standardskalen faktorenanalytisch auf 6 Skalen reduziert werden konnten. Diese Faktoren-Skalen waren u.a.: (a) "Ängstlichkeit" (mit positiven Ladungen auf F, D, Pp, Pa, Pt, Sc und Si und negativen Ladungen auf L und K), (b) "Repression" (mit positiven Ladungen auf Hd, D, Hy und negativen Ladungen auf Pp und Pa), (c) "Subtilität" (mit hohen positiven Ladungen auf K und hohen negativen Ladungen auf L), (d) "Somatisierung" (mit positiven Ladungen auf K, Hd, Sc und negativen Ladungen auf Hy, Pp und Pa). Zwei Wochen nach Therapiebeginn schätzten Patienten und Therapeuten den therapeutischen Prozeß ein.

Es zeigte sich, daß Patienten dann ihren Therapeuten mehr mochten und in der Kommunikation als hilfreicher erlebten, wenn dieser zwar "ängstlich" war und in sich unangenehmes Erleben registrieren konnte (pos. Korrelation mit "Ängstlichkeit" und "Somatisierung"), aber nicht dazu neigte, Symptome bei sich zu verneinen (neg. Korrelationen mit "Repression"). Die Patienten erlebten einen schnelleren Therapiefortschritt, wenn sie bei Therapeuten waren, die hohe Werte auf der Subtilitäts-Skala und niedere Werte auf der Repressions-Skala hatten. Darüberhinaus waren alle Skalenwerte

im sogenannten Normalitätsbereich. Aus diesen und ähnlichen Befunden läßt sich die Hypothese aufstellen, daß erfolgreich jene Psychotherapeuten arbeiten können, die fähig sind, psychische Störungen und inneres Unbehagen bei sich zu erleben, ohne dabei zu stark von ihren eigenen Problemen okkupiert zu sein (Fähigkeit zu Störungserleben bei relativer Störungsfreiheit). Oder anders ausgedrückt: Die als hilfreich erlebten Therapeuten sind fähig, auch dann ihre Eigenarten wahrzunehmen und als Realität zu respektieren und zuzugeben, wenn diese negative Gefühle und Bewertungen einschließen. Einzelergebnisse aus ansonsten widersprüchlichen Untersuchungen können im Rahmen dieser Hypothese interpretiert und sinnvoll eingeordnet werden.

5.4.2 Zusammenhang mit Therapeutischem Basisverhalten

Bergin & Solomon (1970; vgl. auch Bergin & Jasper, 1969; Jansen, Bonk & Garvey, 1973) fanden bei fortgeschrittenen Berater-Studenten signifikante negative Korrelationen zwischen deren Empathiefähigkeit (nach Tonbandeinschätzungen) und deren Ängstlichkeit (nach MMPI-Skalen Pt und D). Einschätzungen der Ängstlichkeit durch die Supervisoren korrelierten aber nicht mit der Empathiefähigkeit! Danach könnte vermutet werden, daß die erhöhten Pt- und D-Werte im MMPI mehr die erhöhte Okkupation mit der eigenen Störung widerspiegeln und die Supervisoren-Ratings das Störungserleben der Berater angeben, das bei diesen in der Ausbildungssituation sichtbar wird und zu dem diese fähig sind, ohne es unterdrücken zu müssen.

Diese Interpretation ist relativ willkürlich, da die Operationalisierung von Ängstlichkeit über das MMPI und die bloßen Angaben von Korrelationen viele Interpretationsmöglichkeiten offenlassen. Und MMPI-Studien über Berater und Psychotherapeuten, die durchschnittliche Skalenniveaus angeben, sind ebenfalls in ihrer Gesamtheit wenig aussagekräftig, wie eine Übersicht über die Literatur dazu aufzeigt (Heikkinen & Wegner, 1973). Nach ihnen können Berater und Psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am ehesten noch (tendenziell) mit niederen Si- und Ma-Werten, hohen K-Werten und niederen L-Werten beschrieben werden.

Eindrucksvoller und aufschlußreicher sind die Befunde von Gurman (1972, 1973b) über den Zusammenhang zwischen dysphorischer Verstimmung des Therapeuten und seinem Therapeutischen Basisverhalten. In seiner Studie von 1972 überprüfte er diesen Zusammenhang bei 12 Therapeuten unterschiedlicher Orientierungen an Hand von Selbsteinschätzungen der durchschnittlichen täglichen Stimmungslagen während 14 Tagen und der Stimmungsschwankungen. Als Variablen des Therapeutischen Basisverhaltens wurden das Ausmaß an Empathie, Emotionaler Wärme, Echtheit und Offenheit in den Therapiegesprächen eingeschätzt. Es zeigt sich, daß weniger depressive und weniger ängstliche ("glücklichere") Therapeuten in höherem Ausmaß Therapeutisches Basisverhalten verwirklichen (Rangkorrelationen um .50). Die wahrgenommenen Stimmungsschwankungen, die als Variabilität der wahrgenommenen Stimmungslagen bestimmt wurden, korrelierten aber ebenfalls relativ hoch (zwischen

.59 und .71) mit den Variablen des Therapeutischen Basisverhaltens! Und Gurman (1972) schlußfolgert, daß "die Ergebnisse dieser Studie die Annahme nahelegen, daß jene Therapeuten besser in der Lage sind, in förderlicher Weise auf ihre Patienten einzugehen, die relativ frei von psychischer Störung, aber dennoch bereit sind, sich emotionales Unwohlsein einzugestehen" (p.170; Übers. v. Verf.). In der Gurman'schen Studie von 1973 wurde dann bei 6 von 12 Therapeuten der ersten Studie der Einfluß der Stimmung unmittelbar vor der Therapiestunde auf das Verhalten in dieser Stunde untersucht. Und die Therapeuten wurden in sehr hilfreiche und wenig hilfreiche eingeteilt. Es zeigte sich, daß die sehr hilfreichen bei relativ schlechter Stimmungslage vor der Stunde in stärkerem Ausmaß Therapeutisches Basisverhalten verwirklichten als bei relativ positiver Stimmungslage. Und das Umgekehrte gilt für die weniger hilfreichen Therapeuten, die dann noch eher hilfreich waren, wenn sie vor der Therapiestunde in einer relativ positiven, d.h. weniger ängstlichen und dysphorischen Stimmung waren. Danach erscheinen erfolgreiche Therapeuten bezüglich langandauernder durchschnittlicher Stimmungslagen als weniger dysphorisch und ängstlich. Bezüglich der kurzfristigen Stimmungslagen vor der Therapie sind sie aber dysphorischer und ängstlicher als weniger hilfreiche Therapeuten. Diese dysphorische Stimmung ist vermutlich der Ausdruck oder die Folge der hohen Bedeutung, die ihre Tätigkeit für sie hat, und die immer aufs Neue einer Wieder-Bestätigung bedarf und entsprechend immer vor der Stunde aussteht, - die aber deshalb auch häufig von Therapeuten beobachtet werden und in ihr Selbstbild eingehen.

Wie immer sie bedingt sein mag, die therapeutisch erfolgreiche Person ist fähig, diese kurzfristigen dysphorischen Stimmungslagen wahrzunehmen, ohne von ihnen längerfristig im Sinne einer Störung okkupiert zu sein. Im Gegenteil, es kann vermutet werden, daß diese Fähigkeit zur Wahrnehmung von innerem Unbehagen es dem Therapeuten erleichtert, sich in die Erlebnisweise des Klienten zu versetzen, die normalerweise eher von Unbehagen und dysphorischem ängstlichen Erleben gekennzeichnet ist.

5.4.3 Konsequenzen für die Ausbildung

Aus dem Gesagten kann folgende Schlußfolgerung gezogen werden: Die Gestaltung von Ausbildungskursen sollte die Möglichkeit bieten, daß der Auszubildende auch negative Inhalte und Störungen seines Erlebens (dysphorische Störungen) zu erkennen und akzeptieren lernt. Sie sollte und kann eine Entwicklung in Richtung größerer Freiheit von neurotischen Symptomen oder von personaler Anpassung ("Selbst-Aktualisation") initiieren (Foulds, 1969). Ist dies nicht möglich, oder sind die Störungen derart, daß sie den Auszubildenden okkupieren, dann sollte ihm das Ausbildungsklima und die Ausbildungsorganisation die Möglichkeit bieten, Lern- und Ausbildungsziele zu finden, die dieser psychischen Situation gerecht werden. Dies mag eine Umorientierung in den Studienschwerpunkten oder den Aufschub einer solchen Entscheidung bis zum Abschluß einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung beinhalten.

Arbeiten wie z.B. die von Eiben & Clack (1973), Dungan (1974), Maynard (1976) oder Shapiro & Gust (1974) berechtigen zu der Annahme, daß durch klinisch-psychologische Ausbildungsveranstaltungen, die eine Möglichkeit zu therapeutischem Selbsterleben integrativ miteinbeziehen, auch Veränderungen in Richtung größerer Selbstbejahung und geringerer neurotischer Selbsteinschränkung bewirken können. Es kann davon ausgegangen werden, daß eine Ausbildung in Therapeutischem Basisverhalten zugleich eine Entwicklung in Richtung größerer Selbstverwirklichung beinhaltet. Nach Brown (1975) erscheint aber eine extreme Selbstverwirklichung dabei genauso unrealistisch und wenig hilfreich, wie die Forderung nach völliger Angst- und Störungsfreiheit. Nicht völlige Störungsfreiheit ist das Lernziel, sondern Störungserleben bei relativer Störungsfreiheit.

Welche Bedeutung aber besitzt dann die Teilnahme an therapeutischen Selbsterfahrungsgruppen oder an einer Eigentherapie?

5.5 Die Bedeutung von Eigentherapie und therapeutischer Selbsterfahrung

Aufgrund der oben dargestellten Lernziele und der dabei ausgewerteten Untersuchungen kann man Kriterien für die Durchführung von Eigentherapie und therapeutischer Selbsterfahrung nennen. Die Frage aber ist, ob die bisher praktizierten Formen von Eigentherapie, Selbsterfahrung oder Selbstmodifikation zur Erreichung dieser Ziele geeignet sind. Die drei Lernziele eines Therapeutischen Selbsterlebens können möglicherweise auf verschiedenen Wegen erreicht werden. Zwei Hauptlinien sind denkbar: (a) Eine psychotherapeutische Selbsterfahrung in Verbindung mit den didaktischen Zielsetzungen der Ausbildung; und (b) irgendeine Form der Eigentherapie, Selbsterfahrung oder Selbstmodifikation relativ abgehoben oder isoliert vom theoretischen und praktischen Ausbildungsprozeß. Die empirischen Forschungsarbeiten sprechen seit Truax, Carkhuff & Douds (1964) für den ersten Weg. Die therapeutische Selbsterfahrung muß integrativ mit der didaktischen Zielsetzung der Ausbildung verbunden sein (Garfield, 1977; Helm & Frohburg, 1980; Matarazzo & Patterson, 1986; Tschelin, 1980c). Da jedoch der zweite Weg immer noch häufig begangen wird, soll im folgenden Abschnitt diese Möglichkeit auf seine empirische Fundiertheit überprüft werden.

Nach amerikanischen Erhebungen (vgl. Garfield, 1977, p.79) hatten noch ca. 1974 63% der Mitglieder der APA-Sektion 12 (Klinische Psychologie) sich irgendeiner Art von Eigentherapie unterzogen. 1981 waren dies 68% in der Sektion 12 und 83% in der Sektion 29 (Psychotherapie; vgl. Prochaska & Norcross, 1983). In einer Befragung von 1969 zeigt sich, daß diese zu etwa 3/4 von psychoanalytisch orientierten Therapeuten durchgeführt wurde. Lazarus (1971) hat herausgefunden, daß Verhaltenstherapeuten, wenn sie selber eine psychotherapeutische Behandlung mitmachen, bevorzugt zu Psychoanalytikern gehen. Von 20 befragten Verhaltenstherapeuten mit einer Eigentherapie waren 10 in psychoanalytischer und keiner in verhaltenstherapeutischer Behandlung! Auch die Psychotherapeuten in der Befragung von Prochaska & Norcross

(1983) bevorzugten mit 54% die psychoanalytische und psychodynamische Orientierung.

Die Bedeutung der Eigentherapie als "Lehranalyse" wird von psychoanalytischen (z.B. Simenauer, 1984) und individualpsychologischen (z.B. Lehmkuhl, Lehmkuhl & Huttanus, 1990) Schulrichtungen besonders hervorgehoben. Eine psychoanalytische Ausbildung erfordert in Deutschland zwingend die Lehranalyse. Doch dürfen Lehranalyse und Eigentherapie nicht gleichgesetzt werden. Sie stellt nur eine, wenngleich bisher häufigste Form von Eigentherapie dar. Andere psychotherapeutische Richtungen sprechen häufig von Selbsterfahrung (vgl. Dahme & Gebhardt, 1991, für den Gesamtüberblick) und vielfach sind Supervision und therapeutische Selbsterfahrung eng miteinander verbunden (vgl. Pühl, 1990). Die Gesprächspsychotherapie verlangt in ihrer Ausbildung zusätzlich zu einer Eigentherapie (als relativ isoliertem Ausbildungsbestandteil) die sogenannte therapeutische Selbsterfahrung als integrativen Bestandteil (vgl. GwG, 1991; Tscheulin, 1980; Linster & Panagiotopoulos, 1990). Auch psychoanalytisch orientierte Autoren plädieren für die Teilnahme an (in diesem Fall analytischen) Selbsterfahrungsgruppen (Battegay, 1983). Dennoch gibt es zu der Frage, welche Auswirkungen eine persönliche Therapie auf die eigenen Fähigkeiten als Therapeut hat, wenig empirische Forschungsarbeit und praktisch keine, die heutigen Ansprüchen genügt. Schmidbauer (1972) weist darauf hin, daß die "Vorzüge der Lehranalyse ... bisher noch in keiner kritisch kontrollierten Vergleichsstudie nachgewiesen worden" sind und daß "der Zwang zur Lehranalyse in manchen Fällen auch Schaden anrichten und vor allem potentiell kreative Kandidaten abschrecken kann" (S.22).

Strupp (1958a; vgl. Strupp, 1973c, Chap.9), der die Frage dadurch anging, daß er den Zusammenhang zwischen der Empathiefähigkeit und der Teilnahme an einer persönlichen Therapie (Eigentherapie, meist psychoanalytischer Orientierung) untersuchte, erhielt zudem Ergebnisse, die die Notwendigkeit von Längsschnittstudien nahelegen. Er fand, daß beruflich noch wenig erfahrene, aber analysierte Therapeuten nicht weniger oder mehr empathisch waren, als solche ohne Lehranalyse. Nach mehreren (3.5 bis 30) Jahren der Berufserfahrung aber war die Gruppe der analysierten Therapeuten doch empathiefähiger als die Gruppe der Nichtanalysierten. Dies könne so interpretiert werden, daß Eigentherapie sich erst nach Jahren der Berufserfahrung positiv auswirkt ("Verzögerungseffekt"). In dieser Untersuchung von Strupp waren die Therapeuten Psychiater. In einem Vergleich zwischen Psychiatern und Psychologen (Strupp, 1958b) zeigte sich kein nennenswerter Unterschied zwischen analysierten Psychiatern und analysierten Psychologen. Analysierte Psychiater machten jedoch gegenüber den nicht-analysierten mehr Gebrauch von Schweigen und explorativen Fragen. Bei den analysierten Psychologen fand sich kein solcher Unterschied.

Ein fehlender oder eher negativer Zusammenhang zwischen Eigentherapie und psychotherapeutischer Effizienz bei Therapeuten mit noch kurzer Berufserfahrung läßt sich auch aus den Arbeiten von Woody (1971b) und Garfield & Bergin (1971) herauslesen. Garfield & Bergin untersuchten 18 Therapeuten und ihre 38 Klienten mit dem

MMPI. Von den Therapeuten hatten vier keine Eigentherapie, sieben hatten bis zu 175 Stunden und weitere sieben bis zu 450 Stunden Eigentherapie. Ohne die statistische Signifikanz zu prüfen (oder eine solche Überprüfung durch Angabe der Rohwerte zu ermöglichen) berichten sie von Klientenveränderungen im MMPI (D- und K-Skala) und in der Therapeutenerfolgsbeurteilung, die bei den Therapeuten eher höher erscheinen, die keine Eigentherapie erhalten hatten. Die im MMPI als gestört oder nicht gestört erscheinenden Therapeuten unterscheiden sich nicht bezüglich der Anzahl von Eigentherapie-Stunden. Die nicht-gestörten bewirkten jedoch anscheinend stärkere positive Veränderungen bei den Klienten. Nach der Einteilung von Strupp hätten aber alle als "wenig berufserfahren" eingestuft werden müssen. Auch andere Untersuchungen (Derner, 1960; Katz, Lorr & Rubinstein, 1958) lassen nur den Schluß zu, daß Therapeuten mit Eigentherapie und ohne Eigentherapie effektiv sein können, daß aber die Anzahl der Jahre Berufstätigkeit und die Erfahrung mitberücksichtigt werden müssen. Eine Art "Verzögerungseffekt", wie er nach der Arbeit von Strupp (1958a) angenommen werden könnte, ist bisher nicht bestätigt worden.

Im Lichte solch magerer empirischer Grundlagen ist die Bedeutung von Eigentherapie vorerst nicht valide einzuschätzen. Zwar ist ihre Bedeutung aufgrund theoretischer Vorannahmen immer wieder hervorgehoben worden und auch die oben formulierten Lernziele könnten Nützlichkeit einer Eigentherapie für ein Therapeutisches Selbsterleben und damit für eine höhere berufliche Effizienz nahelegen. Ja, sie wird als Intervention und Prävention bei psychischen Störungen (incl. "Burnout") von Ausbildungskandidaten und Praktikern notwendig sein (vgl. Guy, 1987, Chap.6). Aber bisher ist nicht nachgewiesen, daß Personen, die sich einer Psychotherapie selber unterziehen, effektiver (oder weniger effektiv) sind als Personen, die das nicht tun. Es erscheint damit genauso wichtig, auf eine verstärkte Forschung zu dringen, wie es wichtig ist, auf weitere Spekulationen zu verzichten und die Universitätsausbildung von solchen Spekulationen freizuhalten, bis verlässliche empirische Grundlagen zur Klärung der Auswirkungen von Eigentherapie vorliegen.

Es sollte aber auch dabei zwischen Eigentherapie (als isolierter Programmteil der Ausbildung) und therapeutischer Selbsterfahrung (als integrierter Programmbestandteil von Ausbildung und Supervision) unterschieden werden. Eine Ausbildung in grundlegenden psychotherapeutischen Fertigkeiten und Haltungen (Therapeutisches Basisverhalten) bedarf der gleichzeitigen Selbsterfahrung zur Entwicklung eines therapeutischen Selbstkonzepts. Diese Selbsterfahrung kann in der Gruppen- oder Einzeltherapiesituation erfolgen, sie sollte jedoch in der Grundausbildung mit einem theoretisch fundierten Verhaltenstraining integrativ verbunden sein (vgl. Tscheulin, 1972, 1980c, für die Gesprächspsychotherapie; McNamara, 1986, für die Verhaltenstherapie) und bei der Supervision an den beruflichen Kontext und das berufliche Handeln (vgl. Scobel, 1989) gebunden bleiben.

Teil 3:

***DIFFERENTIELLE
KLIENTENZENTRIERTE
PSYCHOTHERAPIE***

Kapitel 6

Entwurf einer differentiellen klientenzentrierten Einzeltherapie: Psychotherapeutische Intervention bei unterschiedlicher Klientenselbstaufmerksamkeit ⁶⁾

In dem folgenden Kapitel wird von zwei unterschiedlichen Behandlungsfällen ausgehend das Konzept einer differentiellen Gesprächspsychotherapie entworfen. Es soll auf diese Weise zum Ausdruck gebracht werden, daß der Ausgangspunkt des Entwurfs einer differentiellen Gesprächspsychotherapie praktische Erfahrungen des Autors sind, - die sich allerdings mit Berichten von Forschern und Psychotherapeuten decken, die wiederholt eine differentielle Psychotherapie gefordert haben. Zunächst wird diese Forderung erläutert. Dann wird paradigmatisch das differentielle therapeutische Vorgehen anhand von zwei verschiedenen Klienten beschrieben, um danach den sozialpsychologischen Theorieansatz zum "objektiven und subjektiven Selbstgewahrsein" von Duval & Wicklund (1972) vorzustellen, der diese Unterschiedlichkeit im Vorgehen verständlich macht. Es wird argumentiert, daß dieser Ansatz als Grundlage dienen kann für die weitere Ausarbeitung einer differentiellen Psychotherapie und für die Formulierung überprüfbarer Hypothesen. Die weitere Ausarbeitung und Überprüfung des Entwurfs erfolgt im Kapitel 7 an Hand eigener empirischer Arbeiten. Im Kapitel 8 wird dann nach den möglichen Generalisierungen und Schlußfolgerungen gefragt, die aus weiteren einschlägigen Untersuchungen zum Thema "Differentielle klientenzentrierte Psychotherapie" zu ziehen sind.

6.1 Die Forderung nach einer differentiellen Therapie

Die von der klientenzentrierten Therapierichtung initiierte Forschung hat immer wieder ein einfaches, aber auch herausforderndes Ergebnis erbracht: Psychotherapie kann sich zum Guten und zum Schlechten auswirken. Und man kann zwei große Gruppen von Psychotherapeuten unterscheiden: Eine Gruppe, die in hohem oder zumindest mittlerem Ausmaß therapeutische Bedingungen verwirklicht und damit konstruktive Persönlichkeitsveränderungen ermöglicht; und eine zweite Gruppe von Therapeuten, die nur in geringem Maße zu einer offenen, selbstkongruenten Kommunikation, zu empathischem Verstehen und emotionaler Wärme fähig sind und damit keine Veränderung oder gar Verschlechterungen bewirken.

Diese Forschungsarbeiten scheinen der Position von Carl Rogers (z.B. 1961/1973, 1980/1983a) recht zu geben, nach der allein entscheidend ist, in welchem Maße eine therapeutische Beziehung aufgebaut und aufrechterhalten, d.h. Therapeutisches Basisverhalten verwirklicht wird (vgl. Kapitel 4.2.4). Jeder Klient nutzt die therapeutische

Situation auf seine Weise und so, daß es für ihn günstig ist. Und der Therapeut verhält sich jedem Klienten gegenüber in vergleichbarer Weise. Er verwirklicht in möglichst hohem Maße Therapeutisches Basisverhalten. Wirkfaktor ist die Art der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, nicht etwa die Technik des Therapeuten, die er bei unterschiedlichen Klienten zum Erreichen bestimmter Ziele einsetzt. Nicht der Therapeut oder die Methode, "sondern der Klient selbst ist die 'Droge'" - wie Pongratz (1975) in einer griffigen Formel die klassische klientenzentrierte Psychotherapie kennzeichnet. Von diesem Standpunkt aus gesehen ist eine differentielle Gesprächspsychotherapie ein Widerspruch in sich selbst. Denn "differentiell" vorgehen heißt, daß der Therapeut verschiedene Klienten oder Situationen unterscheidet und sich dementsprechend unterschiedlich verhält und unterschiedliche Operationen, d.h. Techniken und Strategien, benutzt. Kann aber Gesprächspsychotherapie wirklich auf ein Therapeutisches Basisverhalten reduziert werden? Die Frage muß verneint werden: Praxis- und Forschungsberichte der letzten 20 Jahre sprechen für eine Weiterentwicklung der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie.

Zum Ende der 60iger Jahre, insbesondere durch die Erfahrungen aus der Therapie mit Schizöphrenen, zeigte sich die Bedeutung der Sicht- und Erlebnisweise des Therapeuten für den Therapieprozeß: Das sich-zur-Verfügung-stellen des Therapeuten mit seiner eigenen persönlichen Wahrnehmung und Bewertung, z.B. in Form seiner eigenen Selbstexploration, wurde als möglicherweise notwendige Größe entdeckt (Rogers, Gendlin, Truax & Kiesler, 1967; vgl. Binder & Binder, 1991). 1966 konnte Truax aufzeigen, daß Rogers in der Therapie mit einem Klienten nicht gleichmäßig (wie er annahm) und in gleich hohem Maße therapeutische Bedingungen verwirklichte, sondern daß er in Phasen, in denen der Klient sich eigenverantwortlich und selbständig zeigte, mit besonderer Zuwendung reagierte. Truax sprach von differentieller Verstärkung.

Um 1970 herum wurde das Auftreten und die Verwirklichung konfrontativen Verhaltens des Therapeuten untersucht, bei dem immer unterschiedliche Wahrnehmungen und Bewertungen durch Klient und Therapeut zu Tage treten, aber ebenso die persönliche Position des Therapeuten für den Klienten besonders faßbar wird. Bei den verschiedenen Arten von Konfrontationen, die vom Therapeuten initiiert werden (vgl. Bastine & Kommer, 1979), zeigte sich die Bedeutung seiner Sicht- und Erlebnisweise für den Prozeß im Klienten. Die Untersuchungen machten deutlich, daß nicht nur die zwei Gruppen von Therapeuten (hilfreich/nicht-hilfreich) unterschiedlich häufig konfrontierten, sondern daß auch bei verschiedenen Klienten in unterschiedlichem Maße und möglicherweise auch auf unterschiedliche Weise konfrontiert wird (Berenson, Mitchell & Laney, 1968; Mitchell & Berenson, 1970).

Schließlich bestätigten die Erfahrungen, die in den vergangenen Jahren in Therapie- und Encounter-Gruppen oder in Ehepaar- und Familiengruppen gewonnen wurden, wie hilfreich und notwendig es für Klienten sein kann, mit der Eigenart und Reaktionsweise anderer Menschen in der therapeutischen Situation konfrontiert zu werden (vgl. z.B. Mente & Spittler, 1980). Von Klienten wird das interpersonale "Lernen durch Feed-

back von anderen" sowohl in den Untersuchungen von Yalom (1974) als auch von Eckert et al. (1981) als besonders bedeutsamer Heilfaktor eingestuft (vgl. Tabelle 1 in Kapitel 1 "Grundmodelle von Psychotherapie").

Erfahrene klientenzentrierte Psychotherapeuten verwiesen deshalb immer häufiger auf die Tatsache, daß sie sich bei verschiedenen Klienten und in verschiedenen Therapiesituationen unterschiedlich verhalten. Bastine (1970) postulierte vermutlich zum ersten Mal für die deutschsprachige klientenzentrierte Psychotherapie die Notwendigkeit eines differentiellen Vorgehens. Er berichtete über unterschiedliches Verhalten bei verschiedenen Klientengruppen, so z.B. bei (a) Angehörigen benachteiligter Sozialschichten, (b) bei hysterischen, zwangsneurotischen und psychosomatisch gestörten Klienten und (c) bei depressiven Klienten. Er wies darauf hin, daß ein Konstanzkonzept von Therapeutenverhalten, d.h. ein gleichmäßiges und gleichförmiges Verwirklichen eines therapeutischen Basisverhaltens, der Praxis nicht gerecht wird und häufig die Tatsache übersehen wird, daß Therapeuten sich z.B. Hypothesen über das Verhalten des Klienten bilden, oder daß sie nur mit einer gewissen Scheu eine therapeutische Beeinflussung der Umwelt des Klienten in Erwägung ziehen. Zur gleichen Ansicht gelangten Binder & Binder (1991) in bezug auf klientenzentrierte Psychotherapie bei Schizophrenen, bei schwer psychosomatisch gestörten und bei depressiven Patienten. Nach ihren eigenen langjährigen Erfahrungen in ambulanter Behandlung Schizophrener muß Psychotherapie störungsspezifisch sein - und ist gerade dadurch klientenzentriert.

Bergin (1970) stellte fest, daß es bei privaten Praktikern und selbst bei in Institutionen arbeitenden Therapeuten üblich ist, bestimmte Klienten nur zögernd oder gar nicht zur Behandlung anzunehmen. Die "Zurückgewiesenen" oder nur wenig erfolgreich Behandelten sind im Gegensatz zu den "Angenommenen" der Tendenz nach weniger ängstlich, weniger verbal geschult, spontan wenig zur Selbstexploration fähig, weniger intelligent und weniger gebildet. Sie sind dagegen mehr auf konkrete Schwierigkeiten gerichtet und aktionsbezogen, sie erscheinen manchmal sehr schwer gestört, mehr impulsiv im soziopathischen Sinne und finden ein auf das Therapiezimmer beschränktes Verfahren bedeutungslos. Es sind die sogenannten NON-YAVIS-Klienten, wie Goldstein (1971) sie benannte. Es sind die Klienten, die nicht "Young, Attractive, Verbal, Intelligent, Successful" sind. Auch hier bei Bergin und Goldstein wurde die Forderung erhoben, ein differentielles Vorgehen, besonders für den an Aktionen orientierten und wenig ängstlichen Klienten zu finden. Manche Autoren sehen einen Ausweg in der Adaptation von Methoden der Verhaltenstherapie, deren Ansatz und Techniken dazu mehr geeignet erscheinen. Es ist zweifelhaft, ob das Problem dadurch gelöst werden kann, - zumindest bleibt es innerhalb der Gesprächspsychotherapie bestehen. Zudem gewann der Autor in allen bisherigen Fallkolloquien, in denen Therapeuten der verschiedenen Richtungen zusammenkamen, den Eindruck, daß diese sehr ähnliche Probleme bezüglich der sog. "schwierigen" Klienten haben. Dies kann auf objektive Weise mit den Effektstärken bei schwergestörten Klienten belegt werden, die über unterschiedliche Psychotherapiemethoden hinweg vergleichbar gering sind (Landman

& Dawes, 1982).

Wenngleich Rogers (1961/1973) keine Notwendigkeit sah, theoretische Aussagen über ein differentielles Vorgehen zu formulieren, so verwirklichte er doch ein solches in der Praxis, wie Truax (1966) zeigen konnte. Zudem kannte er auch das Problem aus seiner Praxis, daß bestimmten Klienten (bisher) nicht, oder nur in viel geringerem Maße geholfen werden kann. Diese Klienten sind nach Rogers (1973, S.138f) häufig die, die nicht ganz freiwillig in die Behandlung kommen, eine "enge und kommunikative Beziehung ... als gefährlich" erleben und "Gefühle und persönliche Sinngebungen" nicht anerkennen oder nicht zugeben, sie zu haben. Auch freiwillig hilfesuchende Klienten haben nur einen "recht geringen Erfolg in der Behandlung" (a.a.O.), wenn sie die Probleme nur als außerhalb des Selbst liegend ansehen können, d.h. - wie noch zu zeigen ist - mehr aktionsbezogen sind.

Vermutlich verwirklichen alle Therapeuten ein differentielles Vorgehen. Jedoch wurde dieses bisher nur bei wenigen Verhaltensweisen zum Forschungsgegenstand gemacht, wie z.B. bei der Frage der Konfrontation (Anderson, 1968), der "Selbst-Öffnung des Therapeuten" oder der Bearbeitung von sogenanntem unbewußtem Material (Beutler & Mitchell, 1981). Ein großes Manko in der Psychotherapieforschung könnte deshalb darin bestehen, daß die Gespräche "zwischen Tür und Angel" und daß die vielen unterschiedlichen Interventionen bei verschiedenen Klienten nicht dokumentiert und als zusätzliche Erfahrung mitgeteilt und untersucht werden. Gesprächspsychotherapeuten sind möglicherweise zu sehr darauf ausgerichtet, ausschließlich Therapeutisches Basisverhalten zu verwirklichen und zu überprüfen, und achten deshalb zu wenig auf die "kritischen Ereignisse" oder die verschiedenen unplanmäßigen Interventionen (vgl. z.B. Auckenthaler, 1983; Bastine, 1983; Coulson, 1983a).

In den beiden folgenden kurzen Falldarstellungen soll auf solche Abweichungen vom Basisverhalten aufmerksam gemacht werden, um dann durch Rückgriff auf die sozialpsychologische Theorie von Duval & Wicklund (1972) diese Abweichungen verständlich zu machen und Schlußfolgerungen für einen differentiellen Ansatz zu ziehen.

6.2 Das differentielle Vorgehen des Therapeuten bei zwei unterschiedlichen Klienten

Die Fallberichte beziehen sich auf zwei gegensätzliche (und in dieser Gegensätzlichkeit idealtypische) Personen, wie sie als Klienten in ambulante psychologische Behandlung kommen. Klient A ist ängstlich, introvertiert und zurückhaltend und seine Techniken zur Eigenhilfe sind vor allem durch Meidungsverhalten gekennzeichnet. Klientin B dagegen ist wenig ängstlich, eher extravertiert, aktionsbezogen und sie versucht sich durch erhöhte Aktivitäten im beruflichen und sozialen Feld selbst zu helfen.

Klient A neigt dazu, sich als Objekt von außen zu sehen. Er steht in Distanz zu sich und beschreibt seine Probleme in verdinglichender Form. Seine gefühlsmäßigen

Erfahrungen berichtet er immer wieder eingekleidet in einzelne Geschichten oder abgepackt und mit Etikett versehen als vergangene Zustände. Hier als Beispiel eine Stichprobe aus dem fünften Gespräch:

Ja, da, ich meine, 1960 ging's ja los mit dem Essen erstmal. Und mit dieser Platzangst, das war 1963 so was (Th.: Ja, hm). Und von da an ging's eigentlich los und hat sich immer weiter gesteigert (Th.: Hm) äh, daß sich eben dieses Negative stärker herausgebildet hat als das andere (Th.: Ja), nicht, - und vor allen Dingen, daß auch die Freude - äh, so am Leben eigentlich immer stärker verdrängt wurde; (Th. versucht zu Wort zu kommen; Klient fährt aber heftig fort) immer mehr zu Gleichgültigkeit, zum Treiben hin (Th.: Ja). Ja, so sich treiben lassen, keine Eigeninitiative zu ergreifen, mal dieses oder jenes zu machen.

Der Verlauf dieser Stunde läßt den Psychologen unzufrieden und dies führt zu folgenden adaptiven Veränderungen, bzw. zusätzlichen Interventionen:

1. **Aufgaben-Setzen.** Der Klient wird gebeten, die Symptomatik (Angst vor Erbrechen) in den entsprechenden Situationen intensiv zu beobachten und zu erleben zu versuchen. Er wird auch aufgefordert, stärker über bisher ausgesparte Themen (wie seine Beziehung zu seiner Ehefrau) zu sprechen und darauf zu achten, wie er diese Beziehung erlebt.
2. **Keine Verbalisierung** von Gefühlen bei "Beschreibung von außen". Der Therapeut geht nicht auf die Versuche des Klienten ein, seine Probleme in verdinglichender Form darzustellen, und spricht statt dessen in verstärktem Maße die Neigung des Klienten an, sich von außen zu sehen und zu beschreiben.
3. **Eigenaktivität fördern.** Der Klient wird stärker zur Eigeninitiative und zu selbständigem Handeln angeregt, indem seine Wünsche nach mehr Initiative von Seiten des Therapeuten deutlich zurückgewiesen werden und stattdessen seine Beziehung zum Therapeuten stärker aufgegriffen und problematisiert wird.

Diese Interventionen werden vom Psychologen erst nach der fünften Sitzung vorgenommen. Und dies ist nach seinen Aufzeichnungen der Zeitpunkt, "nachdem ein gutes Verhältnis zum Klienten bestand". Er kann sicher sein, daß der Klient sich von ihm akzeptiert und in seiner Eigenart und in seinen Schwierigkeiten richtig verstanden fühlt. Und er vermerkt weiter, daß er nach der Erörterung in der Supervision es als wahrscheinlich annehmen kann, daß diese Maßnahmen hilfreiche Bedingungen für den Klienten bedeuten: "Ich mußte sicher sein, daß es keine reaktiven Maßnahmen von mir waren, da ich mit dem bisherigen Therapieprozeß ja nicht so richtig zufrieden war".

Der Erfolg bestätigt das Vorgehen. Der Psychotherapeut spürt, daß der Klient dadurch leichter Zugang zu seinen Gefühlen findet, Inkongruenzen erleben kann und beginnen kann, sein eigenes Selbst zu leben, nicht nur zu beschreiben.

Klientin B ist dagegen ganz anders. Sie lebt von Anfang an ihre Gefühle in der Therapiestunde aus. Aber sie findet nur wenig oder kaum Distanz zu ihnen, um sie zu erleben. Sie geht ganz auf in dem, was sie sagt. Häufig werden Probleme in Rede und

Widerrede wiederholt. Hier ein Beispiel:

Es ist ja nicht so, sie haben immer recht, die Leute, weil - weil sie sagen: "Du machst das blöd!", und ich empfinde es ja als blöd, daß es nicht anders ist. Das ist objektiv richtig (Th.: Hm). Nur - äh - das ist keine moralische Frage, ich weiß nicht, wie ich es anders machen soll, sonst würde ich es lieber heute als morgen tun, das ist ganz klar (Th.: Hm) - äh - bloß was die nennen, sagen, was ich falsch mach, das trifft's nicht, das ist es nicht! Da kann ich mir sagen: "Das stimmt ja gar nicht, was Du sagst! Ich mach mein Zeug. Mensch, guck doch an was ich leiste!", und das tue ich auch.

Die anfängliche Sicherheit des Therapeuten bezüglich eines baldigen und günstigen Ergebnisses und die tatsächlichen Therapiefortschritte - ebenso auch sein Eindruck, daß diese Klientin besonders geeignet für Gesprächspsychotherapie sei - tragen in diesem Fall dazu bei, daß erst relativ spät (nämlich im 10. Gesprächskontakt) und danach immer nur sporadisch Unzufriedenheit mit den Gesprächen auftritt und ein differentielles Vorgehen notwendig erscheint. Der Therapeut deutet anfänglich das schnelle und intensive Sprechen der Klientin, das häufig in direkter Rede mit entsprechenden Bezugspersonen stattfindet, als besonders intensive Selbstexploration. Und erst noch später im Therapieprozeß beginnt er zu verstehen, daß hier vielleicht eine Eigenart der Klientin vorliegt, die besonderer Beachtung bedarf. Er fragt die Klientin häufig, ob sie das auch innerlich erfahre und "hoch kommen lassen" könne, was sie so lebhaft und glaubhaft schildere. Die Klientin erlebt diese Frage als Kritik und wehrt sie ab.

Im Zusammenhang mit dieser als Kritik erlebten Frage äußert die Klientin in einem (nach den Aufzeichnungen als sehr bedeutsam eingestuften) "Tür-und-Angel-Gespräch" nach dem 30. Therapiekontakt spontan die Bitte, ein Tonband von sich anhören zu dürfen. Dieser Bitte entspricht der Therapeut gerne, weil er bei einem anderen Klienten, der es sehr schwer hatte, eigene Gefühle "hochkommen zu lassen", durch Zufall entdeckt hat, daß die Konfrontation des Klienten mit seinem eigenen Verhalten über Videoband eine tiefere Selbstexploration ermöglicht hat. Hier der Beginn des 31. Gesprächs, das unmittelbar auf dieses Bandanhören folgt und deutlich macht, wie anders und gewinnbringender die Klientin die Therapiestunde nutzen kann.

(Die Klientin beginnt, gegen ihre Gewohnheit, nicht gleich zu sprechen; Stille; dann:)

Ja, jetzt bei dem Band hatte ich schon den Eindruck, daß - daß so, so die Kernsachen zur Sprache kamen, die latent das ganze Jahr über da waren, aber ich glaub, nie so deutlich rauskamen (Th.: Hm). Äh, zwar angesprochen wurden dann und wann, und alles hing auch damit zusammen, aber daß zum Beispiel so deutlich rauskam, wie ich unter der Einsamkeit leide, war mir eigentlich gar nicht so klar selber, daß es latent ständig da ist.

Th.: Ja, hm, Sie erleben jetzt so richtig wie es doch kennzeichnend für Sie ist (Kl.: Ja) und Sie erstaunen auch ein bißchen, daß Sie das vorher noch nicht so deutlich erlebten.

Kl.: Ja - und ich sagte da auch irgendwann, daß es mein ganzes Leben lang eigentlich latent immer dagewesen sei. Und das hab ich mir noch nie so bewußt gemacht (Th.: Ja). Ich hab es immer gespürt, aber mir war das nie so klar geworden und auch daß es als Gefahr immer da ist, daß ich wieder einbreche.

6.3 Zwei unterschiedliche Arten des Selbst-Gewahrseins: Objektive und subjektive Selbstaufmerksamkeit

Die oben beschriebenen speziellen Interventionen bei zwei verschiedenen Klienten wurden deshalb ausgewählt, weil an ihnen die Abhängigkeit einer wirksamen therapeutischen Vorgehensweise von der Art der Selbstaufmerksamkeit des Klienten verdeutlicht werden kann. Die zu beachtende Unterschiedlichkeit in der bewußten Aufmerksamkeit wird in der jetzt zu skizzierenden Theorie von Duval & Wicklund (1972) als objektive und als subjektive Selbstaufmerksamkeit ("subjective and objective self-awareness") bezeichnet (vgl. auch Brehm, 1980; Wicklund, 1979). Diese Theorie bezieht sich auf schnell wechselnde und situativ induzierbare Bewußtseinszustände. Die dispositionelle Art, in der Menschen sich ihrer selbst gewahr werden ("self-consciousness"), wird in den Arbeiten der Forschungsgruppe um Buss angegangen (Buss, 1980; Carver & Scheier, 1981; Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) und unter den Aspekten der privaten und öffentlichen Selbstaufmerksamkeit untersucht (vgl. zum Überblick Drinkmann, 1986).

Hier soll zunächst nur die situativ induzierte Selbstaufmerksamkeit zur Explication des Themas herangezogen werden. Die eher dispositionelle Selbstaufmerksamkeit wird im Kapitel 7 durch die Unterscheidung von aktions- und selbstbezogenen Klienten thematisiert.

6.3.1 Begriffsbestimmung und Bedingungen, die objektive Selbstaufmerksamkeit hervorrufen

Objektive Selbstaufmerksamkeit bedeutet, daß das Individuum sich seiner selbst als Objekt gewahr ist, indem es auf einen Aspekt von sich selbst gerichtet ist (z.B. persönliche Geschichte, Körper, seelische Eigenschaften). Das Individuum ist nach innen gerichtet und hat sich selbst als Objekt. In der eben gegebenen Kasuistik ist es der Klient A, der sich vorwiegend in diesem Zustand befindet.

Subjektive Selbstaufmerksamkeit bedeutet, daß das Individuum sich nicht seines Selbst bewußt ist.

Aber es ist selbstgewahr in dem Sinne, daß es die periphere Rückmeldung seiner Handlungen erlebt und verschiedene andere Gefühle, die aus seinem Körper heraus entstehen. Seine Selbstaufmerksamkeit ist das Gefühl, die Quelle der nach außen gerichteten Kräfte zu sein, aber es kann nicht die Aufmerksamkeit auf sich als ein Objekt in der Welt lenken" (Duval & Wicklund, 1972, p.2f; Übers. v. Verf.).

Die Aufmerksamkeit ist nach außen gerichtet, das Individuum ist Subjekt. In der Falldarstellung ist es die Klientin B, die sehr leicht und immer wieder in diesen Zustand verfällt.

Die Unterscheidung von objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit geht auf die Ontologie von Sartre zurück (1962; vgl. insbesondere das Kapitel über den Leib,

S.398-463) und impliziert eine theoretische Annahme: Man kann *nicht gleichzeitig* die bewußte Aufmerksamkeit auf das Selbst und auf die Umgebung richten. Es wird vielmehr angenommen, daß Aufmerksamkeit zwischen dem Internalen und Externalen oszilliert und die Oszillation schnell genug sein kann, daß die Aufmerksamkeit so erscheint, als nähme sie zwei Richtungen auf einmal.

