

„Therapeutische Haltung“

*Zur Explikation eines psychotherapeutischen Begriffs
auf Basis qualitativer und quantitativer Inhaltsanalysen*

Inaugural-Dissertation
in der Fakultät Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von
Hans Preß
aus
Erlangen

Bamberg, den 14. März 2013

Inhaltsübersicht

★	Formalitäten I	
	Inhaltsübersicht	i
	Danksagung	ii
	Zusammenfassung	iii
	Inhaltsverzeichnis	iv
	Tabellen-, Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis	xiii
	Vorbemerkungen	xiv
★	Einleitung und theoretische Vorarbeiten	
	Kap. 1. Einstieg und Überblick	1
	Kap. 2. Wissenschaftstheoretische Einordnung	18
	Kap. 3. Methodologische Hintergründe	33
★	Theoretische Grundlagen und Fragestellung	
	Kap. 4. Perspektiven auf Bedeutung	48
	Kap. 5. Therapeutenvariablen	63
	Kap. 6. Die Therapeutische Haltung in der Fachliteratur	83
	Kap. 7. Potentiell haltungsnahe Konstrukte	127
	Kap. 8. Forschungsfragen und Fragestellung	143
★	Bedeutungsanalyse und Begriffsexplikation	
	Kap. 9. Experteninterviews – methodische Grundlagen	150
	Kap. 10. Experteninterviews – methodisches Vorgehen	172
	Kap. 11. Experteninterviews – Kategoriensysteme	215
	Kap. 12. Experteninterviews – Ergebnisse im Sinne der Forschungsfragen	248
	Kap. 13. Begriffsexplikation „Therapeutische Haltung“	289
★	Diskussion	
	Kap. 14. Diskussion	320
★	Formalitäten II	
	Literaturverzeichnis	345
	Gliederung Anhang	368
	Anhang A-F*	369

* Der in der eingereichten Arbeit auf CD-Rom beiliegende digitale Anhang (Anhang H: Codierleitfaden) kann auf Anfrage beim Autor eingesehen werden, ebenso wie die MAXQDA-, EXCEL- und SPSS-Dateien auf Basis derer die dargestellten Ergebnisse berichtet werden.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die zur Entstehung meiner Dissertation beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt an erster Stelle Herrn Prof. Dr. *Hans Reinecker*, der mir die Bewältigung dieses ungewöhnlichen Projekts zutraute, mich in allen Entwicklungsstadien der Arbeit großzügig unterstützte, an entscheidenden Stellen den Überblick bewahrte und die Geduld aufbrachte, mich trotz mancher Umwege und schwieriger Passagen bis zum Ziel zu begleiten. Großer Dank ergeht auch an Herrn Prof. Dr. *Jörg Wolstein*, der sich bereit erklärt hat die Zweitkorrektur zu übernehmen und mir in organisatorischen Angelegenheiten sehr unkompliziert und freundlich entgegenkam.

Ganz herzlich möchte ich mich bei allen Mitgliedern des Projekt-Teams bedanken (in alphabetischer Reihenfolge): *Maria Teresa Hümmer*, *Andrea Kohler*, *Anna Kuraszkiewicz*, *Angela Mohr* und *Sabine Sauer*. Durch deren Scharfsinnigkeit, Genauigkeit, Geduld und Kreativität wurde ein unschätzbare Beitrag zum Gelingen des Projektes geleistet. In diesem Zusammenhang gilt mein großer Dank auch allen *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*, die sich am Projekt beteiligt und Fragebögen ausgefüllt haben, lange Interviews über sich ergehen ließen und dadurch den hier entwickelten Begriff der Therapeutischen Haltung entscheidend mit prägten.

Herzlichen Dank auch an Dr. *Markus Gmelch* und Dr. *Peter Kaimer*, die mich in zahlreichen Diskussionen dazu anregten, das Thema der Arbeit aus verschiedenen Perspektiven neu zu entdecken. Ganz besonderer Dank gilt *Lisa Groß*, die mich schnell und kompetent aus mancher methodischen Notsituation rettete, aber auch in vielen Gesprächen zur Präzisierung meiner Vorgehens- und Argumentationsweise anregte.

Bei Dr. *Julia Dürner*, *Tobias Meister*, *Lisa Nestle*, *Ulla Reiter* und *Anne-Kathrin Schwarze-Reiter* bedanke ich mich sehr dafür, insbesondere in den letzten Monaten der Fertigstellung meine Launen und Rückzugstendenzen geduldig und nachsichtig ertragen sowie bei Bedarf immer ein offenes Ohr für Klagen gehabt, oder sich spontan Zeit für Geselligkeit genommen zu haben. Herzlicher Dank auch an meine Eltern, *Doris* und *Hartmut Preß*, die sich sehr wohlwollend für das Voranschreiten der Arbeit interessierten und im Rahmen regelmäßiger Treffen mit darauf achteten, dass ich das Leben jenseits der Dissertation nicht aus den Augen verliere.

Mein tiefster und größter Dank gilt schließlich meiner Freundin Dr. *Claudia Huber* für wertvolle Korrekturhinweise und hilfreiche Anregungen, vor allem aber für großes Verständnis, liebevolle Unterstützung und aufmunternde Zuwendung in allen Phasen der Arbeit!!

Zusammenfassung

Trotz empirisch belegter Effektivität vieler psychotherapeutischer Ansätze ist die Frage nach deren Wirkweise nicht zufriedenstellend beantwortet. Deutlich zeichnet sich u.a. die *Bedeutung der Person des Therapeuten* für das Ergebnis psychotherapeutischer Interaktionen ab, aber auch die Hintergründe dieses „Therapeuteneffekts“ sind bislang unklar. Insbesondere im therapeutischen Praxis- und Ausbildungskontext wird oft die Annahme vertreten, dass eine *adäquate „Therapeutische Haltung“* ein zentrales Merkmal effektiver Therapeuten sei. Allerdings ist dieser weitverbreitete Begriff weder Gegenstand systematischer Theoriebildung oder Forschung, noch lassen sich geeignete Definitionen finden, auf Basis derer ein Forschungsprozess angeregt werden könnte. Vor diesem Hintergrund soll in der vorliegenden Arbeit der für die Nutzung dieses vielversprechenden Konzeptes notwendige Schritt einer *wissenschaftlichen Begriffsklärung* unternommen werden. Ziel der Arbeit ist es, einen Beitrag zur Beantwortung der Frage *„Was ist die Bedeutung des Begriffs der »Therapeutischen Haltung«?“* sowohl in ihrer deskriptiven („Wie wird der Begriff verwendet?“) als auch normativen Variante („Was sollte unter diesem Begriff sinnvollerweise verstanden werden?“) zu leisten.

Auf Basis wissenschaftstheoretischer Überlegungen wird die *Explikation* als adäquates Verfahren zur Begriffsklärung gewählt. Den korrespondierenden methodologischen Rahmen bildet ein *exploratives Design* nach dem Mixed-Methods Ansatz mit qualitativem Schwerpunkt. Der zentrale Schritt der Explikation besteht in einer *Bedeutungsanalyse* im Sinne der Analyse des Gebrauchs des Begriffs der Therapeutischen Haltung. Zu diesem Zweck werden *leitfadenbasierte Experteninterviews* mit 50 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt und *qualitativ inhaltsanalytisch* ausgewertet. Unter ergänzender Nutzung quantitativer Methoden werden darauf basierend *Hypothesen* bezüglich der Verwendung des Begriffs *materialgeleitet generiert*. Im sich an die Bedeutungsanalyse anschließenden zweiten Schritt der Explikation wird der *Begriff präzise bestimmt* und in bestehende wissenschaftliche Begriffssysteme eingebettet.

Im Rahmen der Bedeutungsanalyse wurden u.a. *vier Kategoriensysteme* zu semantischen Relationen, kausalen/funktionalen Relationen, inhaltlichen Dimensionen sowie zur Erfassbarkeit des Konstrukts entwickelt, welche insgesamt 5.787 Codierungen in 352 Kategorien unterschiedlicher Ebenen abbilden. Die daraus materialgeleitet generierten 43 Hypothesen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass der Begriff der Therapeutischen Haltung hinsichtlich semantischer Relationen *uneinheitlich verwendet*, als *„Breitbandwirkfaktor“* im Therapiekontext verstanden, unter Nutzung einer *Vielzahl dimensionaler Eigenschaften* charakterisiert und als mittels *Beobachtung des Therapeutenverhaltens erfassbar* angesehen wird. Die Therapeutische Haltung wird dies berücksichtigend (verkürzt) als *„Realisierung therapiebezogener Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen von Therapeuten in therapiebezogenen Situationen“* bestimmt. Die dahinterstehende ausführliche Explikation wird sowohl für die Belange der Psychotherapieforschung, als auch der psychotherapeutischen Praxis als nützlich und fruchtbar eingeschätzt.

Inhaltsverzeichnis

Formalitäten I

Inhaltsübersicht	i
Danksagung	ii
Zusammenfassung	iii
Inhaltsverzeichnis	iv
Tabellen-, Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis	xiii
Vorbemerkungen	xiv

Einleitung und theoretische Vorarbeit

1	Einstieg und Überblick	1
1.1	Hinführung zum Thema	1
1.1.1	Der Therapeut als „Wirkfaktor“	1
1.1.2	Der Therapeut als Person	2
1.1.3	Was ist die „Therapeutische Haltung“?	3
1.2	Relevanz des Themas	4
1.2.1	Theoretische Grundlagen der Psychotherapie	4
1.2.2	Psychotherapieforschung	5
1.2.3	Psychotherapieausbildung und -praxis	5
1.3	Erkenntnisziel und Hauptfrage	6
1.4	Geplantes Vorgehen: Begriffsexplikation	7
1.4.1	Konzeptionelle Schritte	8
1.4.2	Methodische Umsetzung	9
1.4.2.1	Bedeutungs-/Gebrauchsanalyse	9
1.4.2.2	Präzisierung und theoretische Einbettung	10
1.4.3	Vorgehen im Überblick	11
1.4.3.1	Nebenthemen	11
1.4.3.2	Ablaufschema	12
1.5	Die Arbeit im Überblick	13
1.5.1	Einleitung und Vorarbeit	13
1.5.2	Theoretische Grundlagen und Fragestellung	14
1.5.3	Bedeutungsanalyse und Begriffsexplikation	15
1.5.4	Diskussion	17
2	Wissenschaftstheoretische Einordnung	18
2.1	Einleitung	18
2.2	Erkenntnisziel Begriffsklärung	19
2.2.1	Zur Relevanz von Begriffsklärungen	19
2.2.2	Hintergründe	20
2.2.2.1	Begriffsarten	21

2.2.2.2	Wissenschaftliche Begriffsklärung	23
2.2.3	Gütekriterien	24
2.2.3.1	Formale Korrektheit	24
2.2.3.2	Wissenschaftliche Nützlichkeit	25
2.3	Möglichkeiten der Begriffsklärung	26
2.3.1	Stipulative Definition	27
2.3.2	Lexikalische Definition	27
2.3.3	Explikation	28
2.3.4	Operationalisierung und operationale Definition	30
2.3.5	Gebrauchsanalyse anhand paradigmatischer Fälle	30
2.4	Implikationen für die vorliegende Arbeit – Teil I	31
2.4.1	Ausgangslage	31
2.4.2	Explikation als Verfahren der Wahl	32

3 Methodologische Hintergründe 33

3.1	Einleitung	33
3.2	Methodologische Schwerpunkte im Überblick	33
3.2.1	Quantitative vs. qualitative Forschung	34
3.2.2	Mixed-Methods (MM)	35
3.3	Qualitativer Ansatz im Detail	37
3.3.1	Erkenntnisinteresse und Forschungsperspektiven	37
3.3.2	Methodologische Prinzipien	38
3.3.3	Gütekriterien	39
3.3.4	Forschungsprozess	40
3.4	Forschungsdesigns	41
3.4.1	Allgemeine Einführung	41
3.4.2	Explanatives Design	43
3.4.3	Deskriptives Design	44
3.4.4	Exploratives Design	44
3.4.5	Triangulations- und eingebettetes Design	45
3.5	Implikationen für die vorliegende Arbeit – Teil II	46
3.5.1	Ausgangslage	46
3.5.2	Das gewählte Design	47

Theoretische Grundlagen und Fragestellung

4 Perspektiven auf Bedeutung 48

4.1	Einleitung	48
4.1.1	BEDEUTUNG und deren Untersuchung	49
4.1.2	Zentrale begriffliche Unterscheidungen	50
4.1.3	Bedeutungstheorien im Überblick	52
4.2	Bedeutungsbeziehungen und Wortfelder	53
4.2.1	Bedeutungsbeziehungen	54
4.2.2	Wortfelder	55
4.3	Bedeutungen sind Konzepte	57

4.3.1	Konzepte in der kognitiven Psychologie	58
4.3.2	Theorien zu Konzeptstruktur und Konzeptbildung	58
4.3.3	Allgemeine Annahmen bezüglich Konzepten	60
4.4	Zusammenfassung	62
5	Therapeutenvariablen	63
5.1	Einleitung	63
5.2	Der Therapeut und seine Rolle im Therapiesgeschehen	64
5.2.1	Kontextuelles Modell	64
5.2.1.1	Vorbemerkungen	64
5.2.1.2	Funktion und Rolle des Therapeuten	65
5.2.2	Allgemeines Modell	66
5.2.2.1	Vorbemerkungen	66
5.2.2.2	Der Therapeut im Therapieprozess	66
5.2.2.3	Der Therapeut im Gesamtmodell	68
5.3	Therapeut und Therapeutenvariablen in der Psychotherapieforschung	69
5.3.1	Der Therapeut als „Wirkfaktor“	70
5.3.1.1	Vorbemerkungen	70
5.3.1.2	Befunde	70
5.3.2	Empirische Daten zu Therapeutenvariablen	73
5.3.2.1	Vorbemerkungen	73
5.3.2.2	Beobachtbare Persönlichkeitsmerkmale	74
5.3.2.3	Beobachtbare therapiespezifische Zustände	75
5.3.2.4	Erschlossene Persönlichkeitsmerkmale	77
5.3.2.5	Erschlossene therapiespezifische Zustände	78
5.3.3	Der Therapeut und die therapeutische Allianz	79
5.3.3.1	Zusammenfassende Einschätzung und Aktualisierung	79
5.3.3.2	Der Beitrag des Therapeuten zur Allianz	80
5.4	Zusammenfassung	81
6	Die Therapeutische Haltung in der Fachliteratur	83
6.1	Einleitung	83
6.1.1	Anliegen des Literaturüberblicks	83
6.1.2	Annäherung an den Begriff	84
6.2	Recherche zum Begriff der „Therapeutischen Haltung“	85
6.2.1	Systematische Recherche	86
6.2.2	Ergänzende Recherche	89
6.2.3	Diskussion der formalen Rechercheergebnisse	90
6.3	Kursorischer Literaturüberblick	92
6.3.1	Therapeutische Haltung im Allgemeinen	92
6.3.1.1	Primäre Begriffe	92
6.3.1.2	Kontexte der Thematisierung	93
6.3.1.3	Definitionen	94
6.3.2	Merkmale und Bedeutungsaspekte	97
6.3.2.1	Merkmale/Dimensionen	97

	6.3.2.2	Begriffliche Relationen	101
	6.3.2.3	Auswirkungen/Funktionen	103
6.3.3		Spezifische Haltungstypen	106
	6.3.3.1	Systemische Haltung	107
	6.3.3.2	Psychodynamische Haltung	108
6.3.4		Rekonstruktion individueller Konzepte	111
6.3.5		Diskussion des Literaturüberblicks	114
	6.3.5.1	Umgang mit dem Thema	114
	6.3.5.2	Inhaltliche Anregungen	115
	6.3.5.3	Offene Fragen/anhaltende Unklarheiten	116
6.4		Forschung zur Therapeutischen Identität	117
	6.4.1	Hintergrund	118
	6.4.2	TASC, ThId und ThAt	118
	6.4.2.1	Zur Entwicklung des Instruments	118
	6.4.2.2	ThAt im Überblick	119
	6.4.3	Ausgewählte Befunde	121
	6.4.3.1	Therapeutische Haltung und theoretische Orientierung	121
	6.4.3.2	Therapeutische Haltung und Therapieergebnis	122
	6.4.3.3	Therapeutische Haltung und Therapieausbildung	123
	6.4.4	Diskussion der Forschung zur Therapeutischen Identität	124
6.5		Zusammenfassung	126

7 Potentiell haltungsnahе Konstrukte 127

7.1		Einleitung	127
7.2		Bewertungsdispositionen	128
	7.2.1	Einstellung	128
	7.2.1.1	Definition	129
	7.2.1.2	Struktur: Komponenten und Dimensionen	129
	7.2.1.3	Stabilität und Einstellungsveränderung	130
	7.2.1.4	Funktion und Wirkung	131
	7.2.1.5	Operationalisierung und Messung	132
	7.2.2	Werthaltung	132
	7.2.2.1	Definition	133
	7.2.2.2	Abgrenzung und zentrale Merkmale	133
	7.2.2.3	Stabilität, Funktion und Wirkung	134
	7.2.2.4	Inhaltliche Struktur	135
	7.2.2.5	Operationalisierung und Messung	136
7.3		Pläne und Planstrukturen	136
	7.3.1	Plananalyse	137
	7.3.2	Definition	137
	7.3.3	Kontext und Struktur	138
	7.3.4	Stabilität und Funktion	139
	7.3.5	Operationalisierung	140
7.4		Zusammenfassung	141

8	Forschungsfragen und Fragestellung	143
8.1	Einleitung	143
8.1.1	Normative vs. deskriptive Antwort	143
8.1.2	Theoretische Perspektiven auf die Hauptfrage	144
8.2	Perspektiven auf die Hauptfrage	145
8.2.1	Begriffsrelationale Perspektive	145
8.2.2	Funktionale/kausale Perspektive	146
8.2.3	Eigenschaftsbezogene Perspektive	146
8.2.4	Perspektive der Erfassbarkeit	147
8.3	Nebenfragestellungen	147
8.4	Zusammenfassung: Forschungsfragen im Überblick	148