Zwei mögliche Mißverständnisse bezüglich der hier vorliegenden Theoriekonstruktion können entstehen und sind deshalb gleich auszuräumen:

1. Es besteht kein Kontinuum zwischen objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit. Wenn das eine oder das andere zunimmt, dann in dem Sinne, daß *mehr Zeit* in dem einen oder anderen Zustand verbracht wird.
2. Es kann nicht angenommen werden, daß Personen in die eine oder andere Kategorie fallen, sondern beide Zustände kommen bei allen Personen vor. Aber es kann die *Zeit* variieren, mit der Personen in dem subjektiven oder objektiven Bewußtseinszustand sind. Ob sich eine Person mehr in dem einen oder dem anderen befindet, ist primär determiniert durch die Faktoren der gegenwärtigen Situation der Person. In diese "gegenwärtige Situation" sind, wie bei Lewin, die Vergangenheit als Felder der Erfahrungen und Gewohnheiten mit eingeschlossen.

Wesentlicher Bestandteil der Experimente, mit denen die Theorie zu verifizieren versucht wird, ist die Annahme, daß der primäre Zustand die subjektive Selbstaufmerksamkeit ist und daß die objektive Selbstaufmerksamkeit durch bestimmte Bedingungen hervorgerufen wird. Diese situativen Bedingungen sind: (a) In den Spiegel schauen; (b) die eigene Stimme auf Tonband hören; (c) das eigene Bild sehen; und ebenso wirken (d) alle situativen Anordnungen, die eine Manifestation oder Widerspiegelung der Person gewährleisten, external vom Individuum sind und von ihm wahrgenommen werden können. Beispiele dafür sind die Gegenwart und Zuwendung anderer Personen in der Gruppe, wobei angenommen werden kann, daß diese eine Selbstbewertung in Dimensionen auslösen, die durch frühere Erfahrungen determiniert sind.

Es kann weiter vermutet werden: Die passive, nicht sprechende, nicht handelnde Person ist besonders anfällig dafür, in einen Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit versetzt zu werden. Die subjektive Selbstaufmerksamkeit kann erhöht werden (bzw. die Wirksamkeit jener Reize, die geeignet sind, die objektive Selbstaufmerksamkeit aufrecht zu erhalten, können reduziert werden), wenn eine Person in eine Situation versetzt wird, die irgendeine - egal welche! - Aktivität zwangsläufig auslöst oder erfordert.

Es gibt nun mehrere Unterschiede zwischen objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit, d.h. zwischen Phänomenen, die mit diesen beiden Zuständen verbunden sind. Im folgenden sollen drei solche Phänomene herausgegriffen und beschrieben werden, die auch in jeder psychotherapeutischen Situation von Bedeutung sind: (a) Selbstbewertung, (b) Gefühl der Kontrolle und der Beherrschung von Umwelt (control

and mastery) und (c) motivationale Konsequenzen.

6.3.2 Konsequenzen objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit

Selbstbewertung und Selbstachtung: - Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit nimmt an (und kann das durch Experimente teilweise belegen), daß das Individuum, das in seiner Aufmerksamkeit auf das Selbst gerichtet ist, automatisch dieses Selbst mit einem "Soll-Standard" (standard of correctness) vergleicht und sich damit selbst bewertet. Diese Soll-Standards sind geistige Repräsentationen bezüglich dessen

- was eine korrekte Person sein sollte (Eigenschaften und Fähigkeiten),
- was eine Person erreichen sollte (bei Zielen),
- wie eine Person handeln sollte (bei situativ richtigem Handeln),
- was eine Person glauben sollte (bei konformem/nonkonformem Handeln).

In den meisten Fällen kann angenommen werden, daß das aktuelle oder reale Selbst und der Soll-Standard in gewissem Maße diskrepant sind. Im Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit werden Personen auf diese Diskrepanzen aufmerksam, die sonst im Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit unbemerkt bleiben. In dem Maße aber, wie Selbst und "Soll-Standard" diskrepant sind, resultiert in der objektiven Selbstaufmerksamkeit eine negative Selbstbewertung, bzw. eine reduzierte Selbstachtung. Die objektive Selbstaufmerksamkeit "wird unangenehm sein, wenn sie für beträchtliche Zeitintervalle andauert" (Duval & Wicklund, 1972, p.4, Übers. v. Verf.). Im Unterschied dazu findet in der subjektiven Selbstaufmerksamkeit keine Selbstbewertung statt und mit ihr ist kein entsprechender negativer Affekt verbunden.

Dies konnte z.B. in dem Experiment von Ickes & Wicklund (in Duval & Wicklund, 1972) bestätigt werden. Ickes & Wicklund konnten zeigen, daß eine Wahrnehmung von Diskrepanz sich in stärkerem Ausmaß bei Versuchspersonen findet, die mit solchen Reizen konfrontiert werden, die geeignet sind, objektive Selbstaufmerksamkeit auszulösen. In diesem Falle handelt es sich um die vom Tonband abgehörte Stimme. Es wurde angenommen, daß die Effekte am deutlichsten unmittelbar nach Einführung des Reizes auftreten. Zunächst sprachen die Versuchspersonen (Studentinnen) unter dem Vorwand einer linguistischen Untersuchung einen Text auf Tonband. Dann füllten sie zweimal einen Fragebogen mit 20 polaren Items aus, um damit das reale und das ideale Selbst zu kennzeichnen. (Die Reihenfolge der Fragebogen wurde ausbalanciert, um eventuelle Sequenzeffekte studieren zu können.) Eine Situation mit zu erwartender hoher objektiver Selbstaufmerksamkeit wurde dadurch geschaffen, daß die Experimentalgruppe die eigene Stimme vom Tonband hörte und dann die Fragebogen unmittelbar danach ausfüllte. Die Kontrollgruppe hörte eine neutrale Stimme.

Das Ergebnis dieser Untersuchung: Der aus Real- und Ideal-Selbst ermittelte Diskrepanz-Score ist für die Personen größer, die mit der eigenen Stimme konfrontiert

werden. Dieser Effekt erreicht allerdings nur am Anfang, bei Einführung dieses Reizes, statistische Signifikanz (vgl. Duval & Wicklund, 1972, p.27).

Das Gefühl von Kontrolle und Beherrschung der Umwelt: - Eine weitere Unterschiedlichkeit zwischen den Zuständen der objektiven und subjektiven Selbstaufmerksamkeit besteht in dem Gefühl der Kontrollmöglichkeit über die Umgebung. Ist das Individuum im Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit, dann wird seine Beziehung zur Umwelt von dem Gefühl getragen, diese zu kontrollieren und zu meistern.

Auf der anderen Seite steht die Person im Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit in der Gefahr, zahlreiche Fehler zu machen, einfach deshalb, weil sie sich selber nicht als ein von den anderen abgehobenes Objekt gewahrt wird und deshalb auch nicht die möglichen Diskrepanzen zwischen ihrem realen und gewünschten Verhalten wahrnimmt. Sie steht z.B. in der Gefahr, nicht sehen oder nicht berücksichtigen zu können, daß ihre Fähigkeiten ohne den Beitrag von Umwelteinflüssen oder gutem Glück ungenügend sind.

Motivationale Konsequenzen: Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß das Zusammentreffen von innerer Diskrepanz und objektiver Selbstaufmerksamkeit einen negativen Affekt hervorruft. Viney (1971) konnte experimentell zeigen, daß im Versuch manipulativ herbeigeführte Diskrepanzen sich in erhöhten Angst-Werten bei entsprechenden Testverfahren zeigen. Eine Person hat nun zwei Möglichkeiten, solche negativen Affekte zu meiden:

1. Verminderung der Diskrepanz durch: (a) Veränderung des gegenwärtigen Selbst in Richtung Übereinstimmung mit dem Standard, oder durch (b) Veränderung des Standards in Richtung Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen Selbst.
2. Vermeidung der Reize, die objektive Selbstaufmerksamkeit hervorrufen. Bei dieser zweiten Möglichkeit bleibt die Diskrepanz. Vermutlich werden Personen die eine Art wählen, wenn die andere unmöglich ist.

Duval, Wicklund & Fine (in: Duval & Wicklund, 1972) konnten die Meidungsreaktion nachweisen, indem sie eine Versuchsanordnung schufen, die soweit wie möglich eine Diskrepanz-Reduzierung verhinderte. Der Zustand erhöhter objektiver Selbstaufmerksamkeit wurde dadurch herbeigeführt, daß Versuchspersonen vor einen Spiegel und eine Fernhokamera gesetzt wurden. Diskrepanz wurde durch falsches Feedback über einen fiktiven Persönlichkeitstest hervorgerufen, der angeblich Kreativität und Intelligenz messen sollte.

Nach der experimentellen Diskrepanz-Bildung wurde jede Versuchsperson unter einem Vorwand alleine im Experimentierraum belassen. Es wurde ihr gesagt, daß der Experimentator für den folgenden Wahrnehmungsversuch offensichtlich noch nicht anwesend sei und daß die Versuchsperson deshalb bitte warten solle, und zwar ca. 5 Minuten, dann solle sie in einem anderen Raum nach dem Experimentator suchen. Ohne ausdrücklich darauf hinzuweisen, war für jede Versuchsperson eine Uhr sichtbar. Als unabhängige Variable wurde die Latenzzeit gemessen zwischen dem Punkt, an dem

der Versuchsleiter den Raum verließ und dem Punkt, an dem die Versuchsperson die Tür öffnete und den Raum verließ, um den fingierten Experimentator zu suchen.

Die Ergebnisse dieser Versuchsanordnung bestätigen zunächst die geringere Neigung "aus dem Felde zu gehen" (höhere Verweildauer) bei den Personen, die nicht mit Reizen wie Spiegel und Fernsehkameras konfrontiert sind, - sowohl bei hoher wie bei niedriger Diskrepanz. In der Spiegelsituation (also bei erhöhter objektiver Selbstaufmerksamkeit) ist die Meidungstendenz (geringe Verweildauer) bei den Versuchspersonen, die hohe Diskrepanzen (induziert bekommen) haben, signifikant stärker als bei den Personen mit niedriger Diskrepanz.

6.4 Interpretation des differentiellen Vorgehens in den zuvor beschriebenen Fällen

6.4.1 Das Vorgehen bei Klient A (Aktivitätssteigerung)

Die Schwierigkeit im Falle von Klient A war, daß dieser in besonders starkem Maße und immer wieder von neuem sich von außen beschrieb, seine Probleme in verdinglichender Form darstellte. Dieser Klient verweilte in langen Zeitintervallen - selbst in der Therapiestunde - im Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit. Seine Neigung, in der beruflichen und ehelichen Situation sich zurückzuhalten, zu schweigen und nur auf Aufforderung hin etwas zu tun, machten ihn besonders anfällig für den Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit. Psychodiagnostisch kann man vielleicht seinen Introversions-Score als Kovariante ansehen. Eher als Folge denn als Voraussetzung wird man den erhöhten Ängstlichkeits-Score betrachten. Beide Testwerte wurden in Testverfahren wie MMPI und FPI festgestellt.

Im Normalfall genügt die Verwirklichung eines Therapeutischen Basisverhaltens, um dem Klienten ein Erleben des Selbst zu ermöglichen, ihn wegzubringen von einem bloßen "Erfahrungssammeln über das Selbst", bei dem es nur ein "besonderes Gewahrsein des Selbst als Objekt" gibt (Rogers & Wood, 1974/1983; im Orig., 1974, p.16). Dies geschieht in der Gesprächspsychotherapie über die Ermöglichung einer besonderen Aktivität, nämlich der Sprechaktivität, die eine häufige und schnelle Oszillation zwischen subjektiver und objektiver Selbstaufmerksamkeit gestattet. In dem folgenden Zitat von Rogers & Wood (1974/1983) kommt die gemeinte Oszillation darin zum Ausdruck, daß eine subjektive Unmittelbarkeit *und* ein objektivierendes *Ausdrücken* des Gefühls gefordert wird: "Das Selbst *ist* das Erleben, dieser fortschreitende Prozeß, der von Augenblick zu Augenblick wechselt. Die Person verliert ihr Bewußtsein vom Selbst. Das 'Ich' geht im Wahrnehmungsfeld auf. Die Person findet Befriedigung darin, ihre komplexen augenblicklichen Gefühle zu sein und auszudrücken." (S.147).

Die Interventionen des Therapeuten bei Klient A hatten allesamt das gleiche Ziel: Ermöglichung einer in stärkerem Maße oszillierenden Selbstaufmerksamkeit. Dies wurde dadurch zu erreichen versucht, daß der Therapeut den Klienten (a) zu einer Aktivität motivierte, die einen Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit erforder-

te, und (b) daß er soweit wie möglich alles vermied, was als Auslösereiz für objektive Selbstaufmerksamkeit dienen konnte. Zur Aktivitätserleichterung dienten die Strukturierungen der Therapie (z.B. Aufforderung über die Beziehung zur Ehefrau zu sprechen; Aufforderungen zum Erleben statt zum Beschreiben der Symptome) und das Aufgabensetzen ("homework assignments" nach Snyder, Higgins & Stucky, 1983, p.281ff). Zur Vermeidung von Reizen, die objektive Selbstaufmerksamkeit auslösen, diente die verminderte Zuwendung und reduzierte Verbalisierung bei den Symptomdarstellungen des Klienten.

Auf eine Kurzformel gebracht: Die therapeutischen Interventionen innerhalb des klientenzentrierten Geschehens dienten dazu, dem Klienten, der bevorzugt in einen Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit verfiel, (a) in stärkerem Maße zu einer subjektiven Selbstaufmerksamkeit und damit zu einem Gefühl der Kontrolle über die Umgebung zu verhelfen und/oder (b) zu Aktivitäten zu verhelfen, die eine angemessene Oszillation zwischen objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit ermöglichen.

6.4.2 Das Vorgehen bei Klientin B (Erlebnissteigerung)

Die Schwierigkeit im Falle von Klientin B bestand darin, daß diese, selbst in der Therapiestunde, praktisch unbeeinflusst von der "Spiegelhaltung" des Therapeuten, immer wieder in eine starke Sprechaktivität verfiel, bei der sie vorwiegend im Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit für sie problematische Situationen wiederholte, ohne dabei aber ausreichend Distanz zu sich zu gewinnen, bzw. sich als Objekt zu erleben. In gewisser Weise ist dies geradezu die Umkehrung von Fall A.

Konfrontiert mit Diskrepanzen zwischen aktuellem Selbst und angestrebtem "Soll-Standard", neigte die Klientin B sofort dazu, in den Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit zu verfallen, was ihr durch ein dramatisches Wiederholen von Lebenssituationen und Sprechen in direkter Rede, bzw. Wechselrede, auch weitgehend glücken konnte. Sie *lebte* ihre Gefühle, verlor aber dabei zu sehr das Bewußtsein ihres Selbst und konnte so nur in verringertem Maße ihre Eigenart erleben. In gewisser Weise ermöglichte ihr ihre extravertierte Haltung ständig der Konfrontation mit den Diskrepanzen aus dem Wege zu gehen.

Im Gegensatz zu Klient A, dessen Ehefrau immer für ihn Initiativen übernahm, neigte der Ehemann von Klientin B dazu, sich zurückzunehmen und der Klientin Initiativen und Aktivität zu überlassen. Starke Handlungs- und Einsatzfreude ermöglichten der Klientin immer wieder die "Flucht in die Aktivität" anzutreten, statt eine Diskrepanz-Reduktion vorzunehmen, - die natürlich für längere Zeit mit erhöhtem Affekt (Angst) verbunden gewesen wäre.

Die Interventionen des Therapeuten bei Klientin B, besonders die Konfrontation mit ihren eigenen Verhaltensweisen in der Therapie, waren neben der Zuwendung als Teil des Therapeutischen Basisverhaltens ein zusätzliches Mittel, in ausreichendem Maße objektive Selbstaufmerksamkeit hervorzurufen und die Oszillation zwischen subjektiver

und objektiver Selbstaufmerksamkeit zu sichern.

6.5 *Schlußfolgerungen und Hypothesen*

Hier sollte nur ein kurzer Abriss der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit gegeben werden und zur Demonstration der differentiellen Methodik wurde kasuistisch vorgegangen. Schlußfolgerungen im Sinne von Verallgemeinerungen sind nicht möglich. Es soll auch noch einmal vor der Gefahr gewarnt werden, in der Unterscheidung von objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit eine Dichotomie zu sehen, der man nun Personen ohne weiteres zuordnen und aus der man kochbuchartig Handlungsanweisungen für eine differentielle Psychotherapie ableiten könnte. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß dem situativ bedingten Aufmerksamkeits-Zustand ("state") möglicherweise auch eine relativ überdauernde Persönlichkeitsdimension ("trait") mit bestimmten Klientenunterschiedlichkeiten entspricht und daß diese zu einem differentiellen Vorgehen zwingen können (vgl. Kapitel 7.1). Unterscheidet man zwischen trait und state, dann ist es angebracht, beide Ebenen auch begrifflich auseinanderzuhalten (Trait-state-Modell subjektiver und objektiver Selbstaufmerksamkeit):

Auf der State-Ebene werden, wie im Abschnitt 6.3.1 beschrieben, zwei verschiedene *diskrete* Arten von Selbstaufmerksamkeit unterschieden: (a) Die objektive Selbstaufmerksamkeit, verstanden als Zustand, "in dem die Person sich selbst als Objekt sieht, d.h. in dem das Selbst im Brennpunkt der Aufmerksamkeit bzw. im Mittelpunkt des Bewußtseins steht" (Frey, Wicklund & Scheier, 1978, S.193); und (b) die subjektive Selbstaufmerksamkeit, verstanden als Zustand, in dem die Aufmerksamkeit nach außen gerichtet ist, verbunden mit einem "Gefühl, die Quelle der nach außen gerichteten Kräfte zu sein" ("feeling of being the source of forces directed outward", Duval & Wicklund, 1972, p.3). Der Theorie entsprechend ist eine simultane Zentrierung der Aufmerksamkeit nach innen *und* nach außen nicht möglich, wohl aber eine bisweilen sehr rasche Oszillation zwischen beiden Zuständen.

Die Trait-Ebene wird als eine bipolare *kontinuierliche* Persönlichkeitsdimension mit den beiden Polen (a) Aktionsbezogenheit und (b) Selbstbezogenheit aufgefaßt. Auf dieser Persönlichkeitsdimension läßt sich die Tendenz einzelner Individuen zur bevorzugten Aufmerksamkeitszentrierung abbilden: Bei eher aktionsbezogenen Personen dominiert die Aufmerksamkeitszentrierung nach außen, bei eher selbstbezogenen Personen dominiert die Aufmerksamkeitszentrierung nach innen (siehe Abbildung 1).

Wesentlich ist, daß in der Konzeption dieser Persönlichkeitsdimension *beide* Pole mit ihren je dominierenden Aufmerksamkeitszentrierungen eine negative Valenz besitzen, da sie Einseitigkeiten repräsentieren, aus denen je spezifische Defizite resultieren:

1. Aktionsbezogene befinden sich überwiegend im Zustand subjektiver Selbstaufmerksamkeit. Dadurch sind sie spontan wenig zur Selbstreflexion fähig, wenig selbstkritisch und übersehen leicht mögliche Diskrepanzen zwischen gewünschtem und

realem Verhalten. Sie sind wenig ängstlich, eher extravertiert. Sie haben eine erhöhte Aktivitätsrate im beruflichen und sozialen Feld, gehen häufig ganz in Handlungen auf und ihre Techniken zur Eigenhilfe sind gekennzeichnet durch "Flucht in die Aktivität".

2. Selbstbezogene befinden sich überwiegend im Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit. Dadurch bemerken sie häufig Diskrepanzen zwischen ihrem idealen Selbst und ihrem tatsächlichen Verhalten. Als Folge resultieren negative Affekte, Selbstzweifel, Ängstlichkeit, geringe Selbstachtung. Selbstbezogene sind eher introvertiert, zeigen wenig spontanes Handeln. Sie sind zurückhaltend und ihre Techniken zur Eigenhilfe sind gekennzeichnet durch Meidungsverhalten.

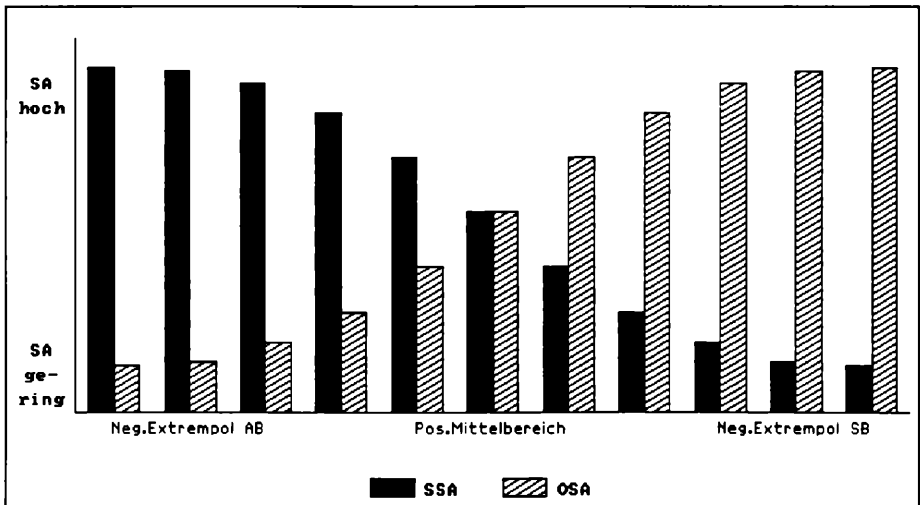


Abbildung 1: Trait-state-Modell von subjektiver und objektiver Selbstaufmerksamkeit (SA: Zeitliches Ausmaß der Aufmerksamkeitszentrierung. SSA: Subjektive Selbstaufmerksamkeit. OSA: Objektive Selbstaufmerksamkeit. AB: Aktionsbezogenheit. SB: Selbstbezogenheit. Neg.: Negative Valenz der Extrempole. Pos.: Positive Valenz des Mittelbereichs.)

Bei dem skizzierten Modell sind Trait- und State-Ebene bzw. die mit ihnen verbundenen theoretischen Aussagen streng voneinander zu trennen. Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit als Bezugsrahmen der State-Ebene enthält in ihrer von Duval & Wicklund (1972) vertretenen ursprünglichen Form lediglich Aussagen über situationsspezifische Parameter, welche die Induktion objektiver bzw. subjektiver Selbstaufmerksamkeit erleichtern (z.B. Tonbandaufnahme der eigenen Stimme vs. physische Aktivität). Die Theorie enthält jedoch noch keine differentialpsychologische Aussagen. Personenspezifische Vorhersagen werden vielmehr erst möglich durch die hier

auf der Trait-Ebene angesiedelte zusätzliche und zunächst eher heuristische Annahme einer individuumspezifischen dispositionellen Bevorzugung einer der beiden Aufmerksamkeitszentrierungen. Obwohl der Autor davon ausgeht, daß der theoretische Erklärungswert dieser Annahme hinsichtlich der vielfältigen Einzelmerkmale Aktionsbezogener vs. Selbstbezogener recht groß ist, ist zu berücksichtigen, (a) daß diese Annahme als *alleinige* Erklärungsgrundlage für die Dimension "Aktionsbezogenheit versus Selbstbezogenheit" möglicherweise nicht ausreicht, und (b) daß nicht alle Detailaussagen der ursprünglichen Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit problemlos in diesen Erklärungsansatz integriert werden können.

Es können zwar situationsüberdauernde negative Affekte, Selbstzweifel und geringe Selbstachtung bei Selbstbezogenen zunächst ganz plausibel auf die Wahrnehmung von Diskrepanzen zwischen idealem Selbst und tatsächlichem Verhalten zurückgeführt werden. Nach der Theorie der situativ induzierten objektiven Selbstaufmerksamkeit ist aber auch zu berücksichtigen, was Frey, Wicklund & Scheier (1978) zumindest für psychisch nicht gestörte Personen anführen: Bei diesen ist

eine durch Selbstzentrierung hervorgerufene verstärkte Bewertung negativer Aspekte des Selbst über einen längeren Zeitraum kaum zu erwarten, da diese Tendenz aufgrund der Defensivmechanismen ausgeglichen wird: Da Selbsteinschätzungen meistens ego-involvierend sind, werden meistens auch Defensivreaktionen zu finden sein. Die von der Theorie postulierte Tendenz zur Diskrepanzreduktion und zur Defensivreaktion bei selbstbedrohenden Ereignissen bewirkt, daß Selbstabwertung als Bestandteil des negativen Affekts selbstzentrierter Aufmerksamkeit ein zeitlich begrenzter Zustand ist. Nach der Theorie ist eine selbstaufmerksame Person motiviert, den negativen Affekt zu eliminieren. (Frey, Wicklund & Scheier, 1978, S.201)

Vermutlich sind hier Unterschiede zwischen klinischen und nicht-klinischen Ausgangsbedingungen entscheidend, die nicht mehr alleine auf der State-Ebene erfaßt werden können. Psychisch Gestörte, vor allem Depressive, haben nicht mehr - wie Normalpersonen - die Möglichkeit ohne weiteres "den negativen Affekt zu eliminieren". Sie tendieren zur chronischen Selbstzentrierung (Gibbons, Smith, Ingram, Pearce, Brehm, & Schroeder, 1985), und ihnen fehlt die Fähigkeit, positive Selbst-Schemata zu aktivieren (Ingram, Smith & Brehm, 1983). Hier bedarf die "Tendenz zur Diskrepanzreduktion" einer Aktivierung (vgl. "Dynamisches Aktivationsmodell" im Kapitel 1).

Es muß schließlich auch noch gesehen werden, daß der korrelative Zusammenhang zwischen dispositioneller Aufmerksamkeitszentrierung und Aktionsbezogenheit versus Selbstbezogenheit empirisch bisher nicht gesichert ist, da zunächst kein Meßinstrument für habituelle Selbstaufmerksamkeit zur Verfügung stand und die mit zwischenzeitlich konstruierten Selbstaufmerksamkeitsskalen (z.B. Merz, 1986) gewonnenen Ergebnisse nicht eindeutig sind. Unabhängig von dem Merkmal dispositioneller Selbstaufmerksamkeit kann allerdings versucht werden, auf der Trait-Ebene andere diagnostische Kriterien zur Unterscheidung von Aktionsbezogenen und Selbstbezogenen zu finden. Dieser Weg wurde vom Autor (vgl. Kapitel 7) bei psychisch gestörten Personen beschritten,

indem er bei Klienten, die nach Therapieende aufgrund intuitiver Einschätzung des Therapeuten als aktionsbezogen bzw. als selbstbezogen eingestuft worden waren, anhand ihrer Testergebnisse in traditionellen psychodiagnostischen Verfahren nachträglich solche Indikatoren herauszufinden versuchte, die zwischen Aktionsbezogenen und Selbstbezogenen differenzierten.

Für die Praxis der klientenzentrierten Psychotherapie kann die Unterscheidung von objektiver und subjektiver Selbstaufmerksamkeit nur *eine* Dimension bilden, aber eine sehr grundlegende und wegweisende für ein differentielles Vorgehen. Und dies gilt es in den nächsten Kapiteln zu prüfen. Dabei kann von folgenden Thesen ausgegangen werden:

1. Jedes differentielle Vorgehen baut auf der Verwirklichung eines Therapeutischen Basisverhaltens auf.
2. Psychotherapieklienten können danach unterschieden werden, daß sie durchgehend oder zu bestimmten Phasen des Therapieprozesses sich überwiegend im Zustand der objektiven bzw. subjektiven Selbstaufmerksamkeit befinden. In welchem Zustand sich der Klient befindet, ist determiniert durch seine psychische und soziale Situation; z.B. durch (a) Ausmaß an sozialer Introversion, (b) Art der beruflichen Arbeit, (c) Art des ehelichen oder eines anderen sozialen Beziehungsverhältnisses.
3. Überwiegend im Zustand der objektiven Selbstaufmerksamkeit sind: ängstliche, selbstunsichere, selbstbezogene Klienten; depressive und vermutlich auch zwang-neurotische Klienten. Überwiegend im Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit sind: nicht-ängstliche und aktionsbezogene Klienten; hysterische Klienten; Delinquenten.
4. Ziel einer differentiellen Psychotherapie ist es, eine stärkere Oszillation zwischen der objektiven und subjektiven Selbstaufmerksamkeit herbeizuführen bzw. zu ermöglichen. (Diesem mehr sozialpsychologischen Konzept entspricht vermutlich die motivationstheoretische Forderung nach einem mittleren Erregungsniveau als beste Grundlage für den Psychotherapieprozeß; vgl. Minsell, 1974.)
5. Der Psychotherapeut ist nicht verantwortlich für den Klienten, sondern dafür, daß der Klient in der Therapie tatsächlich *therapeutische* Bedingungen vorfindet. Das aber impliziert:
6. Bei Personen mit vorwiegend objektiver Selbstaufmerksamkeit ("Selbstbezogene") gilt es mehr Eigenaktivität und damit mehr subjektive Selbstaufmerksamkeit zu ermöglichen. Dies kann z.B. geschehen durch Handlungsanweisungen, Strukturierungen des Therapieprozesses und Aufgaben-Setzen. Dabei ist die Gefahr zu beachten, daß durch dieses Bemühen Verantwortung *für* den Klienten übernommen, dieser zu lange geführt und damit das Therapeutische Basisverhalten abgebaut wird.
7. Bei Personen mit vorwiegend subjektiver Selbstaufmerksamkeit ("Aktionsbezogene") gilt es die "Flucht in Aktivität" zu verhindern. Das heißt: In konstruktiver und

kontrollierter Form Diskrepanzen und Angst erleben lassen. Das kann z.B. geschehen durch "Process recall" (Tonband von eigener Therapiestunde anhören lassen), durch therapeutische Konfrontationen und möglicherweise durch das gruppentherapeutische Setting. Und hier ist die Gefahr einer diagnostischen, drängenden, urteilenden Haltung und einer unnatürlichen Beziehung zum Klienten ("Expertenrolle") zu sehen, die mit einem Therapeutischen Basisverhalten unverträglich sind.

8. Ist eine Einseitigkeit in der Selbstaufmerksamkeit deutlich auf die soziale Situation zurückzuführen, dann kann dies die Notwendigkeit bedeuten, die *soziale Umwelt des Klienten zu beeinflussen*. Überwiegt die objektive Selbstaufmerksamkeit, dann kann dies dadurch geschehen, daß man z.B. versucht die Leistungsanforderungen von Bezugspersonen zu mindern, die sexuellen Forderungen des Partners zu verändern oder generell ein Milieuwechsel herbeizuführen. Überwiegt die subjektive Selbstaufmerksamkeit, dann mag z.B. die Herausnahme des Jugendlichen aus seinem Milieu notwendig werden, damit "Flucht in Handeln" nicht nötig ist, oder die Therapie muß mit "Erfahrungsbildung" außerhalb des Therapieraumes beginnen.
9. Zielsetzungen eines Therapeutischen Basisverhaltens wie Selbstexploration und Ermöglichung von Veränderungsprozessen, bleiben in einer differentiellen Psychotherapie gleichlautend bestehen; sie haben nur eine inhaltlich verschiedene Richtung, je nachdem, ob das mangelnde Gefühlserleben daher rührt, daß der Klient sich zu distanziert als Objekt sieht, oder so aktionsbezogen ist, daß Diskrepanzen gar nicht erst negative Affekte hervorrufen.

Im folgenden Kapitel wird von allen diesen Thesen ausgegangen. Einen besonderen Schwerpunkt als zu prüfende Hypothesen bilden jedoch die Positionen fünf bis sieben.

Kapitel 7

Empirische Überprüfung eines differentiellen Vorgehens in der klientenzentrierten Einzelbehandlung: Ex-post-facto und experimentelle Untersuchungen ⁷⁾

In den vorangegangenen Kapiteln ist immer wieder betont worden, daß Psychotherapie sowohl Therapeutisches Basisverhalten als auch Differentielle Psychotherapie ist, - und beides gleichermaßen. Eine Überbetonung oder Vernachlässigung einer der beiden Aspekte ist nicht gerechtfertigt. Aber wie sieht es mit dem differentiellen Aspekt in der Gesprächspsychotherapie aus, wenn die klassische klientenzentrierte Theorie erweitert werden soll, der ein differentielles Vorgehen weitgehend unbekannt ist? Welche Techniken gibt es hier, die differentiell eingesetzt werden müßten?

Differentielles Vorgehen meint ein geplantes und wissenschaftlich begründetes unterschiedliches Therapeutenverhalten in Abhängigkeit von unterschiedlichen Klienten- bzw. Situations-Merkmalen. "Wissenschaftlich begründet" bedeutet wiederum, auf psychologischen Erkenntnissen und methodischen Prinzipien gegründet, die nicht auf eine Schulrichtung beschränkt sind. Im Kapitel 6 wurden Hypothesen für ein differentielles gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen in Abhängigkeit von der Selbstaufmerksamkeit der Klienten hergeleitet. Im vorliegenden Kapitel soll nun die empirische Prüfung eines Teils dieser Hypothesen dargestellt werden. Es handelt sich dabei um die Hypothesen, die das differentielle Vorgehen an die Unterscheidung von aktionsbezogenen und selbstbezogenen Klienten knüpfen und darin eine grundlegende Klientenunterschiedlichkeit sehen. Diese Unterscheidung wird als so grundlegend betrachtet, daß sie als Paradigma genommen werden kann, an dem eine differentielle Gesprächspsychotherapie darstellbar ist. In diesem Kapitel soll deutlich werden:

1. Psychotherapieklienten können nach der Art ihres typischen Selbstaufmerksamkeitsverhaltens als aktionsbezogen oder selbstbezogen bezeichnet werden.
2. Bei Klienten mit unterschiedlichem Selbstaufmerksamkeitsverhalten geht der Therapeut differentiell unterschiedlich vor; er verwendet die Technik der Konfrontation unterschiedlich häufig.
3. Differentielles Vorgehen geht einher mit dem Verwirklichen eines Therapeutischen Basisverhaltens, mit dem Bemühen um Selbstkongruenz, bedingungslose Wertschätzung und einführendes Verstehen.

7.1 Selbstaufmerksamkeit als ein grundlegendes Klientenunterscheidungsmerkmal

In diesem Abschnitt wird mit Hilfe eines Trait-state-Modells die Klientendimension

"Aktions- versus Selbstbezogenheit" dargestellt, an der das differentielle Vorgehen paradigmatisch deutlich gemacht werden soll: Es handelt sich um ein Personmerkmal (trait), das durch die unterschiedliche Art der Aufmerksamkeit ("Bewußtheit") zu kennzeichnen ist, mit der sich Klienten sich selbst und ihren Problemen zuwenden, bzw. Probleme zu bewältigen versuchen.

Im letzten Kapitel wurde bereits von aktions- und selbstbezogenen Klienten gesprochen. Das Selbstaufmerksamkeitsverhalten ist bei diesen Klienten in typischer Weise verschieden und stellt das entscheidende Definitionskriterium dar. Es wurde gesagt, daß die Selbstaufmerksamkeit in Anlehnung an Duval & Wicklund (1972) und Wicklund (1978) als aufgespalten angesehen werden kann in die beiden diskreten Bewußteinszustände (states) der objektiven und subjektiven Selbstaufmerksamkeit ("objective and subjective self-awareness"). Diese beiden Bewußteinszustände können intraindividuell nicht gleichzeitig auftreten. Zwischen ihnen ist aber eine solch schnelle Oszillation möglich, daß der subjektive Eindruck einer Gleichzeitigkeit eintritt. Diese Zustände sind Resultat situativer Einflüsse. Die Dimension "Aktionsbezogenheit" (mit dem Gegenpol "Selbstbezogenheit") ist dagegen eine relativ überdauernde bipolare Personvariable (trait) und zeigt die konsistente Tendenz einer Person, ihre Aufmerksamkeit in zeitlich unterschiedlichem Ausmaß nach innen oder nach außen zu richten. Es kann angenommen werden, daß diese Tendenz eine Folge langandauernder situativer und/oder chronischer dispositioneller Einflüsse, aber prinzipiell beeinflussbar und veränderbar ist.

Stark aktionsbezogene Klienten sind hilfeschuchende Personen, die in großen Zeitintervallen im Zustand subjektiver Selbstaufmerksamkeit sind. Sie sind spontan wenig zu Selbstreflexion fähig. Sie gehen häufig ganz in Handlung auf und sind ganz handelndes Subjekt. In diesem Zustand können sie nicht die Aufmerksamkeit auf sich als ein Objekt in der Welt lenken (Duval & Wicklund, 1972, p.2) und sie stehen deshalb stark in der Gefahr, Fehler zu machen, weil sie nicht zwischen erstrebtem und tatsächlichem Verhalten unterscheiden können. Mögliche Diskrepanzen zwischen gewünschtem und realem Verhalten werden nicht wahrgenommen. Als Therapeut sieht sich der Psychologe vor die schwierige Aufgabe gestellt, einem hilfeschuchenden Menschen zu helfen, der nicht über sein Leiden sprechen, sondern es nur leben kann. "Ich weiß nicht, weshalb ich hier bin!" - "Ich weiß nicht, ich tue doch alles, und es geht doch alles schief!" Das sind typische Worte solcher Klienten.

Stark selbstbezogene Klienten sind dagegen solche hilfeschuchenden Personen, die häufig in den Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit geraten. Sie werden gerade dadurch auf Diskrepanzen aufmerksam, die sonst im Zustand der subjektiven Selbstaufmerksamkeit unbemerkt bleiben (Duval & Wicklund, 1972, p.6). In der Folge davon sind diese Klienten ängstlich, voller negativer Affekte und geringer Selbstachtung. Spontanes Handeln ist bei ihnen selten. Allerdings erleben sie deutlich ihr Leiden, sie stehen unter sogenanntem "Leidensdruck", und dies erleichtert den therapeutischen Prozeß.

Möglicherweise gibt es eine korrelative Beziehung zwischen der Art der Selbstaufmerksamkeit und dem Abwehrstil von Klienten. Beutler (1979a) hält für ein differenzielles Vorgehen die Unterscheidung von externaler und internaler Abwehr bei Klienten als wesentlich (vgl. Kapitel 3). Bei einer externalen Abwehr werden angstmeidende Strategien, z.B. Projektion und Ausagieren, verwendet. Dies entspricht dem Verhalten, das bei aktionsbezogenen Klienten zu finden ist. Internale Abwehr ist bei angstbindenden Strategien, wie Intellektualisieren und Etikettieren, gegeben. Dies ist nach der in dieser Arbeit verwendeten Terminologie der Abwehrstil selbstbezogener Klienten.

Im letzten Kapitel wurde die Hypothese aufgestellt, daß die schwierigen, wenig oder nicht erfolgreichen Klienten vermutlich die aktionsbezogenen und die erfolgreichen Klienten die selbstbezogenen sind. Kann diese Vermutung bestätigt werden?

7.1.1 Schwierige Klienten und ihre Selbstaufmerksamkeit

Um diese Frage beantworten zu können, griff der Autor auf eine von ihm betreute Untersuchung über Klientenverhalten in Anfangskontakten (Neidhardt, 1978) zurück, in der u.a. ein Vergleich von fünf eindeutig erfolgreichen und fünf wenig erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Therapien vorgenommen worden war.

Method: - In die Untersuchung über "Klientenverhalten in Anfangskontakten", die hier nur teilweise wiedergegeben werden soll, waren 21 (von insgesamt 40) Psychotherapieklienten der "Forschungsstelle und Praxis für Gesprächspsychotherapie" aus den Jahren 1967-1976 einbezogen worden, bei denen in allen Punkten vollständige diagnostische Unterlagen, insbesondere MMPI, FPI, EPI, Q-Sort und Erfolgsbeurteilungen aus der Sicht der Klienten (z.B. Fragebogen nach Strupp, Wallach & Wogan, 1964) und aus der Sicht der Therapeuten (Aktenvermerke), sowie technisch brauchbare elektromagnetische Bandaufzeichnungen vorhanden waren. An Hand aller diagnostischer Unterlagen wurde eine Rangreihe hinsichtlich Erfolg aufgestellt. Für die weitere Untersuchung wurden die fünf am stärksten gebesserten Klienten (E+) und die fünf am wenigsten oder nicht gebesserten Klienten (E-) ausgewählt und die 11 Klienten des Mittelfeldes wurden aus dem Extremgruppenvergleich ausgeschlossen.

Stichproben des ersten, zweiten und dritten Drittels der vier Anfangskontakte wurden von unabhängigen Ratern nach dem Ausprägungsgrad der Selbstexploration mit befriedigender Reliabilität eingeschätzt. Das Ausmaß an Selbstexploration zu Beginn der Therapie diente als Indikator für die Einschätzung "Schwierigkeit der Klienten", da ein hohes Ausmaß dieser Fähigkeit des Klienten, sich selbst zu explorieren (sich selbst zuzuwenden und sein Erleben auszudrücken) den therapeutischen Prozeß erleichtert.

In beiden Gruppen von Klienten, also unabhängig vom späteren Erfolg, stieg die Selbstexploration nur vom ersten zum zweiten Gesprächskontakt signifikant an. Die später erfolgreichen Klienten wiesen jedoch insgesamt ein höheres Niveau ihres selbstexplorativen Verhaltens auf (vgl. dazu die Abbildung 2).

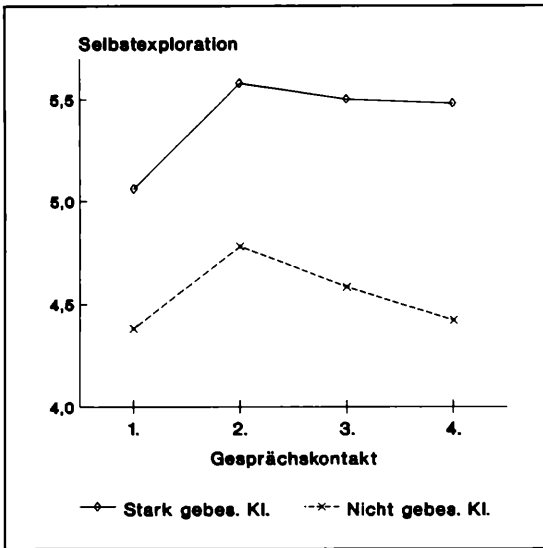


Abbildung 2: Verlauf der Selbstexplorationswerte in den 4 Anfangskontakten bei stark und bei wenig oder nicht gebesserten Klienten

Der Niveauunterschied bahnte sich bereits im ersten Gespräch vom ersten zum dritten Drittel als Anstieg an (vgl. Abbildung 3) und wurde vom dritten Kontakt an auch statistisch signifikant. Dieser Befund entsprach dem in der Literatur Berichteten. Zum Beispiel hatten Schauble & Pierce schon 1974 gezeigt, daß die später in der Therapie erfolgreichen Klienten jene sind, die schon zu Beginn des Prozesses in starkem Maße sich selbst explorieren, Zugang zu ihren Gefühlen haben, insgesamt stärker internal orientiert sind und

guten Kontakt zu sich selbst ("Selbst-Kontakt") haben.