Bedeutungsanalyse und Begriffsexplikation

9	Experteninterviews – methodische Grundlagen	150
9.1	Einleitung	150
9.2	Das Interview als Erhebungsmethode	150
9.2.1	Überblick	151
9.2.1.1	Ausmaß der Standardisierung	151
9.2.1.2	Art des Kontaktes/Kommunikationsmediums	153
9.2.2	Qualitatives Interview	154
9.2.2.1	Gemeinsamkeiten qualitativer Interviews	154
9.2.2.2	Verbreitete Konzepte	154
9.2.3	Experteninterview	156
9.2.3.1	Wer ist Experte?	157
9.2.3.2	Formen von Experteninterviews	158
9.2.3.3	Methodische Gemeinsamkeiten	159
9.2.3.4	Herausforderungen und Schwierigkeiten	159
9.2.4	Das leitfadenbasierte Experteninterview als Methode der Datenerhebung	160
9.3	Die qualitative Inhaltsanalyse (QI)	161
9.3.1	Die Methode der Inhaltsanalyse	162
9.3.1.1	Definition und historische Entwicklung	162
9.3.1.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede	162
9.3.1.3	Grundbegriffe der QI	163
9.3.1.4	QI als Methode der Datenauswertung	164
9.3.1.5	Inhaltsanalytische Gütekriterien	165
9.3.2	QI nach Mayring	166
9.3.2.1	Theoretische Hintergründe	166
9.3.2.2	Grundtechniken der QI	167
9.3.2.3	Ablaufmodell der QI	167
9.3.2.4	QI als methodischer Rahmen	169
9.3.2.5	Kritische Anmerkungen zur QI nach Mayring	170
9.4	Zusammenfassung	170

10	Experteninterviews – methodisches Vorgehen	172
10.1	Einleitung	172
10.1.1	Inhaltsanalytisches Ablaufmodell	172
10.1.2	Zur Organisation des Projekt-Teams	175
10.2	Stichprobengewinnung und -beschreibung	177
10.2.1	Akquise der Stichproben	177
10.2.1.1	Inhaltliche Anforderungen	177
10.2.1.2	Methodische und formale Anforderungen	179
10.2.1.3	Kontaktaufnahme	180
10.2.1.4	Teilnahmebereitschaft	180
10.2.1.5	Datenschutz	182
10.2.2	Beschreibung der Stichproben	182
10.2.2.1	Konstruktion eines Kurzfragebogen (KFB)	182
10.2.2.2	Charakterisierung der Stichprobe	185
10.2.2.3	Projektbezogene Daten	188
10.3	Datenerhebung und -aufbereitung	191
10.3.1	Erhebung der Rohdaten	191
10.3.1.1	Konstruktion des Interviewleitfadens (ILF)	192
10.3.1.2	Aufbau des Interviewleitfadens	193
10.3.1.3	Durchführung der Interviews nach Manual	195
10.3.1.4	Statistische Informationen	196
10.3.2	Datenaufbereitung	197
10.3.2.1	Digitale Aufnahme	197
10.3.2.2	Transkription	198
10.3.2.3	Paraphrasierung	199
10.4	Qualitativ-inhaltsanalytische und quantitativ-statistische Auswertung	202
10.4.1	Analyseeinheiten und Konstruktionsregeln	202
10.4.1.1	Festlegung der Analyseeinheiten	202
10.4.1.2	Allgemeine Konstruktionsregeln	203
10.4.2	Konstruktion der Kategoriensysteme	204
10.4.2.1	Theoriegeleitete Konstruktion	204
10.4.2.2	Materialgeleitete Überarbeitungen	205
10.4.2.3	Nachdifferenzierung	206
10.4.3	Computerunterstützte Datenanalyse	207
10.4.3.1	Codierung mittels MAXQDA	207
10.4.3.2	Allgemeine Codierregeln	209
10.4.4	Inter-Coder-Reliabilität (ICR)	210
10.4.5	Quantitativ-statistische Datenauswertung	212
10.5	Zur Darstellung der Ergebnisse	213
10.6	Zusammenfassung	214
11	Experteninterviews – Kategoriensysteme	215
11.1	Einleitung	215
11.2	Überblick	215
11.2.1	Inhaltliche Organisation	216

11.2.2	Hierarchische Ordnung	217
11.2.3	Formale Struktur	217
11.3	Inhaltliche Organisation im Detail	220
11.3.1	System 1 "Semantische Relationen"	220
11.3.1.1	OK 1.1. "Taxonomische Relationen"	221
11.3.1.2	OK 1.2. "Teil-Ganzes-Relationen"	222
11.3.1.3	OK 1.3. "Bedeutungsähnlichkeit"	223
11.3.2	System 2 "Funktionale Relationen"	225
11.3.2.1	OK 2.1. "Auswirkungen der ThHa"	226
11.3.2.2	OK 2.2. "Aktuelle Einflüsse auf die ThHa"	229
11.3.2.3	OK 2.3. "Entwicklungsfaktoren"	232
11.3.3	System 3 "Inhaltliche Dimensionen"	234
11.3.3.1	OK 3.1. "Klientenbezogen"	235
11.3.3.2	OK 3.2. "Therapeutenbezogen"	236
11.3.3.3	OK 3.3. "Therapieprozessbezogen"	237
11.3.4	System 4 "Erfassbarkeit"	238
11.3.4.1	OK 4.1. "Situative Kontexte"	239
11.3.4.2	OK 4.2. "Indikatoren"	240
11.3.4.3	OK 4.3. "Erhebungsmethoden"	242
11.3.5	Weitere Systeme	243
11.3.5.1	System 5 "Irrelevantes"	243
11.3.5.2	System 6 „Sonstige relevante Aussagen“	243
11.3.5.3	System 7 "Gesprächsanteile des Interviewers"	246
11.4	Zusammenfassung	246

12 Experteninterviews – Ergebnisse im Sinne der Forschungsfragen 248

12.1	Einleitung	248
12.1.1	Kennzahlen der Ergebnisdarstellung	249
12.1.2	Codierungsergebnisse im Überblick	250
12.2	Begriffsrelationale Perspektive	250
12.2.1	Forschungsfragen und OKn des Systems 1	250
12.2.2	Codierungsergebnisse	252
12.2.2.1	Taxonomische Relationen (Ergebnisse)	252
12.2.2.2	Teil-Ganzes-Beziehungen (Ergebnisse)	253
12.2.2.3	Ähnliche Begriffe (Ergebnisse)	254
12.2.3	Interpretation	256
12.2.3.1	Taxonomische Relationen (Interpretation)	256
12.2.3.2	Teil-Ganzes-Beziehungen (Interpretation)	257
12.2.3.3	Ähnliche Begriffe (Interpretation)	258
12.3	Funktionale/kausale Perspektive	258
12.3.1	Forschungsfragen und OKn des Systems 2	258
12.3.2	Codierungsergebnisse	260
12.3.2.1	Die Therapeutische Haltung als UV (Ergebnisse)	260
12.3.2.2	Die Therapeutische Haltung als AV (Ergebnisse)	262
12.3.2.3	Entwicklung der Therapeutischen Haltung (Ergebnisse)	265

12.3.3	Interpretation	267
12.3.3.1	Die Therapeutische Haltung als UV (Interpretation)	268
12.3.3.2	Die Therapeutische Haltung als AV (Interpretation)	268
12.3.3.3	Entwicklung der Therapeutischen Haltung (Interpretation)	270
12.4	Eigenschaftsbezogene Perspektive	271
12.4.1	Forschungsfragen und OKn des Systems 3	271
12.4.2	Codierungsergebnisse	272
12.4.2.1	Haltung des Therapeuten zu seinem Gegenüber (Ergebnisse)	272
12.4.2.2	Haltung des Therapeuten sich selbst gegenüber (Ergebnisse)	272
12.4.2.3	Haltung gegenüber Therapie und Therapieprozess (Ergebnisse)	273
12.4.3	Interpretation	273
12.5	Perspektive der Erfassbarkeit	275
12.5.1	Forschungsfragen und OKn des Systems 4	275
12.5.2	Codierungsergebnisse	276
12.5.2.1	Situative Kontexte (Ergebnisse)	276
12.5.2.2	Indikatoren (Ergebnisse)	277
12.5.2.3	Erhebungsmethoden (Ergebnisse)	278
12.5.3	Interpretation	280
12.5.3.1	Situative Kontexte (Interpretation)	280
12.5.3.2	Indikatoren (Interpretation)	280
12.5.3.3	Erhebungsmethoden (Interpretation)	281
12.6	Hypothesengenerierung	281
12.6.1	Begriffsrelationale Perspektive	282
12.6.2	Funktionale/kausale Perspektive	283
12.6.3	Eigenschaftsbezogene Perspektive	285
12.6.4	Perspektive der Erfassbarkeit	286
12.7	Zusammenfassung	287