Aufgrund dieser beiden Ergebnisse wurde die Hypothese aufgestellt: Die später erfolgreichen Klienten sind am Anfang der Gespräche die eher selbstbezogenen und die später wenig oder nicht erfolgreichen Klienten sind die aktionsbezogenen Personen. Eine Überprüfung der psychodiagnostischen Daten (aus MMPI, EPI, FPI etc.) nach Abschluß der Untersuchung über die Selbstexplorationsprozesse hat dann den folgenden Befund gebracht:

Ergebnis: - Vier der fünf sehr erfolgreichen Klienten können auf Grund der Dia-

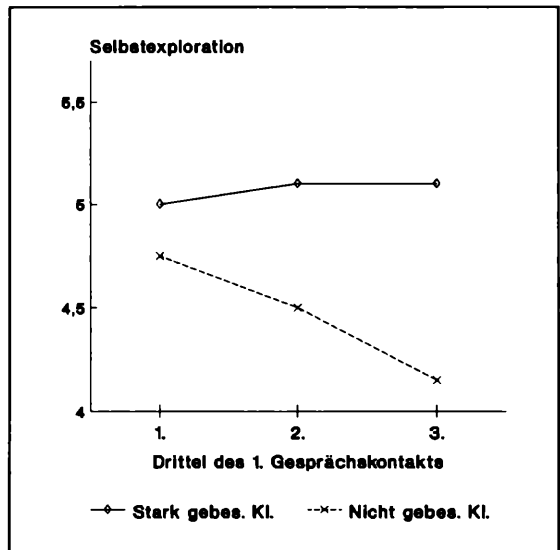


Abbildung 3: Verlauf der Selbstexplorationswerte in den drei Dritteln des ersten Therapiegesprächs bei stark und bei wenig oder nicht gebesserten Klienten

gnostik als "selbstbezogen" bezeichnet werden: Sie weisen im MMPI relativ niedrige Werte in der Psychopathie-Skala (T-Wert kleiner 63) und hohe Werte in der Depressions- und der Psychasthenie-Skala auf. Nach EPI und FPI sind sie eher introvertiert. Die fünfte erfolgreiche Person ist nach diagnostischer Einstufung als "aktionsbezogen" zu bezeichnen. Aber sie ist die im Kapitel 6 beschriebene Klientin, deren Schwierigkeiten maßgeblich mitverantwortlich gewesen sind für die Entdeckung der Unterscheidbarkeit von aktions- und selbstbezogenen Klienten und die bereits eine "differentielle Behandlung" erfahren hat (vgl. Kapitel 6, Klientin B).

Von den fünf wenig oder nicht erfolgreichen Klienten können drei eindeutig als "aktionsbezogen" bezeichnet werden. Sie weisen vor allem hohe Werte in der Pp-Skala (T-Wert größer 63) und im Vergleich dazu niedrige Werte in der Pt-Skala (als Indikator für Ängstlichkeit) auf. Sie sind eher extravertiert. Zwei dieser fünf Extrem-Klienten sind von der Psychodiagnostik her völlig unauffällig. Sie scheinen danach keine Probleme zu haben, - was jedoch in krassstem Widerspruch zu ihrem Hilfesuchen steht. Möglicherweise ist die psychodiagnostische Unauffälligkeit ein direkter Ausdruck ihrer Schwierigkeit, innere Diskrepanzen wahrzunehmen.

Was kann hier geschehen? Wie könnte man den Aktionsbezogenen besser gerecht werden? Ist Konfrontation - wie im letzten Kapitel hergeleitet - eine Möglichkeit, den Therapieprozeß bei aktionsbezogenen Klienten zu fördern? Was kennzeichnet erfolgreiche Therapien mit aktionsbezogenen Klienten gegenüber denen mit selbstbezogenen Klienten? Diese Fragen werden im übernächsten Abschnitt (7.2) angegangen. Zuvor aber sollen erst noch einige methodische Probleme erörtert werden, die mit der Unterscheidung aktions- und selbstbezogener Klienten verbunden sind.

7.1.2 Das Problem der Unterscheidung aktionsbezogener und selbstbezogener Klienten

Es gibt heute die Möglichkeit, unterschiedliche Arten der Selbstaufmerksamkeit von Personen durch Fragebogen zu erfassen (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975; Heine mann, 1979; Merz, 1986). Allerdings liefern verschiedene Bögen noch zu unterschiedliche Ergebnisse, sodaß es wenig ratsam erscheint, sich auf diesen Zugangsweg zu verlassen (vgl. Drinkmann, 1986). Zudem gibt es Hinweise, daß die mit diesen Verfahren erfaßten Faktoren ("Soziale Angst", "Private" und "Öffentliche Selbstaufmerksamkeit") sich nicht zur Unterscheidung aktions- und selbstbezogener Klienten eignen (Gunckel, 1983).

Unterscheidung nach klinisch-psychologischen Kriterien: - Nach der im letzten Abschnitt 7.1.1 beschriebenen klinischen Erfahrung lassen sich mit psychodiagnostischen Verfahren wie MMPI, EPI und FPI Indikatoren zur Unterscheidung zwischen aktions- und selbstbezogenen Klienten finden. Dies geschah in den vom Autor initiierten und betreuten Untersuchungen von Hertel (1979) und Göllnitz (1985). In der Arbeit von Hertel haben an Hand der Tonbandprotokolle Therapeut und Untersucher unabhängig

voneinander (aber in Anlehnung an die bei Duval & Wicklund, 1972, beschriebenen Kriterien für objektive und subjektive Selbstaufmerksamkeit) Klienten als aktions-, bzw. als selbstbezogen eingestuft. Danach wurde versucht, anhand ihrer Testergebnisse in den psychodiagnostischen Verfahren solche Subskalen als Indikatoren zu identifizieren, die zwischen diesen Arten von Klienten differenzierten. Es zeigte sich: Selbstbezogene Klienten weisen im MMPI relativ niedere T-Werte in der Pp-Skala (Pp kleiner 63) und Hy-Skala auf, haben aber hohe Werte in der Si-Skala. Nach EPI und FPI sind sie eher introvertiert und "sozial-ängstlich". Die aktionsbezogenen Klienten dagegen haben hohe T-Werte in der Pp-Skala (Pp größer 63) oder der Hy-Skala und im Vergleich dazu niedere Werte in der Si-Skala des MMPI und in der "Geselligkeits-Skala" des FPI. Sie sind eher extravertiert. Die in Tabelle 7 aufgelisteten Persönlichkeitsdimensionen zeigten sich in Untersuchungen mit unterschiedlichen Stichproben von Klienten (Psychotherapieklienten und Ausbildungskandidaten als studentische Quasi-Klienten) übereinstimmend und stabil als Indikatoren für Aktions- bzw. Selbstbezogenheit. Beispiele für stichprobenabhängige Werte befinden sich im Anhang A1.

Tabelle 7

Indikatoren für die Unterscheidung aktionsbezogener und selbstbezogener Personen

Indikatoren in	Skalen-Werte für	
	Aktionsbezogene	Selbstbezogene
1. Psychopathie-Skala (MMPI: Pp)	hoch	niedrig
2. Hysterie-Skala (MMPI: Hy)	hoch	niedrig
3. Hypomanie-Skala (MMPI: Ma)	hoch	niedrig
4. Skala Soziale Introversion (MMPI: Si)	niedrig	hoch
5. Extraversions-Skala (FPI)	hoch	niedrig
6. Geselligkeits-Skala (FPI)	hoch	niedrig
7. Extraversions-Skala (EPI)	hoch	niedrig

Bei diesem hier nur kurz skizzierten Vorgehen handelte es sich um den Versuch der Präzisierung einer auf klinisch-intuitiver Basis entstandenen A-priori-Klassifikation. Sie ist Grundlage für klinische ex-post-facto Untersuchungen wie für experimentelle Analogiestudien, über die in den nächsten Abschnitten berichtet wird und in denen Extremgruppen aktions- bzw. selbstbezogener Personen verwendet werden. Ein solches Vorgehen ist nicht unproblematisch. Ist die Annahme zu rechtfertigen, daß mit Hilfe der obigen Indikatoren homogene (Extrem-) Gruppen erzielt werden können, die den beiden Polen auch tatsächlich entsprechen? Kann die so gefundene Differenzierung zur Bildung experimenteller Gruppen verwendet werden? Um in einer Therapie-Analo-

giestudie berechtigterweise die Extremgruppen einer nicht-klinischen Stichprobe mit diesen beiden systematischen Klassen gleichsetzen zu können, bedarf es des Nachweises, daß solche Extremgruppen (a) homogene Gruppen darstellen, (b) in ihren Merkmalsprofilen (Profil der Indikatoren) den Merkmalsprofilen der klinischen Gruppen ähnlich sind und (c) in verschiedenen weiteren Merkmalen eine Intergruppenvariation aufweisen, die mit dem Konzept Aktionsbezogene vs. Selbstbezogene bzw. mit der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit kompatibel ist.

Unterscheidung nach statistischen Kriterien: - Diese Nachweise zu führen stellte die wesentliche Zielsetzung der Untersuchung von Tscheulin & Büttner (1985) dar. In dieser Untersuchung standen 44 Studierende der Klinischen Psychologie als Quasi-Klienten zur Verfügung (27 Frauen; 17 Männer). Zusätzlich wurden weitere 24 Studierende für Normierungszwecke herangezogen. Die studentischen Quasi-Klienten füllten im Rahmen eines Replikationsexperiments, über das weiter unten berichtet wird, eine Reihe von Fragebögen aus, die entweder (a) die entsprechenden Subskalen als Indikatoren für die Dimension Aktionsbezogenheit versus Selbstbezogenheit enthielten (MMPI, FPI, EPI) oder (b) die solche Merkmale erfaßten, die zur inhaltlichen Validierung dieser Dimension verwendet werden konnten (siehe nächster Abschnitt 7.1.3).

Tabelle 8

Centroide (T-Werte) der 4-Clusterlösung bei den einzelnen Kriteriums-Variablen aus MMPI, FPI und EPI

	C (1)	C (2)	C (3)	C (4)
Psychopathie (MMPI-Skala: Pp)	50.6	58.6	48.8	60.2
Hysterie (MMPI-Skala: Hy)	46.2	59.5	53.0	66.1
Hypomanie (MMPI-Skala: Ma)	40.8	54.6	45.4	50.8
Soziale Introversion (MMPI-Skala: Si)	62.8	34.7	46.7	52.7
Extraversion (FPI-Skala)	37.0	63.2	50.5	42.6
Geselligkeit (FPI-Skala)	37.0	62.7	53.6	43.2
Extraversion (EPI-Skala)	37.8	61.5	55.5	47.1

Anmerkung. Die Chi-Quadrat-Werte für die Profildifferenzen (nach Kristof, 1958) zwischen allen Gruppen sind statistisch auf dem 0.1%-Niveau signifikant.

Bei den studentischen Quasi-Klienten konnten mit Hilfe mehrerer iterativer, nicht-hierarchischer Clusteranalysen (nach Kleiter, 1981) zwei homogene Extremgruppen gefunden werden. Diese beiden Extremgruppen erwiesen sich als sehr stabil. Sie traten in identischer Form bei mehreren der verschiedenen Clusteranalysen als Ergebnis auf,

die aus methodischen Gründen notwendigerweise mit jeweils unterschiedlichen Eingangsparametern (Clusteranzahl; Reihenfolge der Elemente) zu berechnen waren. Eine Prüfung der Centroidprofile der beiden Extremgruppen zeigte, daß diese exakt jenen Verlauf aufwiesen, der in der klinischen Population bei den Aktionsbezogenen und den Selbstbezogenen gefunden worden ist (vgl. C1 und C2 in Tabelle 8).

Weiterhin ließen sich die Elemente der beiden Extremgruppen weitgehend als jene Personen identifizieren, die nach der oben beschriebenen herkömmlichen Vorgehensweise die Extremgruppen der Aktions-, bzw. Selbstbezogenen bilden. An Hand einer exemplarisch herangezogenen 4-Cluster-Lösung (s. Tabelle 8) und mit Hilfe einer Profilanalyse nach Kristof (1958) und einer Diskriminanzanalyse nach Kleiter (1981) konnte auch die Trennschärfe der Extremgruppen überprüft und gesichert werden (vgl. Tscheulin & Büttner, 1985, S.12).

Insgesamt läßt sich nach diesen Ergebnissen als Resümee festhalten, daß empirische Gruppen gefunden und statistisch abgesichert werden konnten, die als Extremgruppen in ihren Merkmalsprofilen den systematischen Klassen der Aktionsbezogenen versus Selbstbezogenen ähnlich sind. Es muß nun noch geprüft werden, ob (a) zwischen den Extremgruppen auch in anderen Variablen als den Einteilungsindikatoren Unterschiede bestehen, und ob (b) diese Unterschiede mit der Dimension Aktions- versus Selbstbezogenheit kompatibel sind, so daß man auch davon ausgehen kann, daß die Unterscheidung valide ist.

7.1.3 Hinweise zur Validität der Unterscheidung zwischen aktions- und selbstbezogenen Personen

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke, Erdmann & Kallus (1985), der Fragebogen zur Erfassung von Attribuierungsgewohnheiten in Erfolgs- und Mißerfolgssituationen (IESVF) von Dorrman & Hinsch (1981), sowie andere Verfahren herangezogen, die von ihrer theoretischen Konzeption her Hinweise zur Validierung erwarten ließen (das Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene "ISE" von Tönnies, 1982 und 1983; der Fragebogen zur Handlungskontrolle "HAKEMP" von Kuhl, o.J.; und der Selbstaufmerksamkeitsfragebogen "SAF" von Merz, 1986). Es wurden die beiden Extremgruppen miteinander verglichen, wie sie von den Mitgliedern der beiden Cluster 1 und 2 gebildet worden waren. Geprüft wurden eventuelle Lageunterschiede zwischen diesen beiden Clustern bei den Subskalen der oben angeführten Fragebögen. Als statistisches Verfahren wurde der non-parametrische U-Test (Man-Whitney) verwendet. Wegen der Fülle des Materials soll hier nur über die Ergebnisse berichtet werden, die mit dem Streßverarbeitungs- und Attribuierungsfragebogen erzielt wurden.

Zusammenhänge mit der Streßverarbeitung: - Der Streßverarbeitungsfragebogen SVF (Janke, Erdmann & Kallus, 1985) dient der Messung habitueller Streßverarbeitungsweisen, die zur Verminderung oder Beendigung von Belastungssituationen einge-

setzt werden. Über insgesamt 19 Subskalen werden sehr verschiedenartige Streßverarbeitungsweisen erfaßt, die sich generell klassifizieren lassen in (a) aktionale Verarbeitungsweisen (z.B. Angriff, Flucht, Inaktivität, soziale Kontaktaufnahme, sozialer Rückzug) und (b) intrapsychische Verarbeitungsweisen (z.B. Ablenkung, Abwertung, Umwertung des Stressors, Aufwertung eigener Ressourcen) (vgl. Janke et al. 1985, S.7).

Von den 19 Subskalen differenzieren 7 Skalen eindeutig zwischen den beiden Extremgruppen; in drei weiteren Skalen zeigen sich tendenzielle Unterschiede (U-Test; $p < 8 \%$; einseitige Testung; vgl. Tabelle 9). Die Aktionsbezogenen (Mitglieder von Cluster 2) reagieren in Belastungssituationen der Tendenz nach häufiger mit einer Verleugnung der eigenen Verantwortlichkeit für die Situation (*Schuldabwehr*). Dies ist im Zusammenhang mit den Unterschieden in der Skala *Selbstbeschuldigung* zu sehen. Selbstbeschuldigung tritt signifikant häufiger in Cluster 1, also bei Selbstbezogenen, auf. Diese Befunde entsprechen den Ergebnissen empirischer Untersuchungen zur Validierung der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit. Hier zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen objektiver Selbstaufmerksamkeit und erhöhter Selbstattribution von hypothetischen Ereignissen (z.B. Duval & Wicklund, 1973) bzw. eine Reduktion der Verantwortlichkeit für ein hypothetisches negatives Ereignis bei experimentell erzeugter subjektiver Selbstaufmerksamkeit (Duval & Wicklund, 1972, p.193ff).

Die Skala *Suche nach Selbstbestätigung* erfaßt die Tendenz, in Belastungssituationen mit solchen Verhaltensweisen zu reagieren, die das eigene Selbstwertgefühl schützen und erhalten. Die Aktionsbezogenen (Mitglieder von Cluster 2) reagieren signifikant stärker in diesem Sinne als die Selbstbezogenen (Mitglieder von Cluster 1). Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der Beobachtung, daß Selbstbezogene über eine geringere Selbstachtung und über ein geringeres Selbstwertgefühl verfügen als Aktionsbezogene. Ein belastendes Ereignis wird von Aktionsbezogenen offensichtlich stärker als selbstbedrohlich erlebt und sie ergreifen spezielle Maßnahmen, um ihr hohes Selbstwertgefühl zu erhalten und ihr bedrohtes Selbstkonzept zu stabilisieren.

Die Skala *Situationskontrollversuche* erfaßt die Tendenz, die Belastungssituation aktiv zu verändern und die belastenden Faktoren zu beseitigen. Die (aktionsbezogenen) Mitglieder von Cluster 2 reagieren signifikant häufiger in diesem Sinne als die (selbstbezogenen) Mitglieder von Cluster 1. Diese neigen umgekehrt signifikant stärker dazu, sich aus der Belastungssituation zurückzuziehen und aus dem Felde zu gehen (*Fluchttendenz*) bzw. bereits von vornherein ähnliche zukünftige Situationen zu vermeiden (*Vermeidungstendenz*). Diese Ergebnisse entsprechen den bei Aktionsbezogenen und Selbstbezogenen beobachteten Techniken zur Eigenhilfe: hohe Aktivitätsrate vs. Meidungsverhalten. Sie entsprechen auch dem an Psychotherapieklienten gewonnenen Befund, daß Aktionsbezogene in Therapiegesprächen signifikant häufiger Situationen ansprachen, die sie durch aktives Handeln zu meistern versuchten, während bei Selbstbezogenen häufiger Äußerungen über eigene Passivität und fehlende Eigeninitiative gefunden wurden (vgl. das folgende Kapitel 8).

Tabelle 9

Lageunterschiede zwischen Aktionsbezogenen (AB) und Selbstbezogenen (SB) in den Subskalen des Streßverarbeitungsfragebogens SVF

Lageunterschiede	Skala des SVF (mit Beispielitem)
AB > SB *	Schuldabwehr (... denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten)
SB > AB **	Selbstbeschuldigung (... suche ich bei mir selbst die Schuld)
AB > SB **	Suche nach Selbstbestätigung (... wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiß ist)
AB > SB ***	Situationskontrollversuche (... ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache)
SB > AB ***	Fluchttendenz (... versuche ich, mich der Situation zu entziehen)
SB > AB ***	Vermeidungstendenz (... entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen)
SB > AB ***	Resignation (... neige ich dazu, schnell aufzugeben)
AB > SB *	Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (... bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein)
SB > AB **	Soziale Abkapselung (... gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg)
SB > AB *	Gedankliche Weiterbeschäftigung (... beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange)

Anmerkungen. SB: Selbstbezogene (Mitglieder von Cluster 1); AB: Aktionsbezogene (Mitglieder von Cluster 2); vgl. Tabelle 8.

* $p < .10$ ** $p < .05$ *** $p < .01$ bei einseitiger Testung.

Die gerade geschilderten Ergebnisse werden unterstrichen durch die bei der Skala *Resignation* gefundenen Unterschiede: Die (selbstbezogenen) Mitglieder von Cluster 1 resignieren in Belastungssituationen signifikant stärker als die (aktionsbezogenen) Mitglieder von Cluster 2. Dieses stimmt ebenfalls überein mit der Beobachtung, daß Selbstbezogene eher mit Rückzugsverhalten und Aufgeben reagieren, während Aktionsbezogene eher mit Aktivitäten versuchen, ihren Schwierigkeiten zu begegnen.

Die beiden Skalen *Bedürfnis nach sozialer Unterstützung* und *Soziale Abkapselung* erfassen Reaktionsweisen, die den Sozialbereich betreffen. Hier zeigt sich, daß die Mitglieder von Cluster 2 der Tendenz nach ein größeres Bedürfnis nach sozialer Unterstützung und zur sozialen Kontaktaufnahme äußern, während die Mitglieder von

Cluster 1 umgekehrt sich bei Belastung signifikant stärker zurückziehen und von der sozialen Umgebung abkapseln. In diesen Ergebnissen drückt sich einerseits die größere Extraversion Aktionsbezogener im Vergleich zu Selbstbezogenen aus (erfaßt durch die Skala "Soziale Abkapselung), andererseits wird erneut deutlich, daß Aktionsbezogene in einem höheren Ausmaß als Selbstbezogene die Initiative ergreifen und sich *aktiv* um eine Veränderung der Situation bemühen und hierzu gegebenenfalls auch aktiv auf einen Sozialpartner zugehen und seine Hilfe in Anspruch nehmen.

Die Skala *Gedankliche Weiterbeschäftigung* erfaßt das Auftreten von perseverierenden Kognitionen, die sich auf die Belastungssituation beziehen. Die (selbstbezogenen) Mitglieder von Cluster 1 reagieren der Tendenz nach häufiger in diesem Sinne als die Mitglieder von Cluster 2. Dies läßt sich vermutlich mit der beobachteten unterschiedlichen Aktivitätsrate bei Aktionsbezogenen und Selbstbezogenen in Zusammenhang bringen. Die bei Aktionsbezogenen erhöhte Aktivitätsrate impliziert einen häufigeren Wechsel von Aufgaben und Handlungen. Ein längerfristiges Festhalten an einer Situation interferiert mit diesem häufigen Wechsel und übt einen störenden Einfluß aus.

Zusammenhänge mit Gewohnheiten der Erfolgs- und Mißerfolgssattribuierung: - Der IESVF von Dorrman & Hinsch (1981) ist ein differentieller Fragebogen zur Erfassung von Attribuierungsgewohnheiten in Erfolgs- und Mißerfolgssituationen. Er basiert auf dem attributionstheoretischen Modell leistungsmotivierten Verhaltens von Weiner und erfaßt 4 Faktoren, auf die Erfolge bzw. Mißerfolge zurückgeführt werden können (vgl. Dorrman & Hinsch, 1981, S. 361, bzw. die Tabelle 10).

Tabelle 10
Arten der Erfolgsattribuierung in Abhängigkeit von der Kontrollüberzeugung (internal/external, stabil/variabel)

Der Einflußfaktor ist		
	internal	external
stabil	Fähigkeit	Schwierigkeit der Aufgabe
variabel	Anstrengung	Glück

Da die Autoren des IESVF der Auffassung sind, daß diese vier Kausalfaktoren "nicht nur für Leistungssituationen, sondern generell für Problemsituationen des täglichen Lebens Bedeutung besitzen" (Dormann & Hinsch, 1981, S.362), beziehen sich die Items des IESVF auf Erfolgs- bzw. Mißer-

folgssituationen aus verschiedenen Lebensbereichen.

Der Extremgruppenvergleich zwischen Cluster 1 und Cluster 2, d.h. zwischen Selbst- und Aktionsbezogenen, führte zu den Ergebnissen wie sie die Tabelle 11 zeigt.

Tabelle 11

Lageunterschiede zwischen Selbstbezogenen (SB) und Aktionsbezogenen (AB) bei den Subskalen des IESVF

1. Erfolge internal stabil attribuieren:	AB > SB ***
2. Erfolge internal variabel attribuieren:	AB > SB ns
3. Erfolge external stabil attribuieren:	AB < SB *
4. Erfolge external variabel attribuieren:	AB < SB ns
5. Mißerfolge internal stabil attribuieren:	AB < SB ***
6. Mißerfolge internal variabel attribuieren:	AB > SB ns
7. Mißerfolge external stabil attribuieren:	AB < SB *
8. Mißerfolge external variabel attribuieren:	AB < SB ns

Anmerkungen. SB: Selbstbezogene (Mitglieder von Cluster 1); AB: Aktionsbezogene (Mitglieder von Cluster 2); vgl. Tabelle 8.
* $p < .10$ ** $p < .05$ *** $p < .01$ bei einseitiger Testung.

Die (aktionsbezogenen) Mitglieder von Cluster 2 attribuieren Erfolge signifikant stärker internal stabil als die Mitglieder von Cluster 1 (Attribution auf Fähigkeit). Die (selbstbezogenen) Mitglieder von Cluster 1 attribuieren umgekehrt Mißerfolge signifikant stärker internal stabil als die Mitglieder von Cluster 2 (Attribuierung auf Unfähigkeit).

Die beim IESVF gefundenen Attribuierungsmuster sind interpretierbar im Zusammenhang mit dem bei Aktions- und Selbstbezogenen beobachteten unterschiedlichen Selbstwertgefühl. Selbstbezogene haben ein im Vergleich zu Aktionsbezogenen stark erniedrigtes Selbstwertgefühl. Personen mit niedrigem Selbstwertgefühl aber attribuieren in einer Untersuchung von Fitch (1970) Mißerfolge internal und Erfolge external. Ähnliche Ergebnisse berichtet Ames (1978) für Schulkinder der fünften Klasse. Schließlich postuliert auch die reformulierte Theorie der Hilflosigkeit bzw. der Depression von Seligman einen Zusammenhang zwischen dem geringen Selbstwertgefühl Depressiver und einem "deprimierenden" Attributionsstil und kann dies auch durch entsprechende Ergebnisse belegen (vgl. z.B. Peterson & Seligman, 1984).

Insgesamt lassen es die in diesem Abschnitt 7.1 vorgelegten Überprüfungsergebnisse gerechtfertigt erscheinen, Klienten, die in klinisch-psychologischer Behandlung sind, nach den Polen Aktionsbezogenheit und Selbstbezogenheit zu unterscheiden und Extremgruppen einer nicht-klinischen Population als Repräsentanten der beiden Pole Aktions- und Selbstbezogenheit anzusehen, die in Therapie-Analogiestudien den verschiedenen experimentellen Bedingungen zugewiesen werden können. Der Extremgruppenvergleich nach inhaltlichen Kriterien hat gleichzeitig Validierungshinweise für das Konzept der Aktions- versus Selbstbezogenheit bzw. für die theoretische Fundierung dieses Konzeptes durch die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit erbracht. Dabei muß allerdings nach wie vor offen bleiben, ob die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit als alleinige theoretische Basis für dieses Konzept ausreicht oder ob sie nicht gegebenenfalls durch Erklärungsansätze anderer theoretischer Provenienz

ergänzt werden muß. Die Klärung dieser Frage ist nicht Ziel dieser Arbeit. Wichtig ist hier, daß die Zustände subjektiver und objektiver Selbstaufmerksamkeit mit ihren entsprechenden Auswirkungen bei verschiedenen Individuen unterschiedlich häufig und unterscheidlich lange auftreten, so daß es gerechtfertigt ist, aktions- bzw. selbstbezogene Personen zu unterscheiden, und daß diese Unterscheidung sowohl in klinischen ex-post-facto Untersuchungen wie in therapieanalogen experimentellen Versuchen verwendet werden kann.

7.2 Prozeßunterschiede bei aktionsbezogenen und selbstbezogenen Klienten: Häufigkeit und Bedeutung therapeutischer Konfrontation

Was kennzeichnet nun erfolgreiche Therapie mit aktionsbezogenen Klienten? Was ist hier ein Unterscheidungsmerkmal gegenüber Therapiegesprächen mit selbstbezogenen Klienten? Im vorangegangenen Kapitel 6 wurde von der kasuistischen Erfahrung berichtet, daß aktionsbezogene Klienten vor allem dann in der Therapie Fortschritte machen, wenn sie durch Anhören ihrer eigenen Therapiegespräche mit sich selbst stärker konfrontiert werden. Man kann auch beobachten, daß es für diese Klienten besonders wichtig ist, die Sicht- und Erlebnisweise des Therapeuten mitzubekommen. Sie finden so praktisch im Erleben des Therapeuten eine komplementäre Ergänzung zu ihrer Aktionsbezogenheit. Umgekehrt ist es bei selbstbezogenen, ängstlichen Klienten wichtig, daß ihre Aktivität erhöht wird, daß durch Handeln ihre überstarke und eingefahrene Selbstbezogenheit reduziert wird und daß sie durch Handeln die Chance zur Amplifikation ihres Erlebnisbereiches bekommen. Bei ihnen ist es wichtig, daß der Therapeut gerade seine eigene Sicht- und Erlebnisweise zurückhält und sie nicht konfrontiert, um ihre Selbstbezogenheit nicht noch mehr zu verstärken.

7.2.1 Methode zur ex-post-facto Erkundung therapeutischer Konfrontation

Zur Prüfung dieser Erfahrungen und Beobachtungen stellte der Autor die vereinfachte Hypothese auf, daß in erfolgreichen Therapien aktionsbezogene Klienten im Unterschied zu selbstbezogenen Klienten stärker konfrontiert werden. Er ließ dazu bei zehn Klienten, die bereits vor der Formulierung dieser Hypothese bei ihm erfolgreich eine Psychotherapie absolviert hatten, ex-post-facto den therapeutischen Prozeß untersuchen (vgl. Hertel, 1979). Die Klienten wurden nach zwei Kriterien ausgewählt. Sie sollten (a) alle beim gleichen Therapeuten (beim Autor) die klientenzentrierte Therapie erfolgreich abgeschlossen haben und (b) nach der Theorie von Duval & Wicklund sowohl in der Einschätzung des Untersuchers wie des Therapeuten übereinstimmend und eindeutig als aktionsbezogen bzw. selbstbezogen einstuftbar sein.

Bei jedem der (fünf) aktionsbezogenen und (fünf) selbstbezogenen Klienten wurden zwei vollständige Gesprächskontakte aus der Mitte der unterschiedlich langen Gesamttherapien ausgesucht, aus jenem Teil des Therapieprozesses, der nach den Aufzeichnungen am ehesten Konfrontationen erwarten ließ. Die resultierenden 20 Gespräche

wurden in zufälliger Reihenfolge von fünf trainierten Kodierern, die je vier Kontakte bearbeiteten, und vom Versuchsleiter Hertel selbst, der alle Gespräche analysierte, hinsichtlich des Auftretens mit ausreichender (69%) Übereinstimmung und hinsichtlich der Art der Konfrontationen mit guter (80%) Übereinstimmung beurteilt. Konfrontation wurde dabei nach Anderson (1969) und Brand (1974) als eine Äußerung des Therapeuten definiert, durch die er den Klienten auf einen Widerspruch zwischen seiner, des Therapeuten, und des Klienten Sichtweise aufmerksam macht. Wenn der Klient seine Fähigkeiten betont und seine (für den Therapeuten und den Beurteiler spürbaren) Schwächen ignoriert oder herunterspielt und der Therapeut ihn darauf aufmerksam macht, dann liegt eine Schwäche-Konfrontation vor. Äußert sich der Klient dagegen über seine Mängel, und der Therapeut hebt die von ihm wahrgenommenen Fähigkeiten des Klienten hervor, dann ist dies eine Stärke-Konfrontation.

Man darf sich dabei unter Konfrontation keine Einführung von weit abliegenden oder gar streitbaren Verhaltensweisen oder Haltungen des Therapeuten vorstellen, auch wenn manchmal eine Konfrontation nur in Form einer provozierenden Frage möglich erscheint. Konfrontative Äußerungen stellen verbale Äußerungen des Therapeuten wie andere, z.B. empathische Äußerungen, dar, nur daß sie zusätzlich die Sicht- und Erlebnisweise des Therapeuten bezüglich des Klienten auf eine Art und Weise "ins Spiel bringen", daß der Klient sie nicht übergehen kann. Konfrontationen sind nach Bastine & Kommer (1979, S. 413) ein "Aufgreifen von diskrepanten Mitteilungen des Klienten, die von dem Klienten unvollständig oder falsch wahrgenommen und bewertet werden. Der Klient kann dabei einer Gegenüberstellung nicht ausweichen." Ein Beispiel für eine Stärke-Konfrontation ist (vgl. auch Anhang A2):

Kl.: "Alle lachen über mich. Sie denken alle, ich bin ein Narr."

Th.:(aus dem Kennen und Erleben des Klienten): "Ich sehe das anders. Ihre Frau und Ihre Kinder lachen nicht über Sie. Die für Sie wichtigsten Menschen denken nicht, daß Sie ein Narr sind."

Ein Beispiel für eine Schwäche-Konfrontation ist:

Kl.: "Solche Beleidigungen beunruhigen mich kaum. Ich kann mich nicht darum kümmern, was meine Freunde von mir denken."

Th.: "Sie wünschen, daß Sie sowas nicht beeinflusst; aber es beeinflusst Sie."

Eine Konfrontation liegt auch in dem folgenden von Rogers (1981, S.26) berichteten Beispiel vor:

Manchmal "steigt ein Gefühl in mir (Rogers) auf", das keinen besonderen Bezug zu dem, was vor sich geht, zu haben scheint. Doch ich habe gelernt, dieses auftauchende Gefühl zu akzeptieren und ihm zu vertrauen, und ich versuche, es meinem Klienten mitzuteilen. Ein Beispiel: Ein Klient spricht mit mir, und mir kommt plötzlich das Bild, daß er als bittender kleiner Junge dasteht, der flehentlich die Hände faltet und sagt: "Bitte gib mir das, bitte gib mir das." Ich habe die Erfahrung gemacht, wenn ich in meiner Beziehung zu ihm "echt" sein kann und dieses Gefühl ausdrücke, das in mir entstanden ist, dann löst

das sehr wahrscheinlich ein Echo in ihm aus und bringt unsere Beziehung voran.

7.2.2 Ergebnisse und Schlußfolgerung

Der Vergleich zwischen den Gesprächen mit den aktions- und mit den selbstbezogenen Klienten zeigte drei wesentliche Ergebnisse:

1. Aktionsbezogene Klienten werden, statistisch signifikant, viermal häufiger konfrontiert als selbstbezogene Klienten. Dies gilt für die Anzahl der Konfrontationen insgesamt. In zwei aufeinander folgenden mittleren Gesprächskontakten finden sich von 37 Konfrontationen 30 in den Gesprächen mit Aktionsbezogenen und nur 7 bei den Gesprächen mit Selbstbezogenen. Dies gilt der Tendenz ($p = .08$) nach auch für die Schwächekonfrontationen, die bei den Aktionsbezogenen häufiger initiiert werden als bei den Selbstbezogenen: 20 der 22 Schwäche-Konfrontationen finden sich in den Gesprächen mit Aktionsbezogenen (vgl. Tabelle 12).
2. Beide Klientengruppen beurteilen jedoch ihre Therapie in vergleichbarem Maße als erfolgreich!
3. Die Therapien der aktionsbezogenen Klienten dauern (in den hier untersuchten Gesprächsverläufen) im Durchschnitt viermal so lange wie die der selbstbezogenen Klienten. Bei den Aktionsbezogenen sind es 28 bis 74 Stunden, bei den Selbstbezogenen 4 bis 20 Stunden.

Tabelle 12

Häufigkeiten von Konfrontationen bei fünf selbst- und fünf aktionsbezogenen Klienten in zwei aufeinanderfolgenden Gesprächskontakten mit einem klientenzentrierten Psychotherapeuten

Art der Konfrontation	Selbstbezogene Klienten (SB)	Aktionsbezogene Klienten (AB)	Summe
Stärke-Konfrontation	5	10	15
Schwäche-Konfrontation	2	20	22
Konfrontationen gesamt	7	30	37

Diese ex-post-facto gewonnenen Befunde unterstützen die Hypothese, daß der Gesprächspsychotherapeut intuitiv auf aktionsbezogene und selbstbezogene Klienten "strategisch" unterschiedlich reagiert: Er verwendet konfrontative und nicht-konfrontative Techniken in unterschiedlichem Maße. Dies steht im Einklang mit dem in der Literatur über Konfrontation Berichteten.

Die längere Therapiedauer bei den aktionsbezogenen Klienten kann folgendermaßen interpretiert werden: Der Therapeut stellt sich dem aktionsbezogenen Klienten häufiger,

d.h. in zeitlich stärkerem Ausmaß, mit seiner eigenen Sicht- und Erlebnisweise zur Verfügung. Er tut dies, indem er mehr Kontakt, mehr gemeinsame Zeit mit ihm verbringt und indem er ihn häufiger konfrontiert.

7.3 Differentielle Psychotherapie im klientenzentrierten Rahmen: Therapeutische Konfrontation als Wirkfaktor

Zur weiteren Abklärung der in den ex-post-facto-Untersuchungen gefundenen Zusammenhänge zwischen Klienteneigenart und differentiellem Therapeutenverhalten wurden in zwei nachfolgenden Untersuchungen mit quasi-experimentellem Versuchsplan die folgenden beiden Fragestellungen geprüft: Kann (a) dieses differentielle Vorgehen planmäßig und beabsichtigt ohne Beeinträchtigung des Therapeutischen Basisverhaltens verwirklicht werden? Und führt (b) der planmäßige Einsatz differentiellen Therapeutenverhaltens vorhersagegemäß zu differentiellen Therapieeffekten bei aktions- bzw. selbstbezogenen Klienten? Diese beiden Fragestellungen waren Thema der vom Autor betreuten Untersuchung von Wißner (1981) und der Replikationsuntersuchung von Büttner (1986).

7.3.1 Methode zum Nachweis differentieller Therapieeffekte

Die prüfmethodische Grundlage in beiden Versuchen war ein 2x2-faktorielles quasi-experimentelles Design mit einem Schicht- und einem Behandlungsfaktor. In der ersten Untersuchung wurden aus einer Stichprobe von 36 und im Replikationsversuch aus einer Stichprobe von 42 studentischen Klienten mit Hilfe des MMPI, EPI, FPI jeweils zwei Extremgruppen von 8 aktionsbezogenen und 8 selbstbezogenen Klienten gebildet (vgl. z.B. Anhang A1.2). Sie sollten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Grundausbildung therapeutische Einzelgespräche erhalten. (Die Personen des "Mittelfeldes" beider Stichproben nahmen an therapeutischen Selbsterfahrungsgruppen teil.) Für die Einzelgespräche standen jeweils vier Therapeuten (2 weiblich, 2 männlich) zur Verfügung, die eine 2- bis 17-jährige Erfahrung in psychologischer Beratung und Therapie nachweisen konnten. Sie führten mit ihren Klienten fünf halbstündige klientenzentrierte Therapiegespräche. Jeweils zwei in ihrer Eigenart vergleichbare Klienten wurden nach Zufall einer der beiden Behandlungsmöglichkeiten zugeordnet. Alle Therapeuten hatten damit zwei aktionsbezogene und zwei selbstbezogene Klienten, ohne um deren diagnostische Einstufung zu wissen (vgl. Tabelle 13).

Sie waren angehalten, bei den Klienten unterschiedlich vorzugehen. Bei zwei Klienten (deren diagnostische Zuordnung nur den Untersuchern bekannt war) sollte ausschließlich Therapeutisches Basisverhalten im Sinne der klassischen klientenzentrierten Therapie verwirklicht werden. Bei den beiden anderen Klienten sollte folgendermaßen vorgegangen werden: Von der zweiten Sitzung an sollten sie (a) vor dem eigentlichen Therapiegespräch als didaktische Konfrontation den Tonbandmitschnitt des vorangegangenen Therapiegesprächs anhören. Sie sollten (b) bei jedem Widerspruch, den die

Therapeuten wahrnahmen, mit diesem Widerspruch konfrontiert werden. Alle Konfrontationen sollten (c) so appliziert werden, daß sie das klientenzentrierte Therapeutische Basisverhalten nicht beeinträchtigten.

Tabelle 13

Untersuchungsplan zum Nachweis differentieller Therapieeffekte von Konfrontation und Konfrontationsverzicht bei selbstbezogenen und bei aktionsbezogenen Klienten

	Selbstbezogene Klienten (SB)		Aktionsbezogene Klienten (AB)		Voraussage
	ohne Konf.	mit Konf.	ohne Konf.	mit Konf.	
Differentielle Situationen					
Therapeuten	A	B	C	D	(A+D) > (B+C)
1	+	o/-	o/-	+	
2	+	o/-	o/-	+	
3	+	o/-	o/-	+	
4	+	o/-	o/-	+	

Anmerkungen. Je 2 selbstbezogene und 2 aktionsbezogene Klienten werden nach Zufall den Situationen ohne bzw. mit Konfrontation und einem Therapeuten zugeordnet. Der gleiche Versuchsplan gilt für die Replikation nach 5 Jahren mit den Therapeuten 5 bis 8.

(+): deutliche pos.Veränderung (o/-): geringe oder keine pos.Veränderung des Klienten.

Ein ausführliches Manual, das auch Definitionen und Beispiele von Konfrontationen enthielt, sollte dem Therapeuten seine schwierige, aber für das Experiment wichtige Aufgabe erleichtern (vgl. Anhang A2).

Eine Überprüfung, ob nach Plan vorgegangen wurde, erfolgte an Hand von Transkripten der letzten Drittel des zweiten und vierten Gesprächskontaktes (vgl. die Anmerkungen zu Tabelle 14).

Das Auftreten von konfrontativen und nicht-konfrontativen Äußerungen konnte mit befriedigender Reliabilität kodiert werden. In der ersten Untersuchung unterschied sich das technische Vorgehen der Therapeuten sowohl im zweiten als auch im vierten Kontakt instruktionsgemäß. Nur Therapeut 4 verwirklichte das konfrontative Vorgehen nicht ganz konsequent. Der Prozentsatz der konfrontativen Äußerungen ist in den differentiellen Situationen B und D ("mit Konfrontation") signifikant größer als in den Situationen A und C ("ohne Konfrontation"). Im Replikationsversuch konnte die Instruktion offensichtlich nicht ganz so gut verwirklicht werden, jedoch unterscheiden sich auch hier insgesamt die Häufigkeiten der konfrontativen Äußerungen signifikant

entsprechend der Versuchsbedingungen (in konfrontativer Situation 12%, in nicht-konfrontativer Situation 4%).

Tabelle 14

Prozentsatz konfrontativer Äußerungen im letzten Drittel des zweiten und vierten Gesprächskontaktes beim differentiellen Untersuchungsplan

Therapeut	Selbstbezogene Klienten (SB)				Aktionsbezogene Klienten (AB)			
	ohne Konf.		mit Konf.		ohne Konf.		mit Konf.	
Letzte Gesprächsdrittel im 2. und 4. Gespräch								
	2.G.	4.G.	2.G.	4.G.	2.G.	4.G.	2.G.	4.G.
1	0	0	23	39	3	8	22	21
2	3	0	16	3	1	2	9	0
3	0	25	11	35	0	7	24	50
4	3	0	1	8	17	2	5	3
Durchschnitt in der 1. Untersuchung								
	2	6	13	21	5	5	15	19
5	19	7	36	17	0	0	15	36
6	0	0	0	14	0	0	0	8
7	14	10	13	0	0	0	7	6
8	11	0	0	13	0	6	21	0
Durchschnitt im Replikationsversuch								
	11	4	12	11	0	2	11	13

Anmerkungen. Die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 1 bis 4 stammen aus der ersten Untersuchung: Zwei Beurteiler kodierten je die Hälfte der 32 transkribierten Stichproben hinsichtlich Stärke-, Schwäche- und Non-Konfrontation. Die Übereinstimmung mit einem Drittbeurteiler ist bei acht der Stichproben befriedigend hoch (zwischen 84% und 92%). Stärke- und Schwächekonfrontationen sind hier zusammengefaßt. Die durchschnittliche Anzahl von Therapeutenäußerungen pro (10-minütiger) Stichprobe beträgt $n = 41$.

Die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 5 bis 8 stammen aus dem Replikationsversuch: Bei 8 Kodierern und gemittelt über alle 32 Stichproben ist die Reliabilität, in diesem Fall errechnet über den Höchstwertziffer-Index, ebenfalls befriedigend hoch (.67). Die durchschnittliche Anzahl von Therapeutenäußerungen pro (10-minütiger) Stichprobe beträgt wegen anderer Einheitenbildung $n = 14$.

7.3.2 Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen

Die Hypothese bei diesem Versuchsplan war: Eine stärkere Veränderung findet bei jenen Klienten statt, die eine angemessene differentielle therapeutische Situation vorfinden. Diese Hypothese impliziert zweierlei: (a) Differentielles Therapeutenverhalten und Therapeutisches Basisverhalten sind miteinander vereinbar. (b) Selbstbezogene ohne Konfrontation und Aktionsbezogene mit Konfrontation (angemessenes therapeutisches Vorgehen) verändern sich stärker als Selbstbezogene mit Konfrontation und Aktionsbezogene ohne Konfrontation (unangemessenes therapeutisches Vorgehen). Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese.

Die *Vereinbarkeit* von klientenzentriertem Basisverhalten und differentiellem Vorgehen zeigt sich z.B. darin, daß die Klienten in allen Gruppen nach ihren Angaben im Klienten-Erfahrungsbogen (nach Eckert, 1974) die einzelnen Sitzungen in vergleichbarem Maße als hilfreich erleben. Die vergleichbare Ausprägung des durch diesen Fragebogen erfaßten positiven Ansprechens auf die therapeutische Situation ist sowohl auf Itemebene (geprüft im ersten Versuch) als auch auf Faktorebene (geprüft im Replikationsversuch) nachweisbar. Auf Itemebene wird in allen differentiellen Situationen der Kriteriumswert (= 5; vgl. Tausch, 1974, S. 285) für ein positives Ansprechen auf das Therapieangebot vergleichbar häufig erreicht. Dem entspricht auf Faktorebene (vgl. dazu Zielke, 1979, 1980), daß die Klienten in allen Gruppen vergleichbare Werte bei den Faktoren "Beruhigender Veränderungsoptimismus", "Interaktionsbedingte Unsicherheit" und "Körperliche Spannung und emotionale Belastung" aufweisen.

Nach dem Inventar von Barrett-Lennard (1962; vgl. Minsel, 1970, 1974) erleben sie die Therapeuten, ob sie nun konfrontierten oder nicht, in vergleichbarem Maße als selbstkongruent, empathisch und wertschätzend (vgl. Tabelle 15). Allerdings zeigen sich im Replikationsexperiment in der Dimension "Selbstkongruenz des Therapeuten" bei den differentiiell ungünstigen Bedingungen (B und C) geringere Werte. Diese Unterschiede sind aber nur im globalen H-Test und auch nur im fünften, dem letzten Gesprächskontakt signifikant und können wegen der geringen Stichprobengröße nicht mit U-Tests als Folgetests statistisch gesichert werden. Sie sind dennoch ein Hinweis, daß möglicherweise den Therapeuten die Einhaltung der für das Experiment nötigen Instruktion zunehmend schwerfällt - der Gedanke einer differentiiellen Gesprächspsychotherapie ist ihnen vertrauter geworden - und daß dies von den Klienten wahrgenommen wird.

Die stärkere *Veränderung bei angemessenem differentiellem Therapeutenverhalten* zeigt sich deutlich in der von den Klienten erlebten Veränderung, wie sie durch den Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) nach Zielke & Kopf-Mehnert (1978) erfaßt werden kann. Nur die Klienten, die nach der Hypothese die für ihre Art der Selbstaufmerksamkeit optimale Situation vorfinden, überschreiten im Mittel den kritischen Wert für eine positive Veränderung (187 auf dem 5 %-Niveau, vgl. Tabelle 16).

Tabelle 15

Therapeutisches Basisverhalten (Mittelwerte nach dem Inventar von Barrett-Lennard) in konfrontativen und nichtkonfrontativen Gesprächen bei selbst- und aktionsbezogenen Klienten

Merkmal des Therap. Basisverh.	Selbstbezogene Klienten (SB)		Aktionsbezogene Klienten (AB)		Beurteilung mit H-Test
	ohne Konf. mit Konf.		ohne Konf. mit Konf.		
	A	B	C	D	
bei Th.1-4 ^{a)}					
Selbstkongruenz	21	26	22	32	nicht sign.
Empathie	29	32	33	31	nicht sign.
Akzeptanz	28	32	30	31	nicht sign.
Gesamt-Score	26	30	28	31	
bei Th.5-8 ^{b)}					
Selbstkongruenz	23	17	9	26	n.s. ^{c)}
Empathie	28	13	24	29	nicht sign.
Akzeptanz	25	25	32	33	nicht sign.
Gesamt-Score	25	18	22	29	

Anmerkungen. ^{a)} Die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 1 bis 4 stammen aus der ersten Untersuchung. ^{b)} Die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 5 bis 8 sind aus der Replikationsuntersuchung. ^{c)} Nur im fünften Gespräch signifikant (vgl. Text).

Die Tabelle 16 und die Tabelle 17 zeigen, daß die Klienten, die die günstigeren differentiellen Bedingungen vorfinden, im Durchschnitt auch in stärkerem Maße positive Veränderungen erleben (siehe Tabelle 16). Dies gilt sowohl für den Erstversuch wie für die Replikationsuntersuchung, entspricht aber nicht unbedingt in jedem Einzelfall der Voraussage. Im Einzelfall können nicht-identifizierte (und dadurch nicht kontrollierte) Faktoren die Ergebnisse mit beeinflussen. Wählt man jedoch als Bereichsgrenzen für "deutliche Verbesserung" den gemeinsamen Mittelwert von 200 und den von Zielke & Kopf-Mehnert berichteten Minimalwert von 187, dann können immerhin in 25 von 32 Einzelfällen, d.h. zu 78%, richtige Voraussagen gemacht werden (siehe Tabelle 17).

Tabelle 16

Erfolgsbeurteilungen mit Hilfe des Veränderungsfragebogens VEV: Vergleich zwischen günstigen und ungünstigen differentiellen Situationen in zwei quasi-experimentellen Untersuchungen

	Selbstbezogene Klienten (SB)		Aktionsbezogene Klienten (AB)		Beurteilung
	ohne Konf.	mit Konf.	ohne Konf.	mit Konf.	
Differentielle Situationen					
Therapeuten	A	B	C	D	Voraussage (A+D) > (B+C)
1	220	186	170	203	
2	247	168	103	193	
3	207	136	200	248	
4	237	237	219	238	
Mittelwerte in erster Untersuchung					$p = .005 \quad U = 8.5$
	227	182	173	220	Bestätigung der Voraussage
5	222	190	172	182	
6	225	169	181	240	
7	208	196	168	202	
8	191	194	228	175	
Mittelwerte in Replikationsuntersuchung					$p = .049 \quad U = 16$
	212	187	187	200	Bestätigung der Voraussage

Anmerkungen. Die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 1 bis 4 stammen aus der ersten Untersuchung; die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 5 bis 8 sind aus dem Replikationsversuch. Die Untersuchungen wurden voneinander unabhängig im Abstand von 5 Jahren durchgeführt. VEV: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978).

Wenig deutlich und uneinheitlich zeigt sich die stärkere Veränderung im selbst-explorativen Verhalten der Klienten (vgl. Tabelle 18). Die Veränderung des selbst-explorativen Verhaltens ist durch Prä-Post-Ratings zu erfassen versucht worden, so daß das Problem der Unreliabilität von Differenzen mitzubedenken ist.

In der Erstuntersuchung ist bei zwei von den drei erhobenen Klientenprozeßvariablen die erwartete Differenz statistisch signifikant: Bei differentiell richtigem Vorgehen steigen und bei falschem Vorgehen fallen die durchschnittliche Selbstexploration der Klienten und ihre gefühlsmäßige Nähe zu sich selbst. In der Replikationsuntersuchung aber erreicht keine der erwarteten Differenzen statistische Signifikanz. Eine nur tendenzielle Bestätigung erhält das Ergebnis in der Dimension "Gefühlsmäßige Nähe zu sich selbst" (Irrtumswahrscheinlichkeit = 9%).

Tabelle 17

Erfolgsbeurteilungen mit Hilfe des Veränderungsfragebogens VEV: Von einzelnen Klienten erlebte Veränderung unter günstigen und ungünstigen differentiellen Bedingungen

	Selbstbezogene Klienten (SB)		Aktionsbezogene Klienten (AB)		Beurteilung
	ohne Konf.	mit Konf.	ohne Konf.	mit Konf.	
	Differentielle Situationen				
Therapeuten	A	B	C	D	Voraussage: ^{a)} A & D: nur (+) B & C: (o) od. (—)
1	+	—	—	+	Bis auf drei Klienten entspricht die erlebte Veränderung der Voraussage
2	+	—	—	o	
3	+	—	o	+	
4	+	+	+	+	
5	+	o	—	—	Bis auf vier Klienten entspricht die erlebte Veränderung der Voraussage
6	+	—	—	+	
7	+	o	—	+	
8	o	o	+	—	

Anmerkungen. Die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 1 bis 4 stammen aus der ersten Untersuchung; die Daten zu den Gesprächen der Therapeuten 5 bis 8 sind aus dem Replikationsversuch. Die Untersuchungen wurden voneinander unabhängig im Abstand von 5 Jahren durchgeführt. VEV: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978).

^{a)} (+): Deutliche Verbesserung (VEV-Wert größer 200); (o): Geringe Verbesserung (VEV-Werte von 200 bis 187); (—) keine Verbesserung (VEV-Wert kleiner 187).

Tabelle 18

Veränderung im selbstexplorativen Verhalten der Klienten (Differenzwerte zwischen erstem und fünftem Gesprächskontakt)

	Reliabilitäten		Testen der Voraussage		U-Test
	Mittl. Rel. in 1.u.5.K. (Ebel-Koeff)	Reliabilität der Differenzen	Differenzen in (A+D)	Differenzen in (B+C)	
In der Erstuntersuchung					
Selbstexploration nach Truax-Skala	.88	.68	+ .16	— .49	* ^{a)}
Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst ^{b)}	.86	.55	+ .02	— .25	ns
Gefühlsmäßige Nähe zu sich selbst ^{b)}	.82	.66	+ .40	— .19	*
In der Replikationsuntersuchung					
Selbstexploration nach Truax-Skala	.78	.73	+ .25	+ .20	ns
Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst ^{b)}	.77	.75	+ .09	— .20	ns
Gefühlsmäßige Nähe zu sich selbst ^{b)}	.54	.41	+ .06	— .31	ns ^{c)}

Anmerkungen. ^{a)} Bei Ratings mit der Truax-Skala nach Tausch (1974) ist eine parametrische Prüfung gerechtfertigt (vgl. Vogues, 1968): Der t-Test ist auf dem 5%-Niveau signifikant.

^{b)} Nach Schwartz (1975). ^{c)} $p = .09$.

* $p < .05$; ns = nicht signifikant.

7.4 Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse

Die in diesem Kapitel geprüften Annahmen beziehen sich (a) auf die Unterscheidung von Klienten (als aktions- bzw. selbstbezogen), die für ein differentielles Vorgehen bedeutsam ist, (b) auf das unterschiedliche Therapeutenverhalten bei diesen Klienten und (c) auf die Frage der Vereinbarkeit von Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Therapie. Alle Ergebnisse sind an vorgefundenen klinischen und quasi-klinischen Stichproben und wegen des hohen Untersuchungsaufwandes notwendigerweise an kleinen Klienten- und Therapeutenstichproben gewonnen worden. Alle Ergebnisse

sind auf diese Stichproben bezogen und Generalisierungen sind nur vorbehaltlich ihrer weiteren Bestätigung durch andere Untersucher und an weiteren Stichproben zu rechtfertigen. Unter dieser Einschränkung sind in den genannten drei Bereichen folgende Befunde gemacht worden:

Klientenunterscheidungsmerkmal Selbstaufmerksamkeit: - Es ist möglich, Selbstaufmerksamkeit als bipolare Personvariable (trait) aufzufassen und sowohl Psychotherapieklienten als auch studentische Quasi-Klienten zu Untersuchungszwecken mit Hilfe herkömmlicher Testverfahren in die Extremgruppen aktionsbezogene (AB) und selbstbezogene (SB) Klienten aufzuteilen.

Sogenannte "schwierige" Klienten, die in der klassischen klientenzentrierten Psychotherapie wenig oder gar keinen Erfolg haben und denen es von Anfang an schwerfällt, sich selbst zu explorieren, sind meist stark aktionsbezogene Personen. Demgegenüber haben besonders erfolgreiche Klienten diese Schwierigkeit nicht und sind zumeist die selbstbezogenen Personen.

Die mit Hilfe von MMPI, FPI und EPI empirisch gefundenen Gruppen der aktions- bzw. selbstbezogenen Klienten können auch statistisch mit Hilfe von Cluster- und Profilanalysen abgesichert werden. Extremgruppen von studentischen Quasi-Klienten können in ihren Merkmalsprofilen den systematischen Klassen Aktionsbezogener und Selbstbezogener zugeordnet werden. Dadurch ist eine wesentliche Grundlage zur quasi-experimentellen Überprüfung differentieller Vorgehensweisen gegeben.

Vergleicht man extreme Gruppen von aktions- und selbstbezogenen Personen, dann geben die Zusammenhänge mit der Art der Streßverarbeitung und der Art der Erfolgsattribution Hinweise darauf, daß dieses Unterscheidungsmerkmal von Personen inhaltlich valide ist. Es muß dabei allerdings noch offen bleiben, ob die Theorien der objektiven Selbstaufmerksamkeit nach Duval & Wicklund (1972) und Buss (1980) als alleinige theoretische Basis ausreichen.

Differentielles Vorgehen bei Aktions- und Selbstbezogenen: - Vergleicht man die Gesprächsprozesse von aktionsbezogenen und selbstbezogenen Klienten, die bei einem Therapeuten in vergleichbarem Maße profitierten und erfolgreich waren, dann zeigen sich deutliche Unterschiede im Verhalten des Therapeuten: Er konfrontiert die aktionsbezogenen Klienten rund vier mal so häufig während einer therapeutischen Arbeits-sitzung. Zusätzlich ist die Anzahl der Therapiestunden bei aktionsbezogenen Klienten bis zum erfolgreichen Abschluß ihrer Gespräche rund vier mal so hoch. Bei selbstbezogenen Klienten sind es 4 bis 20 Stunden, bei Aktionsbezogenen 28 bis 74 Stunden.

Auf Grund der in Kapitel 6 dargestellten klinisch-psychologischen Erfahrung und der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit sowie der in diesem Kapitel berichteten quasi-experimentellen Untersuchungen kann folgende Indikationsstellung formuliert werden: Bei aktionsbezogenen Klienten ist ein stärker konfrontatives und damit erlebnisaktivierendes Vorgehen angebracht, - nicht dagegen bei selbstreflexiven Klienten. Selbstbezogene verändern sich stärker in nicht-konfrontativen und aktionsbezogene

Klienten stärker in konfrontativen therapeutischen Gesprächen. Dieses Ergebnis ist deutlich an Hand der Ergebnisbeurteilung durch den Klienten bzw. mit Hilfe des VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens) abzulesen. Nur undeutlich zeigen sich entsprechende Unterschiede in der Selbstexploration der Klienten. Hier bedarf es in besonderem Maße weiterer Untersuchungen, die sich auf längere Gesprächsprozesse erstrecken.

Differentielles Vorgehen und Therapeutisches Basisverhalten: - In keiner der Vergleichsuntersuchungen zwischen konfrontativem und nicht-konfrontativem Vorgehen bzw. zwischen dem unterschiedlichen Eingehen auf Aktions- und Selbstbezogene ergibt sich bei den Klienten eine unterschiedliche Einschätzung der Realitätsoffenheit (Selbstkongruenz), Empathiefähigkeit und Akzeptationsbreite ihrer Therapeuten. Die Klienten erleben in allen differentiellen Situationen in vergleichbar hohem Maße einen "beruhigenden Veränderungsoptimismus" und in vergleichbar niedrigem Maße eine "interaktionsbedingte Unsicherheit" bzw. "körperliche Spannung und emotionale Belastung".

Die von der Theorie abgeleitete und in den Instruktionen an die Therapeuten geforderte primäre Verwirklichung eines Therapeutischen Basisverhaltens als integrativer Bestandteil eines differentiellen Vorgehens ist in den Untersuchungen erfüllt und kann von den Ergebnissen her als gesichert gelten. Therapeutisches Basisverhalten und differentielle Therapie sind auch im klientenzentrierten Rahmen miteinander vereinbar.

Kapitel 8

Diskussion der Ergebnisse: Ergänzende Befunde und Kritik ⁸⁾

Wie können diese Ergebnisse insgesamt interpretiert werden? Sie machen deutlich, daß auch in der Gesprächspsychotherapie ein differentielles Vorgehen bedeutsam ist, - und zwar als ein die Effektivität steigerndes Vorgehen auf der Grundlage von Therapeutischem Basisverhalten. Sie implizieren Indikationsaussagen, die in diesem Schlußkapitel sowohl für die differentiellen wie für die basalen Bestandteile therapeutischer Intervention expliziert und weiter hinterfragt werden sollen.

8.1 Implikationen der Hauptergebnisse: Allgemeine und differentielle Indikationsaussagen

Zusammenfassend können die Hauptergebnisse des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit folgendermaßen formuliert werden:

1. Klienten erleben ihre Therapeuten, die differentieell vorgehen, ob spontan-intuitiv oder geplant-beabsichtigt, in bezug auf das klientenzentrierte Basisverhalten als vergleichbar hilfreich, als vergleichbar einfühlsam und akzeptierend. Differentielle Psychotherapie geht einher mit der Verwirklichung eines Therapeutischen Basisverhaltens. Oder anders ausgedrückt: Ein differentielles Vorgehen beinhaltet beim klientenzentrierten Gesprächspsychotherapeuten gleichzeitig die Verwirklichung eines "klassischen" klientenzentrierten Vorgehens. Auch wenn dieser theoriegeleitet differentieell vorgeht und z.B. konfrontiert, erlebt der Klient ihn als offen und selbstkongruent, einfühlend und akzeptierend.
2. Differentielle Gesprächspsychotherapie heißt am Beispiel der Unterscheidung dispositioneller Selbstaufmerksamkeit: Aktionsbezogene Klienten gewinnen mehr bei Therapeuten, die sie konstruktiv zu konfrontieren vermögen, die z.B. in der Lage sind, ihre Sicht- und Erlebnisweisen den Klienten zur Verfügung zu stellen. Selbstbezogene Klienten gewinnen eher bei Therapeuten, die nicht konfrontativ vorgehen, die gerade in der Lage sind, ihre eigene Sicht- und Erlebnisweise wegzulassen.

Beide Ergebnisse sind in folgender These zusammenzufassen, die möglicherweise eine zentrale Gesetzmäßigkeit von Psychotherapie formuliert: Damit in der Psychotherapie eine konstruktive Persönlichkeitsveränderung stattfinden kann, bedarf es eines reziprok-komplementären Beziehungsverhältnisses der Kontaktpersonen.

Im Bereich des Therapeutischen Basisverhaltens hat Rogers (1957, 1959) diese Art von komplementärem Beziehungsverhältnis am besten deutlich gemacht und formuliert. Er sagte, vereinfacht ausgedrückt, daß ein therapeutischer Prozeß dann stattfindet,

wenn zwei Personen sich begegnen und in Kontakt kommen, von denen die eine, nämlich die hilfeschende Person, in einem Zustand der Selbstkongruenz ist, sich selbst wenig oder gar nicht versteht und akzeptiert, - während die andere Person, die psychologisch-therapeutische Hilfe anbietet, zumindest in dieser besonderen Beziehung zum Hilfesuchenden in einem Zustand der Selbstkongruenz und sehr wohl in der Lage ist, sich selbst und den Partner zu verstehen und zu akzeptieren.

Im Bereich der Differentiellen Psychotherapie und am Beispiel unterschiedlicher Selbstaufmerksamkeit besagt ein komplementäres Beziehungsverhältnis folgendes:

1. In Situationen, in denen Klienten ihre Probleme ausleben statt sie zu erleben (oder bei Personen, die sehr häufig in solchen Situationen sind), bedarf es der Therapeuten, die sich selbst erleben und ihre Sicht- und Erlebnisweise den Klienten zur Verfügung stellen. Dies ist konkret dann gegeben, wenn Psychotherapeuten konfrontieren oder sich in Gegenwart der Klienten selbst explorieren. Anders ausgedrückt: Bei aktionsbezogenen Klienten, die es schwer haben, sich zu erleben, stellen sich Therapeuten als erlebende Personen ergänzend, komplementierend und herausfordernd zur Verfügung.
2. In Situationen, in denen Klienten sich selbst erleben und auf ihre Leiblichkeit, ihre persönliche Geschichte oder ihre seelischen Eigenschaften gerichtet sind (oder bei Personen, die häufig in solchen Situationen sind), bedarf es der Therapeuten, die gerade ihre eigene Sicht- und Erlebnisweise ausklammern und den Klienten, ohne sich bedroht zu fühlen, zuhören können. Dies konkretisiert sich in der klientenzentrierten Haltung und in der begleitenden Hilfestellung beim Focusing-Prozeß. Anders formuliert: Bei selbstbezogenen Klienten, die es schwer haben, aus ihrer Selbstreflexion heraus und zum Ausdrücken ihrer Gefühle und Wahrnehmungen zu kommen, unterläßt die therapeutische Person alles, was diese Art des Selbstbezugs fördert. Durch nicht-konfrontatives Zuhören ermöglicht sie den Klienten eine größere psychische Aktivität ("Lebendigkeit").

Mit dem Gesagten kommt der Konfrontation bzw. dem Verzicht auf konfrontatives Vorgehen in der vorliegenden Arbeit eine besondere Bedeutung zu: An ihr kann die Angemessenheit eines differentiellen Therapeutenverhaltens deutlich gemacht werden. Dazu müssen jedoch die Kriterien für "widersprüchliche Klientenmitteilungen", auf die der Psychotherapeut reagiert, stärker herausgearbeitet und explizit gemacht werden.

8.2 Konfrontation als differentielle Technik: Kriterien für ihre angemessene Verwendung

Konfrontation als differentielles Therapeutenverhalten wurde entweder ex-post-facto nachgewiesen oder im Quasi-Experiment bei erfahrenen Therapeuten gezielt mit der Instruktion herbeigeführt, "immer dann zu konfrontieren, wenn Sie beim Klienten einen Widerspruch entdecken". Das bedeutet, daß auf die richtige Intuition des erfahrenen Therapeuten gebaut wurde, und impliziert die Annahme, daß der Erfahrene schon die

Kriterien irgendwie kenne, wann eine Konfrontation angemessen ist oder nicht.

Das ist in doppelter Hinsicht problematisch oder unbefriedigend: Wissenschaftlich bleibt unaufgeklärt, welche Merkmale des Klientenprozeßverhaltens der Therapeut tatsächlich als Kriterien für konfrontatives Vorgehen benutzt. Und praktisch gesehen bringt es beim unerfahrenen Anfänger die Gefahr eines willkürlichen Vorgehens und einer diagnostizierenden Haltung, die mit Therapeutischem Basisverhalten unverträglich sind. Zweierlei Befunde aus Untersuchungen, die der Autor zur Klärung dieser Probleme initiiert und betreut hat (vgl. Wiesehöfer, 1984; Fath, 1984), können vorläufige Aufschlüsse geben. In diesen Untersuchungen ging es um die Leitfrage: Welches sind die kritischen und konkreten Merkmale im Klientengesprächsverhalten, die es beim Konfrontieren als Technik eines differentiellen Vorgehens zu berücksichtigen gilt?

8.2.1 Klientenäußerungen vor Konfrontationen

Zunächst wurde diese Frage so verfolgt, daß einfach geprüft wurde, auf welche Kategorien von Klientengesprächsverhalten sich der Therapeut bei seinen konfrontativen bzw. nicht-konfrontativen Äußerungen bezieht. Dazu wurden aus Einzel-, Partner- und Gruppengesprächen eines erfahrenen klientenzentrierten Therapeuten (dem Autor; Studie I) sowie aus Einzelgesprächen von sechs weiteren Gesprächspsychotherapeuten (Studie II) jeweils 24 eindeutig konfrontative und 24 eindeutig nicht-konfrontative Interaktionssequenzen per Zufall aus einem größeren Datenmaterial ausgewählt. Zur Bestimmung und Erfassung des Gesprächsverhaltens der Klienten wurde ein inhaltsanalytisches System mit sechs Kategorien entwickelt, die gemäß vorheriger Erfahrungen und Befunde als Kriterien für diskrepante Mitteilungen in Frage kamen. Die Klientenaussagen konnten diesen Kategorien zuverlässig zugeordnet werden. Die Kodierer hatten anzugeben, welcher Art die Klientenäußerung ist, auf die der Therapeut reagiert.

Tabelle 19 zeigt das verwendete Kategoriensystem in vereinfachter Form, sowie die relativen Häufigkeiten (Prozentsätze) von Kodierungen der Klientenaussagen vor konfrontativen bzw. vor nicht-konfrontativen Therapeutenäußerungen. Bei den 48 Stichproben psychotherapeutischer Interaktionen eines Therapeuten in erfolgreichen Einzel-, Paar- und Gruppengesprächen (Studie I), die zur Hälfte Konfrontationen bzw. Nicht-Konfrontationen enthielten, fallen 95 % der Klientenäußerungen vor Konfrontationen in die Kategorien A bis E und nur 5 % in die Kategorie F. Klientenäußerungen vor Nicht-Konfrontationen fallen jedoch zu 94 % in diese Restkategorie und die verbleibenden 6 % in die Kategorien B, C und D. Dieses Bild wiederholt sich in etwa, wenn die Reaktion nur in Einzelgesprächen und bei mehreren (hier sechs) Therapeuten überprüft wird (Studie II). In Einzelgesprächen allerdings scheinen die Kategorien D und E keine Rolle zu spielen.

Die Kategorien A bis E kennzeichnen alle auf unterschiedlichste Weise diskrepante Äußerungen des Klienten, die dieser aber nicht erlebt. Durch die Konfrontation wird

ihm, so kann man sagen, eine nicht bemerkte Diskrepanz erst zugänglich gemacht. Solche Kategorien von Klientenäußerungen können zur Fundierung konfrontativen Vorgehens in der Praxis und in der Ausbildung verwendet werden.

Tabelle 19

Prozentsatz der Klientenäußerungen vor konfrontativen und vor nicht-konfrontativen Äußerungen von Therapeuten

Kategorie	Klientenäußerungen, auf die sich Therapeuten beziehen	Studie I (1 Therapeut, verschiedene Settings)		Studie II (6 Therapeuten, Einzeltherapie)	
		% Kl.-äußerungen		% Kl.-äußerungen	
		Vor Konfr.	Vor Nichtk.	Vor Konfr.	Vor Nichtk.
A	Sich-Widersprechen des Klienten (verbal/nonv. und jetzt/vorher)	24	0	52	0
B	Einschränkung in der Klientenaussage	13	3	19	2
C	Suche nach Gründen und Erklärungen (Übergehen d. Erlebens; "Kopfarbeit")	15	1	15	6
D	Schildern der Probleme als außerhalb der eigenen Kontrolle und Möglichkeit	20	2	0	0
E	Verallgemeinerungen	23	0	0	0
F	Rest (Klientenäußerungen, die nicht in Kat. A-E fallen)	5	94	19	92

Anmerkung. Die Prozentsätze beziehen sich auf 24 Klient-Therapeut-Interaktionen aus erfolgreichen Einzel-, Paar- und Gruppentherapien (Studie I) oder erfolgreiche Einzeltherapien (Studie II).

8.2.2 Gesprächsverhalten Aktionsbezogener und Selbstbezogener

Konfrontation als differentielles Vorgehen kann aber auch dadurch fundiert werden, daß Kriterien für das inhaltliche und formale Gesprächsverhalten ausfindig gemacht werden, zu dem Personen neigen, wenn sie aktionsbezogen und wenn sie selbstbezogen sind. Wenn das gelingt, dann ist die Möglichkeit gegeben, ohne psychodiagnostische Vorentscheidungen (die hier besonders problematisch sind) während des Therapie-

prozesses adäquat zu reagieren. Das heißt, es kann theoriegeleitet eher konfrontativ oder eher nicht konfrontativ vorgegangen werden.

Dazu ist es erforderlich, Kataloge mit inhaltlichen und formalen Gesprächskriterien zu erstellen. Daß dies möglich ist, zeigt ein weiterer Befund in einer vom Autor betreuten Studie (Fath, 1984). Tabelle 20 zeigt einen Auszug aus einem Katalog, der an Hand theoretischer Überlegungen und praktischer Erfahrungen erstellt und dann zur Inhaltsanalyse eines gesamten zweiten klientenzentrierten Gesprächskontaktes bei zwei Extrempaaren von aktionsbezogenen und selbstbezogenen Klienten verwendet wurde (vgl. Tabelle 20).

Es zeigt sich, daß Selbstbezogene längere Pausen machen (Item 6), mehr Wortauslassungen und unvollständige Sätze (Anakoluthen) aufweisen (Item 29) und auch mehr Füllwörter und überflüssige Floskeln (Item 10) verwenden. Aktionsbezogene haben in der Klient-Therapeut-Interaktion einen größeren relativen Sprechanteil (Item 8) und bei ihnen ist die Äußerung "Ich weiß nicht" häufiger zu hören (Item 26).

Bei den mehr inhaltlichen Aussagen handelt es sich bei den Selbstbezogenen im Gegensatz zu den Aktionsbezogenen mehr um "Anpassung des Verhaltens an eigene persönliche Wertvorstellungen" (Item 11). Sich "nonkonform zu verhalten" ist für sie kein Thema, sehr wohl aber für die Aktionsbezogenen (Item 14). Und selbstbezogene Klienten suchen eher bei sich, aktionsbezogene sehr häufig nicht bei sich selber, die Ursache eines Ereignisses (Item 17).

Dem entspricht, daß Aktionsbezogene im Unterschied zu Selbstbezogenen eher über dominantes und nicht über submissives Verhalten sprechen (Item 19) und ihre Äußerungen von Aktivität und Initiative zeugen (Item 20). Sie äußern sich und urteilen sehr viel mehr als Selbstbezogene über andere Personen (Item 23).

8.2.3 Zur Frage der Validität

Alle in dieser Arbeit berichteten Ergebnisse, insbesondere die zuletzt kurz referierten ergänzenden Befunde, basieren zwar auf reliablen Datenerhebungen, sie haben eine innere Validität, - die äußere Validität der Untersuchungen jedoch, ihre Generalisierbarkeit, ist noch wenig gesichert. Die eingeschränkte Generalisierbarkeit beruht vor allem darauf, daß an den Untersuchungen nur eine relativ kleine Zahl von Therapeuten beteiligt war und daß eine zusätzliche experimentelle Überprüfung der Hypothesen an zeitlich nicht limitierten und ausgedehnten Gesprächsreihen bisher noch nicht möglich war.

Dennoch können die bisher aufgestellten und überprüften Hypothesen genügend Hinweise liefern, daß es sich lohnt, auch in "Beziehungstherapien" wie der Gesprächspsychotherapie Technik- und Beziehungsfaktoren zu untersuchen und so zu einer Weiterentwicklung einer Theorie psychologischer Intervention im Sinne einer integrativen schulenübergreifenden Theorie psychologischer Heilmethodik beizutragen.

Tabelle 20

Kriterien für Gesprächsverhalten im zweiten Therapiekontakt bei zwei Extrempaaren von selbstbezogenen und aktionsbezogenen Klienten

Kriterien	Mittlere Häufigkeiten bei	
	Selbst- bezogenen	Aktionsbezo- genen
6. Pausen (größer als 3 Sekunden)	32	8
29. Wortauslassungen und Anacoluthen	16	5
10. Füllwörter und überleitende Floskeln	164	62
8. Relativer Sprechanteil (Anzahl Wörter der Kln. pro Anzahl Wörter der Thn. in 15')	1.8	4.1
absolut bei Klienten	1614	2104
absolut bei Therapeuten	892	508
26. Äußerungen "ich weiß nicht" (oder inhaltlich ähnliche Äußerungen)	6	17
11. Aussagen über Anpassung des Verhaltens an persönliche Wertvorstellungen	28	7
14. Aussagen, sich normkonform bzw. nicht normkonform zu verhalten (wollen): konform	10	5
nonkonform	0	8
17. Ursache für ein Ereignis wird bei bzw. nicht bei sich selber gesucht: bei sich	10	6
nicht bei sich	1	11
18. Gefühl, Schicksal selbst bzw. nicht selbst in der Hand zu haben: selbst	2	7
nicht selbst	17	9
19. Aussagen, sich dominant bzw. submissiv zu verhalten (wollen): dominant	3	12
submissiv	9	1
20. Sprechen über Aktivität und Initiative bzw. Passivität und Abwarten: Aktivität	3	9
Passivität	21	0
23. Es werden Meinungen und Urteile über andere Personen geäußert	5	23

Anmerkung. Auswahl der Items, die übereinstimmend bei beiden Extrempaaren signifikante Unterschiede zwischen der aktionsbezogenen (AB) und selbstbezogenen (SB) Person aufweisen.

Die hier berichteten Ergebnisse belegen, daß sich die Gesprächspsychotherapie zu einer differentiellen klientenzentrierten Psychotherapie weiterentwickeln kann. Die Untersuchung der Konfrontation als differentieller Technik in der Gesprächspsychotherapie kann Wege zur Optimierung der Effektivität dieser Therapieform zeigen, und sie kann gleichzeitig wichtige Hinweise zur Indikation von solchen psychotherapeutischen Stilrichtungen geben, die mehr konfrontativ bzw. mehr nondirektiv sind.

8.3 Differentielle klientenzentrierte Therapie - Kontradiktion oder Innovation?

Was aber geschieht, wenn dieser Schritt zu einem differentiellen Vorgehen in der klientenzentrierten Psychotherapie nicht getan wird? Grawe, Caspar & Ambühl (1990) stellen am Schluß ihrer Vergleichsstudie fest: "Das unbedingte Festhalten an einer nichtdirektiven Gesprächsführung und das damit verbundene Vermeiden von aktiven Anleitungen, Übungen und direktiven Konfrontationen können insofern eben nicht als klientenzentriert angesehen werden, als damit den Möglichkeiten und Bedürfnissen mancher Patienten nicht Rechnung getragen wird" (Grawe et al., 1990d, S.374). Auch die in dieser Arbeit vorgelegten Ergebnisse zeigen, daß ein Festhalten an einer eingeschränkten gesprächspsychotherapeutischen Ideologie nicht gerechtfertigt ist. Der Verzicht auf die Ausarbeitung einer Differentiellen Gesprächspsychotherapie würde aber vermutlich in erster Linie bedeuten, daß de facto bestehende unterschiedliche innovative Ansätze und stilgebundene Vorgehensweisen in dieser psychotherapeutischen Schule nicht voll genutzt werden. Bestehende Unterschiedlichkeiten würden nicht fruchtbar gemacht. Zum Beispiel blieben konfrontative und non-direktive Vorgehensweisen nebeneinander bestehen, ohne ihre volle Wirksamkeit in den entsprechenden Situationen entwickeln zu können. Und dies würde nicht augenfällig werden, solange nur ein Vergleich der Mittelwerte von Therapieergebnissen durchgeführt wird. Der Satz, daß alle Schulrichtungen gleichermaßen "einen Preis verdient" hätten (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975) und der in gewisser Weise das Fazit des Kapitel 1 dieser Arbeit darstellt, bliebe (auch) innerhalb der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie die letzte Weisheit. Es bliebe die (vermutlich höhere) Varianz bei innovativen Ansätzen unbeachtet und ungenutzt, genauso wie in der frühen Kritik von Eysenck (1952) an der Wirksamkeit von Psychotherapie zunächst die größere Veränderungsvarianz bei psychotherapeutisch behandelten Patienten fälschlicherweise unberücksichtigt blieb.

Einen Hinweis in dieser Richtung erhielt der Autor bei der Betreuung einer Untersuchung (Meschke, 1982), die den Vergleich zwischen klassischem und differentiellem Vorgehen in der Gruppensituation zum Ziel hatte: Ein Therapeut (der Autor) leitete zwei zeitlich limitierte Therapiegruppen für Studenten in der psychotherapeutischen Grundausbildung mit fünf wöchentlichen zweistündigen Sitzungen, in denen er gleichermaßen Therapeutisches Basisverhalten zu verwirklichen bemüht war.

Darüber hinaus ging er in beiden Gruppen konsequent unterschiedlich vor: Gruppe 1 führte er im "klassischen" klientenzentrierten Sinne als Encounter-Gruppe (vgl. z.B. Rogers, 1974). Die "Droge" ist bei dieser Art des Vorgehens die Gruppe, die Begegnung der Gruppenmitglieder, und nicht die Technik des Therapeuten. In der Gruppe 2 verwirklichte er bestimmte Strategien und Techniken, wie sie in der Gestalttherapie oder der Z-Prozeß-Therapie (Zaslow, 1981) wichtig sind. Die Gruppensitzung wurde z.B. so strukturiert, daß jeweils ein Gruppenmitglied in einer Zeitspanne Klient war ("Einzeltherapie in der Gruppe"), und der Therapeut stellte aktiv und konsequent sich selbst und seine Wahrnehmungen vom Klienten diesem zur Verfügung, insbesondere bei Diskrepanzen zwischen dessen und seiner Sichtweise, bei Ambitendenzen und bei Entscheidungssituationen ("Konfrontation als Strategie", Bastine & Kommer, 1979).

Nach der im Kapitel 6 dargestellten Theorie ist das Vorgehen in Gruppe 2 für aktionsbezogene Klienten besonders hilfreich, das Vorgehen in Gruppe 1 für extrem Selbstbezogene. Da die Vorgehensweisen aber nicht individuell unterschiedlich, sondern bei allen Gruppenmitgliedern einer Gruppe gleichermaßen verwandt wurden, und in beiden Gruppen sowohl eher aktionsbezogene als auch eher selbstbezogene Klienten vermutet werden können, war zu erwarten, daß die Effekte bei einem bloßen Mittelwertsvergleich undeutlich bleiben.

Es zeigten sich in den beiden Gruppen tatsächlich keine großen Mittelwertsunterschiede. Die Klienten erlebten in beiden Gruppen im Mittel eine vergleichbar positive Veränderung. Die Ergebnisse zeigten z.B. in dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke & Kopf-Mehnert (1978) zwei nicht signifikant voneinander unterschiedliche Mittelwerte ($M_1 = 183$, $M_2 = 203$, $p = 11.4$). Die Gruppe 2 überschreitet aber den nach dem Test-Manual kritischen Veränderungswert von 187. Und deutlicher zeigten sich Unterschiede in den Veränderungsvarianzen. Die Veränderungsindizes streuten in der Gruppe 2 stärker (im VEV z.B.: $s_1 = 20.8$, $s_2 = 41.2$; das $F = 3.92$ verfehlte nur knapp den auf dem 5%-Niveau kritischen Wert von $F = 3.97$).

Eine Bestätigung dieser Ergebnisse lieferte auch der Gruppen-Erfahrungs-Bogen nach Eckert (Matthies & Fittschen, 1974) beziehungsweise der darin enthaltene Faktor "Erlebte Bewegung": Es gab keine bedeutsamen Mittelwertsunterschiede, aber Gruppe 2 wies in allen Sitzungen, mit Ausnahme der letzten, höhere Varianzen auf. Vielleicht ist es wichtiger, den Blick auf diese höheren Varianzen in der Gruppe 2 zu lenken, als ihr geringes Plus im Gesamtergebnis zu interpretieren. Solche höheren Varianzen könnten als Hinweise dafür genommen werden, daß die angewandten Operationen nur für bestimmte Personen wichtig und günstig, für andere aber unwichtig und vielleicht sogar ungünstig sind. Sie gebieten uns, die Möglichkeiten zu einem differentiellen Vorgehen zu nutzen und zu lernen, differentielle Prozesse gezielt und theoriegeleitet herbeizuführen.

Das differentielle Vorgehen des Therapeuten erfordert aber den Einsatz von Techniken oder "Strategien". Zwar kann man noch heute behaupten, daß der gezielte Einsatz

von Techniken in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nur unzulänglich rezipiert und erforscht worden ist. Man kann jedoch nicht sagen, daß das differentielle Vorgehen in unlösbarem Widerspruch zu einer "klassischen" klientenzentrierten Position steht oder überhaupt nicht empirisch dokumentiert wäre (vgl. zu letzterem Punkt die Hinweise im nächsten Abschnitt). Eine Differentielle Gesprächspsychotherapie ist keine Kontradiktion, sondern eine Innovation innerhalb des klientenzentrierten Rahmens, - eine Innovation im Sinne einer konsequenten und mit dem klassischen Ansatz verträglichen Weiterentwicklung in Richtung auf eine integrative Theorie. In den Worten von Carl Rogers (1974/1977) kann die Verträglichkeit folgendermaßen dokumentiert werden:

Die klientenzentrierte Theorie ist noch immer im Wachsen begriffen, und zwar nicht als 'Schule' oder als Dogma, sondern als vorläufige Aufstellung einer Reihe von Grundsätzen. Ich glaube tatsächlich, daß sich mit der Erweiterung unseres Wissens über den therapeutischen Prozeß die sogenannten psychotherapeutischen Schulen auflösen und verschmelzen werden zu einer einheitlichen Methode des Heilens. (S.115)

Zur Erweiterung des Wissens gehört nach den Untersuchungen des Autors die Entdeckung differentieller Prozesse in der Gesprächspsychotherapie. Kann eine "Erweiterung" in dieser Richtung auch bei anderen Forschern gefunden werden?

8.4 Belege für eine differentielle klientenzentrierte Therapie aus Fremduntersuchungen

Deutliche Belege für ein differentielles Vorgehen klientenzentrierter Therapeuten in der Praxis lieferte eine Arbeit von W. Schulz (1981) zur "Klassifikation und Indikation in der Gesprächspsychotherapie". Seine Arbeit kann als Bestätigung dafür gewertet werden, daß es sinnvoll ist, unterschiedliche Gruppen von Klienten nach relativ überdauernden Persönlichkeitszügen, wie sie von Testverfahren in der Art des Freiburger Persönlichkeitsinventars oder des Gießen-Tests erfaßt werden, zu unterscheiden und daraus die Indikation für differentielles Vorgehen abzuleiten. In seiner Arbeit finden sich auch Parallelen zur Unterscheidung von aktions- und von selbstbezogenen Klienten.

Schulz stützt seine Untersuchung auf 113 Psychotherapieklienten, die in fünf Monaten die Psychologische Beratungsstelle der Technischen Universität Berlin aufsuchten, und auf 83 gesprächspsychotherapeutisch arbeitende Helfer, die etwa zur Hälfte aus fortgeschrittenen Studenten der Psychologie kurz vor dem Examen (38) und etwa zur Hälfte aus Diplom-Psychologen (35) bzw. Ärzten (7) und Sozialarbeitern (3) bestanden. Ein Viertel konnte als erfahren angesehen werden.

Mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) und des Gießen-Tests (GT) und durch Einsatz von Cluster- bzw. Diskriminanz- oder Faktorenanalysen ermittelte er fünf Gruppen (Cluster):

1. Die "Testnormalen" (23%), deren Hilfesuchen aber auf starke Verdrängung und Abwehr schließen ließ;
2. die "soziopathisch" Gestörten (12%) mit hohen Extraversions-, Aggressions-, Erregbarkeits- und Neurotizismuswerten (aber ohne deutliche Probleme im sozialen Bereich);
3. die "dysthymisch" Gestörten, die Depressiven oder "typisch neurotischen Klienten" (27%);
4. die "extrem Introvertierten und aggressiv Gehemmtten" (11%) mit dissimulativen Tendenzen und ausgeprägter Selbstkontrolle; und
5. die "schwer Gestörten ohne Abwehrmechanismen" (27%), das sind Klienten mit sehr schweren Depressionen und psychosomatischen Störungen.

Von der Seite der Therapeuten her gelang es gut, sowohl in der zweiten, dritten, wie in der vierten Klientengruppe Therapeutisches Basisverhalten zu verwirklichen und die Klient-Therapeut-Beziehung wurde dementsprechend positiv beurteilt. Dies traf nicht für das erste und fünfte Cluster zu. Da in diesen beiden Extremgruppen der "Testnormalen" und "Schwergestörten" auch die Veränderungsmessung und die Klientenerfolgsbeurteilung auf geringe bis eher negative Effekte hinwiesen, ist bei diesen eine klassische Gesprächspsychotherapie ohne starke adaptive Modifikationen und ohne große Erfahrung der Therapeuten kontraindiziert. Solche Modifikationen könnten von einem stärkeren Berücksichtigen der Reaktanz der sogenannten Testnormalen bis zu einer stärkeren Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Vergangenheit der Schwergestörten reichen. Auf jeden Fall erfordern sie ein differentielles Vorgehen - und eine besonders hohe Qualifikation der Psychotherapeuten, um auch hier Therapeutisches Basisverhalten verwirklichen zu können.