13	Begriffsexplikation „Therapeutische Haltung“	289
13.1	Einleitung	289
13.2	Bedeutungsanalyse	290
13.2.1	Überblick und Vorgehen	290
13.2.2	Begriffsrelationale Perspektive	291
13.2.3	Funktionale/kausale Perspektive	292
13.2.4	Eigenschaftsbezogene Perspektive	294
13.2.5	Perspektive der Erfassbarkeit	295
13.3	Präzisierung und theoretische Einbettung	297
13.3.1	Vorgehen	297
13.3.2	Relevante Bedeutungsaspekte	297
13.3.3	Vorläufige Präzisierung	299
13.3.3.1	Vorbemerkungen	299
13.3.3.2	Erste Annäherung	300

13.3.3.3	Präzisierung der Bestimmungsstücke	302
13.3.4	Einbettung in ausgewählte Begriffssysteme	304
13.3.4.1	Potentiell nahestehende Konstrukte	305
13.3.4.2	Theorien der Therapeutenvariablen	308
13.3.5	Abschließende Explikation	310
13.3.5.1	Vorstellung und Erläuterung des Explikats	310
13.3.5.2	Begriffliche Konsequenzen	313
13.4	Vorschläge zur Operationalisierung	316
13.5	Zusammenfassung	319

Diskussion

14	Diskussion	320
14.1	Einleitung	320
14.2	Zusammenfassung der Ergebnisse	320
14.2.1	Literaturüberblick	321
14.2.2	Bedeutungsanalyse	323
14.2.2.1	Kategoriensysteme	324
14.2.2.2	Hypothesenbezogenes Resümee	325
14.2.3	Präzisierung und theoretische Einbettung	327
14.2.4	Nebenfragen	329
14.2.4.1	Zur Relevanz der Therapeutischen Haltung	329
14.2.4.2	Zu Gruppenunterschieden in Haltungskonzepten	330
14.3	Methodische Diskussion der Explikation	331
14.3.1	Bedeutungsanalyse	332
14.3.1.1	Qualitative Gütekriterien	332
14.3.1.2	Leitfadenkonstruktion und Experteninterviews	335
14.3.1.3	Inhaltsanalytische Gütekriterien	336
14.3.2	Präzisierung und theoretische Einbettung	339
14.3.2.1	Allgemeine Bedingungen	339
14.3.2.2	Spezielle Bedingungen	340
14.4	Ausblick	341
14.4.1	Zukünftige Forschung	341
14.4.2	Praktische Relevanz und Fazit	344

Formalitäten II

Literaturverzeichnis	345
Gliederung Anhang	368
Anhang A-F*	368

* Der in der eingereichten Arbeit auf CD-Rom beiliegende digitale Anhang (Anhang H: Codierleitfaden) kann auf Anfrage beim Autor eingesehen werden, ebenso wie die MAXQDA-, EXCEL- und SPSS-Dateien auf Basis derer die dargestellten Ergebnisse berichtet werden.

Tabellen-, Abbildungs- und Abkürzungsverzeichnis

Tabellen

Tab. 3.01	Qualitative und quantitative Daten und Analyse (nach Kuckartz, 2012, S. 15);	34
Tab. 5.01	Übersicht der in Beutler et al. (2004) diskutierten Therapeutenvariablen	74
Tab. 5.02	Übersicht der in Beutler et al. (2004) diskutierten beobachtbaren therapiespezifischen Zustände	75
Tab. 5.03	Übersicht der in Beutler et al. (2004) diskutierten erschlossenen Persönlichkeitsmerkmale	77
Tab. 6.01	Übersicht der genutzten Suchbegriffe	86
Tab. 6.02	Übersicht der primären Rechredurchläufe	87
Tab. 6.03	Übersicht der ergänzenden Recherchen III-VII	88
Tab. 6.04	Ergänzende Recherche – Treffer je Veröffentlichung im Überblick	89
Tab. 6.05	Ergänzende Recherche – Treffer je Gruppe im Überblick	89
Tab. 6.06	Ergänzende Recherche – Treffer je Gruppe nach Korrektur im Überblick	90
Tab. 6.07	Übersicht der primär genutzten Begriffe	92
Tab. 6.08	Übersicht inhaltlicher Kontexte der Thematisierung des Haltungsbegriffs	93
Tab. 6.09	Definitionen der Therapeutischen Haltung in der Literatur	95
Tab. 6.10	Übersicht der rekonstruierbaren Merkmale/Dimensionen	98
Tab. 6.11	Übersicht der rekonstruierbaren begrifflichen Relationen	101
Tab. 6.12	Übersicht der rekonstruierbaren Auswirkungen	104
Tab. 6.13	Sektionen des ThAt	120
Tab. 6.14	Bereiche und Faktoren der TASC-2	120
Tab. 8.01	Fragestellung der vorliegenden Arbeit im Überblick	149
Tab. 10.01	Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter soziodemograph. Merkmale	185
Tab. 10.02	Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter ausbildungsbez. Merkmale	186
Tab. 10.03	Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter berufsbezogener Merkmale	187
Tab. 10.04	MW-Unterschiede bez. des Merkmals theoretische Orientierung an mehreren Verfahren	188
Tab. 10.05	Mehrfachvergleiche bez. des Merkmals theoretische Orientierung an mehreren Verfahren	188
Tab. 10.06	Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter projektbezogener Merkmale	189
Tab. 10.07	Mittelwerte der Merkmale Wichtigkeit, Konfrontation, Stellenwert und Angemessenheit	190
Tab. 10.08	Sektionen des Interviewleitfadens (ILF) und Anzahl der Fragen je Typ	193
Tab. 10.09	Hauptfragen des Interviewleitfadens (ILF) im Überblick	194
Tab. 10.10	Interviewdauer in Abhängigkeit der Variablen Profession, Fachrichtung, Geschlecht, Interviewender	197

Tab. 10.11	Interpretationsregeln bei der Paraphrasierung – Teil 1	200
Tab. 10.12	Interpretationsregeln bei der Paraphrasierung – Teil 2	200
Tab. 10.13	Interpretationsregeln bei der Paraphrasierung – Teil 3	200
Tab. 10.14	Beispiel für die formale Struktur der Basisdokumente	201
Tab. 10.15	Festlegung der Analyseeinheiten	202
Tab. 10.16	Allgemeine Konstruktionsregeln	203
Tab. 10.17	Allgemeine Codierregeln – Teil 1	209
Tab. 10.18	Allgemeine Codierregeln – Teil 2	209
Tab. 10.19	Gesamtkodierungen und im Rahmen der ICR überprüfte Codierungen je System	211
Tab. 10.20	Reliabilitätskoeffizienten (Krippendorffs Alpha) für die Systeme 1-4	212
Tab. 11.01	Beispiel für die formale Struktur der Kategoriencharakterisierung	219
Tab. 11.02	UKn erster und zweiter Ebene der OK 1.1. „Taxonomische Relationen“	221
Tab. 11.03	UKn erster und zweiter Ebene der OK 1.2. „Teil-Ganzes-Relationen“	223
Tab. 11.04	UKn erster und zweiter Ebene der OK 1.3. „Bedeutungsähnlichkeit“	224
Tab. 11.05	UKn erster und zweiter Ebene der OK 2.1. „Auswirkungen der ThHa“	227
Tab. 11.06	UKn zweiter und dritter Ebene der UKn 2.1.1. „Klient“ und 2.1.2. „Therapeut“	228
Tab. 11.07	UKn erster und zweiter Ebene der OK 2.2. „Aktuelle Einflüsse auf die ThHa“	230
Tab. 11.08	UK 2.2.1. „Variable Einflüsse“ mit UKn zweiter und dritter Ebene	231
Tab. 11.09	UK 2.2.2. „Stabile Einflüsse“ mit UKn zweiter und dritter Ebene	231
Tab. 11.10	UKn erster und zweiter Ebene der OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“	233
Tab. 11.11	UKn erster und zweiter Ebene der OK 4.1. „Situative Kontexte“	239
Tab. 11.12	UKn erster und zweiter Ebene der OK 4.2. „Indikatoren“	240
Tab. 11.13	UKn erster und zweiter Ebene der OK 4.3. „Erhebungsmethoden“	242
Tab. 11.14	OKn und UKn des 6. Systems „Sonstige relevante Aussagen“	244
Tab. 11.15	OKn und UKn des 7. Systems „Gesprächsanteile des Interviewers“	246
Tab. 12.01	Schritte der Ergebnisdarstellung im Sinne der Forschungsfragen	248
Tab. 12.02	Codierungen in den Systemen 1-4	250
Tab. 12.03	Forschungsfragen aus begriffsrelationaler Perspektive im Kontext der Experteninterviews	251
Tab. 12.04	Codierungen in OKn des System 1 „Semantische Relationen“	251
Tab. 12.05	Codierungen in OK 1.3. „Bedeutungsähnlichkeit“	254
Tab. 12.06	Forschungsfragen aus funktionaler/kausaler Perspektive im Kontext der Experteninterviews	258
Tab. 12.07	Codierungen in OKn des System 2 „Funktionale Relationen“	259
Tab. 12.08	Codierungen in OK 2.1. „Auswirkungen der ThHa“	260
Tab. 12.09	Codierungen in OK 2.2. „Aktuelle Einflüsse auf die ThHa“	263
Tab. 12.10	Codierungen in OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“	265
Tab. 12.11	Forschungsfrage aus eigenschaftsbezogener Perspektive im Kontext der Experteninterviews	271
Tab. 12.12	Codierungen in OKn des System 3 „Inhaltliche Dimensionen“	271
Tab. 12.13	Forschungsfragen aus Perspektive der Erfassbarkeit im Kontext der Experteninterviews	275