Eine Erweiterung des klassischen gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens erfordern nach Schulz auch die Ergebnisse bei der zweiten Gruppe der "soziopathisch" Gestörten und bei der vierten Gruppe der "Aggressiv Gehemmtten", bei denen zwar das Therapeutische Basisverhalten gut, die Effekte aber gering oder sogar teilweise negativ waren. Bei diesen beiden Gruppen ist gleichzeitig die Parallele zu der Dimension Aktions- bzw. Selbstbezogenheit offensichtlich. Dies zeigt sich deutlich in den Schlußfolgerungen, die Schulz (1981) zieht.

Bei den Klienten mit soziopathischen Neurosen sagt er:

Da diese Klienten dazu neigen, die "Flucht in die Aktivität" anzutreten, deutet ihre Unzufriedenheit darauf hin, daß entscheidende Probleme und Konflikte nicht bearbeitet worden sind. Die Therapeuten lassen sich von der Aktivität täuschen und interpretieren diese als Therapiefortschritt. Aufgabe des Therapeuten wäre es, die "Flucht in die Aktivität" zu verhindern. Er sollte seinen Klienten stärker belasten, ihn seine Angst erleben lassen, häufiger feed-back geben und ihn mit seinen Widersprüchen konfrontieren. (S.204f)

Diese Schlußfolgerung und auch die folgende entsprechen ziemlich genau den Hypothesen und Befunden, wie sie in der vorliegenden Arbeit in Kapitel 6 und 7 dargestellt wurden. In bezug auf die vierte Gruppe der introvertierten und aggressiv gehemmten Klienten sagt er (ähnlich wie der Autor; vgl. Abschnitt 6.5, These 6):

Aufgabe der Therapeuten wäre es, ihren Klienten Aktivität zu ermöglichen. Die negativen Selbsteinschätzungen dieser Klienten lassen sich vermutlich nur dadurch verändern, daß sie konkret tätig werden. Eine Kombination mit Elementen aus anderen eher direktiven Therapieformen wie der Gestalt- und Verhaltenstherapie scheint daher günstig zu sein. (S.205)

Eine uneingeschränkte Indikation für die klassische Form der Gesprächspsychotherapie (ohne Erweiterung) ist nach Schulz nur bei der dritten Gruppe der Depressiven als "typisch neurotischen Klienten" gegeben. Aber auch in diesem Falle sollten die Ergebnisse der Selbstaufmerksamkeitsforschung berücksichtigt und gesehen werden, daß Depressionen und überstarke Selbstbezogenheit miteinander einhergehen. Gibbons et al. (1985) stellen aufgrund ihrer Untersuchung an Depressiven fest: "therapists and others working with depressed individuals need to be wary of therapy techniques that involve increasing their self-attention. Too much self-focus can be aversive" (p.673).

Daß eine differentielle Gesprächspsychotherapie keine Kontradiktion zur klassischen klientenzentrierten Therapie darstellt, sondern eher eine effektivitätssteigernde Weiterentwicklung und Theoriepräzisierung ermöglicht, das legen auch die Arbeiten von Rainer Sachse und seinen Mitarbeitern nahe. Sachse (1986a, 1986b) weist darauf hin, daß der Ausgangspunkt einer Differentiellen Gesprächspsychotherapie die seit Carkhuff (1969) empirisch begründete Annahme ist, daß unterschiedliche therapeutische Handlungen (psychologische Interventionen der Therapeuten) unterschiedliche Wirkungen haben. Gegen die Position von Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (1979), die solche Interventionen als zu direktiv ablehnen, führt er das Argument an, daß Interventionen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie immer nur "prozeßsteuernde" oder "vertiefende Interventionen" seien (1984, vgl. 1986, S.184) und als "Interventionsangebot" (S.185) gesehen werden können.

Diesen Standpunkt konnten Sachse & Maus (1987, 1991) empirisch belegen, indem sie die interaktionellen Zusammenhänge überprüften, die zwischen den Interventionen ("Bearbeitungsangebot des Therapeuten") und den von den Klienten aufgeworfenen Problemen ("Bearbeitungsweisen des Klienten") bestehen. Als Bearbeitungsweisen des Klienten unterschieden sie die folgenden acht Stufen: (1) Keine persönlich relevanten Inhalte erkennbar, (2) Intellektualisierung, (3) Bericht, (4) Bewertung, (5) Persönliche Bewertung, (6) Persönliche Bedeutung, (7) Explizierung von Aspekten des inneren Bezugssystems und (8) Integration. Parallel dazu konnte das Bearbeitungsangebot der Therapeuten dadurch erfaßt werden, daß geprüft wurde, ob es auf gleicher Stufe ("gleichbleibend"), auf niederer Stufe ("verflachend") oder auf höherer Stufe ("vertiefend") liegt. Damit konnten die (sonst schwer meßbaren) kurzzeitigen Effekte psychologischer Intervention ermittelt werden. Sie analysierten die mittleren Gesprächs-

kontakte von 152 Klienten, die bei 51 Therapeuten eine Gesprächspsychotherapie erfolgreich abgeschlossen hatten. Diese Analyse bezog sich auf 10 Kl.-Th.-Kl. Interaktionen pro Gespräch, also auf insgesamt 1520 sogenannte "Interaktionstripels".

Es zeigte sich, daß vertiefende, aber auch verflachende Bearbeitungsangebote einen stark steuernden Einfluß auf die Bearbeitungsweise der Klienten haben: Vertiefende Bearbeitungsweisen haben überwiegend vertiefende Effekte und verflachende haben verflachende Effekte. Anders bei gleichbleibenden Bearbeitungsangeboten: Sie "scheinen ... den Klienten große 'Freiheit' zu lassen, gleichbleibende, vertiefende oder verflachende Bearbeitungsweisen zu realisieren" (S.84). Ein Drittel von ihnen wirken vertiefend. Es bleibt offen, ob man nach diesem Resultat für oder gegen ein immer gleichbleibendes Bearbeitungsangebot plädieren will. In jedem Fall aber müssen Psychotherapeuten wissen, an welcher Stelle im Bearbeitungsprozeß ihre Klienten stehen und welchen steuernden Einfluß sie mit ihrem Interventionsangebot ausüben.

Kurzzeitige Wirkungszusammenhänge waren auch der Gegenstand in einer Untersuchung von Heinerth (1982), deren Ergebnisse allerdings auch als Widerspruch zu den hier vorgelegten Befunden angeführt werden könnten. Heinerth selbst sieht sie aber als Bestätigung für differentielle Vorgehensweisen innerhalb des klientenzentrierten Konzepts. Er untersuchte ähnlich wie Sachse (aber nur in quasi-therapeutischen Gesprächen von 3 unerfahrenen und einem erfahrenen Therapeuten mit 20 Pädagogikstudenten) Einheiten von Klient-Therapeut-Klient Interaktionen anstelle von globalen Merkmalen ganzer Sitzungen. Er verwendete dazu die Chi-Quadrat-Statistik (Kontingenz- und Kettenanalyse), überprüfte die Über- oder Unterrepräsentationen von Interaktionen und konnte durch "das Aneinanderfügen von wahrscheinlichen Klient-Therapeut- und Therapeut-Klient-Interaktionen" (S.65) bestimmte Interaktionsketten ausmachen, die als "Auswirkungen" zu interpretieren waren und die gestatteten, "differentielle Empfehlungen" zu geben, welche der insgesamt 12 Interventionskategorien bei welchem Klientenverhalten indiziert ist.

Dabei fand er zum Beispiel, daß "Konfrontation mit dem Therapeutenerleben" eher die Selbstexploration von Klienten erniedrigte statt verstärkte. Da Heinerth jedoch nicht zwischen unterschiedlichen Klientenarten unterschied und sein methodisches Vorgehen in einigen Punkten deutliche Abweichungen von üblichen Vorgehensweisen aufwies (Einsatz von unerfahrenen studentischen Therapeuten; Transkripterstellung durch Klienten selber; Unabhängigkeit der Rater fraglich) erschien eine Überprüfung notwendig. Dazu ließ der Autor eigenes Datenmaterial mit den Interventionskategorien und der Kettenanalyse nach Heinerth analysieren (Trautmann, 1984).

Die Ergebnisse dieser Überprüfung machten deutlich, daß Heinerths Befunde nicht verallgemeinerbar sind. Es ergaben sich sehr große Unterschiede in den relativen Häufigkeiten einzelner Interventionen (wie "Ansprechen von Gefühlen", "Ansprechen von Kognitionen" etc.). Auch die Auswirkungen einzelner Interventionen waren anders. So konnte eine ungünstige Wirkung von Konfrontationen wie bei Heinerth nicht nachgewiesen werden: sie begünstigten insgesamt eher die Selbstexploration. Allerdings

gelang es auch nicht, mit Heinerths Kettenanalyse eine differentielle Wirkung von Konfrontation bei aktions- und selbstbezogenen Klienten nachzuweisen: Durch die Aufteilung in diese beiden Gruppen und durch die Einbeziehung so vieler Interventionsformen ergaben sich zu geringe Häufigkeiten in einzelnen Zellen, als daß eine Chi-Quadrat-Statistik noch ertragreich sein konnte. So kann Heinerths Untersuchung kaum als Widerspruch zu den hier vertretenen Thesen gewertet werden - zumal die in Kapitel 7 referierten Befunde ebenfalls nahelegen, daß Auswirkungen von Konfrontation auf den Prozeß bzw. auf die Selbstexploration als Klientenprozeßvariable kurzfristig nicht oder nur in sehr bescheidenem Maße zu erwarten sind.

Die Untersuchungen von Schulz (1981), Sachse & Maus (1987, 1991) und Heinerth (1982) bestätigen nur Teilmomente der in der vorliegenden Arbeit vertretenen Position: Schulz lieferte Hinweise, daß die Unterscheidung zwischen Aktions- und Selbstbezogenen für die Indikation differentiellen Vorgehens bedeutsam ist. Sachse und Heinerth zeigten, daß es ein differentielles Therapeutenverhalten gibt und die unterschiedlichen Effekte berücksichtigt werden müssen.

Diese Schlußfolgerung muß auch aus den Untersuchungen von Germain Lietaer (z.B. Lietaer & Neirinck, 1986) gezogen werden, der 41 Klienten und deren 25 Therapeuten in Belgien danach befragte, was sie in ihren Gesprächen als hilfreich ansahen. Er verwendete Fragebogen mit offenen Fragen und eine inhaltsanalytische Methode, dessen System 33 Kategorien in den drei Klassen (a) Beziehungsverhältnis, (b) Spezifische Interventionen und (c) Klientenprozeß enthielt. Es zeigte sich, daß Klienten und Therapeuten in der Selbstexploration und der erlebnismäßigen Einsicht die wichtigsten Wirkfaktoren sehen. Gleichzeitig glauben Klienten diese bei einem empathischen bzw. verständnisvollen Therapeuten eher zu erreichen. Dies entspricht der Bedeutung dessen, was in dieser Arbeit "Therapeutisches Basisverhalten" genannt wird. Klienten und Therapeuten beziehen sich aber auch in hohem Prozentsatz (21% bzw. 23%) ihrer Antwortsegmente auf spezifische Therapeuteninterventionen, die nur zum Teil auf der Linie der klassischen klientenzentrierten Theorie liegen: Von den spezifischen Interventionen waren nur 5% Kategorien wie "Reflecting of feelings" u.a.; Selbstöffnung und Interpretationen des Therapeuten machten 14%, Konfrontationen 5% und Ratschläge (incl. Bekräftigungen) 4% aus.

Alle diese Untersuchungen waren jedoch nicht so angelegt, daß sie als Belege für Indikationsregeln genommen werden können, wie sie in der vorliegenden Arbeit in Kapitel 6 und 7 vertreten werden. Dies ist schon eher der Fall bei den von Frank (vgl. Frank, Schweitzer & Strote, 1983) und von Mittag (1983, 1985a) verfolgten Forschungsstrategien.

Die Arbeit von Frank et al. (1983) soll hier nur kurz angeführt werden, denn sie bezieht sich auf Studienberatungsgespräche. Zwei Berater führten mit 40 Studenten einstündige Gespräche. Da die Untersuchung aber auf Klientenseite zwischen den Extremgruppen der zur Nichtbeachtung von Angstreizen neigenden "Repressern" und den zur übersensitiven Beschäftigung mit Angstreizen neigenden "Sensitizern" (Byrne,

1961; Krohne, 1973) unterschied und theoriegeleitet geplant und sehr sorgfältig durchgeführt wurde, ist sie hier doch von Interesse. Auch Frank et al. fanden in diesen Studienberatungsgesprächen, daß die Veränderungen in der Selbstexploration nach Konfrontationen nur geringfügig ausgeprägt sind. Sie verfehlten bei varianzanalytischer Auswertung die statistische Signifikanz. Rein numerisch aber gingen die Veränderungen in Richtung der Voraussage, obwohl die Ausgangswerte auf der neunstufigen Schätzskala schon im oberen Drittel lagen: Die Sensitizer steigerten bei Konfrontationen mit unproblematischen Aspekten leicht ihre Selbstexploration (+.28), während Represser mit leichtem Absinken reagierten (-.23). Die Represser profitierten dagegen geringfügig (+.17) von "Konfrontationen mit Schwierigkeiten". Entgegen der Annahme reagierten Sensitizer aber auch bei dieser Art von Konfrontationen mit leichtem Selbstexplorationsanstieg. Diese Tendenzen sind dennoch des Berichtens wert, weil sie durch die Ergebnisse der standardisierten Nachbefragung eine Bestätigung erfuhren. Die postulierte "differentielle Wirksamkeit" von Konfrontation konnte zwar nicht insgesamt bestätigt werden, doch zeichnete sich - entsprechend der Hypothese - eine "kognitive Bereicherung" bei den unterschiedenen Klienten durch unterschiedliche Konfrontationsarten ab.

Besonders bedeutsam erscheint im Kontext dieser Diskussion die Arbeit von Mittag (z.B. 1985b). Er fragte nach der Zuordnung von Klienten und Therapeuten im Sinne differentieller Therapie und stellte die Hypothese auf, daß das von Therapeuten oder Klienten perzipierte Interaktionsverhalten eine von Schulenzugehörigkeit und Diagnosen unabhängige Klassifikation und eine indizierte bzw. kontraindizierte Dyadenbildung ermöglicht. Das perzipierte Interaktionsverhalten erfaßte er über Fragebögen (FEPK, FEPT; vgl. Mittag, 1982a, 1982b). Seine Untersuchungsstichprobe bestand aus 59 Klienten mit vorwiegend neurotischen Depressionen, körperlichen Funktionsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie aus 49 Therapeuten unterschiedlicher Orientierung. Mit Hilfe hierarchischer Clusteranalysen und anschließenden inferenzstatistischen Verfahren konnte er, getrennt für Klienten und Therapeuten, jeweils drei Cluster (Gruppen) finden, die bezüglich des Interaktionsverhaltens homogen waren, die aber keine wesentlichen Unterschiede bezüglich demographischer und klinisch-psychologischer Merkmale aufwiesen und auch keine Zusammenhänge zu Störungs- und Diagnosekategorien herkömmlicher Art erkennen ließen.

Die drei Arten von Therapeuten bezeichnete er als (a) aktiv-lenkend, (b) aktiv-konfrontierend und (c) passiv-eigenaktivitätsfördernd. Die drei Klientengruppen waren: (a) die internal orientierten, selbstreflexiven Klienten (20%), (b) die stark belasteten, external orientierten Klienten (12%) und (c) die ängstlichen und gehemmten Klienten (68%). Für zwei von fünf Erfolgskriterien (Therapeutenurteil und Gesamtindex) ergaben sich klare Indikationshinweise für Klient-Therapeut-Dyaden:

1. Die internal orientierten, selbstreflexiven Klienten werden gleichermaßen erfolgreich von aktiv-lenkenden Therapeuten behandelt wie von den passiv-eigenaktivitätsfördernden.

2. External orientierte Patienten werden erfolgreich von aktiven und konfrontierenden Therapeuten behandelt, die bei ängstlich gehemmten Klienten kontraindiziert sind.
3. Ängstlich-gehemmte Patienten werden erfolgreich von Therapeuten behandelt, die den Klienten folgen ("passiv" sind) und ihre Eigenaktivität fördern; ihr Vorgehen ist aber bei den stark belasteten, external orientierten Klienten kontraindiziert.

Die Ähnlichkeit des zweiten Clusters mit der Extremgruppe der aktionsbezogenen Klienten und des dritten Clusters mit der Extremgruppe der Selbstbezogenen ist offensichtlich. Die von Mittag herausgestellten Indikationen entsprechen genau den in Kapitel 6 und 7 dieser Arbeit gemachten Aussagen. Für die Selbstreflexiven und weniger stark Belasteten des ersten Clusters könnten das aktiv-lenkende wie das Eigenaktivität fördernde Vorgehen deswegen gleichermaßen erfolgreich sein, weil beide Vorgehensweisen Konfrontationen meiden.

Eine weitere Bestätigung dieser Ergebnisse kann man in den Arbeiten von Beutler (vgl. Beutler, 1983), und speziell in der Untersuchung von Beutler & Mitchell (1981) finden. Die Autoren der letztgenannten Arbeit unterscheiden an Hand des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) zwischen "depressed-internalizing" und "impulsive-externalizing patients". Die Impulsiven profitierten insgesamt weniger von der psychologischen Behandlung als die Depressiven. Und wenn, dann nicht durch die analytische Therapie, sondern durch ein Vorgehen, das vor allem die "experiential therapists" verwirklichen, und das eine stärkere Selbstöffnung und eine größere Aktivität der Therapeuten beinhaltet:

Die Behandlungswirksamkeit war bei den Therapeuten am größten, die nicht die Imaginationsverfahren und Diskussionen von frühen und unbewussten Erfahrungen betonten, sondern sich selbst öffneten, persönlich waren, verbal und physisch aktiv, und die die momentanen Gefühle stark beachteten. (p.304; Übers. v. Verf.)

8.5 Kritik der heuristischen Bedeutung des Modells

Können die in dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen und vorgelegten Befunde zu einer schulenübergreifenden Konzeption von Psychotherapie beitragen? Gibt es Hinweise für Konvergenzen oder für einschneidende Divergenzen mit anderen heuristischen Modellen, die ebenfalls zu einer schulenübergreifenden Formulierung psychotherapeutischer Wirkfaktoren zu gelangen versuchen? Solche Fragen können hier wegen der vielen und umfangreichen Arbeiten auf diesem Gebiet (vgl. z.B. Goldfried, 1982; Norcross, 1986; Schelp & Kemmler, 1988) nur ansatzweise und exemplarisch diskutiert werden. Dies soll an Hand des "heuristischen Prozeßmodells" von Bastine (1980; Linsenhoff, Bastine & Kommer, 1982) und des "generischen" Prozeßmodells von Orlinsky & Howard (1986a, 1987) geschehen. Auf Bastine wird deshalb Bezug genommen, weil er bereits zu den Grundgedanken dieser Arbeit kritisch Stellung genommen hat (Bastine, 1983); und die Modellvorstellung von Orlinsky & Howard darf hier nicht außer acht bleiben, weil sie auf einer besonders intensiven und breiten Sichtung der

empirischen anglo-amerikanischen Literatur basiert und in Grundzügen einige Ähnlichkeiten mit der hier vertretenen Position erkennen läßt.

Bastine (1983) kritisiert an der Konzeption des Autors, daß Therapeutisches Basisverhalten "in erster Linie auf die besondere Art der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, Differentielle Psychotherapie dagegen auf den zielgerichteten, geplanten und strukturierten Einsatz von Techniken" (S.65) bezogen wird. Dies könne nur für die "klientenzentrierte Psychotherapie und auch für diese nur begrenzt gültig" sein. Zudem sei die Aussage, welche Aspekte "basal" und welche "differentiell" seien, von der Behandlungstheorie abhängig.

Bastine erläutert diese Kritik anhand seines heuristischen Modells (vgl. z.B. Linsenhoff, Bastine & Kommer, 1982), das zur schulenübergreifenden Analyse psychotherapeutischer Makroprozesse entworfen wurde, die - entsprechend seiner Position (Bastine, 1978, 1981) - als prinzipiell zielgerichtet und interaktionell betrachtet werden. Zielgerichtetheit meint, daß die Ziele psychologischer Behandlung "weitgehend individualisiert (auf den einzelnen Klienten zugeschnitten), segmentiert (untergliedert in einzelne Teilstücke) und sequentiell strukturiert (in planvoller Weise angeordnet)" (1982, S.125) sind und ihre Verwirklichung in der Regel über die drei Stadien der Zielfindung, Zielvereinbarung und Zielumsetzung erfolgt. Der Begriff "interaktionell" verweist auf die gegenseitige Beeinflussung von Klient und Therapeut und darauf, daß die Veränderungswirksamkeit nicht einseitig in Methoden- oder Personmerkmalen, sondern nur in der psychotherapeutischen Interaktion selbst gesucht werden kann, zu der Klient und Therapeut mit ähnlichen, aber auch (wegen der unterschiedlichen Funktionen) mit differenten Prozessen beitragen. Und an diesem Interaktionsprozeß werden drei "miteinander verbundene, aber analytisch unterscheidbare Komponenten" abgehoben: (a) die Gestaltung der Therapeut-Klient Beziehung (incl. des als Arbeitsgrundlage benötigten stabilen "Arbeitsbündnisses"), (b) das Problemverständnis und (c) die methodische Problembearbeitung. Diese drei Komponenten seien zentral und könnten sowohl den Bereich des Therapeutischen Basisverhaltens wie den der Differentiellen Therapie abbilden.

Mit dieser Kritik bestätigt Bastine zum Teil die hier vorgelegten Aussagen, zum Teil bietet sie die Möglichkeit, Unterschiede zu verdeutlichen und Mißverständnisse auszuräumen. Eine Bestätigung kann darin gesehen werden, daß auch in seinem Modell (a) eine künstliche Trennung von Technik- und Beziehungsfaktoren abgelehnt wird, (b) die veränderungswirksamen Faktoren sowohl in Therapeuten- wie in Klientenprozeßmerkmalen als Teilaspekte der Interaktion gesehen werden, und (c) es sinnvoll ist, zwischen "basalen" (invarianten) und differentiellen (jederzeit herstellbaren) Merkmalen psychologischer Intervention zu unterscheiden. Diese letztere Unterscheidung ist allerdings bei Bastine nicht, wohl aber bei dem in dieser Arbeit vorgelegten Modell zentral und zeigt eine Divergenz auf, die zumindest vorerst so stehen bleiben muß.

Mißverständnisse können dort ausgeräumt werden, wo Bastine zu Recht bemerkt, daß der Autor, trotz seines Bemühens um eine heuristische schulenübergreifende

Modellvorstellung, einer theoretischen (nämlich der klientenzentrierten) Position verpflichtet ist. Die in dieser Arbeit vorgelegten und geprüften Hypothesen waren nicht so angelegt, daß eine Entscheidung zugunsten des einen oder anderen schulenübergreifenden Modells hätte getroffen werden können. Von Anfang an wurde betont, daß ein Vorschlag zur Weiterentwicklung der Theorie psychologischer Behandlung aus klientenzentrierter Perspektive gemacht werden sollte. Diese ist stärker dem katalytischen- und dem dynamischen Modell verhaftet, die das Vorgegebene oder "von Natur aus Gegebene" herausstellen, so wie Bastines Vorschläge dem technologischen Ansatz verpflichtet sind, der das "Herstellbare" stark betont (vgl. Kapitel 1 und 3). Daraus können zwei wichtige Unterschiede verständlich werden, die zwischen den beiden hier diskutierten Modellen bestehen. Diese Unterschiede zu sehen ist deshalb so wichtig, weil sie auf die Begrenzungen hinweisen, denen Heuristiken unterliegen können:

1. Therapeutisches Basisverhalten meint mehr als die Gestaltung der *psychotherapeutischen* Beziehung. Es beinhaltet das Postulat, daß es veränderungswirksam und notwendig ist (a) unabhängig von der Klientendiagnose und (b) unabhängig von der Schulrichtung, - aber daß es auch grundlegend und notwendig ist zur Zielerreichung bei anderen psychologischen Interventionen, wie der diagnostischen und pädagogischen (vgl. Kapitel 3). Darin liegt seine erste Art von invarianter oder "basaler" Bedeutung.
2. Therapeutisches Basisverhalten ist zwar prinzipiell erlernbar (bzw. es kann entwickelt oder abgebaut werden), es ist aber *nicht kurzfristig herstell- und einsetzbar*. Es kann zwar unterschiedlich stark ausgeprägt sein, inhaltlich aber, d.h. in seiner Zielgerichtetheit, liegt es fest (vgl. Kapitel 5 und 6). Es wird postuliert, daß Therapeutisches Basisverhalten gültig ist für unterschiedliche Kommunikationskanäle (verbale, aktionale, ikonische) wie für unterschiedliche "methodische Problembearbeitungen" (z.B. konfrontatives vs nicht-konfrontatives Vorgehen; vgl. Kapitel 6 und 7). Darin liegt seine zweite Art von invarianter oder "basaler" Bedeutung.

Zu diesen Postulaten sind in den angegebenen Kapiteln (zumindest paradigmatisch) Belege erbracht worden. Die invariante Bedeutung in verschiedenen Kommunikationsmedien wurde allerdings nicht explizit untersucht. Die kritische Einschätzung von Bastine, daß das vom Autor vertretene Modell zu sehr der klassischen klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie verhaftet sei, kann damit auch in diesem konkreten Einzelpunkt nicht zurückgewiesen werden. Bastines Kritik, fälschlicherweise keine "differentiellen Aussagen" im Bereich des Therapeutischen Basisverhaltens zuzulassen, ist jedoch nicht zuzustimmen. Vielmehr erscheint es so, daß Bastines analytische Komponenten volle Gültigkeit haben für den differentiellen Bereich (Psychotherapie im engeren Sinne, vgl. Definitionen in Kapitel 3 und 4), nicht aber für den Bereich des Therapeutischen Basisverhaltens. Dieses ist nicht "differentiell einzusetzen", ohne es damit abzubauen. Es ist auch nicht als spezifische "Problembearbeitung" differentiell bei dem einen Klienten zu verwenden und bei einem anderen nicht. Allerdings gibt es deckungsgleiche Bereiche oder "Schnittmengen" mit dem, was Bastine "Gestaltung der

Beziehung" und "Problemverständnis" nennt. Diese Schnittmengen sind jene Bereiche, die auch in Bastines Modell als nicht-differentielle Aspekte erscheinen: Die inhaltlichen Voraussetzungen bzw. Bedingungen, die erfüllt sein müssen, damit psychologische Interventionen, gleich welcher Art, im positiven Sinne veränderungswirksam sein können.

Auch Orlinsky & Howard (1986a, 1987) geht es um die Frage, was an der Psychotherapie effektiv therapeutisch sei. Sie suchen ein empirisch begründetes, artspezifisches ("generisches") Verständnis von Psychotherapie, das sich mehr um die "aktiven Bestandteile" als um die "Markennamen" kümmert. Dazu sichteten sie alle englischsprachigen empirischen Arbeiten, die sich auf den Zusammenhang zwischen Prozeß und Effekt und auf "echte" Psychotherapieklienten "primarily with the psychodynamic, experiential, cognitive and interpersonal therapies" (1987, p.458) beziehen. Sie gelangten zu dem in Abbildung 4 dargestellten Modell. Dieses Modell umfaßt fünf Komponenten und ist, im Gegensatz zu ihrem früheren allgemeineren Modell psychologischer Intervention (Orlinsky & Howard, 1978), spezifisch auf Psychotherapie zugeschnitten. Diese fünf veränderungswirksamen Komponenten sind:

1. Der *therapeutische* Kontrakt, der den Zweck, die Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen des gesamten Vorhabens festlegt. Er wird bestimmt von den ethischen Zielvorstellungen und Rollenerwartungen, die in einer Kulturgemeinschaft von deren Mitgliedern geteilt werden.
2. Die *therapeutischen Interventionen*, die alle operativen Vorgehensweisen (Techniken und Strategien) umfassen, die im Rahmen des Kontraktes zum Sich-helfen-lassen und zum Helfen als nötig erachtet werden (Problemerkennungen und Problembearbeitungen).
3. Die *therapeutische Verbindung* ("therapeutic bond"), die ein Aspekt der menschlichen Beziehung ist, die sich dann herausbildet, wenn Klient und Therapeut einen Kontrakt schließen und ihre entsprechenden Parts bei den therapeutischen Interventionen spielen. Sie entspricht ziemlich genau dem, was in dieser Arbeit "Therapeutisches Basisverhalten" genannt wurde und umfaßt die drei inhaltlichen Dimensionen (a) des rollenentsprechenden Einsatzes im Arbeitsbündnis, (b) der empathischen Resonanz und (c) der gegenseitigen Bestätigung (vgl. in der vorliegenden Arbeit das Kapitel 4).
4. Der *Selbstkontakt* ("self-relatedness") der Interaktionspartner, der besonders die individuellen Möglichkeiten bestimmt, die Anstöße aus den Interventionen und der therapeutischen Beziehung zu nutzen. Er wirkt wie ein Filter. Das in dieser Arbeit zur Unterscheidung von Klienten verwendete Persönlichkeitsmerkmal der Aktions- bzw. Selbstbezogenheit ist eine konkrete Fassung dessen, was diese Prozeßkomponente auf Klientenseite meint. (Auf Therapeutenseite wurde der Begriff des "Therapeutischen Selbstkonzepts" verwendet; vgl. Kapitel 5.)

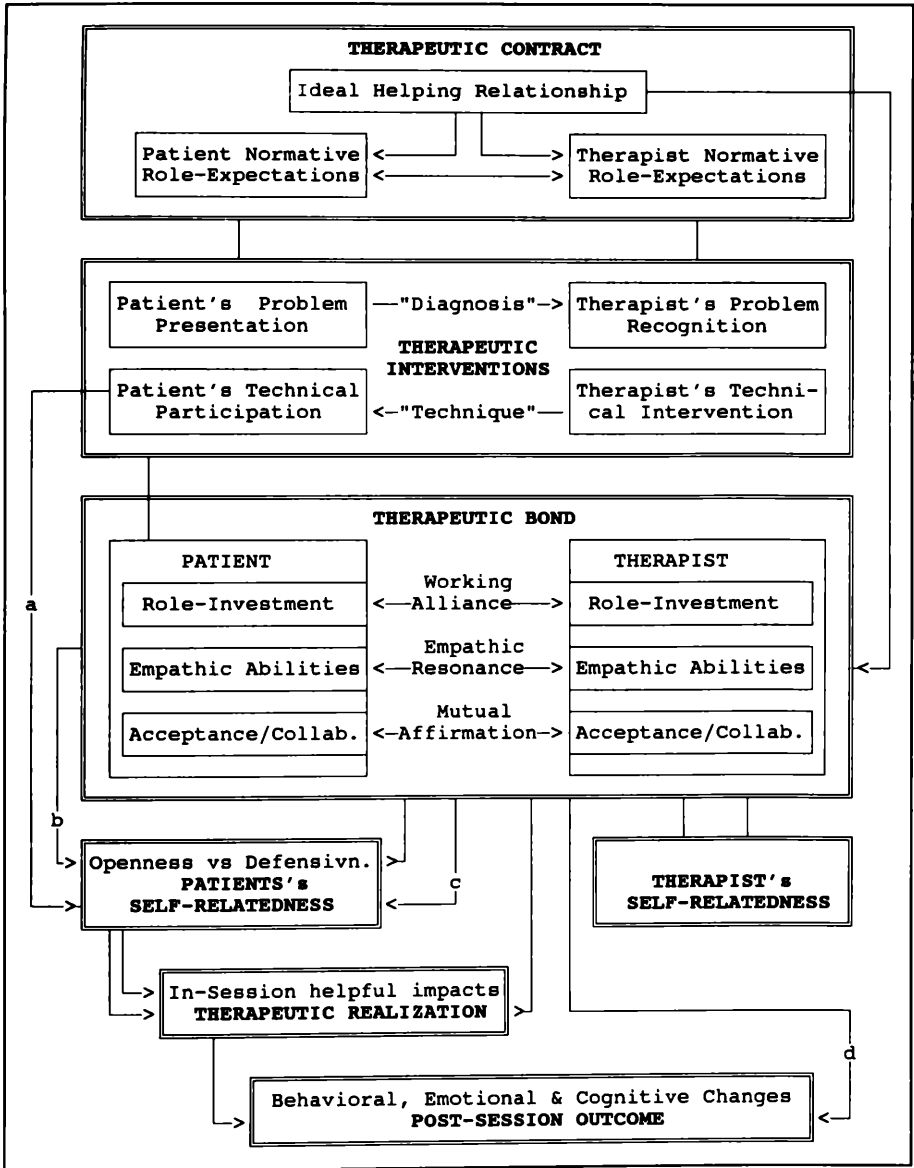


Abbildung 4: Elements of therapeutic process (Orlinsky & Howard, 1987, p.454). (a: Impact of interventions, b: Implicit affective messages, c: "Holding environment", d: Remoralization.)

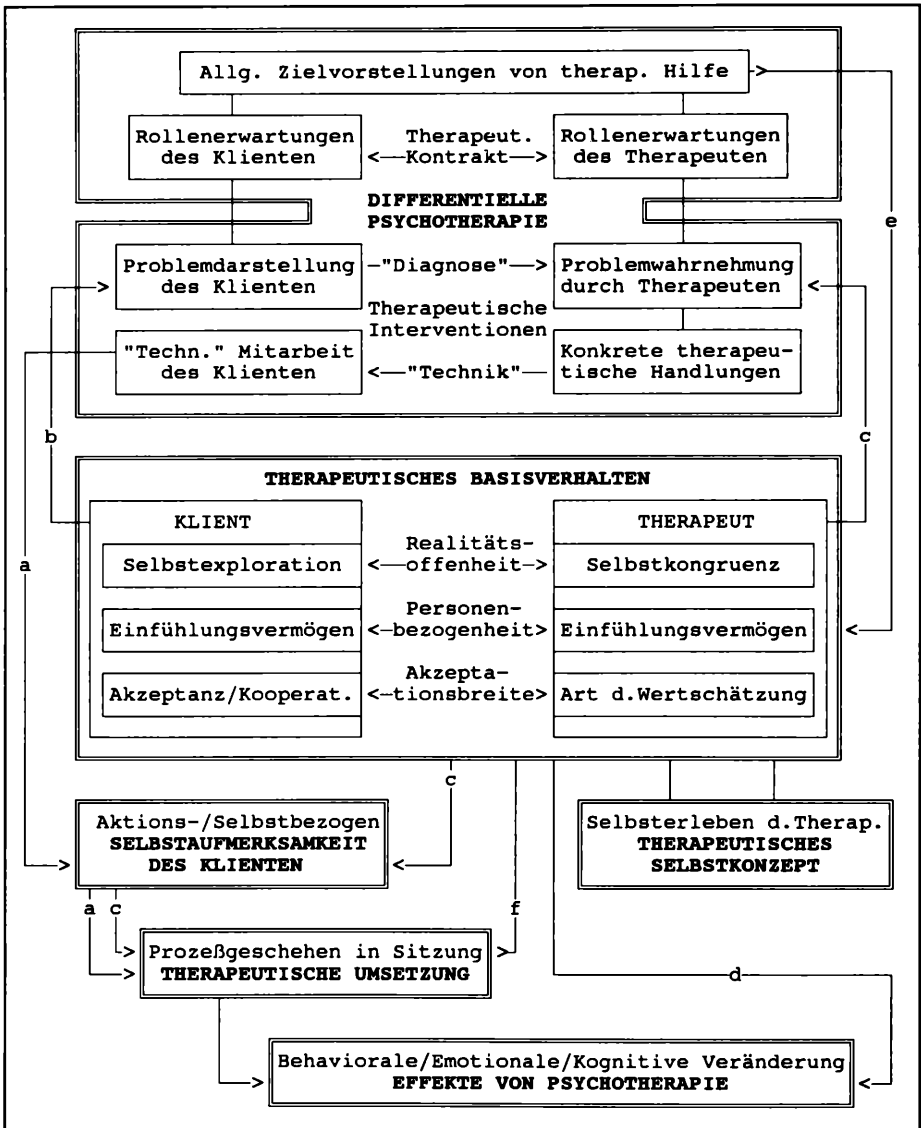


Abbildung 5: Komponenten des therapeutischen Prozesses; Therapeutisches Basisverhalten und Differenzielle Therapie (vgl. Orlinsky & Howard, 1987).

(a: Differenzielle Effekte, b: Grundlagen-Funktion des Therapeutischen Basisverhaltens, c: Kohäsions-Funktion, d: Direkte Therapeutische Funktion. b/c/e : Direkte Verknüpfung bzw. Integration von Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Therapie, [a-f]/[c-f]: Indirekte Verknüpfung.)

5. Die *therapeutische Umsetzung* umfaßt solche Prozesse wie "Einsicht", Problemlösung, Konflikt-handhabung, Angstreduktion etc. und findet gewöhnlich in der Therapiestunde statt. Ihre Auswirkungen auf Alltagsleben und Persönlichkeit sind Gegenstand der Ergebnisbeurteilungen.

Das Modell von Orlinsky & Howard erscheint in seiner graphischen Darstellung umfassender und differenzierter als das vom Autor verwendete. Beide sind jedoch zeitlich parallel und unabhängig voneinander entwickelt worden, und die Definition von Psychotherapie als Integration von Therapeutischem Basisverhalten und Differentieller Therapie ist mit dem "Komponenten-Modell" von Orlinsky & Howard weitgehend kompatibel. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn man die Komponente "Therapeutischer Kontrakt" als Erweiterung aufnimmt und - entsprechend der Kritik von Bastine - als differentiellen Aspekt einer allgemeinen therapeutischen Beziehung berücksichtigt. Dann kann auch die Ähnlichkeit der beiden Modelle graphisch veranschaulicht werden, indem die in dieser Arbeit entwickelten Begriffe in das von Orlinsky und Howard verwendete Bildraster eingesetzt werden (vgl. Abbildung 5).

Der differentielle Bereich wird durch die Komponenten "Kontrakt" und "Interventionen", und der Basisbereich durch das Therapeutische Basisverhalten ("Therapeutic bond") und das Therapeutische Selbstkonzept ("Therapist's Self-Relatedness") konkret angefüllt. Die integrative Verknüpfung beider Bereiche im psychotherapeutischen (nicht in einem anderen psychologischen!) Interventionsprozeß zeigt sich darin, daß sie einmal direkt (vgl. die Linien "b", "c" und "e" in der Abbildung 5) und zum anderen indirekt über die Variable "Selbstaufmerksamkeit des Klienten" ("Patient's Self-Relatedness") miteinander verbunden sind (vgl. die Linien "a-f" und "c-f"). Die behavioralen, emotionalen und kognitiven Effekte von Psychotherapie resultieren zum einen aus der Prozeßkomponente "Therapeutische Umsetzung" und zum anderen sind sie direkte Auswirkungen des Therapeutischen Basisverhaltens.

8.6 Schluß

Zielsetzung dieser Arbeit war es, einen Beitrag zu einer einheitlichen Betrachtung von Psychotherapie zu leisten. Der Autor glaubt, daß mit den hier vorgelegten theoretischen Überlegungen und empirischen Prüfungen ein Beitrag zu einer schulenübergreifenden Formulierung von Psychotherapie aus klientenzentrierter Perspektive geleistet wurde. Als Belege kann er dazu anführen: (a) den Nachweis differentieller Prozesse in der klientenzentrierten Therapie; dies ist eine Annäherung an die schulenübergreifende Perspektive, wie sie im deutschsprachigen Raum vor allem von Bastine (z.B. 1982, 1990) vertreten wird; und (b) die Kompatibilität seiner Modellvorstellung mit dem im angloamerikanischen Raum entwickelten generischen Modell von Orlinsky & Howard (z.B. 1987). Ein Fortschritt bei der Formulierung einer schulenübergreifenden Konzeption von Psychotherapie entspricht einer Entwicklungslinie, die in der

klientenzentrierten Forschung verankert und gleichermaßen der "Wissenschaft" und der "Praxis" verpflichtet ist:

"Wohin führt diese Forschung? Was ist ihr Endziel?" Ihr Sinn liegt vor allem darin, durch eine Vermehrung des objektiv überprüfbaren Wissens zum allmählichen Ableben der verschiedenen "Schulen" der Psychotherapie, einschließlich der klientenzentrierten, beizutragen. In dem Maße, in dem wir solidere Kenntnisse darüber gewinnen, welche Bedingungen therapeutische Veränderungen begünstigen, welches die Natur des therapeutischen Prozesses ist, welche Bedingungen ihn blockieren oder hemmen und welche charakteristischen Ergebnisse die Therapie in bezug auf Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen zeitigt, in dem Maße werden dogmatische und rein theoretische Formulierungen an Bedeutung verlieren. (Rogers, 1961/1973 , S.264)

Anmerkungen

- 1) Dieses Kapitel basiert auf folgendem Artikel: Tscheulin, D. (1981a). Gemeinsame Grundelemente in verschiedenen Psychotherapieformen. In E.-R. Rey (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S.115-127). Stuttgart: G.Fischer. Der Autor dankt dem Verlag für die freundliche Abdruckgenehmigung.
- 2) Für dieses Kapitel wurde vorwiegend folgende Arbeit verwendet: Tscheulin, D. (1975). Gesprächspsychotherapie als zwischenmenschlicher Kommunikationsprozeß. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S.98-113). München: Kindler. Der Autor dankt für die freundliche Abdruckgenehmigung.
- 3) Dieses Kapitel basiert auf folgenden Artikeln oder Vorträgen: (a) Tscheulin, D. (1981b). *Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen. Gibt es die Möglichkeit der Integration der verschiedenen Richtungen?* Unveröff. Vortrag in der Theodor-Heuß-Akademie am 3.10.1981. (b) Tscheulin, D. (1983b). Einführende Gedanken über Beziehung und Technik in der Gesprächspsychotherapie. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie* (S.9-14). Weinheim: Beltz. (Vorwiegend verwendet für den Abschnitt 3.5.) Der Autor dankt dem Verlag für die freundliche Abdruckgenehmigung.
- 4) Dieses Kapitel basiert auf folgenden Artikeln: (a) Tscheulin, D. (1980a). Lernziel Therapeutisches Basisverhalten. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Ziele, Inhalte und Methoden in Lehre und Studium* (S.109-127). Weinheim: Beltz. (Vorwiegend verwendet für die Abschnitte 4.1 und 4.2. Der Autor dankt der Psychologie Verlags Union für die freundliche Abdruckgenehmigung.) (b) Tscheulin, D. (1982). Therapeutenmerkmale in der Psychotherapie. In R. Bastine, P.A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S.411-416). Weinheim: Edition Psychologie. (Vorwiegend verwendet für den Abschnitt 4.3) Der Autor dankt dem Verlag für die freundliche Abdruckgenehmigung.
- 5) Dieses Kapitel basiert auf folgender Arbeit: Tscheulin, D. (1980b). Lernziel Therapeutisches Selbsterleben. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie. Ziele, Inhalte und Methoden in Lehre und Studium* (S.143-164). Weinheim: Beltz. Der Autor dankt der Psychologie Verlags Union für die freundliche Abdruckgenehmigung.
- 6) Für dieses Kapitel wurde vorwiegend folgende Arbeit verwendet: Tscheulin, D. (1976a). Ein Ansatz zu einer differentiellen Gesprächspsychotherapie als Beitrag zur Theoriebildung in der klientenzentrierten Psychotherapie. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Bericht über den 1. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 28.9.-4.10.1974* (S.98-109). Göttingen: Hogrefe.
- 7) Dieses Kapitel basiert auf folgenden Artikeln oder Vorträgen: (a) Tscheulin, D. & Büttner, G. (1985). *Zum Problem der Unterscheidung zwischen aktionsbezogenen und selbstbezogenen Personen*. Unveröff. Arbeitspapier. Psychologisches Institut, Lehrstuhl II, der Universität, Würzburg. (Vorwiegend verwendet für den Abschnitt 7.1.) (b) Tscheulin, D. (1983a).

Differentielle Gesprächspsychotherapie - Kontradiktion oder Innovation? In G. Bittner (Hrsg.), *Personale Psychologie. Festschrift für Ludwig J. Pongratz* S.241-257). Göttingen: Hogrefe. (Vorwiegend verwendet für die Abschnitte 7.2 und 7.3.) (c) Tscheulin, D. (1983e). Über differentielles therapeutisches Vorgehen in der klientenzentrierten Therapie. Ein empirischer Beitrag zu einer Differentiellen Gesprächspsychotherapie. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie* (S.53-64). Weinheim: Beltz. (Vorwiegend verwendet für die Abschnitte 7.2 und 7.3) Der Autor dankt der Psychologie Verlags Union für die freundliche Abdruckgenehmigung.

- 8) Dieses Kapitel enthält Teile aus Artikeln, wie sie unter Anmerkung 7 schon aufgeführt wurden.

Anhang

Anhang A1.1

Deskriptive und prüfstatistische Kennwerte für zwei Extremgruppen von fünf aktionsbezogenen und fünf selbstbezogenen Klienten (Beispiel: Psychotherapieklienten)

	Aktionsbezogene Klienten	Selbstbezogene Klienten	prüfstatistische Kennwerte
Geschlecht	2 männlich 3 weiblich	2 männlich 3 weiblich	
Alter (Jahre)	M = 29.8	M = 30.2	U = 12
Pp (MMPI) (T-Werte)	M = 75.0 s = 6.4	M = 57.8 s = 4.9	t = 4.26 ***
Hy (MMPI) (T-Werte)	M = 69.4 s = 9.4	M = 62.4 s = 2.2	t = 1.62 *
Ma (MMPI) (T-Werte)	M = 55.4 s = 7.1	M = 45.8 s = 10.1	t = 1.55 *
Si (MMPI) (T-Werte)	M = 53.8 s = 7.3	M = 69.2 s = 4.1	t = 3.67 ***
Ex (FPI) (C-Werte)	M = 4.8 s = 1.3	M = 1.6 s = .9	t = 4.05 ***
Ge (FPI) (C-Werte)	M = 5.0 s = 1.2	M = 1.4 s = .9	t = 4.75 ****
Ex (EPI) (R-Werte)	M = 12.5 s = 5.2	M = 5.2 s = 4.0	t = 2.11 **

Anmerkungen: * < .10 ** < .05 *** < .01 **** < .001

Anhang A1.2

Deskriptive und prüfstatistische Kennwerte für zwei Extremgruppen von acht aktionsbezogenen und acht selbstbezogenen Klienten (Beispiel: studentische Klienten in Replikationsuntersuchung)

	Aktionsbezogene Klienten	Selbstbezogene Klienten	prüfstatistische Kennwerte
Geschlecht	2 männlich 6 weiblich	4 männlich 4 weiblich	Fisher-Test p = .30
Alter (Jahre)	M = 23.1 s = 1.7	M = 23.6 s = 3.6	U = 34.5
Pp (MMPI) (T-Werte)	M = 59.9 s = 5.7	M = 50.1 s = 4.7	U = 4.5 ***
Hy (MMPI) (T-Werte)	M = 60.8 s = 3.3	M = 50.0 s = 9.6	U = 11 **
Ma (MMPI) (T-Werte)	M = 56.8 s = 4.8	M = 40.4 s = 7.1	U = 1 ****
Si (MMPI) (T-Werte)	M = 35.4 s = 3.3	M = 59.5 s = 6.8	U = 1 ****
Ex (FPI) (T-Werte)	M = 63.8 s = 4.4	M = 39.4 s = 5.6	U = 0 ****
Ge (FPI) (T-Werte)	M = 63.8 s = 2.3	M = 40.6 s = 6.8	U = 0 ****
Ex (EPI) (T-Werte)	M = 60.4 s = 3.2	M = 42.9 s = 8.4	U = 0 ****
KASSL-Skala "Symptombelastung" (T-Werte)	M = 36.8 s = 3.2	M = 37.4 s = 4.6	U = 34

Anmerkungen: * < .10 ** < .05 *** < .01 **** < .001

Anhang A2**INSTRUKTIONSMANUAL FÜR DAS THERAPEUTENVERHALTEN**

In der bevorstehenden Untersuchung ist es Aufgabe der Therapeuten, bei verschiedenen Klienten unterschiedliches therapeutisches Verhalten zu realisieren:

1. Therapeutisches Basisverhalten alleine (klassische klientenzentrierte Therapie)
2. Konfrontative Therapie auf dem Boden von Therapeutischem Basisverhalten.

Die konsequente und durchgängige Verwirklichung des geforderten verschiedenartigen Vorgehens gegenüber den einzelnen Klienten bei den entsprechenden Bedingungen ist eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Untersuchung.

Konfrontatives Vorgehen wird innerhalb der klientenzentrierten Therapie nicht unmittelbar durch die herkömmliche Therapietheorie gerechtfertigt, vielmehr eher als inadäquates Vorgehen wegen der Gefahr der psychischen Desorganisation des Klienten (ROGERS, 1959) angesehen. Die gegenteilige Forderung, im Rahmen der bevorstehenden Untersuchung bei bestimmten Klienten dennoch konfrontativ vorzugehen, läßt sich folgendermaßen rechtfertigen:

Der therapeutische Stellenwert konfrontativen Vorgehens ist bisher noch nicht eindeutig empirisch abgeklärt.

Klientenzentrierte Therapie zählt zu den humanistisch-existentialistischen Therapieformen. Sie steht dabei mit ihrem ursprünglichen Postulat des non-direktiven und non-konfrontativen Vorgehens im Gegensatz zu anderen Varianten der Humanistischen Psychologie wie z.B. der Gestalttherapie, die stärker "konfrontativ" ist. Dabei beanspruchen sowohl die Vertreter konfrontativen als auch diejenigen nichtkonfrontativen Vorgehens insgesamt ausreichenden Therapieerfolg für ihre jeweilige therapeutische Richtung und führen a priori das Zustandekommen der therapeutisch induzierten Veränderungen auf die zentralen Annahmen der Therapietheorie zurück. Die Indikation für konfrontatives, aber auch für nichtkonfrontatives Vorgehen ist somit bisher weitgehend an die Person des Therapeuten mit seiner jeweiligen persönlichen Präferenz für eine bestimmte Therapierichtung gebunden, ohne ausreichend empirisch fundiert zu sein.

In der klientenzentrierten Therapie wurde in jüngerer Zeit der ursprünglich non-direktive Ansatz durch eher direktive Elemente erweitert. Ein solch direktives Element stellt "Konfrontation" dar, welche in der Gesprächspsychotherapie verstanden wird als verbales Aufgreifen widersprüchlicher Informationen des Klienten. Auch für die genannten unterschiedlichen Positionen innerhalb der Gesprächspsychotherapie gilt, daß bisher empirisch nicht hinreichend entschieden ist, inwieweit das von ROGERS ursprünglich aufgestellte Postulat der therapeutischen Beziehung als der notwendigen und hinreichenden Bedingung für Therapieerfolg gerechtfertigt ist. Es kann auch gefragt werden, ob die frühere Position nicht durch eine differentielle Gesprächspsychotherapie ersetzt werden muß, welche in typischen Situationen jeweils differentielles Vorgehen

fordert. Es liegen Hinweise vor zur Wirkung von Konfrontation als einer Variante differentiellen Vorgehens, welche die Annahme der Notwendigkeit der Differenzierung typischer Situationen bzw. typischer Klienten, bei denen konfrontatives Therapeutenverhalten unterschiedlich adäquat ist, unterstützen. Diese Hinweise sind aber insgesamt nicht aussagekräftig genug, um eindeutige Schlußfolgerungen zuzulassen.

Angesichts der skizzierten ungeklärten empirischen Sachlage erscheint in methodischer Hinsicht die Replikation einer früheren Untersuchung gerechtfertigt. Angesichts der bisher gefundenen Ergebnisse erscheint es andererseits in ethischer Hinsicht auch als vertretbar, das therapeutische Vorgehen im Hinblick auf Konfrontation experimentell zu variieren. Dabei ist allerdings zu beachten, daß das konfrontative Vorgehen entsprechend der dieser Untersuchung zugrundeliegenden Rahmenkonzeption einer differentiellen Gesprächspsychotherapie ausschließlich im Zusammenhang einer gleichzeitigen Realisierung Therapeutischen Basisverhaltens praktiziert werden darf.

Die beiden Vorgehensweisen, welche von den Therapeuten verwirklicht werden sollen, lassen sich folgendermaßen umschreiben:

1. Standardsituation (Therapeutisches Basisverhalten ohne Konfrontation): - Der Therapeut versucht, die Bedingungen einer bestimmten Art von therapeutischen Beziehung zu verwirklichen: im Beziehungsverhältnis zum Klienten real faßbar und er selbst zu sein (Selbstkongruenz/Echtheit), dem Klienten mit Wärme und Wertschätzung zu begegnen, ohne dies an Bedingungen zu knüpfen (Nonpossessive Wärme), und den Klienten aus dessen eigenen Bezugsrahmen heraus zu verstehen (Empathie; "Verändern durch Verstehen").

Der Therapeut versucht, das Erleben des Klienten umfassend-genau zu verstehen. Er wendet sich dem Erleben des Klienten in allen Aspekten zu, auch jenen, welche der Klient im Moment noch nicht in Worte fassen kann. Die Therapeutenäußerungen dienen dazu, das Erleben des Klienten genauer zu symbolisieren. Als "Technikvariable" benutzt der Therapeut nur das sogenannte "Verbalisieren emotionaler Erlebnis-inhalte".

2. Konfrontationssituation (Konfrontatives Vorgehen im Rahmen von Therapeutischem Basisverhalten): - Die Konfrontationssituation ist der Standardsituation voll vergleichbar bis auf folgende drei Punkte:

- a) Unmittelbar vor dem Therapiekontakt hört der Klient sein Gespräch der letzten Stunde an. (Dies stellt eine sogenannte "didaktische Konfrontation" dar.)
- b) Der Therapeut fragt zu Beginn des Gesprächs nach dem Eindruck, den der Klient nach dem Bandanhören von sich hat, falls der Klient nicht selbst davon beginnt. Geht der Klient nicht auf die Frage des Therapeuten ein (und will er nicht darüber sprechen), wiederholt der Therapeut seine Frage in einer angemessenen Form nur noch ein zweites Mal und überläßt dem Klienten wieder die Bestimmung des Gesprächsinhaltes; jedoch:

- c) Der Therapeut nimmt im Rahmen seiner klientenzentrierten Einstellung (Standardsituation) jede Gelegenheit wahr, den Klienten auf Widersprüche aufmerksam zu machen, die zwischen seiner eigenen Erlebnisweise und der des Klienten bestehen (Konfrontation). Der Therapeut stellt dabei seine eigene Wahrnehmung, die von der Wahrnehmung des Klienten abweicht, zur Verfügung und lenkt die Klientenaufmerksamkeit auf solche Verhaltensweisen, Einstellungen und Gefühle, die der Therapeut als Diskrepanz innerhalb des Klienten oder diskrepanz zu seinem eigenen Erleben wahrnimmt.

Versuch der Abgrenzung zur Standardsituation

Die Abgrenzung zwischen den beiden Situationen erfolgt an Hand des Erlebens des Therapeuten vom Klienten, das der Therapeut diesem zur Verfügung stellt ("Zur Verfügungstellen des Erlebens des Therapeuten"). Beim umfassend-genauen Verstehen ist dies nicht nötig. Der Therapeut kann allein vom Erleben und dem Sich-Äußern des Klienten ausgehen, auch dann, wenn diesem nicht alle seine Verhaltensweisen, Äußerungen etc. erlebnismäßig voll zugänglich sind. Der Therapeut bleibt im inneren Bezugsrahmen des Klienten. Bei der Konfrontation ist es nötig, daß der Therapeut dem Klienten mitteilt, wie er ihn erlebt und wahrnimmt. Dem Klienten sind im Moment wesentliche Verhaltensweisen und Äußerungen von sich selbst, die ihn bestimmen, erlebnismäßig nicht zugänglich. Er nimmt z.B. Widersprüche, Auffassungen oder Verhaltensweisen nicht wahr, die dem Therapeuten jedoch erlebnismäßig deutlich zugänglich sind. Umfassend-genaueres Verstehen erfolgt allein aus dem inneren Bezugsrahmen des Klienten heraus, während Konfrontation auch den inneren Bezugsrahmen des Therapeuten benötigt. Die Konfrontation besteht darin, daß dieser innere Bezugsrahmen des Therapeuten dem des Klienten gegenübergestellt wird.

Mögliche Inhalte einer Konfrontation

Grundsätzlich kann jede Äußerung des Klienten vom Therapeuten als Diskrepanz erlebt werden und eine Konfrontation hervorrufen. Dadurch können in Konfrontationen die unterschiedlichsten Inhalte angesprochen werden, die sich nach den verschiedensten Gesichtspunkten ordnen lassen.

Anderson (1968) unterscheidet Konfrontationen, die dem Klienten seine Fähigkeiten, Stärken oder konstruktiven Verhaltensweisen bewußt machen von solchen Konfrontationen, welche die Grenzen, Schwächen und destruktiven Verhaltensweisen des Klienten betonen. Wenn der Klient seine Fähigkeiten herausstellt, dabei die Schwächen ignoriert oder herunterspielt, und der Therapeut greift diesen Widerspruch auf, dann liegt eine Schwäche-Konfrontation vor. Bei einer Stärke-Konfrontation beschreibt sich der Klient dagegen als schwach und hilflos, worauf der Therapeut die konstruktiven Fähigkeiten des Klienten hervorhebt.

Beispiel für eine *Stärke-Konfrontation*

Kl: "Alle lachen über mich. Sie denken alle, ich bin ein Narr."

Th: "Ihre Frau und Ihre Kinder lachen nicht über Sie. Die für Sie wichtigsten Menschen denken nicht, daß Sie ein Narr sind."

Beispiel für eine *SchwächeKonfrontation*

Kl: "Solche Beleidigungen beunruhigen mich kaum. Ich kann mich nicht darum kümmern, was meine Freunde von mir denken."

Th: "Sie wünschen, daß Sie sowas nicht beeinflusst, aber es beeinflusst Sie."

Inhaltlich lassen sich u.a. folgende Widersprüche unterscheiden, die der Therapeut aufgreifen kann:

1. *Widerspruch zwischen dem Wunschbild des Klienten von sich selbst und seiner tatsächlichen Erfahrung (Idealselbst versus Realselbst)*

Der Klient beschreibt sich in unrealistischer, übertriebener Weise, so wie er gerne sein möchte, worauf ihm der Therapeut sein reales Selbstbild gegenüberstellt.

Kl: "Ich bin immer recht ruhig und gelassen. Sie können meine Art, wie ich mich kleide und wie ich rede, kritisieren. Das läßt mich kalt, mich bringt nichts aus der Ruhe."

Th: "Sie sagen, es könnte Sie nichts umwerfen. Sie betonen das so sehr, daß ich vermute, Sie glauben das selbst nicht so recht."

2. *Widerspruch zwischen Einsicht und Verhalten des Klienten*

Der Klient berichtet von wachsender Einsicht in sein Verhalten, als ob er die Lösung seines Problems gefunden habe; aber in seinem Verhalten hat sich nichts geändert.

Kl: "Ich fühle mich wie neugeboren, nachdem mir nun klar ist, was mir mein Vater die ganze Zeit über angetan hat."

Th: "Aber Sie stehen nach wie vor früh um sechs auf, um den Forderungen Ihres Vaters nachzukommen."

3. *Widerspruch zwischen verbaler und non-verbaler Kommunikation*

Der Klient schildert etwas, dabei weicht sein non-verbales Verhalten (Mimik, Gestik) von seiner verbalen Aussage ab.

Kl: "Ich fühl' mich heute nicht sehr gut (lacht dabei)."

Th: "Dabei lachen Sie, als ob sie recht gut gelaunt wären."

4. *Widerspruch zwischen dem, wie der Klient sich selbst erlebt und dem, wie der Therapeut ihn erlebt*

Der Klient berichtet über seine Gefühle und sein Erleben, worauf der Therapeut seinen Eindruck hierüber schildert.

Kl: "Daß Tom mir damals half, fand ich irgendwie lustig. Ich muß über ihn lachen."

Th: "Sie erscheinen mir eher verletzt als amüsiert."

5. Widerspruch zwischen dem Selbstbild des Klienten und der Sicht des Therapeuten vom Klienten

Der Klient beschreibt sich selbst durch Eigenschaften oder Gefühle; darauf teilt der Therapeut seinen widersprechenden Eindruck vom Klienten mit.

Kl: "Ich glaube, ich bin eine kleine, schwache Maus. Und deshalb trampeln die Leute auf mir herum."

Th: "Auf mich wirken Sie eher wie eine Person, die Angst davor hat, sich zu behaupten."

6. Widerspruch zwischen dem geäußerten und dem eigentlichen Verhaltensziel

Der Klient beschreibt die Ziele und die Absichten, die seinem Verhalten zugrunde liegen, worauf der Therapeut ihm aus seiner Sicht die Absichten und Wirkungen des Klientenverhaltens darlegt.

Kl: "Ich stellte mich hinter das Auto, weil ich ihn so am Wegfahren hindern konnte."

Th: "Vielleicht machten Sie es aus ähnlichen Gründen wie vor zwei Wochen: Sie wollten Georg durch Schuldgefühle verletzen."

7. Widerspruch zwischen dem wahrgenommenen und dem eigentlichen Bild, das andere Personen vom Klienten besitzen

Der Klient erzählt, wie ihn andere Personen sehen oder was andere von ihm erwarten; der Therapeut schildert daraufhin seinen davon abweichenden Eindruck.

Kl: "Ich weiß, daß mich Karl haßt."

Th: "So, wie Sie mir beschrieben haben, was zwischen Ihnen beiden geschehen ist, habe ich nicht den Eindruck, daß Karl Sie haßt."

8. Widerspruch in Bezug auf die Sicht äußerer Sachverhalte

Der Klient erläutert seine Sicht über einen äußeren Sachverhalt, worauf der Therapeut seine widersprechende Sichtweise einbringt oder die Generalisierbarkeit auf den Klienten einschränkt. Dies ist nur dann eine Konfrontation, wenn der Widerspruch direkte Auswirkungen auf den Klienten hat, so daß er z.B. eine bestimmte Sache nicht tun kann.

Kl: "Ich weiß, ich werde diese Prüfung nie schaffen. Jedesmal fallen sechzig Prozent durch."

Th: "Sie überschätzen die Schwierigkeiten - in dieser Prüfung fällt kaum jemand durch."

9. Widerspruch zwischen der Sicht des Klienten vom Therapeuten und der Sicht des Therapeuten von sich selbst

Der Klient sagt, wie er den Therapeuten sieht, worauf der Therapeut seine widersprechende Sicht von sich oder seine Erfahrung mitteilt.

Kl: "Sie sitzen ganz ruhig und interessiert da, aber innerlich sind Sie voller Spannung und nicht bei der Sache."

Th: "Manchmal bin ich abwesend, aber das ist sehr selten. Im Moment fühle ich mich ruhig, zufrieden und aufmerksam."

Berenson, Mitchell & Laney (1968) unterscheiden in Abhängigkeit vom Konfrontationsinhalt u.a. folgende Arten der Konfrontation:

"Experiential Confrontation": Greift der Therapeut eine Diskrepanz auf, bei welcher der Klient seine Person oder den Therapeuten anders erlebt, als der Therapeut sich und den Klienten erlebt oder bei welcher sich der Klient anders erlebt, als er dies äußert, dann liegt eine Konfrontation des Erlebens vor.

"Didactic Confrontation": Bei einer didaktischen Konfrontation klärt der Therapeut eine Fehlinformation des Klienten auf oder schließt eine Informationslücke. Dies kann sich auf Testdaten, auf den Verlauf der Therapie oder auf anderweitige Sachverhalte beziehen.

"Confrontation of Strength": Bezieht sich eine Konfrontation des Erlebens ausdrücklich auf die Fähigkeiten des Klienten, dann handelt es sich um eine Stärke-Konfrontation.

"Confrontation of Weakness": Im Gegensatz dazu ist eine Schwäche-Konfrontation definiert als eine Konfrontation des Erlebens, bei der die Pathologie und negativen Seiten des Klienten aufgezeigt werden.

In dieser Aufteilung sind also die beiden Kategorien Stärke- und Schwäche-Konfrontation von Anderson (1968) mit enthalten. Zusätzlich wird aber unterschieden, ob sich eine Konfrontation eher auf die Ebene des Erlebens oder der Kognition bezieht.

Verzeichnis der Abbildungen, Tabellen und Testverfahren

Abbildung 1: Trait-state-Modell von subjektiver und objektiver Selbstaufmerksamkeit	112
Abbildung 2: Verlauf der Selbstexplorationswerte in den 4 Anfangskontakten bei stark und bei wenig oder nicht gebesserten Klienten	120
Abbildung 3: Verlauf der Selbstexplorationswerte in den drei Dritteln des ersten Therapiesgesprächs bei stark und bei wenig oder nicht gebesserten Klienten	120
Abbildung 4: Elements of therapeutic process (Orlinsky & Howard, 1987). . .	161
Abbildung 5: Komponenten des therapeutischen Prozesses; Therapeutisches Basisverhalten und Differentielle Therapie (vgl. Orlinsky & Howard, 1987).	162
Tabelle 1: Die Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie (nach Yalom)	5
Tabelle 2: Gegenüberstellung von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie mit ihren Aussagen über Symptom, Veränderungsprozeß und Prozeßinitiative	23
Tabelle 3: Ein Fallbeispiel; Beginn einer zweiten Therapiestunde	27
Tabelle 4: Kennzeichnung unterschiedlicher Therapierichtungen in Hinblick auf Art und Ausmaß verschiedener therapeutischer Aktivitäten (Nach Beutler, 1983, p.115)	44
Tabelle 5: Zwischenziele von Psychotherapie, Schwerpunkte und Breite diverser Techniken (nach Beutler, 1983, p.126f)	45
Tabelle 6: Merkmale von stark und schwach machiavellistischen Personen . . .	89
Tabelle 7: Indikatoren für die Unterscheidung aktionsbezogener und selbstbezogener Personen	122
Tabelle 8: Centroide (T-Werte) der 4-Clusterlösung bei den einzelnen Kriteriums-Variablen aus MMPI, FPI und EPI	123
Tabelle 9: Lageunterschiede zwischen Aktionsbezogenen (AB) und Selbstbezogenen (SB) in den Subskalen des Streßverarbeitungsfragebogens SVF	126
Tabelle 10: Arten der Erfolgsattribution in Abhängigkeit von der Kontrollüberzeugung (internal/external, stabil/variabel)	127
Tabelle 11: Lageunterschiede zwischen Selbstbezogenen (SB) und Aktionsbezogenen (AB) bei den Subskalen des IESVF	128
Tabelle 12: Häufigkeiten von Konfrontationen bei fünf selbst- und fünf aktionsbezogenen Klienten in zwei aufeinanderfolgenden Gesprächskontakten mit einem klientenzentrierten Psychotherapeuten	131

Tabelle 13: Untersuchungsplan zum Nachweis differentieller Therapieeffekte von Konfrontation und Konfrontationsverzicht bei selbstbezogenen und bei aktionsbezogenen Klienten	133
Tabelle 14: Prozentsatz konfrontativer Äußerungen im letzten Drittel des zweiten und vierten Gesprächskontaktes beim differentiellen Untersuchungsplan . .	134
Tabelle 15: Therapeutisches Basisverhalten (Mittelwerte nach dem Inventar von Barrett-Lennard) in konfrontativen und nichtkonfrontativen Gesprächen bei selbst- und aktionsbezogenen Klienten	136
Tabelle 16: Erfolgsbeurteilungen mit Hilfe des Veränderungsfragebogens VEV: Vergleich zwischen günstigen und ungünstigen differentiellen Situationen in zwei quasi-experimentellen Untersuchungen	137
Tabelle 17: Erfolgsbeurteilungen mit Hilfe des Veränderungsfragebogens VEV: Von einzelnen Klienten erlebte Veränderung unter günstigen und ungünstigen differentiellen Bedingungen	138
Tabelle 18: Veränderung im selbstexplorativen Verhalten der Klienten (Differenzwerte zwischen erstem und fünftem Gesprächskontakt)	139
Tabelle 19: Prozentsatz der Klientenäußerungen vor konfrontativen und vor nicht-konfrontativen Äußerungen von Therapeuten	146
Tabelle 20: Kriterien für Gesprächsverhalten im zweiten Therapiekontakt bei zwei Extrempaaren von selbstbezogenen und aktionsbezogenen Klienten . .	148

Verwendete und/oder abgekürzt zitierte psychologische Testverfahren:

EPI (Eysenck-Persönlichkeitsinventar; Eysenck, 1974)	119-121, 123, 167
EPPS (Edwards Personal Preference Shedule; Edwards, 1959)	84
FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1984)	119-121, 123, 151, 167
GT (Gießen-Test; Beckmann, Brähler & Richter, 1983)	151
HAKEMP (Fragebogen zur Handlungskontrolle; Kuhl, o.J.)	124
IESVF (Fragebogen zur Erfassung von Attribuierungsgewohnheiten; Dorrmann & Hinsch, 1981)	124, 127, 128
ISE (Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene; Tönnies, 1982) . . .	124
KASSL (Kieler änderungssensitive Symptomliste; Zielke, 1979b)	168
MACH-V-Skala (Machiavellismus-V-Skala; Christie & Geis, 1970; Klapprott, 1974; Henning & Six, 1977; Tscheulin, 1980f)	89
MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI Saarbrücken; Spreen, 1963; Bottenberg & Wehner, 1966)	91, 92, 96, 119-121, 123, 157
Q-Sort (bei Yalom, 1974, oder Eckert et al., 1981)	4
Q-Sort (vgl. Tscheulin & Purschke, 1988)	119
Rorschach (Rorschach Method of Personality Diagnosis; Klopfer & Davidson, 1960)	80, 81
SAF (Selbstaufmerksamkeitsfragebogen; Merz, 1986)	124
SVF (Streßverarbeitungsfragebogen; Janke, Erdmann & Kallus, 1985)	124
TAT (Thematischer Apperceptions Test; Murray, 1943)	84
VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978)	135ff

Literaturverzeichnis

- Abramson, E.E. (1973). The counselor as a machiavellian. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 348-349.
- Alexander, F. (1948). *Fundamentals of psychoanalysis*. W.W.Norton.
- Alexander, J.F., Barton, C., Schiavo, R.S. & Parsons, B.V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents. Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656-664.
- Allen, Th.W. (1967). Effectiveness of counselor trainees as a function of psychological openness. *Journal of Counseling Psychology*, 14, 35-40.
- Allen, Th.W. (1972). Psychological openness and counselor effectiveness: A further investigation. *Journal of Personality Assessment*, 36, 13-18.
- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/-inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Ames, C. (1978). Children's achievement attributions and self-reinforcement. Effects of self-concept and competitive reward structure. *Journal of Educational Psychology*, 70, 345-355.
- Anchin, J.C. & Kiesler, D.J. (Eds.). (1982). *Handbook of interpersonal psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Anderson, S.C. (1968). Effects of confrontation by high- and low-functioning therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 15, 411-416.
- Anderson, S.C. (1969). Effects of confrontation by high- and low-functioning therapists on high- and low-functioning clients. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 299-302.
- Anthony, W.A., Gormally, J. & Miller, H. (1974). Prediction of human relations training outcome by traditional and nontraditional selection indices. *Counselor Education and Supervision*, 14, 105-111.
- Auckenthaler, A. (1983). Psychotherapie ohne Strategie. Eine andere Sicht von differentieller Gesprächssth. und ihre Konsequenzen für den Therapeuten am Beispiel klz. Partnertherapie. In D. Tschulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie*. (S.33-44). Weinheim: Beltz.
- Auerbach, A.H. & Johnson, M. (1977). Research on the therapist. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: a handbook of research* (pp.84-102). New York: Pergamon.
- Bandura, A. (1956). Psychotherapist's anxiety level, self-insight and psychotherapeutic competence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 333-337.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Barrett-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, Whole Nr. 562.
- Bastine, R. (1970). Schwierige Situationen in der Gesprächstherapie. Unveröff. Vortrag. Hamburg: Psychologisches Institut der Universität.
- Bastine, R. (1975). Auf dem Wege zu einer integrierten Psychotherapie. *Psychologie heute*, 2, (7), 53-58.
- Bastine, R. (1976). Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In P. Jankowski, D. Tschulin, J.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht des 1. Europäischen Kongresses für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 1974*. (S.193-207). Göttingen: Hogrefe.

- Bastine, R. (1978). Strategien psychotherapeutischen Handelns. In F. Reimer (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus* (S.59-66). Stuttgart: Thieme.
- Bastine, R. (1980). Ausbildung in psychotherapeutischen Methoden und Strategien. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S.71-85). Weinheim: Beltz.
- Bastine, R. (1981). Adaptative Indikation in der zielorientierten Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung* (S.158-168). München: Urban & Schwarzenberg.
- Bastine, R. (1982). Psychotherapie. In R. Bastine, P.A. Fiedler, K. Grawe, S.Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S.311-317). Weinheim: Edition Psychologie.
- Bastine, R. (1983). Therapeutisches Basisverhalten und Differentielle Psychotherapie. - Kritische Anmerkungen zum Beitrag von Dieter Tscheulin. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der Klientenzentrierten Therapie* (S.65-69). Weinheim: Beltz.
- Bastine, R. (1984). *Klinische Psychologie. Band 1: Grundlagen und Aufgaben Klinischer Psychologie. Definition, Klassifikation und Entstehung psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. (1986a). Psychotherapie-Integration: Entwicklung und Stand. In A. Schorr (Hrsg.), *Psychologie Mitte der 80er Jahre* (S.232-244). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Bastine, R. (1986b). What are useful ways of psychotherapy integration? Unveröff. Vortrag im Mai 1986 auf SEPI-Konferenz in Toronto, Psychologisches Institut der Universität, Heidelberg.
- Bastine, R. (1990). Die Überwindung psychotherapeutischen Schulendenkens - Hindernisse und Hoffnungen. In H. Lang (Hrsg.), *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (S.209-218). Berlin: Springer.
- Bastine, R. (1991). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie (Bd.2)* (in Vorbereitung). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bastine, R. & Kommer, D. (1979). Konfrontation als Strategie psychotherapeutischen Handelns. In L.H. Eckensberger (Hrsg.), *Bericht über den 31. Kongreß der DGfPs in Mannheim 1978. Band 2: Praxisfelder der Psychologie* (S.412-416). Göttingen: Hogrefe.
- Batson, C.D. & Coke, J.S. (1983). Empathic motivation of helping behavior. In J.T. Cacioppo & R.E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology. A sourcebook* (pp.417-433). New York: Guilford.
- Battegay, R. (1983). The value of analytic self-experience groups in the training of psychotherapists. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 199-213.
- Battegay, R. & Trenkel, A. (Hrsg.). (1978). *Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen*. Bern: Huber.
- Bauriedl, Th. (1980). *Beziehungsanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bayes, M.A. (1972). Behavioral cues of interpersonal warmth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 333-339.
- Beck, A.T. (1984). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: The cognitive continuum. In J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* (pp.114-135). New York: Guilford.
- Beckmann, D., Brähler, E. & Richter, H.-E. (1983). *Größen-Test (GT) - Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L.S. (1982). Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In J.C. Anchin & D.J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal*

- psychotherapy* (pp.190-212). New York: Pergamon.
- Benjamin, L.S. (1985). Construct a content validity of SASB tested by INTREX questionnaires. In L.S. Benjamin (Ed.), *Interpersonal diagnosis and treatment: The SASB approach*. (in Draft) New York: Guilford.
- Berenson, B.G., Mitchell, K.M. & Laney, R.C. (1968). Levels of therapists functioning, types of confrontation and type of patient. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 111-113.
- Bergin, A.E. (1970). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. In J.T. Hart & T.M. Tomlinson (Eds.), *New directions in clientcentered therapy* (pp.257-291). New York: Houghton Mifflin. (auch in *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 235-246)
- Bergin, A.E. & Jasper, L.G. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 477-481.
- Bergin, A.E. & Solomon, S. (1970). Personality and performance correlates of empathic understanding in psychotherapy. In J.T. Hart & T.M. Tomlinson (Eds.), *New directions in clientcentered therapy* (pp.223-236). New York: Houghton Mifflin.
- Bergin, A.E. & Strupp, H.H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Aldine, Atherton.
- Berzins, J.I. (1977). Therapist-Patient matching. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.222-251). New York: Pergamon.
- Beutler, L.E. (1979a). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.
- Beutler, L.E. (1979b). Values, beliefs, religion, and the persuasive influence of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 432-440.
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L.E. (1989). The misplaced role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 17-22.
- Beutler, L.E. & Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic intervention*. New York: Bruner-Mazel.
- Beutler, L.E. & Mitchell, R. (1981). Differential psychotherapy outcome among depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. *Psychiatry*, 44, 297-306.
- Beutler, L.E., Crago, M. & Arizmendi, Th.G. (1986). Research on therapist variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.257-310). New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Johnson, D.T., Neville, C.W., Jr., & Workman, S.N. (1973). Some sources of variance in "accurate empathy" ratings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 167-169.
- Beutler, L.E., Pollak, S. & Jobe, A.M. (1978). "Acceptance", values, and therapeutic change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 198-199.
- Biermann-Ratjen, E. & Eckert, J. (1985). Gesprächspsychotherapie nach C.R. Rogers. In W. Toman & R. Egg (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Handbuch Band 1* (S.225-253). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (1979). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie - Schizophrene Ordnung, Psychosomatisches Erleben, Depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Birk, L. & Birk-Brinkley, A.W. (1974). Psychoanalysis and behavior therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 499-510.

- Birtsch, V. (1980). Problemorientierte Ausbildung als Anleitung zur Integration psychotherapeutischer Modelle und Techniken. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S.229-239). Weinheim: Beltz.
- Bommert, H. (1977). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommert, H. (1980). Outcome research in Client-Centered Psychotherapy. In W. de Moor & H.R. Wijngaarden (Hrsg.), *Psychotherapy: Research and Training* (S.125-128). Amsterdam: Biomedical Press.
- Bommert, H. (1982). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie, Praxis, Forschung*. (Dritte, veränderte und ergänzte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommert, H. & Dahlhoff, H.-D. (Hrsg.). (1978). *Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Bommert, H. & Plessen, U. (1978). *Psychologische Erziehungsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bootzin, R.B. & Lick, J.R. (1979). Expectancies in therapy research: Interpretive artifact or mediating mechanism? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 852-855.
- Bottenberg, E.H. & Wehner, E.G. (1966). Mitteilung zur Zuverlässigkeit und Interkonsistenz der Standardskalen des MMPI Saarbrücken. *Diagnostica*, 12, 85-86.
- Bozarth, J.D. & Krauft, C.C. (1972). Accurate empathy: Some methodological considerations. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 407-410.
- Bozok, B. & Bühler, K.-E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Einflüsse. *Fortschr.Neurol.Psychiat.*, 56, 119-132.
- Brand, R.R. (1974). *The frequency and consequences of therapist-to-member confrontation in ongoing psychotherapy groups*. Unpubl. Diss. (Microfilm), New York: New York University.
- Brehm, S.S. (1980). *Anwendung der Sozialpsychologie in der klinischen Praxis*. Bern: Huber. (Original erschienen 1976: The application of social psychology to clinical practice. Washington: Hemisphere)
- Brown, R.W. (1975). A counseling practicum training program: The relationship between self-actualization and counseling skill. *Dissertation Abstracts International*, 35, (12-A) 7643-7644.
- Brunink, S. & Schroeder, H. (1979). Verbal therapeutic behavior of expert psychoanalytically oriented, Gestalt, and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 567-574.
- Buda, B. (1972). Utilization of resistance and paradox communication in short-term psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 20, 200-211.
- Büttner, G. (1986). *Der Einfluß von Klientenselbstaufmerksamkeit und differentiellem Therapeutenverhalten auf Therapieprozeß und -effekte*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Bundza, K. & Simonson, N.R. (1973). Therapist self-disclosure: Its effect on impressions of therapist and willingness to disclose. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 10, 215-217.
- Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Butler, S.F. & Strupp, H.H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Byrne, D. (1961). The repression-sensitization-scale: Rationale, reliability and validity. *Journal of Personality*, 29, 334-349.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations, Vol. I and II*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. Heidelberg: Springer.

- Caspari, G. & Tausch, R. (1979). Der Zusammenhang seelischer Beeinträchtigungen mit unechtem fassadenhaftem Verhalten. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 8, 245-255.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen - Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Chinsky, J.M. & Rappaport, J. (1970). Brief critique of the meaning and reliability of "accurate empathy" ratings. *Psychological Bulletin*, 73, 379-383.
- Christie, R. & Geis, F.L. (1970). *Studies in Machiavellianism*. New York: Academic Press.
- Coleman, J.V. (1947). The teaching of basic psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 17, 622-627.
- Combs, A.W. & Soper, D.W. (1963). The perceptual organization of effective counselors. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 222-226.
- Cooley, E.J. & Lajoy, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 562-570.
- Corsini, R.J. (Hrsg.). (1983). *Handbuch der Psychotherapie (2 Bde.)*. Weinheim: Beltz. (Original erschienen 1981: Handbook of innovative psychotherapies. New York: Wiley)
- Corsini, R.J. & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 406-411.
- Coulson, W.R. (1983a). Über therapeutische Disziplin in der klient-zentrierten Therapie. - Was lehren uns kritische Ereignisse in der Einzel- und Gruppentherapie? In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der Klientenzentrierten Therapie* (S.15-29). Weinheim: Beltz.
- Coulson, W.R. (1983b). Klientenzentrierte Therapie und Humanisierung der Schule. In F. Sauter (Hrsg.), *Psychotherapie der Schule* (S.116-128). München: Kösel.
- Cozby, P.C. (1973). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin*, 79, 73-91.
- Critelli, J.W. & Neumann, K.F. (1984). The Placebo: Conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*, 39, 32-39.
- Crowder, J.E. (1972). Relationship between therapist and client interpersonal behaviors and psychotherapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 19, 68-75.
- Curtis, J.M. (1981). Effect of therapist's self-disclosure on patients' impressions of empathy, competence, and trust in an analogue of a psychotherapeutic interaction. *Psychological Reports*, 48, 127-136.
- Czagalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In V. Tschuschke & D. Czagalik (Hrsg.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (S.7-30). Berlin: Springer.
- Dahme, B. & Gebhardt, K. (1991). *Synopse der Richtlinien klinisch-psychologischer / psychotherapeutischer Weiterbildungsgänge*. Bonn: Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen.
- Derlega, V.J., Harris, M.S. & Chaikin, A.L. (1973). Self-disclosure reciprocity, liking and the deviant. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 277-284.
- Derlega, V.J., Walmer, J. & Furman, G. (1973). Mutual disclosure in social interactions. *Journal of Social Psychology*, 90, 159-160.
- Derner, G.F. (1960). An interpersonal approach to training in psychotherapy. In N.P. Dellig & H.K. Stone (Eds.), *The training of psychotherapists* (pp.130-145). Baton Rouge, La: Louisiana State University Press.
- Di Loreto, A. (1971). *Comparative Psychotherapy: An experimental analysis*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Diamond, R., Havens, R. & Jones, A. (1978). A conceptual framework for the practice of prescriptive eclecticism in psychotherapy. *American Psychologist*, 3, 239-248.
- Docherty, J.P. (1984). Implications of the technological model of psychotherapy. In J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* (pp.139-149). New York: Guilford.

- Dörner, K. & Plog, U. (1984). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (völlig neu bearbeitete Ausgabe). Rehbürg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Dorrmann, W. & Hinsch, R. (1981). Der IE-SV-F. Ein differentieller Fragebogen zur Erfassung von Attribuierungsgewohnheiten in Erfolgs- und Mißerfolgssituationen. *Diagnostica*, 27, 360-378.
- Drinkmann, A. (1986). *Private und öffentliche Self-consciousness: Eine Zwischenbilanz ihrer empirischen Bewährung.* (Diskussionspapier Nr 50). Heidelberg: Psychol. Institut der Universität.
- Dungan, D.S. (1974). The effect of didactic-intellectual training versus relationship-oriented training upon counseling behavior. *Dissertation Abstracts International*, 34, (8-A, Pt 1), 4736.
- Dunlap, K. (1932). *Habits, their making and unmaking.* New York.
- Duval, S. & Wicklund, R.A. (1972). *A theory of objektive self awareness.* New York: Academic Press.
- Duval, S. & Wicklund, R.A. (1973). Effects of objective self-awareness on attribution of causality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 17-31.
- Dziewas, H. & Grawe, K. (1977). *Das interaktionelle Problemlösungsverfahren (IPV) in Gruppen.* Unveröff. Vortrag auf dem Jahreskongreß der DGVT vom 28.9.-1.10.1977, Berlin
- Dziewas, H., Grawe, K. & Wedel, S. (1980). Anwendung und Wirkung des Interaktionellen Problemlösungsverfahrens (IPV) in Gruppen bei gehemmten Neurotikern. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (S.307-338). München: Urban & Schwarzenberg.
- Eckert, J. (1974). *Prozesse in der Gesprächspsychoth.: Die Bedeutung subjektiver Erfahrung von Klient und Therapeut in Hinblick auf Therapieverlauf und Therapieerfolg.* Unveröff. Diss., Psychologisches Institut der Universität, Hamburg.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie: Prozesse, Effekte, Vergleiche.* Springer: Berlin.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M., Tönnies, S. & Wagner, W. (1981). Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie; empirische Untersuchungen über wirksame Faktoren im gruppen-therapeutischen Prozeß. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 17, 142-162.
- Edwards, A.L. (1959). *Edwards Personal Preference Shedule. Revised.* New York: Psychological Corporation.
- Egan, G. (1984). *Helfen durch Gespräch. Psychologische Beratung in Therapie, Beruf und Alltag.* Hamburg: Rowohlt Taschenbuch. (Original erschienen 1975: The skilled helper. Belmont: Wadsworth)
- Ehrlich, H.J. & Graeven, D.B. (1971). Reciprocal self-disclosure in a dyad. *Journal of Experimental Social Psychology*, 7, 389-400.
- Eiben, R. & Clack, R.J. (1973). Impact of a participatory group experience on counselors in training. *Small Group Behavior*, 4, 486-495.
- Ellis, A. (1978). *Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung.* (2. Aufl.). München: Pfeiffer. (Original erschienen 1962: Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, N.J.: Lyle Stuart)
- Enke, H. & Czogalik, D. (1990). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In A. Heigl-Evers, F. Heigl & J. Otto (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: Fischer.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Eysenck, H.J. (1965). The effects of psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 1, 99-142.
- Eysenck, H.J. (1974). Eysenck-Persönlichkeitsinventar E-P-I. Herausgegeben von D. Eggert.

- Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI*. (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Farber, B.A. (1983a). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. In B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp.97-118). New York: Pergamon.
- Farber, B.A. (1983b). The effects of psychotherapeutic practice upon psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 20, 174-182.
- Farber, B.A. & Heifetz, L. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychotherapy*, 12, 621-630.
- Fath, K. (1984). *Selbstaufmerksamkeit und Gesprächsverhalten von Klienten in der Gesprächspsychotherapie*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Feifel, H. & Eells, J. (1963). Patients and therapists assess the same psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 310-318.
- Felker, S. (1973). Intellectual ability and counseling effectiveness: Another view. *Counselor Education and Supervision*, 13, 146-150.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F. & Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Fiedler, P. (Hrsg.). (1981). *Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie*. Weinheim: edition psychologie.
- Fish, J.M. (1970). Empathy and the reported emotional experiences of beginning psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 64-69.
- Fitch, G. (1970). Effects of self-esteem, perceived performance, and choice on causal attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 311-315.
- Foulds, M. (1969). Self-actualization and the communication of facilitative conditions during counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 132-136.
- Fox, R.M. & Tausch, R. (1983). Wesentliche seelische Qualitäten in Partnerbeziehungen. Eine empirische Überprüfung der Theorie zwischenmenschlichen Beziehungen von Carl Rogers. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 2, 499-509.
- Frances, A. & Clarkin, J.F. (1981a). Differential therapeutics: A guide to treatment selection. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 537-546.
- Frances, A. & Clarkin, J.F. (1981b). No treatment as the prescription of choice. *Archives of General Psychiatry*, 38, 542-545.
- Frankl, V.E. (1960). Paradoxical intention. A logotherapeutic technique. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 520-535.
- Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Frank, J.D. (1974a). Therapeutic components of psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 325-342.
- Frank, J.D. (1974b). Common features of psychotherapies and their patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 368-371.
- Frank, J.D. (1974c). My philosophy of psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychology*, 6, 115-120.
- Frank, J.D. (1981). *Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung; vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen in 2. Aufl. 1973: Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. Baltimore: J. Hopkins University)
- Frank, R., Schweitzer, J. & Strote, J. (1979). *Zur differentiellen Wirksamkeit konstruktiver Konfrontation im Rahmen klientenzentrierter Beratungsgespräche*. Unveröff. Kurzfassung einer Dipl.Arbeit, Justus-Liebig-Universität; Gießen.

- Frank, R., Schweitzer, J. & Strote, J. (1983). Ein neuer Ansatz klientenzentrierter Beratung: Differentielle Wirksamkeit verbaler Intervention. *Informationsblätter der GwG*, 51, 96-103.
- Freedman, M.B., Leary, T.F., Ossorio, A.G. & Coffey, H.S. (1951). The interpersonal dimensions of personality. *Journal of Personality*, 20, 143-162.
- Freud, S. (1962). An C.G.Jung, 6.12.1906. In F. Jones, *Das Leben und Werk von S. Freud (Bd.II)* (S.509). Bern: Huber.
- Frey, D., Wicklund, R.A. & Scheier, M.F. (1978). Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit. In D. Frey (Hrsg.), *Kognitive Theorien der Sozialpsychologie* (S.192-216). Bern: Huber.
- Garfield, S.L. (1981). Psychotherapy: A 40-year appraisal. *American Psychologist*, 36, 174-183.
- Garfield, S.L. (1973). Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 9-12.
- Garfield, S.L. (1974). What are the therapeutic variables in psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 372-378.
- Garfield, S.L. (1977). Research on the training of professional psychotherapists. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy. A handbook of research* (pp.63-83). Oxford: Pergamon Press.
- Garfield, S.L. (1982a). *Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz*. Weinheim: Beltz. (Original erschienen 1980: Psychotherapy. An eclectic approach. New York: Wiley)
- Garfield, S.L. (1982b). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13, 610-623.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1971). Personal therapy, outcome and some therapists variables. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 8, 251-253.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (Eds.). (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (2. ed.). New York: Wiley.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (Eds.). (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (3. ed.). New York: Wiley.
- Gerin, P.L. & Vignat, J.P. (1984). *L'identite' du psychothe'rapeute*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Giannandrea, V. & Murphy, K.C. (1973). Similarity self-disclosure and return for a second interview. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 545-548.
- Gibbons, F.X., Smith, T.W., Ingram, R.E., Pearce, K., Brehm, S.S. & Schroeder, D.J. (1985). Self-awareness and self-confrontation: Effects of self-focused attention on members of a clinical population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 662-675.
- Gitelson, M. (1962). The curative factors in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 194-205.
- Göllnitz, W. (1985). *Selbstexploration bei unterschiedlicher Selbstaufmerksamkeit von Mitgliedern in unterschiedlich geführten Ausbildungsgruppen*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Goldfried, M.R. (1987). The challenge of psychotherapy integration. In W.Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research. Selected papers from the 2nd European Conference on Psychotherapy Research* (pp.801-823). Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires.
- Goldfried, M.R. (Ed.). (1982). *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic and behavioral practice*. New York: Springer.
- Goldfried, M.R. & Davison, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt.
- Goldfried, M.R. & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: A historical perspective. In J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp.25-61). New York: Brunner Mazel.
- Goldstein, A.P. (1962). *Therapist-patient expectancies in psychotherapy*. New York: Perga-

mon.

- Goldstein, A.P. (1971). *Psychotherapeutic attraction*. New York: Pergamon.
- Graff, R.W. (1970). The relationship of counselor selfdisclosure to counselor effectiveness. *Journal of Experimental Education*, 38, 19-22.
- Grawe, K. (1978). Indikation in der Psychotherapie. In L.J. Pongratz (Hrsg.), *Klinische Psychologie (Handbuch der Psychologie, Band 8, 2. Halbband)* (S.1849-1883). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1980). Die diagnostische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In K. Grawe (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in Gruppen* (S.88-123). München: Urban & Schwarzenberg. (S.88-123).
- Grawe, K. (1981). Vergleichende Psychotherapieforschung. In W.-R. Minsel & R. Scheller (Hrsg.), *Brennpunkte der klinischen Psychologie* (Bd.1, S.149-183). München: Kösel.
- Grawe, K. (1987). *The Bernese comparative treatment study: Design and results of process-outcome analyses*. Unveröff. Vorträge zusammen mit: U. Mezenen, H.P. Müller, H.R. Ambühl ...
- Grawe, K. & Dzewas, H. (1977). Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Partnerberatung*, 14, 188-204.
- Grawe, K. & Dzewas, H. (1978). Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Mitteilungen der DGVT, Sonderheft 1*, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. 27-49.
- Grawe, K. & Dzewas, H. (1980). Ausbildung in interaktioneller Gruppentherapie. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S.129-142). Weinheim: Beltz.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990a). Die Berner Vergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 294-315.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozeßvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990c). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 338-361.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990d). Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlußfolgerungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 362-376.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Themenheft Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie - Forschung und Praxis*, 19 (Heft 4), 292-376.
- Greenberg, L.S. & Pinsof, W.M. (Eds.). (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Greenson, R.R. (1966). Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. *Psyche*, 20, 81-103.
- Greenson, R.R. (1973). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett.
- Gunckel, R. (1983). *Vergleich von nondirektivem und konfrontativem Vorgehen in gesprächspsychotherapeutischen Gruppen Eine Untersuchung zur differentiellen Gesprächspsychologie*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Gunnison, H. (1985). The uniqueness of similarities: Parallels of Milton H. Erikson and Carl Rogers. *Journal of Counseling and Development*, 63 (561-564.
- Gurman, A.S. (1972). Therapists *Journal of Counseling Psychology*, 19, 169-170.
- Gurman, A.S. (1973a). Instability of therapeutic conditions in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 16-24.
- Gurman, A.S. (1973b). Effects of therapist and patient mood on the therapeutic functioning of high- and low-facilitative therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 48-58.
- Gurman, A.S. (1977a). Therapist and patient factors influencing the patient. *Psychiatry*, 40,

218-231.

- Gurman, A.S. (1977b). The patient. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.503-543). New York: Pergamon.
- Gurman, A.S. & Razin, A.M. (Eds.). (1977). *Effective psychotherapy: A handbook of research*. New York: Pergamon.
- Guy, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- GwG, Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (1991). *Richtlinien für klientenzentrierte Psychotherapie und Gesprächsführung*. (9. Aufl.). Köln: Geschäftsstelle der GwG.
- Haley, J. (1978). *Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie*. München: Pfeiffer. (Original erschienen 1963: *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton)
- Hamilton, L.K. (1971). The relationship between self-disclosure and neuroticism. *Dissertation Abstracts International*, 32, (6-B), 3635.
- Hartley, D. & Strupp, H.H. (1982). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic techniques* (pp.1-37). New Jersey: Psychoanalytic Press.
- Hart, J. (1983). *Modern eclectic therapy: A functional orientation to counseling and psychotherapy*. New York: Plenum.
- Heikkinen, Ch.A. & Wegner, K.W. (1973). MMPI studies of counselors: A review. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 275-279.
- Heinemann, W. (1979). The assessment of private and public self-consciousness: A German replication. *European Journal of Social Psychology*, 9, 331-337.
- Heinerth, K. (1981). Neuere psychotherapeutische Verfahren und ihre Indikation. In W.-R. Minsel & R. Scheller (Hrsg.), *Psychotherapie (Brennpunkte der Klinischen Psychologie)* (Bd.1, S.126-148). München: Kösel.
- Heinerth, K. (1982). Effektivität unterschiedlichen Therapeutenverhaltens: Die Auswirkungen einzelner Interventionen auf Selbstexploration und Selbsterleben von Klienten. In J. Howe (Hrsg.), *Therapieformen im Dialog* (S.55-92). München: Kösel.
- Helm, J. & Frohburg, I. (1980). Bedeutung des Verhaltenstrainings und Grenzen einer nur kenntnisvermittelnden Ausbildung in Psychotherapie. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S.200-214). Weinheim: Beltz.
- Henning, H.J. & Six, B. (1977). Konstruktion einer Machiavellismus-Skala. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 8, 185-198.
- Henrik, R. (Ed.). (1980). *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: A Meridian Book, New American Library.
- Henry, W.E., Sims, J.H. & Spray, S.L. (1973). *Public and private lives of psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Henry, W.P. (1985). The time-released placebo: A reply to Critelli and Neumann. *American Psychologist*, 40, 239.
- 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.
- Hertel, R. (1979). *Die Konfrontation in der Gesprächspsychotherapie*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Hochdörfer, B., Ludwig, K., Rhenius, D. & Lasogga, F. (1983). Zur Interaktion von Klient und Therapeut in der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 14, 177-188.
- Höder, J. (1980). Unehliches-fassadenhaftes Verhalten, psychische Beeinträchtigungen und die Auswirkungen einer chronischen Krankheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 9,

281-288.

- Hoehn-Saric, R., Frank, J.D., Imber, S.D., Nash, E.H., Stone, A.R. & Battle, C.C. (1964). Systematic preparation of patients for psychotherapy: I. Effects on therapy behavior and outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267-281.
- Hoehn-Saric, R., Liberman, B., Imber, S.D., Stone, A.R., Pande, S.K. & Frank, J.D. (1972). Arousal and attitude change in neurotic patients. *Archives of General Psychiatry*, 26, 51-56.
- Hoffmann, N. (Hrsg.). (1979). *Grundlagen kognitiver Therapie. Theoretische Modelle und praktische Anwendung*. Bern: Huber.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1987). The development of the working alliance inventory. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp.529-556). New York: Guilford.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Howe, J. (Hrsg.). (1982a). *Integratives Handeln in der Gesprächspsychotherapie. Ein Kompendium zur Kombination therapeutischer Verfahren*. Weinheim: Beltz.
- Howe, J. (Hrsg.). (1982b). *Therapieformen im Dialog. Anwendung und Integration von Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. München: Kösel.
- Huber, W. (1986). *La psychologie clinique aujourd'hui*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Ingram, R.E., Smith, T.W. & Brehm, S.S. (1983). Depression and information processing: Self-schemata and the encoding of self-referent information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 412-420.
- Iwashita, H.T. (1973). Relationship between machiavellianism, I-E Control and counseling orientation at three levels of counselor training experience. *Dissertation Abstracts International*, 34, (3-A), 1082.
- Jackson, M. & Thompson, Cl.L. (1971). Effective counselor: Characteristics and attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 18, 249-254.
- Jaeggi, E. (1979). *Kognitive Verhaltenstherapie. Kritik und Neubestimmung eines aktuellen Konzepts*. Weinheim: Beltz.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (Hrsg.). (1985). *Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Jansen, D.G., Bonk, E.C. & Garvey, F.J. (1973). MMPI characteristics of clergymen in counseling training and their relationship to supervisor *Psychological Reports*, 33, 695-698.
- Jansen, D.J., Robb, G.P. & Bonk, E.C. (1970). Characteristics of high-rated and low-rated master *Counselor Education and Supervision*, 9, 162-171.
- Jourard, S.N. (1964). *The transparent self*. New York: Van Nostrand.
- Jourard, S.N. (1971). *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. New York: Wiley.
- Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (1975). *Helping people change*. New York: Pergamon.
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G. (1980). Managing clinical change. A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419-444.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie - Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kaschak, E. (1978). Therapist and client: Two views of the process and outcome of psychotherapy. *Professional Psychology*, May, 271-277.
- Katz, M.M., Lorr, M. & Rubinstein, E.A. (1958). Remainder patient attributes and their relation to subsequent improvement in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 411-413.
- Kazdin, A.E. (1979a). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 846-851.
- Kazdin, A.E. (1979b). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment-generated expectancies. *Behavior Therapy*, 10, 81-93.
- Kazdin, A.E. (1986). Research designs and methodology. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.23-68). New York: Wiley.
- Kazdin, A.E. & Wilcoxon, L.A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758.
- Kiesler, D.J. (1969). A grid model for theory and research in the psychotherapies. In L.D. Eron & R. Callahan (Eds.), *The relation of theory to practice in psychotherapy* (S.115-145). Chicago: Aldine.
- Klapprott, J. (1974). *Eine deutschsprachige Version der Machiavellismus-Skala von Christie und Geis*. (Forschungsbericht 63). Nürnberg: Fachbereich für Wirtschaft u. Sozialwiss.
- Klein, D.F., Zitrin, C.M., Woerner, M.G. & Ross, D.C. (1983). Treatment of phobias: Behavior therapy and supportive psychotherapy: Are there any special ingredients? *Archives of General Psychiatry*, 40, 139-145.
- Kleiter, E.F. (1981). *K-Micro-Stat 1. BASIC-Statistik-Programm-System für Micro-Computer*. Wiesbaden: Gediga.
- Kleiter, E.F. (1982a). *Zusatz-Programme zu K-Micro-Stat 1*. Wiesbaden: Gediga.
- Kleiter, E.F. (1982b). *Einführung in K-Micro-Stat. Band 1: Überblicke, Daten-Eingabe und Beispiele*. Wiesbaden: Verlag der Natic.
- Klopfer, B. & Davidson, H.H. (1960). *The Rorschach method of personality diagnosis - Individual record blank* (Revised Edition). New York: Harcourt, Brace & World.
- Kristof, W. (1958). Statistische Prüfverfahren zur Beurteilung von Testprofilen. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 5, 520-533.
- Kriz, J. (1985). *Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Krohne, H.W. (1973). Untersuchungen mit einer deutschen Form der Repression-Sensitization-Skala. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 3, 238-261.
- Kuhl, J. (o.J.). *Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle (HAKEMP)*. O.O.
- Kurtz, R.R. & Grummon, D.L. (1972). Different approaches to the measurement of empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 106-115.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1983). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. In C.E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology* (Vol.1, pp.205-241). Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin.
- Lambert, M.J. & DeJulio, S.S. (1978). The relative importance of client, therapist, and technique variables as predictors of psychotherapy outcome: The place of therapist "non-specific" factors. (zitiert in Beutler, 1983)
- Lambert, M.J., DeJulio, S.S., & Stein, D.M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendation for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.157-211). New York: Wiley.
- Landman, J.T. & Dawes, R.M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass. *American Psychologist*, 37, 504-516.
- Lang, H. (Hrsg.) (1990). *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Larbig, W. (1983). Psychoanalytische Konzepte der Therapeut-Klient-Beziehung. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung* (S.98-113). Weinheim: edition psychologie.

- Lazarus, A.A. (1971). Where do behavior therapists take their troubles? *Psychological Reports*, 28, 349-350.
- Lazarus, A.A. (1978). *Verhaltenstherapie im Übergang. Breitbandmethoden für die Praxis*. München: Reinhardt. (Original erschienen 1971: Behavior therapy and beyond. New York: McGraw-Hill).
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U. & Huttanus, A. (1990). Bedeutung und Verständnis der Lehranalyse in der Individualpsychologie. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 15, 17-31.
- Lehner, G.F.J. (1954). Negative practice as a psychotherapeutic technique. Reprinted in H.J. Eysenck (Ed.) (1960), *Behavior Therapy and the Neuroses*. Oxford: Pergamon Press.
- Leistikow, J. (1977). Voraussetzungen, Methoden und Ergebnisse einer Interaktionsanalyse in der klientenzentrierten Kinderpsychotherapie. In F. Petermann (Hrsg.), *Methodische Grundlagen der Klinischen Psychologie* (S.193-211). Weinheim: Beltz.
- Levant, R.F. & Shlien, J.M. (Eds.). (1984). *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research, and practice*. New York: Praeger.
- Liberman, D.L., Frank, J.D., Hoehn-Saric, R., Stone, A.R., Imber, S.D. & Pande, S.K. (1972). Patterns of change in treated psychoneurotic patients: A 5-year follow-up investigation of the systematic preparation of patients for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 36-41.
- Lick, J.R. & Bootzin, R. (1975). Expectancy factors in the treatment of fear: Methodological and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, 82, 917-931.
- Lietaer, G. & Neirinck, M. (1986). Client and therapist perceptions of helping processes in client-centered/experiential psychotherapy. *Person-Centered Review*, 1, 436-455.
- Linsenhoff, A., Bastine, R. & Kommer, D. (1982). Schulenübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Methodenintegration in der Psychotherapie* (S.113-134). Paderborn: Junfermann.
- Linster, H. & Panagiotopoulos, P. (1990). Supervision in der klientenzentrierten Psychotherapieausbildung. In H. Pühl (Hrsg.), *Handbuch der Supervision* (S.82-97). Berlin: Edition Marhold.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. & DeRubeis, R.J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Luborsky, L. & Spence, D.P. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In A.E. Bergin & L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp.408-438). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Barber, J.P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 281-287.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H. & Cohen, J. (1971). A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A.Th., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, St. & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

- Lutz, R. & Kretschmer, P. (1981). Anamnese, Exploration, Interview: Zur Psychologie der Gesprächsführung. In E.R. Rey (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (S.29-38). Stuttgart: Fischer.
- Mahoney, M.J. (1979). *Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrations-schritte*. (2.Aufl.). München: Pfeiffer. (Original erschienen 1974: *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger)
- Marmar, Ch.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S. & Marziali, E. (1987). The development of the therapeutic alliance rating system. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psycho-therapeutic process: A research handbook* (pp.367-390). New York: Guilford.
- Matarazzo, R.G. & Patterson, D. (1986). Research on the teaching and learning of therapeutic skills. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.821-843). New York: Wiley.
- Mathews, B. (1988). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A survey of therapists. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 521-531.
- Mathies, H. & Fittschen, B. (1974). *Klientenzentrierte Gruppentherapie. Ein Vergleich mit analytischer und verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie anhand von Prozeß- und Erfolgsmerkmal* Unveröff. Manuskript, Universität, Hamburg.
- Maynard, P.E. (1976). Group training for counselors - A one-year follow-up. *Counselor Education and Supervision*, 15, 225-228.
- McNamara, J.R. (1986). Personal therapy in the training of behavior therapists. *Psychotherapy*, 23, 370-374.
- Mehrabian, A. & Wiener, M. (1967). Decoding of inconsistent communications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 109-114.
- Meichenbaum, D.W. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg. (Original erschienen 1977: *Cognitive-behavioral modification*. New York: Plenum)
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- Mente, A. & Spittler, H.-D. (1980). *Erlebnisorientierte Gruppenpsychotherapie (2 Bände)*. Paderborn: Junfermann.
- Merz, J. (1986). SAF: Fragebogen zur Messung von dispositioneller Selbstaufmerksamkeit. *Diagnostica*, 32, 142-152.
- Meschke, H. (1982). *Das interpersonale Urteil als Meßinstrument für die differentielle Psychotherapieforschung*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Meyer, A.-E. (1990). Wodurch wirkt Psychotherapie? In H. Lang (Hrsg.), *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (S.179-188). Berlin: Springer.
- Meyer, A.-E. (Ed.). (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychotherapie und Psychosomatik*, 35, 77-207.
- Miller, G.A., Galanter, E. & Pribram, K.H. (1973). *Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens*. Stuttgart: Klett.
- Miller, W.R., Taylor, C.A. & West, J.C. (1980). Focused versus broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.
- Mills, D.H. & Abeles, N. (1965). Counselor needs for affiliation and nurturance as related to liking for clients and counseling process. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 353-358.
- Minsel, W.R. (1974). *Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Wien: Böhlau.
- Minsel, W.-R. (1970). *Überprüfung der Effekte von client-centered psychotherapeutischen Gesprächen mit psychoneurotischen Klienten*. Unveröff. Diss., Psychologisches Institut III der Universität, Hamburg.
- Mintz, J. & Luborsky, L. (1971). Segments versus whole sessions: Which is the better unit for psychotherapy process research? *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 180-191.
- Mintz, J., Luborsky, L. & Auerbach, A.H. (1971). Dimensions of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 106-120.

- Mitchell, K.M. & Berenson, B.G. (1970). Differential use of confrontation by high and low facilitativ therapists. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 37, 437-442.
- Mitchell, K.M., Bozarth, J.D. & Krauft, C.C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.482-502). New York: Pergamon.
- Mittag, O. (1982a). Der Fragebogen zur Erfassung von perzipiertem Therapeutenverhalten (FEPT). *Informationsblätter der GwG*, Nr.4 51-55.
- Mittag, O. (1982b). Der Fragebogen zur Erfassung von perzipiertem Klientenverhalten (FEPK). *Informationsblätter der GwG*, Nr.4 56-59.
- Mittag, O. (1983). Patients' and therapists' perception of each other's in-therapy behavior. A contribution to patient-therapist matching. In W.-R. Minsel & W. Herff (Eds.), *Methodology in psychotherapy research* (pp.75-85). Frankfurt: Lang.
- Mittag, O. (1985). Die Klassifikation von Therapeuten und Patienten nach ihrem perzipierten Interaktionsverhalten in psychotherapeutischen Anfangskontakten ... Unveröff. Diss., Psychologisches Institut der Universität, Trier.
- Mittag, O. (1987). Die Klassifikation von Therapeuten und Patienten nach ihrem perzipierten Interaktionsverhalten in psychotherapeutischen Anfangskontakten ... (Kurzfassung der unveröff. Diss.). *GwG Zeitschrift*, 69, 63-65.
- Moos, R. & McIntosh, S. (1970). Multivariate study of the patient-therapist system: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 298-307.
- Morris, R.J. & Magrath, H. (1983). The therapeutic relationship in behavior therapy. In M.J. Lambert (Ed.), *A Guide to Psychotherapy and patient relationships* (pp.154-189). Homewood, Il.: Dow Jones-Irwin.
- Morris, R.J. & Suckerman, K.R. (1974). The importance of the therapeutic relationship in systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 148.
- Moustakas, C.E. (1956). An objective method for measurement and analysis of child-adult interaction. *Child Development*, 27, 109-134.
- Moustakas, C.E. & Schalock, H.D. (1955). An analysis of therapist-child interaction in play therapy. *Child Development*, 26, 143-157.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic Apperception Test - Manual*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nacht, S. (1962). The curative factors in psychoanalysis II. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 206-211.
- Nash, E.H., Hoehn-Saric, R., Battle, C.C., Stone, A.R., Imber, S.D. & Frank, J.D. (1965). Systematic preparation of patients for short term psychotherapy: II. Relation to characteristics of patient, therapist, and the Psychotherapeutic process. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 140, 373-383.
- Neidhardt, H. (1978). *Klientenverhalten in Anfangskontakten - Niveaus und Verläufe der Prozeßvariablen "Selbstexploration im Extremgruppenvergleich erfolgreicher und wenige"*. Unveröff. Dipl.Arbeit., Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Norcross, J.C. (Ed.). (1986). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Norcross, J.C. & Thomas, B.L. (1988). What's stopping us now? Obstacles to psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 74-80.
- Oberneder, J. (1979). *Zur Bedeutung machiavellistischer Einstellungen im Bereich der Klinischen Psychologie. Ein Vergleich von Studenten verschiedener Studienrichtungen*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New York: Wiley.

- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. In A.M. Brodsky & R.T. Hare-Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy* (pp.3-34). New York: Guilford.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986a). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.311-381). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1987). A generic model of process in psychotherapy. In W.Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research. Selected papers from the 2nd European Conference on Psychotherapy Research* (pp.445-458). Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires.
- Palmer, J.O. (1980). *A primer of eclectic psychotherapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Park, L.C. & Covi, L. (1965). Non-blind placebo trial: An exploration of neurotic patients. *Archives of General Psychiatry*, 12, 336-345.
- Parloff, M.B. (1984). Psychotherapy research and its incredible credibility crisis. *Clinical Psychology Review*, 4, 95-109.
- Parloff, M.B. (1986). Frank. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 521-530.
- Passons, W.R. & Olsen, L.C. (1969). Relationship of counselor characteristics and empathic sensitivity. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 440-445.
- Patterson, C.H. (1983). A client-centered approach to supervision. *Counseling Psychologist*, 11, 21-25.
- Patterson, C.H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- Patterson, C.H. (1985). *The therapeutic relationship: Foundations for an eclectic psychotherapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Paul, G.L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Peterson, Ch. & Seligman, M.E.P. (1984). Hilflosigkeit, Attributionsstil und Depression. In F.E. Weinert & R.H. Kluwe (Hrsg.), *Metakognition, Motivation und Lernen* (S.164-192). Stuttgart: Kohlhammer.
- Petzold, H. (Hrsg.). (1982). *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Pierce, R.M. & Schauble, P.G. (1970). A note on the role of facilitative responsibility in the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 250-253.
- Pierce, R.M. & Zarle, T.H. (1972). Differential referral to significant others as a function of interpersonal effectiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 230-232.
- Pierce, R.M., Carkhuff, R.R. & Berenson, B.G. (1967). The differential effects of high and low functioning counselors upon counselors-in-training. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 212-215.
- Plog, U. & Grawe, K. (1976). Zur differentiellen Indikation von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie bei Patienten mit schweren Phobien. In P. Jankowski, D. Tscheulin, J.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Bericht über den 1. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie in Würzburg 1974* (S.225-236). Göttingen: Hogrefe.
- Pongratz, L.J. (1975). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Psychologische Grundlagen der Psychotherapie*. (2., durchgesehene Aufl.; 1.Aufl. erschien 1973). Göttingen: Hogrefe.
- Pope, B. (1977). Research on therapeutic style. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.356-394). New York: Pergamon.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

- Rappaport, J. & Chinsky, J.M. (1972). Accurate empathy: Confusion of a construct. *Psychological Bulletin*, 77, 400-404.
- Rausch, H.L. (1965). Interaction sequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 487-499.
- Razin, A.M. (1977). The A-B variable: Still promising after twenty years? In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.291-324). New York: Pergamon.
- Reinecker, H. (1986). Grundlagen verhaltenstherapeutischer Methoden. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.), *Verhaltenstherapie. Theorien und Methoden* (S.43-63). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).
- Reisman, J.M. (1971). *Toward the integration of psychotherapy*. New York: Wiley.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology, a study of science* (Vol.3; pp.184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1963). Psychotherapy today or where to we go from here? *American Journal of Psychotherapy*, 17, 5-16.
- Rogers, C.R. (1965). The therapeutic relationship: recent theory and research. *American Journal of Psychology*, 17, 95-108.
- Rogers, C.R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett. (Original erschienen 1961: On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin)
- Rogers, C.R. (1974). *Encounter-Gruppen*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. (1976). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut und Klient*. München: Kindler.
- Rogers, C.R. (1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett.
- Rogers, C.R. (1983a). Klientenzentrierte Psychotherapie. In R.J. Corsini (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (Bd.1, S.471-512). Weinheim: Beltz. (Orig. ersch. 1980: In H. Kaplan, B.J. Sadock & A.M. Freeman, Eds.: *Comprehensive textbook of psychiatry*, III, pp. 2153-2168. "Client-centered psychotherapy". Baltimore: Williams)
- Rogers, C.R. (1983b). Researching person-centered issues in education. In C.R. Rogers, *Freedom to learn for the 80* Columbus, Ohio: Merrill.
- Rogers, C.R. (1985). Reactions to Gunnison. *Journal of Counseling and Development*, 63, 565-566.
- Rogers, C.R. & Wood, J.K. (1977). Klientenzentrierte Theorie. In C.R. Rogers, *Klient und Therapeut* München: Kindler. (S.113-141). (Original erschienen 1974: The changing theory of client-centered therapy. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality*. New York: Brunner)
- Rogers, C.R. & Wood, J.K. (1983). Klientenzentrierte Theorie. In C.R. Rogers, *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* Frankfurt: Fischer Taschenbuch. (S.131-165). (Original erschienen 1974 in A. Burton, *Operational theories of personality*)
- Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J. & Truax, Ch.B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. New York: Basic Book.
- Rosen, A. (1972). The treatment relationship: A conceptualization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 329-337.
- Rosen, A. & Wish, E. (1973). Behaviorally specific variables for managing the therapeutic relationship. In American Psychological Association (Ed.), *Proceedings of the 81st Annual Convention 1973* (8, pp.485-486). Washington: APA.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung - Untersuchungen zum Zustandekom-*

- men, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien* (Unter Mitarbeit von T. Grande & U. Porsch). Berlin: Springer.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 20 (4), 187-200.
- Sachse, R. (1984). Vertiefende Interventionen in der klientenzentrierten Psychotherapie. *Partnerberatung*, 2/3, 106-113.
- Sachse, R. (1986a). Selbstentfaltung in der Gesprächspsychotherapie mit vertiefenden Interventionen. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5, 183-193.
- Sachse, R. (1986b). *Klientenzentrierte Psychotherapie: Eine Interventionskonzeption*. Kurseinheit "Gesprächspsychotherapie" der Fern-Universität Hagen.
- Sachse, R. & Maus, C. (1987). Einfluß differentieller Bearbeitungsangebote auf den Explizierungsprozeß von Klienten in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 75-86.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachs, J.S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 557-564.
- Saltzman, C., Luetgert, M.J., Roth, C.H., Creaser, J. & Howard, L. (1976). Formation of therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 546-555.
- Sartre, J.-P. (1962). *Das Sein und das Nichts*. Hamburg: Rowohlt. (Original erschienen 1943: *L'être et le néant*. Paris: Gallimard)
- Sattler, J.M. (1977). The effects of therapist-client racial similarity. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.252-290). New York: Pergamon.
- Sauter, F. (1983). Gemeinsamkeiten in den therapeutischen Sichtweisen von Schule und Unterricht. In F. Sauter (Hrsg.), *Psychotherapie der Schule* (S.187-204). München: Kösel. (S.187-204).
- Schauble, P.G. & Pierce, R.M. (1974). Client in-therapy behavior: A therapist guide to progress. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 229-234.
- Schelp, T. & Kemmler, L. (1988). *Emotion und Psychotherapie - Ein kognitiver Beitrag zur Integration psychotherapeutischer Schulen*. Bern: Huber.
- Schmidbauer, W. (1972). Zur Frage der Lehranalyse. *Dynamische Psychiatrie*, 5, 22-34.
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Nerufe*. Hamburg: Rowohlt.
- Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Schulz, W. (1981). Klassifikation und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. In W.-R. Minsal & R. Scheller (Hrsg.), *Psychotherapie* (S.184-207). München: Kösel. (S.184-207).
- Schwab, R. & Tönnies, S. (1984). Klientenzentrierte Einzelpsychotherapie und personenzentrierte Gesprächsgruppen - Neuere Forschungsergebnisse und Entwicklungen. In U. Baumann, H. Beralk & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis* (Bd.6, S.133-166). Bern: Huber.
- Schwartz, H.-J. (1975). *Bedingungen des Behandlungseffekts in Anfangsgesprächen*. Unveröff. Diss., Psychologisches Institut der Universität, Hamburg.
- Scobel, W.A. (1989). *Was ist Supervision?* (2.Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seeman, J. (1949). A study of the process of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13, 157-168.
- Segal, H. (1962). The curative factors in psychoanalysis, III. *International Journal of Psycho-*

- Analysis*, 43, 212-217.
- Shapiro, D.A. (1987). Meta-Analysis of psychotherapy outcomes. In W.Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research. Selected papers from the 2nd European Conference on Psychotherapy Research* (pp.729-746). Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires.
- Shapiro, J.L. & Gust, T. (1974). Counselor training for facilitative human relationships. *Counselor Education and Supervision*, 13, 198-206.
- Shoben, E.J. (1949). Psychotherapy as a problem in learning theory. *Psychological Bulletin*, 46, 366-392.
- Simenauer, E. (1984). Aktuelle Probleme der Lehranalyse. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 38, 289-306.
- Simonson, N.R. (1976). The impact of therapist disclosure on patient disclosure. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 3-6.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K. (1981). *Analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Enke. (Original erschienen 1975: Psychotherapy versus behavior change. Cambridge, Mass: Harvard University Press)
- Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977). Meta-Analysis of psychotherapy: Outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Snyder, C.R., Higgins, R.L. & Stucky, R.J. (1983). *Excuses: Masquerades in search of grace*. New York: Wiley.
- Spreen, O. (1963). *MMPI Saarbrücken*. Bern: Huber.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A. & Elliott, R. (1986). "Are All Psychotherapies Equivalent?" *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Stone, A.R., Frank, J.D., Nash, E.H. & Imber, S.D. (1961). An intensive five-year follow-up study of treated psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 410-421.
- Strupp, H.H. (1958a). The psychotherapist. *Behavioral Science*, 3, 34-67.
- Strupp, H.H. (1958b). The performance of psychiatrists and psychologists in a therapeutic interview. *Journal of Clinical Psychology*, 14, 219-226.
- Strupp, H.H. (1973a). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- Strupp, H.H. (1973b). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 13-15.
- Strupp, H.H. (1973c). *Psychotherapy: Clinical research and theoretical issues*. New York: Aronson.
- Strupp, H.H. (1974). "Spontaneous remission" and the nature of the therapeutic influence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 389-393.
- Strupp, H.H. (1977). A reformulation of the dynamics of the therapist In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.1-22). New York: Pergamon.
- Strupp, H.H. (1981). Toward the refinement of time-limited dynamic psychotherapy. In S.H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy* (pp.219-242). New York: Guilford.
- Strupp, H.H. (1986). The nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness: A current assessment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 513-520.
- Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1985). *Psychotherapy in an new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Strupp, H.H., Wallach, M.S. & Wogan, M. (1964). Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists. *Psychological Monographs*, 78,

- Whole No.588.
- Sundland, D.M. (1977). Theoretical orientations of psychotherapists. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.189-219). New York: Pergamon.
- Tausch, R. (1973). *Gesprächspsychotherapie* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. (1974). *Gesprächspsychotherapie* (6. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. (1977). Förderliche Dimensionen in zwischenmenschlichen Beziehungen: Prüfung der theoretischen Annahmen von Carl Rogers im Schulunterricht, Familienerziehung, Gesprächspsychotherapie und Encountergruppen. In W.H. Tack (Hrsg.), *Bericht über den 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Regensburg 1976* (Bd.2, S.107-118). Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. (1980). Von der Gesprächspsychotherapie zu personenzentrierten Lebensformen. W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Kongreßbericht* (Bd.1, S.207-229). Tübingen: DGVT und Köln: GwG.
- Tausch, R. (1981). Empirische Prüfung der Theorie förderlicher Beziehungen und Prozesse in personenzentrierten Gruppenpsychotherapien. *Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik*, 6, 8-21.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1979). *Erziehungspsychologie. Begegnungen von Person zu Person* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1981). *Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben* (8. erg. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Teegen, F. (1977). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.), *Kongreßbericht Berlin 1976* (Sonderheft II/1977 der "Mitteilungen der DGVT"). Tübingen: DGVT.
- Textor, M.R. (1988). Eklektische und Integrative Psychotherapie: Fünf Bewegungen zur Überwindung der Vielzahl von Therapieansätzen. *Psychologische Rundschau*, 39, 201-211.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie - Grundlagen* (Bd.1). Berlin: Springer.
- Thompson, C.W. (1973). A study of the effects of therapist self-disclosure on the therapist-client relationship. *Dissertation Abstracts International*, 34, (4-B), 1764.
- Tönnies, S. (1982). *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*. Weinheim: Beltz.
- Tönnies, S. (1983). *Entwicklung von Zusatzskalen zum Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene*. Arbeiten aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, 56.
- Tönnies, S. & Tausch, R. (1980). Dimensionen des Elternverhaltens und Merkmale der seelischen Gesundheit ihrer Kinder im Erwachsenenalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 27, 129-137.
- Trautmann, B. (1984). *Einfluß therapeutischer Interventionen auf die Selbstexploration von Klienten*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Truax, Ch.B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.
- Truax, Ch.B. & Carkhuff, R.R. (1965). Client and therapist transparency in the psychotherapeutic encounter. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 3-9.
- Truax, Ch.B. & Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training & practice*. Chicago: Aldine.
- Truax, Ch.B. & Mitchell, K.M. (1977). Forschungsergebnisse über den Zusammenhang zwischen Therapeuteneigenschaften ("interpersonal skills") und Therapieverlauf, bzw. -erfolg. In F. Petermann & C. Schmook (Hrsg.), *Ergebnisse der Klinischen Psychologie* (S.271-338). Bern: Huber. (Original erschienen 1971: In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley)

- Truax, Ch.B., Carkhuff, R.R. & Douds, J. (1964). Toward an integration of the didactic and experiential approaches to training in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 11, 240-247.
- Truax, Ch.B., Carkhuff, R.R. & Kodman, F. (1965). Relationships between therapist offered conditions and patient change in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 327-329.
- Tscheulin, D. (1972). *Ausbildung in Therapeutischem Basisverhalten*. Unveröff. Diss., Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Tscheulin, D. (1980c). Das integrative Ausbildungsmodell - Die Verbindung von didaktischen und therapeutischen Zielsetzungen bei der Ausbildung in Therapeutischem Basisverhalten. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S.215-228). Weinheim: Beltz.
- Tscheulin, D. (1980d). Für und Wider die Methodenintegration in der Psychotherapie. In W. Schulz & M. Hautzinger (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (Bd.1, S.57-65). Tübingen/Köln: DGVT/GwG.
- Tscheulin, D. (1980f). *Über das Vorkommen machiavellistischer Einstellungen bei Psychologie- und Medizinstudenten*. Unveröff. Arbeitspapier, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Tscheulin, D. (1985). *Konfrontation als Technik in der Differentiellen Gesprächspsychotherapie*. Unveröff. Manuskript, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Tscheulin, D. & Büttner, G. (1985). *Zum Problem der Unterscheidung zwischen aktionsbezogenen und selbstbezogenen Personen*. Unveröff. Arbeitspapier, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Tschuschke, V. (1989). Wirksamkeit und Erfolg in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 25, 60-78.
- Tschuschke, V. (1990). Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie: Ein Problem der Einzelpsychotherapie oder auch der Gruppenpsychotherapie? In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.) (1990), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (S.243-271). Berlin: Springer.
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.) (1990). *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* Berlin: Springer.
- Van Quekelberghe, R. (1979). *Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitiv-psychologischer Grundlegung psychologischer Therapien*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Van der Veen, F. (1967). Basic elements in the process of psychotherapy: A research study. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 295-303.
- Van der Veen, F. (1983). Das Zwiegespräch ("Dialoguing"). Regeln und Fertigkeiten für ein konstruktives Miteinander in engen persönlichen Beziehungen. In D. Tscheulin (Hrsg.), *Beziehung und Technik in der in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie* (S.109-121). Weinheim: Beltz.
- Van der Veen, F. & Stoler, N. (1965). Therapist judgments, interview behavior and case outcome. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2, 158-163.
- Viney, L.L. (1971). Anxiety as a function of self-evaluation and related feedback. *Personality*, 2, 204-217.
- Vogues, I. (1968). *Überprüfung von Ratingskalen zur Erfassung des Therapeuten- und Klientenverhaltens*. Unveröff. Dipl.Arbeit, Psychologisches Institut III der Uni., Hamburg.
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Waskow, I.E. (1984). Specification of the technique variable in the NIMH treatment of depression collaborative research program. In J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* (pp.150-159). New York:

- Guilford.
- Waterhouse, G.J. & Strupp, H.H. (1984). The patient-therapist relationship. Research from psychodynamic perspective. *Clinical Psychology Review*, 4, 77-92.
- Watkins, C.E. (1990). The effects of counselor self-disclosure: A research review. *Counseling Psychologist*, 18, 477-500.
- Watson, N. (1984). The empirical status of Rogers's hypotheses of the necessary and sufficient conditions for effective psychotherapy. In R.F. Levant & J.M. Shlien (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New Directions in theory, research, and practice* (pp.17-40). New York: Praeger.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (1969). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Whitehorn, J.C. & Betz, B. (1954). A study of psychotherapeutic relationship between physicians and schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 3, 321-331.
- Whiteley, J.M., Sprinthall, N.A., Mosher, R.L. & Donaghy, R.T. (1967). Selection and evaluation of counselor effectiveness. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 226-234.
- Wicklund, R.A. (1978). Objective Self-Awareness. In L. Berkowitz (Ed.), *Cognitive theories in Social Psychology* (p.465-507). New York.
- Wicklund, R.A. (1979). Selbstzentrierte Aufmerksamkeit, Selbstkonsistenz und Moralität. In L. Montada (Hrsg.), *Brennpunkte der Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wiesehöfer, A. (1984). *Konstruktive Konfrontation und Klientengesprächsverhalten in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie*. Unveröff. Dipl. Arbeit., Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Wilkins, W. (1979a). Expectancies in therapy research: Discriminating among heterogeneous nonspecifics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 837-845.
- Wilkins, W. (1979b). Heterogeneous referents, indiscriminate language, and complementary research purposes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 856-859.
- Wilkins, W. (1983). Failure of placebo groups to control for nonspecific events in therapy outcome research. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 31-40.
- Wilson, G.T. (1985). Praktische Probleme und Verfahren der angewandten Verhaltenstherapie. In C.M. Franks et al., *Jahresüberblick der Verhaltenstherapie. Theorie und Praxis. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. (Bd.7) Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. (Original erschienen 1983: Annual review of behavior therapy. Theory and practice, Vol.9. New York: Guilford)
- Wilson, G.T. & Evans, I.M. (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy. A handbook of research* (pp.544-565). Oxford: Pergamon Press.
- Wißner, S. (1981). *Die Wirkung von Konfrontation auf den Therapieprozeß und Therapieerfolg bei handlungsbezogenen und selbstreflexiven Klienten*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Psychologisches Institut der Universität, Würzburg.
- Wittmann, W.W. (1984). Die Evaluation von Behandlungs- und Versorgungskonzepten. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive* (S.87-107). Göttingen: Hogrefe.
- Wittmann, W.W. (1987). Meta-Analysis of german psychotherapy outcome studies: The importance of research-quality. In W. Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research. Selected papers from the 2nd European Conference on Psychotherapy Research* (p.770-787). Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires.
- Wittmann, W.W. & Matt, G.E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40.
- Wogan, M. (1970). Effect of therapist-patient personality variables on therapeutic outcome.