Tab. 12.14	Codierungen in OKn des System 4 „Erfassbarkeit“	275
Tab. 12.15	Codierungen in OK 4.1. „Situative Kontexte“	276
Tab. 12.16	Codierungen in OK 4.2. „Indikatoren“	277
Tab. 12.17	Codierungen in OK 4.3. „Erhebungsmethoden“	278
Tab. 12.18	sechs Hypothesen bezüglich semantischer Relationen	282
Tab. 12.19	sieben Hypothesen bezüglich der Therapeutischen Haltung als unabhängiger Variable	283
Tab. 12.20	vier Hypothesen bezüglich Therapeutischen Haltung als abhängiger Variable (state)	283
Tab. 12.21	fünf Hypothesen bez. Einflüssen auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (trait)	284
Tab. 12.22	acht Hypothesen zu möglichen Eigenschaften/Dimensionen der Therapeutischen Haltung	285
Tab. 12.23	acht Hypothesen zu situativen Kontexten und Indikatoren der Therapeutischen Haltung	286
Tab. 12.24	fünf Hypothesen zu Erhebungsmethoden der Therapeutischen Haltung	287
Tab. 13.01	Relevante Bedeutungselemente im Sinne der begriffsrelationalen Perspektive	292
Tab. 13.02	Relevante Bedeutungselemente im Sinne der funktionalen/kausalen Perspektive	293
Tab. 13.03	Relevante Bedeutungselemente im Sinne der eigenschaftsbezogenen Perspektive	295
Tab. 13.04	Relevante Bedeutungselemente im Sinne der Erfassbarkeitsperspektive	296
Tab. 13.05	Erste Annäherung an einen präzisen Begriff	300
Tab. 13.06	Präzisierung des Bestimmungsstückes „therapiebezogen“	302
Tab. 13.07	Anregungen zur Präzisierung aus dem Vergleich mit nahestehenden Konstrukten	308
Tab. 13.08	Anregungen zur Präzisierung aus Theorien der Therapeutenvariablen	310
Tab. 13.09	Abschließende Explikation der Therapeutischen Haltung	310
Tab. 14.01.	Bedeutungselemente der Therapeutischen Haltung im Sinne des Literaturüberblicks	323
Tab. 14.02	Anzahl der Hypothesen je System in Abhängigkeit des Fundierungsgrades	325
Tab. 14.03	Qualitative Prinzipien und Gütekriterien	332
Tab. 14.04	Spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien	336
Tab. 14.05	Gütekriterien präziser Begriffsbestimmungen im Überblick	339

Abbildungen

Abb. 1.01	Ablaufschema des geplanten Vorgehens im Kontext theoretischer und methodischer Grundlagen	12
Abb. 2.01	Klassifikation von Begriffen nach Inhaltstyp	21
Abb. 2.02	Klassifikation von Begriffen nach Skalentyp	22
Abb. 3.01	Kontinuum qualitativer zu quantitativer Forschung	36
Abb. 3.02	Interaktives Modell der qualitativen Datenanalyse	40
Abb. 3.03	Allgemeines Grunddesign	42
Abb. 3.04	Ablaufmodell eines (qualitativen) explorativen Designs	45

Abb. 4.01	Das semiotische Dreieck	50
Abb. 4.02	Beispiel einer Taxonomie	56
Abb. 4.03	Beispiel einer Mereologie	57
Abb. 5.01	„Generic Model of Psychotherapy“	67
Abb. 5.02	relativer Beitrag „gemeinsamer Faktoren“ zur Varianzaufklärung vs. relativer Beitrag therapeutischer Faktoren“ zur Varianzaufklärung	71
Abb. 5.03	Grafische Darstellung der von Wampold (2001a) angenommenen relativen Beiträge therapeutischer Faktoren zur Varianzaufklärung therapeutischer Ergebnisse	72
Abb. 5.04	Taxonomie der Therapeutenvariablen	73
Abb. 6.01	Anzahl der Fundstellen der systematischen Recherchen I und II geordnet nach theoretischer Orientierung der Autoren: absolute Häufigkeiten und prozentuale Anteile	87
Abb. 6.02	Standardisierte Abweichungen der Mittelwerte der Psychoanalytiker der psychodynamischen Psychotherapeuten (und der Verhaltenstherapeuten vom Gesamtmittelwert bezüglich der neun Subskalen des TASC-2	122
Abb. 7.01	Postulierte zirkuläre Motivationsstruktur von 19 Werthaltungen, zusammengefasst zu 10 Werttypen, orientiert an zwei Dimensionen	135
Abb. 7.02	Planstruktur des als depressiv diagnostizierten „David“	139
Abb. 9.01	Inhaltsanalytische Gütekriterien bei Krippendorff	165
Abb. 9.02	Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell, untergliedert in 11 Schritte	168
Abb. 10.01	Konkretes inhaltsanalytisches Ablaufmodell (KIAM) der Interviewstudien	173
Abb. 10.02	Übersicht der Kontaktaufnahme und Teilnahmebereitschaft in drei Stadien	181
Abb. 10.03	Ausschnitt des Kurzfragebogens	184
Abb. 10.04	Stellenwert der ThHa und Angemessenheit der Behandlung der ThHa in der Ausbildung in Abhängigkeit der ausbildungsbezogenen Variable Zulassung	191
Abb. 10.05	Kopf und Ausschnitt des Interviewmanuals	195
Abb. 10.06	Screenshot zur Veranschaulichung der Nutzeroberfläche von MAXQDA	208
Abb. 10.07	Graphik zur Codierregel bei einfacher Unterbrechung	210
Abb. 10.08	Graphik zur Codierregel bei wechselseitiger Unterbrechung	210
Abb. 11.01	die sieben Kategoriensysteme im Überblick	216
Abb. 11.02	hierarchische Organisation der Systeme	217
Abb. 11.03	OKn und UKn erster Ebene des Systems „Semantische Relationen“ im Überblick	220
Abb. 11.04	System 2 „Funktionale Relationen“ im Überblick	226
Abb. 11.05	System 3 „Inhaltliche Dimensionen“ im Überblick	235
Abb. 11.06	OKn und UKn erster Ebene des Systems 4 „Erfassbarkeit“ im Überblick	238
Abb. 13.01	Schematische Darstellung des vorläufig präzisierten Begriffs	304
Abb. 14.01	Zentrale Kategoriensysteme 1-4 mit den wichtigsten Oberkategorien	324

Abkürzungen und spezielle Symbole

% Cod.	Relativer Anteil der Codierungen (definierte Kennzahl der Ergebnisdarstellung; s. Kap. 12.1.1)
Σ	Summe der Codierungen (definierte Kennzahl der Ergebnisdarstellung; s. Kap. 12.1.1)
a.a.O.	an anderem Ort
Abk.	Abkürzung
Abb.	Abbildung
Abschn.	Abschnitt
AIAM	Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell
Anh.	Anhang
AV	abhängige Variable
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
EI	Experteninterview
eigtl.	eigentlich
evtl.	eventuell
f./ff.	folgende Seite/n
Hervorheb. im Orig./durch H.P.	Hervorhebung im Original/durch Hans Preß
i.d.R.	in der Regel
i.(d./w.)S.	in (diesem/weiten) Sinne
ICR	Inter-Coder-Reliabilität
ILF	Interviewleitfaden
IML	Interviewmanual
incl./inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
Kap.	Kapitel
KFB	Kurzfragebogen
KIAM	Konkretes inhaltsanalytisches Ablaufmodell
mod.	modifiziert (beinhaltet ggf. auch Übersetzung aus dem Englischen durch den Autor der vorliegenden Arbeit)
m.E.	mit Einschränkung
MM	Mixed Methods
MW	Mittelwert der Codierungen (definierte Kennzahl der Ergebnisdarstellung; s. Kap. 12.1.1)
N>0	Summe der Nennungen (definierte Kennzahl der Ergebnisdarstellung; s. Kap. 12.1.1)
OK/n	Oberkategorie/n
QI	qualitative Inhaltsanalyse
s.(o./u.)	siehe (oben/unten)
S.	Seite
sog.	sogenannt
Tab.	Tabelle

TASC/-2	Therapeutic Attitudes Scales/Version 2
tend.	tendenziell (zur Klassifikation des Fundierungsgrades der Hypothesen; s. Kap. 12.6)
ThAt	Therapeutic Attitudes
ThHa	Therapeutische Haltung (Abk. nur in Arbeitsdokumenten und Kategorienbezeichnungen)
ThId	Therapeutic Identity
Tn.	Teilnehmer
u.a.	unter anderem
UK/n	Unterkategorie/n
UV	unabhängige Variable
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vielv.	vielversprechend (zur Klassifikation des Fundierungsgrades der Hypothesen; s. Kap. 12.6)
z.B.	zum Beispiel

Vorbemerkungen

Aufgrund des eher ungewohnten Aufbaus der vorliegenden Arbeit sollen hier einige Hinweise gegeben werden, die möglicherweise den Einstieg erleichtern.

Eine erste Anmerkung betrifft die *Ausführlichkeit der Darstellung* sowohl der theoretischen Hintergründe, als auch des methodischen Vorgehens. Dies ist zum einen der Forderung nach „genauer Verfahrensdokumentation“ (Mayring, 2002, S. 145) im Rahmen qualitativer Forschung zu schulden, zum anderen aber auch inhaltlich sinnvoll, da eine große Bandbreite von Themen im Kontext der Begriffsexplikation zu berücksichtigen ist.

Eine zweite Anmerkung betrifft den von der üblichen Präsentation eines Forschungsberichts (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 89) *abweichenden Aufbau* der vorliegenden Arbeit. Dieser orientiert sich an der Methode der Explikation, die mit Präzisierung und theoretischer Einbettung als Abschluss (vgl. Pawłowski 1980, S. 160 f.) einen Schritt beinhaltet, der in etwa der üblichen inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse entspricht. Daher findet sich im abschließenden Kapitel 14 lediglich eine methodische Diskussion, die inhaltliche Diskussion der wesentlichen Ergebnisse der Arbeit findet bereits im 13. Kapitel (Begriffsexplikation) statt.

Eine dritte Anmerkung bezieht sich auf den im Theorieteil der Arbeit aufgeführten *Literaturüberblick* (Kap. 6). Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Themengebiet erschlossen werden soll, das bisher in Fachliteratur und Forschung nicht systematisch verankert scheint, wird der Literaturüberblick ausführlicher gestaltet als für Theoriekapitel üblich und zudem orientiert an der Methode der Inhaltsanalyse durchgeführt. Die im Rahmen der Literaturübersicht gewonnenen Erkenntnisse werden dementsprechend als Ergebnisse verstanden, innerhalb des Kapitels diskutiert und im 14. Kapitel zusammengefasst.

Eine vierte Anmerkung betrifft einige *sprachliche Hinweise*. Obwohl im Fließtext der zentrale Begriff „Therapeutische Haltung“ ausgeschrieben wird, wurde in einigen Arbeitsdokumenten mit der Abkürzung „ThHa“ gearbeitet. Da sich immer wieder auch auf diese bezogen wird, findet sich die Abkürzung ThHa auch öfters im Fließtext wieder. Zudem wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff der Therapeutischen Haltung als fachsprachliche Bezeichnung verstanden, weswegen auch das Adjektiv „therapeutisch“ in Verbindung mit „Haltung“ durchgehend großgeschrieben wird. Lediglich in wörtlichen Zitaten anderer Autoren bleibt die dort gewählte Schreibweise erhalten.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet und nur die männliche Form verwendet wird. *Sämtliche Personenbezeichnungen gelten aber selbstverständlich für beiderlei Geschlecht.*

Kap. 1 Einstieg und Überblick

Überblick: Dieses Kapitel soll den thematischen Einstieg erleichtern sowie einen knappen Überblick der Ziele, Vorgehensweisen und Struktur der vorliegenden Arbeit vermitteln. Zu diesem Zweck wird nach einer Hinführung zum Thema (s. Kap. 1.1) dessen Relevanz herausgearbeitet (s. Kap. 1.2). In Abschnitt 1.3 wird das übergeordnete Erkenntnisziel benannt und die Hauptfrage formuliert, die im Rahmen der Arbeit differenziert und beantwortet werden soll. Das diesbezügliche geplante methodische Vorgehen wird in Abschnitt 1.4 vorgestellt. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einem Überblick der die vorliegende Arbeit gliedernden Kapitel (s. Kap. 1.5).

1.1 Hinführung zum Thema

1.1.1 Der Therapeut als „Wirkfaktor“

Psychotherapie wirkt: Personen, die wegen psychischer Probleme einen Psychotherapeuten aufsuchen und eine Therapie abschließen, stehen danach mit großer Wahrscheinlichkeit *besser* da, als diejenigen, die abwarten und auf spontane Besserung hoffen. Soweit sind sich Vertreter verschiedenster therapeutischer Traditionen und Forschungsparadigmen einig (vgl. Wampold, 2010a; Cooper, 2008; Lebow, 2006; Lambert & Ogles, 2004; u.v.m.). *Wie* allerdings Psychotherapie wirkt, *welche* die notwendigen „Bausteine“ einer effektiven therapeutischen Interaktion darstellen, wird seit Aufkommen empirisch-wissenschaftlicher Forschungsbemühungen heftig diskutiert (vgl. Budd & Hughes, 2009; Lambert, 2011), jüngere Debatten lassen sich in einschlägigen Veröffentlichungen verfolgen (vgl. z.B. Norcross, Beutler & Levant, 2006; Hofmann & Weinberger, 2007).

Ein dabei oft zitiertes und von vielen Autoren propagiertes Ergebnis der Psychotherapieforschung, ist der Hinweis auf die herausragende Bedeutung des *Therapeuten* als Wirkfaktor und entsprechender *Therapeutenvariablen*, die zur Erklärung des Therapieerfolges beitragen könnten (vgl. z.B. Crits-Christoph et al., 1991; Wampold, 2001; Wampold, 2006). Als möglicherweise wichtige Variablen werden u.a. die *Qualität der Akquise und Nutzung von Ergebnis- und Prozessfeedback* diskutiert (vgl. Duncan, 2010; Lambert & Shimokawa 2011), oder auch die *Fähigkeiten von Therapeuten, eine tragfähige therapeutische Allianz zu etablieren* (vgl. Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Baldwin & Imel, im Druck). Literaturüberblicke, die diesbezügliche Forschungsergebnisse systematisch darstellen, schließen jedoch übereinstimmend mit der Feststellung, dass man gegenwärtig *nicht wisse*, worauf die große Bedeutung des Therapeuten zurückzuführen sei weswegen es einer *Intensivierung empirischer Forschungsbemühungen* bedürfe (vgl. Teyber & McClure, 2000; Beutler et al., 2004; Wampold, Hollon & Hill, 2011; Baldwin & Imel, im Druck).

Die bezüglich der Rolle des Therapeuten und potentieller Therapeutenvariablen im Therapiegeschehen bestehende Wissenslücke könnte jedoch nicht nur auf einen *Mangel* empirischer Untersuchungen zurückzuführen sein, sondern vielleicht auch mit *grundlegenden Unklarheiten* zusammen hängen. So beschreiben Pfammatter und Tschacher (2012) recht eindrücklich die *begrifflichen Verwirrungen*, die im Bereich der Psychotherapieforschung bezüglich des zentralen Konzepts der Wirkfaktoren herrschen: *Einheitliche Definitionen fehlen* und die verbreitete *Dichotomisierung allgemeiner vs. spezifischer Faktoren* erschwert eine differenzierte Betrachtung unterschiedlicher Ebenen (vgl. ebd.). Der Therapeut scheint zwar *als Person* von enormer Bedeutung für den Therapieerfolg zu sein, worauf dies zurückzuführen ist und wie man sich der Erforschung dieses Phänomens begrifflich sinnvoll nähern könnte, ist *gegenwärtig unklar*.

1.1.2 Der Therapeut als Person

Im Lauf der Psychotherapieausbildung, insbesondere der ambulanten Tätigkeit, lässt sich bei vielen Ausbildungskandidaten eine *Veränderung der an sich selbst gestellten Anforderungen und Ansprüche* feststellen. War während des Psychologiestudiums und des Beginns der Ausbildung vor allem der Aufbau von Fachwissen im Sinne des Kennenlernens psychologischer „Störungstheorien“ oder psychotherapeutischer „Techniken“ und „Strategien“ von Interesse, scheinen im Lauf der Ausbildung andere Bereiche in den Vordergrund zu rücken. Der mittlerweile in unzähligen störungsspezifischen Manualen gebündelte psychotherapeutische „Wissensbestand“ wird für die tägliche praktische Arbeit teils als unzureichend bzw. ergänzungsbedürftig empfunden. *Störungsunabhängige Aspekte therapeutischer Arbeit*, wie etwa der Umgang mit den Themen Beziehungsgestaltung, Werte, Motivation, Gefühle oder Psychohygiene scheinen an Bedeutung zu gewinnen, wie auch die Erkenntnis, dass die Entwicklung hin zu einem „guten“ Psychotherapeuten möglicherweise einer *persönlichen (Weiter-) Entwicklung* und Veränderung bedarf.

Auf die Vermutung, dass diese Beobachtungen nicht nur den subjektiven Eindruck des Verfassers der vorliegenden Arbeit widerspiegeln, weisen u.a. die Ergebnisse einer Befragung von Psychologen in Ausbildung hin: Insbesondere Teilnehmer im Bereich Verhaltenstherapie wünschen sich im Rahmen der Ausbildung mehr *verfahrenübergreifendes Wissen* vermittelt zu bekommen (vgl. Sonntag et al., 2009). Auch Stufenmodelle der professionellen Entwicklung von Psychotherapeuten deuten in eine ähnliche Richtung: So beschreiben Rønnestad und Skovholt (2005) eine gegen Ende der Ausbildung typischerweise durchlaufene „Phase der konditionalen Autonomie“ (S. 106), die sich u.a. dadurch auszeichne, dass Auszubildende sich mehr für ihren *Beitrag als Person* interessierten als zuvor (vgl. auch Klein, Bernard & Schermer, 2011). Dementsprechend widmen Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012) nicht ohne Grund dem „Therapeut als Person“ (S. 429) ein ausführliches Kapitel ihres Praxishandbuchs zur Selbstmanagement-Therapie. Im Zusammenhang dieser Phase der Entwicklung hin zu einer professionellen Identität ist auch immer wieder zu hören, dass man sich als Therapeut eine entsprechende „Haltung“ aneignen müsse, worauf im nächsten Abschnitt eingegangen wird (s.u., Kap. 1.1.3).