- Journal of Consulting Psychology*, 35, 356-361.
- Wolowitz, H.M. (1975). Therapist warmth: Necessary or sufficient condition in behavioral desensitization? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 584.
- Wolpe, J. & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon.
- Woody, R.H. (1971a). *Psychobehavioral counseling and therapy*. New York: Appleton.
- Woody, R.H. (1971b). Self-understanding seminars: The effects of group psychotherapy in counselor training. *Counselor Education and Supervision*, 10, 113-119.
- Yalom, I.D. (1974). *Gruppenpsychotherapie - Grundlagen und Methoden - Ein Handbuch*. München: Kindler. (Amerik. Original 1970: "The theory and practice of group psychotherapy" in New York im Verlag Basic Books)
- Zaslow, R.W. (1983). Z-Prozeß-Beziehungstherapie. In R.J. Corsini (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (Bd.2, S.1450-1473). Weinheim: Beltz. (Orig. erschienen 1981: In R.J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies*. "Z-Process attachment therapy". Chichester: Wiley)
- Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. & Munoz, R.F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, and cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.
- Zielke, M. (1979a). *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zielke, M. (1979b). *Die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL)*. Weinheim: Beltz.
- Zielke, M. (1980). Untersuchung der Gütekriterien des Klienten-Erfahrungs-Bogens (KEB). *Diagnostica*, 26, 57-73.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Manual)*. Weinheim: Beltz.
- 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. (1983c). Therapie-Ausbildung und therapeutische Beziehung. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S.283-288). Weinheim: edition psychologie.
- Zimmer, D. (Hrsg.). (1983a). *Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim: edition psychologie.

Sachregister

- Abgrenzung 5
- Abstinenzregel 61
- Abwehr-Stil 41, 48, 119
- Achtung vor der persönlichen Eigenart 69
- Aktions- und selbstbezogene Personen (s.a. Klienten) 124ff, 144
- Aktivationsmodell, s. Modell, dynamisches
- Aktive Anteilnahme 67
- Aktivierung von Erleben 32
 - s.a. Erlebnissteigerung 56, 110
- Aktivierung von Verhalten 32
- Aktivitätssteigerung 109
- Aktivität von Therapeuten 157
- Akzeptationsbreite 40, 59
 - Begriff 67ff
- Akzeptieren 26, 67
- Alternatives Denken 46
- Altruismus 4, 5
- Amplifikation 56
- Angst bei Therapeuten 91
- Angst und Diskrepanzen 108
- Angstreduktion 163
- Anleitung 5
- Äquifinalität 31
- Arbeitsbündnis 60, 68
- Attraktivität, psychologische 12
- Attunement 67
- Audio/Video/Gruppenfeedback 45
- Aufgaben-Setzen 103, 114
- Ausagieren 41
- Ausbildung
 - in Interventionsmethodik 79
 - in Therap.Basisverhalten 96
 - Integratives -skonzept 83
- Äußerungsbereitschaft (Therapeut) 64, 80
 - s. Offenheit von Therapeuten
 - Intim-Grade der 83
 - und Beratereffektivität 82
 - und Selbstexploration (Klient) 82
- Autogenes/Biofeedback Training 46
- Aversive Konditionierung 45
- Basisvariablen (Begriff) 71
- Bearbeitungsangebot des Therapeuten 153
- Bearbeitungsweisen des Klienten 153
- Bedingungen, therapeutische 60
- Bedürfnisbefriedigung (Therapeut) 84, 86
 - und Ausbildung 90
- Beeinflußbarkeit 12
- Behandlungsbeziehung 62
- Bejahung, gegenseitige 67
- Beobachtersituation 65
- Beratungsklima 82
- Beruflicher Status von Therapeuten 75
- Berufserfahrung 95
- Beruhigen (Reassurance) 46
- Bewältigungsstil 42
- Bewegung des Klienten 58
- Beziehung
 - (Begriffsbedeutung) 50
 - sfaktoren (Begriff) 55
 - Art der Beziehung 10, 51
 - interpersonale 32, 39, 40
 - Kind-Eltern 25, 39, 51
 - Klient-Therapeut 39, 78, 158
 - konstruktive 55
 - Kontinuität der 58
 - Kontrolle über 24
 - Operationalisierung von 8, 70
 - Partnerbeziehung 39
 - psychonoxische 9, 51
 - reziprok-komplementäre 64, 143
 - Rollenbeziehung 39
 - Schüler-Lehrer 39, 51
 - therapeutische 7, 11, 15, 26, 50, 79
 - und Lebenswichtigkeit 31
 - und Situation 9
 - und Technik 43, 47, 49, 51, 57, 158
- Beziehungsangebot (Therapeut) 69
- Bezugsrahmen, innerer (Klient) 66
- Blickkontakt 56
- Change agents 59
 - s.a. Wirkfaktoren
- Charakterstörungen 41
- Clusteranalysen bei Quasi-Klienten 123
- Common factors 5, 36
- Demoralization 13
- Depression 152, 156
- Depressivität bei Therapeuten 91

- Desensibilisierung, Systematische 13, 16,
17, 42, 49, 56, 68
- Deuten der Übertragung 45
- Differentielle Gesprächspsychotherapie
99ff
- Differentielle Psychotherapie 48, 52, 158
bei aktions-/selbstbezogenen Klienten
132ff, 140
Begriff 40, 56
Begriffsbedeutung 41
Definition 37
Thesen 114
und komplementäre Beziehung 144
Ziel 114
- Differentielle Therapieeffekte 132
- Differentielle Verstärkung 100
- Diskrepanz
zwischen Selbst und Soll-Standard 107
- Diskriminationslernen 46
- Doppelbindung
pathologische 25, 26
therapeutische 21, 26, 30, 31
- Dosis Therapie 13
- Dysphorische Störungen (Therapeut) 91,
92
- Echtheit, s. Realitätsoffenheit
- Effekte, differentielle 4, 162
- Effektstärke 4
- Eigenaktivität fördern 103
- Eigentherapie 75, 78, 94-96
in der Ausbildung 95
und therapeutische Effizienz 95
- Eigenverantwortlichkeit akzeptieren 5
- Einflößen von Hoffnung 4
- Einführung 65
- Einsicht 3-5, 21, 23, 33, 155, 163
- Einstellung, permissive 68
- Einzel- oder Zweistuhl Dialog 45
- Eklektische Psychotherapie 43
- Eklektizismus
präskriptiver 36, 43
technischer 43
- Emotionale Wärme 68
- Empathie 7, 40, 66, 81, 85, 95
s.a. Personenbezogenheit
- Empathischer Resonanz 64
- Encounter-Gruppe 150
- Encounter-Therapie 42
- Entspannen/Atmen 46
- EPI 119-121, 123, 167, 168, 177
- EPPS 84, 177
- Erfahren von Offenheit 5
- Erfolgs- und Mißerfolgsattribution
127ff, 177
- Erfolgs- und Mißerfolgsattribution
127ff, 177
- Erlebnisintensivierung 56
- Erlebnissteigerung 110
- Erstickungsangst 27
- Erwartungen
Erfolgserwartung 58
Übereinstimmung zwischen Kl.u.Th. 12
von Klienten 12, 31, 49
von Therapeuten 12
- Ethnische Gruppenzugehörigkeit
(Therapeut) 74
- Etikettieren 42
- Facilitative responsibility 69
- Fallbeispiel: Erstickungsangst 27ff
- Flucht in die Aktivität 110
- Focusing 45, 56, 144
- FPI 119-121, 123, 151, 167, 168, 177
- Fragen (als Technik) 45
- Freie Assoziation 45
- Freies Phantasieerleben 45
- Fürsorgebedürfnis, s. Personale Nähe
- Gegenkonditionierung 46
- Gegenmanöver 27
- Gegenübertragung 61
- Geschlecht von Therapeuten 74
- Gesetzmäßigkeit von Psychotherapie 143
- Gesprächspsychotherapie 3, 21, 23, 31,
41, 59f, 66, 69, 78, 83, 95f, 109
als Beziehungstherapie 147
differentielle 48, 143, 151, 153
klassische 22, 47, 143, 152
- Gesprächsverhalten von Klienten
bei aktions- und selbstbezogenen
Klienten 146
und Konfrontation 145

- Gestalttherapie 42, 150
 Glaubwürdigkeit, s. Realitätsoffenheit
 Grundausbildung 96
 Grundelemente, s. Wirkfaktoren
 Grundlagen-Funktion 58
 Gruppentherapie vs. Einzeltherapie 48
 GT (Gießen-Test) 151, 177
 HAKEMP 124, 177
 Haltung, diagnostizierende 145
 Handlungsanweisungen 114
 Handlungsaufforderung 25
 Hausaufgaben (Enactment) 45
 Heilbehandlung 56
 Heilfaktoren
 die 12 nach Yalom 4
 in der Gruppentherapie 4
 psychoanalytische 8
 Hier-und-Jetzt 67
 Hilfflosigkeit 13, 17, 56, 61
 Hoffnung auf Besserung 5, 12
 Hoffnungslosigkeit 13
 Hypnose 17, 46
 Hypnotherapie 46
 Hysterischer Kopfschmerz 17, 24
 Identifikation 5
 Identifikation mit Therapeuten 65
 IESVF 124, 127, 128, 177
 Illusion der Alternativen 25
 Indikation 153, 156
 adaptative 4, 42
 differentielle V, 4, 42
 Klient-Therapeut-Dyaden 156
 Indikationsaussagen 143
 Individualpsychologie 42, 95
 Informationsanalyse, multivariate 33
 Informieren 46
 Inhaltsrelevanz 62, 66
 Initiative, therapeutische 14, 22, 23
 Inkongruenz 64
 Aufhebung von 3
 zwischen Erleben und Selbstkonzept 32
 Instruieren 3
 Integration
 Therap. Basisverhalten u. Differentielle
 Therapie 47, 162
 von Technik- u. Beziehungsfaktoren 57
 von Psychotherapien 35ff
 Intellektualisieren 42
 Intelligenz 88
 Interaktion
 Analyse der 33
 in der klientenzentrierten Therapie 27
 Klient-Therapeut 23, 154
 Therapeut-Kind 34
 therapeutische 16, 31, 158
 Veränderung der 21
 Interaktionelle Therapie 48
 Interaktionsangebot 62
 Interaktionsdiagnostik 61
 Interaktionskongruenz 65
 Interaktionsmuster 62
 Interpersonaler Segmentenkreis 75
 Interpersonales Diagnoseschema 61
 Interpersonales Lernen 4, 5, 100
 Interpretation 16, 17, 72, 155
 Interpretieren (Deuten) 3, 45
 Intervention(en)
 pädagogische 39
 personale Grundlage der 77
 prozeßsteuernde 153
 psychotherapeutische 25, 39, 43, 160
 unplanmäßige 102
 vertiefende 153
 Abgrenzungen 38
 einzelne 154
 Intimität, kommunikative 87
 Introspektionsfähigkeit 65
 ISE 124, 177
 Isolation 13
 KASSL 168, 177
 Katharsis 4, 5
 Kettenanalyse 154
 Klassifikation 151, 156
 Klienten
 aggressiv gehemmte 152
 aktionsbezogene 48, 111, 114, 118,
 144, 147, 150, 157
 aktionsbezogene vs selbstbezogene
 118, 121ff
 Arten von 156

- depressed-internalizing 157
- depressive 113
- dysthymisch gestörte 152
- impulsive-externalizing 157
- Indikatoren für aktions-/selbstbezogene 122
- Represser u.Sensitizer 155
- schwer gestörte ohne
 - Abwehrmechanismen 152
- schwierige 101, 102, 119
- Selbstaufmerksamkeit von 114
- selbstbezogene 48, 112, 114, 118, 144, 147, 150, 157
- soziopathisch gestörte 152
- testnormale 152
- zurückgewiesene 101
- Klienten-Dimensionen 41
- Klienteneigenschaften 16
- Klienteneignung 7
- Klientenzentrierte Therapie 27, 35, 158
 - als interpersonaler Prozeß 21
 - bei Schizophrenen 101
 - differentielle 114, 149, 151
 - Einzeltherapie 27, 33, 48
 - Kindertherapie 33
 - klassische 150
 - und differentielle Prozesse 163
- Kognitiv-behaviorale Therapie 26
- Kognitive Flexibilität 84-86
- Kognitive Therapie 21
- Kohäsion 4, 5
 - Erfahren von 5
 - in Dyade 57
 - in Gruppe 57
 - Interesse an 5
- Kommunikation 23, 24
 - nonverbale 32
 - verbale 32, 34
- Kompetenz des Therapeuten 13
- Komponenten, psychotherapeutische 158, 160
- Konditionierung, aversive 42
- Konflikthandhabung 163
- Konfliktlösung 3
 - und Kernkonflikte 43
- Konflikte, ihr Wiedererleben ("Einsicht") 5
- Konfrontation (Konfrontieren) 45, 48, 67, 72, 100, 102, 104, 110, 115, 150, 154, 155
 - als differentielle Technik 129ff, 144
 - als Strategie 56, 131
 - als Wirkfaktor 132ff
- Art der 131
- Begriff 130
- Häufigkeit und Bedeutung 129
- konstruktive 59
- Schwäche-Konfrontation 130
- Stärke-Konfrontation 130
- und Techniken 45, 46
- und Therapiedauer 131
- Konkretheit 67
- Konkretisieren 48
- Kontakt, persönlicher 32
- Kontaktbedürfnis, s. Personale Nähe
- Kontrakt, therapeutischer 160
- Kontingenzen, Bildung neuer 3
- Kontrolle
 - therapeutische 18, 21, 25, 32
 - über Beziehung 24, 32
 - von Interaktion 16, 24
 - wissenschaftliche 31
 - (Beherrschung) von Umwelt 108, 110
- Kontrollierter Dialog 45
- Kontrollmanöver, komplementäres 27
- Kontrollüberzeugung 127
- Konzept, therapeutisches 11, 58
- Körperliche Funktionsstörung 156
- Lehranalyse 95
- Lehren/Beraten 46
- Lehren/Erklären 46
- Leib 105
- Leidensdruck 61
- Lernen 3, 12, 21-23
 - aus Kontaktaufnahme u.Leid 5
 - durch Feedback von anderen 5, 100
 - durch Ratschläge 5
- Lernmöglichkeiten, Optimierung der 58
- Lernziele (Therapeut) 79
 - s.a. therapeutisches Selbstkonzept

- Liebe 68
- MACH-V-Skala 89, 177
- Machiavellismus 88-90
 - Einstellung 89
 - Taktiken 90
 - und Therapeutisches Basisverhalten 90
- Manipulation 14
- Manöver 24
- Markoff-Prozesse 33
- Meta-Analyse 3, 13
- Metakommunikation 25
- Methode des Heilens
 - Affektive Einsichtstherapie 42
 - Begriff 56
 - diverse Ansätze 43
 - einheitliche 5
 - Kognitive Einsichtstherapie 42
 - Kognitive Modifikation 42
 - s.a. Gesprächspsychotherapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie
- Mitarbeit 56
- Mitteilung von Informationen 4
- MMPI 91, 92, 96, 119-121, 123, 157, 167, 168, 177
- Modell
 - psychotherapeutischer Intervention 25
 - differentielles 6, 36, 41, 42
 - dynamisches 10, 36, 159
 - Einheitsmodell 5, 36, 40
 - generisches 157, 160, 163
 - Grundmodelle 3
 - heuristisches VII, 157, 158
 - Integration Einheits-/differentielles 47
 - Integrationsmodell 37
 - katalytisches 6, 21, 31, 36, 159
 - Kompatibilität 163
 - technologisches 14, 21, 23, 31, 36
 - und begrenzte Heuristik 159
- Münzverstärkungs-Programme 42
- Mutlosigkeit 13
- Nähe-Distanz-Problem 65
- Negative Suggestion 26
- Negative Übung 26
- Neoanalyse 42
- Neutralität 68
- Nicht-wertende Haltung 68
- Offene/Verdeckte Verstärkung 46
- Offenheit, Erfahrung von 5
- Offenheit von Therapeuten 64, 80
 - und Ausbildung 83
 - und Therapeutisches Basisverhalten 81
 - als Technik 80
- Operation 56
 - psychotherapeutische 50
 - s.a. Technik(en) 49f
- Oszillation
 - zw. Arbeitsbündnis u. Übertragung 58
 - der Aufmerksamkeit 106
- Paradox
 - psychonoxisches 24
 - therapeutisches 17, 26, 29, 31
 - therap., in klz. Therapie 27
- Paradoxe Instruktion 45
- Paradoxe Intention 26
- Passung Klient-Therapeut 43, 74
- Patient, s. Klient(en)
- Person des psychologischen Helfers 79
- Person des Therapeuten 77, 78
- Personale Nähe 84
 - und Therapeutisches Basisverhalten 85
- Personenbezogenheit 40, 59
 - Begriff 65
- Perspektivenübernahme 56
- Persuasion 12, 17, 43
- Phantasie-/Bilderleben 45, 46
- Phobie 17, 41
- Placebo 13
- Placebo-Begriff 6
- Process recall 115
- Prognose des Therapeuten 58
- Projektion 41
- Problembearbeitung 158
- Problemlösung 163
- Problemverständnis 158
- Prozeß
 - differentieller 41
 - psychotherapeutischer 50
 - therapeutischer 22
- Prozeßgleichung 69
- Psychische Störung (generell) 13, 22

- Psychoanalyse 3, 8, 21, 35, 41, 42, 58,
 60, 61, 95
 Psychoanalytische Tradition 77
 Psychosomatische Erkrankung 152, 156
 Psychotherapie
 Begriff 56
 einheitliche Definitionen? 35ff, 50f
 und Schule 40
 Psychotherapieausbildung 67
 Psychotherapiedefinition 35ff
 Psychotherapieforschung
 empirische 41
 empirische, klientenzentrierte 70
 vergleichende V, 3, 31, 41
 Q-Sort 4, 119, 177
 Rapport, ordentlicher 61
 s.a. Beziehung
 Rational-emotive Therapie 26, 42
 Ratschläge 25, 155
 Reaktanz (Bewältigungsstil) 42
 Realitätsoffenheit 39, 59, 60ff
 Begriff 60
 Reflecting of feelings 27, 155
 Repression bei Therapeuten 91
 Ritual (s.a. Verfahren)
 therapeutisches 11, 58
 vs. Methode 56
 Rollen-Transzendenz, s. Realitätsoffenheit
 Rolleninstruktionsinterview 13
 Rollenskulpturen 45
 Rollenspiel 45, 46
 Rollenspielübungen 56
 Rollenübernahmefähigkeit
 s. Personenbezogenheit 40
 Rorschachtest 80, 177
 SAF 124, 177
 Schizophrenie 100, 101
 Schlangenphobie 68
 Selbst, reales 107
 Selbstachtung 69, 107
 Selbstanweisungs-Therapie 42
 Selbstaufmerksamkeit
 als Kl.unterscheidungsmerkmal 140
 Bedingungen der objektiven 105, 106
 Bedingungen der subjektiven 106
 bei Klienten 114
 dispositionelle 113
 Konsequenzen objektiver und
 subjektiver 107
 Objektive und subjektive von Klienten
 105ff
 Oszillation 114
 Oszillation der 106, 109
 schwieriger Klienten 119
 situativ induzierte 113
 subjektive, von Therapeuten 86
 Theorie der objektiven 105, 112
 Trait-state-Modell 111, 112
 und Erfolgs-/Mißerfolgsattribution
 127
 und Streßverarbeitung 124
 von Klienten 117ff
 Selbstbehandlung 78
 Selbstbehauptungskonflikt 27
 Selbstbejahung 64
 Selbstbeobachtung/-anweisung 46
 Selbstbewertung 107
 Selbstbezogene Personen, s. Klienten
 Selbsterfahrung 95
 analytische 95
 in der Ausbildung 94, 95
 therapeutische 96
 und Supervision 95
 Selbsterleben 56
 s.a. Selbstexploration
 Selbstexploration 64, 104, 115, 154, 155
 bei schwierigen Klienten 119
 Förderung der 59
 nach Konfrontation 156
 Verlauf der 119
 von Therapeuten 100
 Selbstgewahrsein 105
 Selbstinkongruenz 144
 Selbstkongruenz 63, 144
 Selbstkongruenz von Therapeuten 7, 63,
 64
 Selbstkontakt 160
 Selbstkontrolltechniken 78
 Selbstmanagement-Therapie 48
 Selbstmodifikation 78, 94

- Selbstöffnung der Klienten 5
- Selbstöffnung von Therapeuten 102, 155, 157
- Selbstsicherheitstraining 46, 56
- Selbstverstehen 67
- Selbstverwirklichung 22
- Selbstwertgefühl 128
- Self-disclosure 80
- Self-Disclosure Inventory 82
- Self-efficacy 13
- Sicherheit des Klienten 58
- Sicherheit des Therapeuten 58
- Situation
 - psychonoxische 25, 26
 - therapeutische 11
- Soll-Standard (standard of correctness) 107
- Somatisierung bei Therapeuten 91
- Soziale Schichtzugehörigkeit von Thn. 74
- Spiegelhaltung 61
- Spiegeln der Gefühle 45
- Sprechaktivität 109, 110
- Stil
 - Aktivitätsniveau 74
 - Ambiguität vs. Spezifität 74
 - Analytischer vs. erlebnismäßiger 73
 - Direktiver vs. nondirektiver 73
 - Expressivität 74
 - Initiierender vs. folgender 73
- Störungen bei Therapeuten 96
- Störungserleben bei Therapeuten 91
 - und Therapeutisches Basisverhalten 92
 - und Ausbildung 93
- Strategie 14, 56
 - alltägliche 56
 - Begriff 56
 - psychotherapeutische 55
- Streßverarbeitung 124ff
- Struggle for control 27
- Strukturierte Analyse Sozialer Beziehungen (SASB) 61
- Strukturierungen 114
- Studienberatungsgespräche 155
- Subtilität bei Therapeuten 91
- Supervision 96
- SVF 124, 177
- Symptom 22, 24
 - als Kontrolle über Beziehungen 17, 24
 - als Paradox 17, 24
- Symptom-Komplexität 41
- Symptomreduktion 3
- System
 - als Erklärung 31
 - Klient-Therapeut 31
- Systemische Therapie 21
- TAT 84, 177
- Technik
 - als Paradox 17
 - Begriffsbedeutung 49
- Techniken
 - als explizite Wirkgrößen 51
 - als Therapeutenvariablen 78
 - Fokus von 45, 46
 - für Zwischenziele 43
 - in der klientenzentrierten Therapie 48
 - therapeutische 15, 43, 45, 46, 78
- Therapeut(en)
 - Arten von 156
 - Begriff 70
- Therapeutenvariablen (-merkmale)
 - A-B-Variable 75
 - Ausbildung und Erfahrung 75
 - Basisvariablen 72
 - Begriff 70
 - Biographische 75
 - demographische 74
 - Instrumentale 71
 - Personale 75
 - Personalistische 74
 - Relationale 72
 - Selbsterleben/-konzept von Therapeuten 76
 - Stilistische 73
 - Technologische 72
- Therapeutische Aktivitäten 43, 44
- Therapeutische Ansätze 43, 44
- Therapeutisches Basisverhalten 51, 55ff,
 - 109, 158
 - basale Bedeutung 38
 - Begriff 37

- Therapeutisches Basisverhalten (Fortsetzg.)
 direkte therapeutische Funktion 59
 entscheidende Bedeutung 56
 Grundlagen-Funktion 58
 Implikationen 55
 Inhaltliche Dimensionen des 59
 Kohäsions-Funktion 57
 seine Funktionen 57, 162
 seine Verwirklichung 69
 und Differentielle Psychotherapie 114,
 141
 und komplementäre Beziehung 143
 und machiavellistische Taktiken 90
 und Therapeutenmerkmale 70
 Vereinbarkeit mit differentiellem
 Vorgehen 135
 Ziel 55, 115
 Therapeutisches Selbstkonzept 77ff, 96
 Begriff 79
 und Therapeutisches Basisverhalten 80
 Therapie-Manuale 15
 Traumarbeit/-interpretation 45
 Truax-Schätzskalen 70, 81
 Üben 25
 Überreden 25
 Übersteigern (Exaggerate) 45
 Übertragung 61
 Bearbeitung der 58
 leistungsfähige 61
 Übertragungsneurose 61
 Überzeugungskraft 32, 85
 Umformulieren (reframing) 45, 46
 Umsetzung, therapeutische 163
 Universalität des Leidens 4, 5
 Universalität von Konflikten 5
 Unmittelbarkeit, s. Realitätsoffenheit
 Veränderung
 bei differentiellem Therapeutenverhalten
 135
 psychotherapeutische 17, 22
 Veränderungsbereitschaft 12
 Veränderungsprozeß 23, 24
 Verantwortung (Verantwortlichkeit)
 des Klienten 69
 des Therapeuten 7, 14, 18, 114
 nicht-bindende 69
 Selbstverantwortlichkeit des Klienten
 5, 7, 24
 Verbalisieren 3, 17, 45, 103
 emotionaler Erlebnisinhalte 67
 Verbindung, therapeutische 160
 Verdeckte Sensibilisierung 45
 Verfahren, therapeutisches 11
 s.a. Ritual
 Verhaltensanalyse
 systematische 62
 vertikale 62
 Verhaltensaufforderung 26
 Verhaltensformung 46
 Verhaltenstherapie 3, 8, 21, 23, 35, 41,
 58, 60, 62, 68, 78, 96
 Breitband- 48
 interaktionelle 48, 63, 78
 klassische 22, 47
 kognitiv-behaviorale 48
 Verhinderung von Ausweichen 56
 Verstehen 65
 einfühlerndes 7
 Genaueres 66
 Verzicht auf Wertungen 68
 Verzögerungseffekt bei Eigetherapie 95,
 96
 Wechselwirkung 23, 34
 Wertschätzung 32, 69, 81
 bedingungsfreie positive 69
 Wertschätzung des Therapeuten 7
 VEV 135, 177
 Widerpart spielen 45, 46
 Widerstand 56
 Analyse von 65
 Wiederbeleben der Familie 5
 Wirkfaktoren
 "unspezifische" 6, 12, 14
 allgemeine 5
 instrumental wirksame 14, 49
 nicht-identifizierte 9
 personale, s. Therap. Selbstkonzept 77
 schulenspezifische 6, 12, 36
 schulenübergreifende 157
 spezifische 31

Ziele

- einheitliches Lernziel f.Thn. 60
- finale 43
- generelle Therapieziele 72
- Überwindung des Leidens 61
- und Techniken 14, 43
- von Therap.Basisverhalten 55
- Zwischenziele 43, 45, 46
- Zielgerichtetheit 158
- Zirkumplexmodell 75
- Z-Prozeß-Therapie 150
- Zuhören, nicht-konfrontatives 144
- Zuordnung von Klienten und Therapeuten
156
- s.a. Passung Klient-Therapeut
- Zusammenarbeit 64, 82
- Zwischenmenschliche Ängste 27

Autorenregister

- Abeles, N. 84, 86
Abramson, E.E. 89, 90
Adler, A. 43
Alexander, F. 8
Alexander, J.F. 66
Allen, Th.W. 3, 26, 35, 43, 55, 64, 65,
67, 80, 81, 101, 103, 106, 115, 119,
123, 135, 141, 150
Ambühl, H. 3, 41, 48, 68, 78, 149
Ames, C. 128
Anchin, J.C. 34, 75
Anderson, S.C. 102, 130
Anthony, W.A. 88
Arizmendi, Th.G. 72-74
Auckenthaler, A. 102
Auerbach, A.H. 3, 9, 41, 61, 75
- Bandura, A. 13, 91
Barber, J.P. 61
Barrett-Lennard, G.T. 10, 70, 135, 136
Barton, C. 66
Bastine, R. V, VIII, 14, 35, 37, 50, 51,
55, 56, 61, 72, 100-102, 130, 150,
157-159, 163
Batson, C.D. 65
Battegay, R. 60, 95
Battle, C.C. 12
Bauriedl, Th. 51
Bayes, M.A. 68
Beavin, J.H. 14, 22
Beck, A.T. 43, 48
Beckmann, D. 177
Benjamin, L.S. 61, 75
Berenson, B.G. 48, 83, 84, 100
Bergin, A.E. 3, 6, 9, 10, 14-16, 71, 72,
84-86, 88, 91, 92, 95, 101
Berzins, J.I. 74, 75
Betz, B. 8
Beutler, L.E. 10, 12, 14, 16, 21, 35, 36,
41-45, 48, 57, 67, 71-74, 102, 119, 157
Biermann-Ratjen, E.-M. 4, 48, 69, 153
Binder, J.L. 15
Binder, U. 100, 101
Binder, J. 100, 101
- Birk, L. 62
Birk-Brinkley, A.W. 62
Birtsch, V. 36
Bommert, H. 39, 64, 79
Bonk, E.C. 88, 92
Bootzin, R.B. 6, 13
Bottenberg, E.H. 177
Bozarth, J.D. 9, 72, 73
Bozok, B. 5
Brähler, E. 177
Brand, R.R. 130
Brehm, S.S. 12, 105, 113
Brown, R.W. 94
Brunink, S. 3, 57
Buda, B. 33
Buhl-Künzler, C. VIII
Bühler, K.-E. 5
Bundza, K. 64, 82
Buss, A.H. 121, 140, 105
Butler, S.F. 6
Büttner, G. VIII, 123, 124, 132
Byrne, D. 155
- Carkhuff, R.R. 8, 10, 39, 64, 79, 82-84,
88, 94, 153
Carver, C.S. 105
Caspar, F. 3, 41, 48, 63, 68, 69, 78, 149
Caspari, G. 39
Chaikin, A.L. 82
Chandler, M. 3, 41
Chinsky, J.M. 9
Christie, R. 88, 89, 177
Clack, R.J. 94
Clarkin, J.F. 35, 43
Coffey, H.S. 61
Cohen, J. 3, 41
Coke, J.S. 65
Coleman, J.V. 8
Combs, A.W. 87
Cooley, E.J. 10, 71
Corsini, R.J. 4, 35
Coulson, W.R. 40, 102
Covi, L. 13
Cozby, P.C. 80, 82

- Crago, M. 72-74
 Creaser, J. 57, 70
 Cristol, A.H. 3, 70
 Critelli, J.W. 6
 Crits-Christoph, P. 61, 77
 Crowder, J.E. 62
 Curtis, J.M. 81
 Czogalik, D. 5
- Dahlhoff, H.-D. 64
 Dahme, B. 95
 Davidson, H.H. 177
 Davison, G.C. 63
 Dawes, R.M. 102
 DeJulio, S.S. 41, 70
 Derlega, V.J. 82
 Derner, G.F. 96
 DeRubeis, R.J. 15
 Di Loreto, A. 21
 Diamond, R. 36
 Docherty, J.P. 14
 Donaghy, R.T. 85
 Dörner, K. 85
 Dorrmann, W. 124, 127, 177
 Douds, J. 94
 Drinkmann, A. 105, 121
 Dungan, D.S. 94
 Dunlap, K. 26
 Duval, S. 99, 102, 105, 107, 108, 111, 112, 118, 122, 125, 129, 140
 Dziewas, H. 48, 62, 63, 68, 78
- Eckert, J. 4, 5, 48, 70, 101, 135, 150, 153, 177
 Edwards, A.L. 84, 177
 Eells, J. 79
 Egan, G. 14
 Ehrlich, H.J. 82
 Eiben, R. 94
 Elliott, R. 4, 41
 Ellis, A. 26, 42, 43
 Engelke, E. VIII
 Enke, H. 5
 Erdmann, G. 124, 177
 Evans, I.M. 72
- Eysenck, H.J. 15, 149, 177
- Fahrenberg, J. 177
 Farber, B.A. 86
 Fath, K. 145, 147
 Feifel, H. 79
 Felker, S. 88
 Fenigstein, A. 105, 121
 Fiedler, P. 78
 Fish, J.M. 81
 Fitch, G. 128
 Fittschen, B. 150
 Foulds, M. 64, 81, 93
 Fox, R.M. 39
 Frances, A. 43
 Frank, J.D. 10-13, 15, 56, 57
 Frank, R. 155, 156
 Frankl, V.E. 25, 26
 Freedman, M.B. 61
 Freud, S. 8, 61, 68
 Frey, D. 111, 113
 Frohburg, I. 67, 94
 Furman, G. 82
- Galanter, E. 62
 Garfield, S.L. 5, 9, 14-16, 41, 71, 75, 94, 95
 Garvey, F.J. 92
 Gebhardt, K. 95
 Geis, F.L. 88, 89, 177
 Gendlin, E.T. 100
 Gerin, P.L. 77
 Giannandrea, V. 64, 82
 Gibbons, F.X. 113, 153
 Gitelson, M. 8, 68
 Glass, G.V. 3, 41
 Goldfried, M.R. VII, 35, 63, 157
 Goldstein, A.P. 11, 12, 14, 101
 Göllnitz, W. 121
 Gormally, J. 88
 Graeven, D.B. 82
 Graff, R.W. 64, 82
 Grawe, K. 3, 4, 41, 48, 49, 62, 63, 68, 69, 78, 149
 Greenberg, L.S. 36, 61

- Greenson, R.R. 58, 61, 62, 65, 68
Grimm, L.G. 78
Grummon, D.L. 10
Gunckel, R. 121
Gunnison, H. 32
Gurman, A.S. 10, 55, 57, 67, 70, 71, 73,
75, 91-93
Gust, T. 94
Guy, J.D. 77, 83, 85, 91, 96
GwG, e.V. 95
- Haley, J. 14, 16-18, 22, 24, 29
Hamilton, L.K. 81, 82
Hampel, R. 177
Harris, M.S. 82
Hart, J. 36
Hartley, D. 61
Havens, R. 36
Heifetz, L. 77
Heikkinen, Ch.A. 92
Heinemann, W. 121
Heinerth, K. 36, 154, 155
Helm, J. 67, 94
Henning, H.J. 88, 177
Henrik, R. 35
Henry, W.E. 77
Henry, W.P. 6, 75, 85
Hertel, R. 121, 129, 130
Higgins, R.L. 110
Hinsch, R. 124, 127, 177
Hochdörfer, B. 33, 34
Höder, J. 39
Hoehn-Saric, R. 10, 12
Hoffmann, N. 48
Horowitz, M.J. 61
Horvath, A.O. 61
Howard, K.I. 10, 13, 39, 40, 49, 57, 60,
61, 65, 67, 70-74, 157, 160-163
Howard, L. 57, 70
Howe, J. 36
Huber, W. 35
Huttanus, A. 95
- Iff-Kamm, A. VIII
Imber, S.D. 10, 12
Imber, St. 77
Ingram, R.E. 113
Iwashita, H.T. 90
- Jackson, D.D. 14, 22
Jackson, M. 87
Jaeggi, E. 48
Janke, W. 124, 125, 177
Jansen, D.J. 88, 92
Jasper, L.G. 9, 10, 84, 86, 92
Jobe, A.M. 67
Johnson, M. 75
Johnson, D.T. 57
Jones, A. 36
Jourard, S.N. 64, 80-82
Jülisch-Tscheulin, B. VIII
- Kächele, H. 61
Kallus, W. 124, 177
Kanfer, F.H. 14, 48, 78
Karasu, T.B. 6, 59
Kaschak, E. 10
Katz, M.M. 96
Kazdin, A.E. 6, 49
Kemmler, L. 36, 157
Kern, D. VIII
Kiesler, D.J. 14, 34, 75
Klapprott, J. 88, 177
Klein, D.F. 3
Kleiter, E.F. 123, 124
Kodman, F. 8
Kommer, D. 72, 100, 130, 150, 157, 158
Klopfer, B. 177
Kopf-Mehnert, C. 135-138, 150, 177
Kopta, S.M. 13
Kornreich, M. 37, 56
Krauft, C.C. 9, 72, 73
Krause, M.S. 13
Kretschmer, P. 80
Kristof, W. 123, 124
Kriz, J. 22, 25
Krohne, H.W. 156
Kuhl, J. 124, 177
Kurtz, R.R. 10

- Lajoy, R. 10, 71
Lambert, M.J. 3, 4, 6, 15, 41, 70, 72
Landman, J.T. 101
Laney, R.C. 48, 100
Lang, H. 104
Längl, W. VIII
Larbig, W. 61
Lasogga, F. 33
Lazarus, A.A. 10, 48, 68, 71, 94
Leary, T.F. 61
Leary, T. 33, 75
Lehmkuhl, U. 95
Lehmkuhl, G. 95
Lehner, G.F.J. 26
Leistikow, J. 33, 34
Levant, R.F. 70
Lewin, K. 106
Lewinsohn, P.M. 3
Lieberman, B. 77
Lieberman, D.L. 10, 12
Lick, J.R. 6, 13
Lietaer, G. 155
Linsenhoff, A. 157, 158
Linster, H. 95
Lorr, M. 96
Louis, C.
Luborsky, L. 3, 9, 15, 16, 41, 61, 72, 77,
149
Ludwig, K. 33
Luetgert, M.J. 57, 70
Lutz, R. 80

Magrath, H. 78
Mahoney, M.J. 48
Marmar, Ch.R. 61
Marziali, E. 61
Matarazzo, R.G. 94
Mathews, B. 80
Matt, G.E. 3
Matthies, H. 150
Maus, C. 34, 153, 155
Maynard, P.E. 94
McIntosh, S. 57
McLellan, A.Th. 77
McNamara, J.R. 96

Mehrabian, A. 33
Meichenbaum, D.W. 42, 43, 48
Meltzoff, J. 37, 56
Mente, A. 48, 100
Merz, J. 113, 121, 124, 177
Meschke, H. 149
Meyer, A.-E. 3, 4, 41
Miller, H. 88
Miller, W.R. 66
Miller, G.A. 62
Miller, T.I. 3
Mills, D.H. 84, 86
Minsel, W.-R. 79, 114, 135
Mintz, J. 9, 61
Mitchell, K.M. 8, 48, 67, 70, 72, 73, 100,
157
Mitchell, R. 102
Mittag, O. 155-157
Moos, R. 57
Morris, R.J. 68, 78
Mosher, R.L. 85
Moustakas, C.E. 33, 34
Munoz, R.F. 3
Murphy, K.C. 64, 82
Murray, H.A. 177

Nacht, S. 8, 68
Nash, E.H. 12, 13
Neidhardt, H. 119
Neirinck, M. 155
Neumann, K.F. 6
Neville, C.W., Jr. 57
Newman, C. 35
Norcross, J.C. 35, 36, 94, 157

Oberneder, J. 90
Olsen, L.C. 81
Orlinsky, D.E. 10, 13, 39, 40, 49, 60, 61,
65, 67, 71-74, 157, 160-163
Ossorio, A.G. 61

Palmer, J.O. 36
Panagiotopoulos, P. 95
Pande, S.K. 10, 12
Park, L.C. 13

- Parloff, M.B. 4
Parsons, B.V. 66
Passons, W.R. 81
Patterson, C.H. 3, 36
Patterson, D. 94
Paul, G.L. 21
Pearce, K. 113
Peterson, Ch. 128
Petzold, H. 36
Pierce, R.M. 69, 73, 83, 84, 120
Pilkonis, P. 77
Pinsof, W.M. 36
Piper, W. 77
Plessen, U. 39
Plog, U. 3, 4, 41, 85
Pollak, S. 67
Pongratz, L.J. V, VIII, 21, 35, 71, 73, 100
Pope, B. 73
Pribram, K.H. 62
Prochaska, J.O. 35, 94
Purschke, A. VIII, 177
- Rappaport, J. 9
Rausch, H.L. 33
Razin, A.M. 71, 75
Reinecker, H. 48, 49, 68
Reisman, J.M. 14
Rhenius, D. 33
Richter, H.-E. 177
Robb, G.P. 88
Rogers, C.R. 5-9, 12, 22, 23, 27, 32, 33, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 56, 60, 69, 72, 78, 99, 100, 102, 109, 130, 143, 150, 151, 164
Rokeach, M. 80
Rosen, A. 62, 65, 66
Rosenberg, B. 4
Ross, D.C. 3
Roth, C.H. 57, 70
Rubinstein, E.A. 96
Rudolf, G. 61
- Sachs, J.S. 9
Sachse, R. 34, 153-155
Saltzman, C. 57, 70
- Sartre, J.-P. 105
Sattler, J.M. 75
Sauter, F. VIII, 39, 40
Schacht, T.E. 75
Schalock, H.D.
Schauble, P.G. 69, 73, 120
Scheier, M.F. 105, 111, 113, 121
Schelp, T. 36, 157
Schiavo, R.S. 66
Schmelzer, D. 48
Schmidbauer, W. 79, 95
Schofield, W. 11
Schroeder, D.J. 113
Schroeder, H. 3, 57
Schulz, W. 151-153, 155
Schwab, R. 8
Schwartz, H.-J. 48, 139, 153
Schweitzer, J. 155
Scobel, W.A. 96
Seeman, J. 33
Segal, H. 8
Selg, H. 177
Seligman, M.E.P. 128
Shapiro, J.L. 94
Shapiro, D.A. 3, 4, 6, 15, 41
Shlien, J.M. 70
Shoben, E.J. 8
Simenauer, E. 95
Simonson, N.R. 64, 82, 83
Sims, J.H. 77
Singer, B. 3, 149
Six, B. 88, 177
Sloane, R.B. 3, 8, 9, 21, 70
Smith, M.L. 3, 41
Smith, D. 35
Smith, T.W. 113
Snyder, C.R. 110
Solomon, S. 84-86, 88, 91, 92
Soper, D.W. 87
Spence, D.P. 72
Spittler, H.-D. 48, 100
Spray, S.L. 77
Spreen, O. 177
Sprinthall, N.A. 85
Staples, F.R. 3, 70

- Stein, D.M. 70
 Stiles, W.B. 4, 15, 41
 Stoler, N. 67
 Stone, A.R. 10, 12
 Strote, J. 155
 Strupp, H.H. 6, 8, 14-18, 41, 57, 61, 71,
 75, 78, 95, 96, 119
 Stucky, R.J. 110
 Suckerman, K.R. 68
 Sullivan, H.S. 43
 Sundland, D.M. 73
- Tausch, A.-M. 8, 39, 40, 67, 135, 139
 Tausch, R. 8, 39, 40, 67, 70, 83, 135, 139
 Taylor, C.A. 66
 Teegen, F. 78
 Textor, M.R. 36
 Thomä, H. 61
 Thomas, B.L. 36
 Thompson, Cl.L. 87
 Thompson, C.W. 82
 Tönnies, S. 4, 8, 80, 124, 177
 Trautmann, B. 154
 Trenkel, A. 60
 Truax, Ch.B. 8-10, 64, 67, 70, 73, 79, 81,
 82, 94, 100, 102, 139
 Tschulin, D. III, VIII, 67, 83, 90, 94-96,
 123, 124, 177
 Tschuschke, V. 5
- Van der Veen, F. 4, 5
 Van Quekelberghe, R. 37, 75
 Vignat, J.P. 77
 Viney, L.L. 108
 Vogues, I. 139
- Wachtel, P.L. 14
 Wagner, W. 4
 Wallach, M.S. 8, 119
 Walmer, J. 82
 Waskow, I.E. 15
 Waterhouse, G.J. 61
 Watkins, C.E. 80, 83
 Watson, N. 9, 70
 Watzlawick, P.
- Wedel, S. 63
 Wegner, K.W. 92
 Wehner, E.G. 177
 Weiss, D.S. 61
 West, J.C. 66
 Whipple, K. 3, 70
 Whitehorn, J.C. 8
 Whiteley, J.M. 85-88
 Wicklund, R.A. 99, 102, 105, 107, 108,
 111-113, 118, 122, 125, 129, 140
 Wiener, M. 33
 Wieschöfer, A. 145
 Wilcoxon, L.A. 49
 Wilkins, W. 6, 13
 Wilson, G.T. 49, 68, 72
 Wish, E. 62, 66
 Wißner, S. 132
 Wittmann, W.W. 3
 Woerner, M.G. 3
 Wogan, M. 8, 91, 119
 Wolf, U. VIII
 Wolowitz, H.M. 68
 Wolpe, J. 23, 68
 Wood, J.K. 109
 Woody, G. 77
 Woody, R.H. 14, 21, 95
 Workman, S.N. 57
- Yalom, I.D. 4, 5, 57, 101, 177
 Yorkston, N.J. 70
- Zarle, T.H. 83, 84
 Zaslow, R.W. 150
 Zeiss, A.M. 3
 Zielke, M. 42, 135-138, 150, 177
 Zimmer, D. 78
 Zitrin, C.M. 3
 Zoeke, B. VIII