1.1.3 Was ist die „Therapeutische Haltung“?

Wie diese oben (s. Kap. 1.1.2) angesprochene „Haltung“ sein sollte wird in der psychotherapeutischen Literatur störungsorientiert (z.B. „bei Borderline-Patientinnen“, vgl. Grande & Schauenburg, 2007) oder bezogen auf die theoretische Orientierung (z.B. verhaltenstherapeutisch vs. psychoanalytisch, vgl. Streb, 2009) beschrieben (vgl. dazu Kap. 6). Was mit dem Begriff der „Therapeutischen Haltung“ *an sich* gemeint ist, welches *Konzept* hinter dem sprachlichen Ausdruck steht, bleibt meist unklar. Weder weisen Curricula vieler Ausbildungsinstitute Kurse zum Thema auf (soweit über Internet recherchierbar), noch wird das Konzept in der praxisorientierten Literatur explizit definiert oder reflektiert.

Leider kann auch die Recherche in fachwissenschaftlichen Suchmaschinen keine große Abhilfe leisten. In der Datenbank *PSYNDEX* lassen sich lediglich 25 Veröffentlichungen finden, die entsprechende Begriffe im Titel führen.¹ Im beispielhaften Vergleich zu 261 Titeltreffern bezüglich des ähnlich abstrakten Konzepts der „Therapeutischen Beziehung“ scheint die Anzahl der Titeltreffer gering.² In einer ersten unsystematischen Durchsicht der Titeltreffer zeigt sich zudem, dass der Begriff „Therapeutische Haltung“ zwar im Titel erscheint, meistens jedoch nicht definiert (vgl. z.B. Streb, 2009; Holm-Hadulla, 2007; Wurll, 2011), teilweise sogar im laufenden Text nicht wieder aufgegriffen wird (vgl. z.B. Conen, 2007; Sannwald & Bahrke, 2008). Ein ähnliches Bild lässt sich auf Basis der Betrachtung einflussreicher Psychotherapielehrbücher zeichnen. Während die Therapeutische Haltung in vielen Lehrbüchern im Inhalts- oder Stichwortverzeichnis nicht einmal auftaucht (vgl. z.B. Perrez & Baumann, 2011a; Wittchen & Hoyer, 2011; Linden & Hautzinger, 2011), wird sie in anderen nur marginal thematisiert und nicht definiert (vgl. z.B. Petermann & Reinecker, 2005; Strauß et al., 2007; Lutz, 2010a). Obwohl die Therapeutische Haltung „in vieler Munde“ zu sein scheint, bleibt deren *genaue Bestimmung und Bedeutung unklar*, insbesondere im kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Bereich, der die akademische klinisch-psychologische Landschaft dominiert. Zumindest in der psychodynamisch orientierten Literatur findet eine intensivere Auseinandersetzung mit der Therapeutischen Haltung statt, allerdings auch hier weniger mit dem Konzept als solchem, als vielmehr mit dessen spezifischer Ausgestaltung (vgl. dazu Kap. 6).

Die Verwendung des Begriffs durch Professionelle des psychosozialen Bereichs scheint somit weitestgehend auf der *impliziten Annahme eines allgemeingültigen Verständnisses* zu basieren. Damit bleiben begriffliche Unklarheiten bezüglich der möglicherweise relevanten Therapeutenvariable „Therapeutische Haltung“ nicht nur ein theoretisches Problem der Therapieforschung (s.o., Kap. 1.1.1), sondern werden auch zum ganz praktischen Hindernis auf dem Weg der Entwicklung hin zu einer „Therapeutenpersönlichkeit“ (s.o., Kap. 1.1.2). Auch im Rahmen der Erfahrung des „Therapeut-Werdens“ stößt man unweigerlich auf die „Person des Therapeuten“ als zentrales Thema, aber auch hier auf diesbezügliche Begriffsverwirrungen. Vielleicht kann die Auflösung dieser Verwirrungen durch die Klä-

¹ Recherche mit folgenden Suchbegriffen (Zugriff 19.04.2012): therapeutisch* haltung* or psychotherapeutisch* haltung* or therapeutisch* grundhaltung* or psychotherapeutisch* grundhaltung*

² Recherche mit folgenden Suchbegriffen (Zugriff 19.04.2012): therapeut* beziehung* or psychotherapeut* beziehung* or therapiebeziehung*

rung des Konzepts der oben angesprochenen „Therapeutischen Haltung“ zugleich einen Beitrag zur Klärung der Therapeuteneffekte leisten, die in Abschnitt 1.1.1 thematisiert wurden. Worin genau könnte aber die Relevanz einer Explizierung und klaren Definition des Konzeptes bestehen? Dieser Frage soll im folgenden Abschnitt nachgegangen werden.

1.2 Relevanz des Themas

Die Verfügbarkeit eines klaren Konzepts der Therapeutischen Haltung als möglicherweise zentrales Charakteristikum des Therapeuten könnte in verschiedener theoretischer und praktischer Hinsicht von Relevanz sein: So könnte ein klar umrissener und elaborierter Begriff der Therapeutischen Haltung für die Untersuchung der *theoretischen Grundlagen* psychotherapeutischer Verfahren nützlich sein (s. Kap. 1.2.1). Zudem würde das Konzept für die *Psychotherapieforschung* nutzbar gemacht, indem auf Basis einer klaren Definition, die Operationalisierung vorgenommen und die zur empirischen Forschung nötigen Messmethoden und -instrumente konstruiert werden könnten (s. Kap. 1.2.2). Ein klares und differenziertes Verständnis des Konzepts der Therapeutischen Haltung wäre außerdem hilfreich für deren systematische Ausformung in der *Psychotherapieausbildung* sowie Umsetzung in der *therapeutischen Praxis* (s. Kap. 1.2.3). Nicht zuletzt käme begriffliche Klarheit etwaigen Bemühungen von Therapeutinnen und Therapeuten zugute, sich systematisch um eine adäquate *Psychohygiene* zu kümmern (s. ebenfalls Kap. 1.2.3).

1.2.1 Theoretische Grundlagen der Psychotherapie

Aufgrund der nicht mehr zu überblickenden Menge therapeutischer Ansätze – Experten schätzen deren Anzahl auf bis zu 400 (vgl. Lutz, 2010b; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012) – und entsprechender Veröffentlichungen, werden Bemühungen, die schiere *Menge und Komplexität an Ideen zu reduzieren* von immer größerer Bedeutung (vgl. Prochaska & Norcross, 2010). Unterschiedliche Autoren schlagen zu diesem Zweck Ordnungsschemata vor, die von der Unterscheidung weniger Abstraktionsebenen (vgl. Goldfried, 1980; Wampold, 2001) bis hin zu ihrerseits wieder recht komplexen Modellen von Psychotherapie reichen (vgl. z.B. Orlinsky & Howard, 1986; Perrez & Baumann, 2011b). Eine von vielen Autoren genannte Analyseebene, anhand derer sich die unterschiedlichsten Therapieansätze vergleichen lassen, ist die der *therapeutischen Theorie* (vgl. Lutz, 2010b; Wampold, 2010b). Wie Prochaska und Norcross (2010) bemerken, versteht man unter Theorie im Kontext von Psychotherapie eine „consistent perspective on human behavior, psychopathology, and the mechanisms of therapeutic change“ (S. 4).

Als wesentliches Element psychotherapeutischer Theorien sieht u.a. Wampold (2010b) die *Therapeutische Haltung* („therapeutic stance“, S. 45). Auch dieses Konstrukt wird als Möglichkeit verstanden, den Vergleich unterschiedlicher Therapieansätze zu erleichtern. Einen klaren Begriff der Therapeutischen Haltung zu verwenden, könnte also auf der *Ebe-*

ne psychotherapeutischer Theorien von Nutzen sein. So ließe sich beispielsweise aus Standardwerken oder Lehrbüchern bestimmter Verfahren (z.B. ACT, DBT, MBT, SMT, ...) die hinter diesen stehende bzw. darin vermittelte Therapeutische Haltung rekonstruieren. Auf Basis dieser Rekonstruktionen könnten wiederum Prüfungen auf interne Widersprüche oder Vergleiche zwischen verschiedenen Verfahren durchgeführt werden.

1.2.2 Psychotherapieforschung

Viele gegenwärtig verbreitete Ansätze der Psychotherapie haben den Anspruch *wissenschaftlich* zu sein, was sicher nicht nur ethischen, sondern auch ökonomischen Gründen zu schulden ist (vgl. Lambert, Bergin & Garfield, 2004). Wissenschaftlichkeit bedeutet dabei zum einen, die Fundierung des therapeutischen Vorgehens durch den engen *Bezug zu etablierten Theorien der Grundlagenwissenschaften* (s.o., Kap. 1.2.1), insbesondere der empirischen Psychologie (vgl. z.B. Reinecker, 2005). Meist wird die Qualifikation eines therapeutischen Verfahrens als „wissenschaftlich“ jedoch auf dessen *Status im Kontext der Psychotherapieforschung* bezogen (vgl. Reinecker, 2009b; Lutz & Böhnke, 2010). Dies zeigt beispielsweise die v.a. auf Therapieforschungsstudien beruhende „wissenschaftliche Anerkennung“ eines Verfahrens durch Gutachten, die vom „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ angefertigt werden (vgl. www.wbpsychotherapie.de).

Auch für den Bereich der Psychotherapieforschung könnte eine Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung nützlich sein. Wie in anderen Bereichen angewandter Human- und Sozialwissenschaften auch, ist die Qualität der Ergebnisse und darauf basierender Schlussfolgerungen abhängig von einer *genauen Definition und Operationalisierung der zentralen Konstrukte* (vgl. Bortz & Döring, 2006; Schnell, Hill & Esser, 2011). Sofern die Therapeutische Haltung einen sinnvollen theoretischen Begriff darstellt, bedarf es auch zu dessen Nutzung in der empirischen Psychotherapieforschung einer Klärung. Darauf basierend ließen sich dann die Operationalisierung vornehmen und die nötigen *Messinstrumente* konstruieren, mit deren Hilfe vermutete Zusammenhänge zwischen individueller Therapeutischer Haltung, Aspekten des Therapieprozesses oder dem Therapieergebnis überprüft und ggf. revidiert werden könnten. So ließe sich ein Beitrag zur Verbesserung des in Abschnitt 1.1.1 angesprochenen gegenwärtig noch recht widersprüchlichen Wissensstandes bezüglich der sog. Therapeutenfaktoren leisten.

1.2.3 Psychotherapieausbildung und -praxis

Ein klares Konzept der Therapeutischen Haltung könnte nicht zuletzt für ganz praktische Aspekte der Psychotherapie von Bedeutung sein, wie z.B. den *Ausbildungskontext* (vgl. Willutzki & Laireiter, 2005), die *therapeutische Praxis* oder auch die *Psychohygiene* der Therapeuten (vgl. Reimer, 2005; Hoffmann & Hofmann, 2008; Norcross & Guy, 2010). Zum einen könnte der in Abschnitt 1.2.1 und 1.2.2 angesprochene Zugewinn theoretischen Wissens und empirischer Befunde zu einer *wissenschaftlichen Fundierung* bisher eher spekulativer Annahmen beitragen, *welche* Therapeutische Haltung hilfreich ist und deswegen

im Rahmen der Ausbildung vermittelt werden sollte. Zum anderen sollten aus einem differenzierten Begriff der Therapeutischen Haltung auch die diesen *konstituierenden spezifischen Formen von Wissen und/oder Kompetenz* abgeleitet werden können. Dadurch wird eine Anbindung an bestehende Konzepte z.B. der Andragogik oder pädagogischen Psychologie ermöglicht, die sich dann auf den Bereich der Ausbildung von Psychotherapeuten übertragen ließen. Diese Anbindung könnte wertvolle Hinweise darauf liefern, welche Ausbildungsmodalität (Theoriekurs, Supervision, Selbsterfahrung oder spezifische Kombinationen genannter Modalitäten) sinnvoll sein könnte, um sich eine hilfreiche Therapeutische Haltung anzueignen (vgl. Grünbaum, 2005).

Ein klarer Begriff der Therapeutischen Haltung könnte auch im *Berufsalltag approbierter Psychotherapeuten* hilfreich sein. Zum einen sind Therapeuten in der Praxis immer wieder mit Situationen konfrontiert, für die es keine klaren Handlungsanweisungen gibt. Hier wäre ein Begriff der Therapeutischen Haltung von Vorteil, aus dem sich Fragen ableiten lassen, die zur *Orientierung und Evaluation des eigenen Handelns* dienen können, ohne die Offenheit einzuschränken, die für situationsangemessenes Reagieren in prinzipiell unsicheren Kontexten nötig ist (vgl. Skovholt & Starkey, 2010). Zum anderen könnte ein solches Konzept das von Therapeuten geforderte *lebenslange Lernen* begünstigen (vgl. Klein, Bernard & Schermer, 2011), indem es einen rationalen Rahmen zur Integration von Bekanntem und Neuem bereitstellt.

Schließlich könnte die Therapeutische Haltung einen Beitrag zur *Psychohygiene von Psychotherapeuten* leisten. Eine bewusst entwickelte und reflektierte Therapeutische Haltung könnte in diesem Zusammenhang insofern hilfreich sein, als diese es dem Therapeuten erlaubt, flexibel und schnell *Entscheidungen bezüglich der Möglichkeiten und Grenzen eigenen Handelns* zu treffen sowie darauf bezogen *realistische Erwartungen* zu bilden. Potentieller Überforderung durch überzogene Ansprüche an sich selbst sowie Überlastung durch übermäßige Verantwortungsübernahme ließe sich auf Basis der Auseinandersetzung mit der Therapeutischen Haltung vorbeugen (vgl. Hoffmann & Hofmann, 2008). Indirekt könnte so das *Wohlbefinden im Berufsalltag* gesteigert werden, und klassische „*Probleme der Lebensqualität* von Psychotherapeuten“ (Reimer, 2005, S. 92; Hervorheb. durch H.P.) ließen sich eventuell vermeiden oder begrenzen.

1.3 Erkenntnisziel und Hauptfrage

Ausgehend von Wissenslücken bezüglich der Therapeutenvariable, subjektiven Beobachtungen zum Prozess des „Therapeut-Werdens“ und Vermutungen, dass der gegenwärtig vague Begriff der Therapeutischen Haltung in diesen beiden und verschiedenen weiteren Bereichen der Psychotherapie von Relevanz sein könnte (s. Kap. 1.2) lässt sich das Erkenntnisziel der vorliegenden Arbeit wie folgt bestimmen:

Erkenntnisziel: Im Rahmen dieser Arbeit soll ein Konzept der Therapeutischen Haltung entwickelt werden, das zum einen präzise genug ist, um im wissenschaftlichen Bereich genutzt zu werden und zum anderen zentrale Aspekte des etablierten Gebrauchs erfasst.

Dieses Erkenntnisinteresse lässt sich auch knapp als Hauptfrage der Arbeit formulieren, die in Kapitel 8 insbesondere unter Rückbezug auf die in Kapitel 4 dargestellten theoretischen Vorarbeiten und Grundlagen differenziert wird:

Hauptfrage: Was ist die Bedeutung des Begriffs der „Therapeutischen Haltung“?

Dabei kann auf diese Frage eine *normative und/oder deskriptive Antwort* gegeben werden. Es lässt sich danach fragen, was unter der Therapeutischen Haltung verstanden werden *sollte* (normative Antwort) und/oder was unter dem Begriff verstanden *wird* (deskriptive Antwort).

Normative Variante: Welche Bedeutung sollte dem Begriff der „Therapeutischen Haltung“ sinnvollerweise zukommen? Was soll damit bezeichnet werden?

Deskriptive Variante: Welche Bedeutung lässt sich aus dem etablierten Sprachgebrauch des Begriffs der „Therapeutischen Haltung“ rekonstruieren? Wie wird der Begriff verwendet?

Auf diese und weitere Betrachtungen zur Hauptfrage wird insbesondere in den Kapiteln zur wissenschaftstheoretischen Einordnung des Erkenntnisinteresses (s. Kap. 2), sowie zum Konzept der Bedeutung (s. Kap. 4) eingegangen. Zudem ergeben sich von der Beantwortung der Hauptfrage und deren Differenzierung unabhängige Nebenfragen, die ebenfalls in Kapitel 8 vorgestellt werden. Im Folgenden wird zunächst das Vorgehen skizziert, mittels dessen die Hauptfrage im Rahmen der vorliegenden Arbeit bearbeitet werden soll.

1.4 Geplantes Vorgehen

Um einen Überblick des geplanten Vorgehens geben zu können, muss auf Entscheidungen vorgegriffen werden, die in den nächsten beiden Kapiteln wissenschaftstheoretisch und methodologisch hergeleitet werden. Zum einen wird dort die *Begriffsexplikation* als im Sinne der Ausgangslage adäquates Verfahren zur Begriffsklärung wissenschaftstheoretisch begründet (s. Kap. 2). Zum anderen wird darauf aufbauend ein *exploratives Design mit qualitativem Schwerpunkt* als methodologische Basis der Arbeit vorgeschlagen (s. Kap. 3.5). Das geplante Vorgehen kann wie folgt zusammengefasst werden:

Geplantes Vorgehen: Explikation des Begriffs der Therapeutischen Haltung in einer explorativen Studie mit qualitativem Schwerpunkt und quantitativer Ergänzung;

In den folgenden beiden Abschnitten sollen die konzeptionellen Schritte, die im Rahmen einer Begriffsexplikation vorgesehen sind (s.u., Kap. 1.4.1), sowie deren methodische Umsetzung (s. Kap. 1.4.2) vorgestellt werden. Ein abschließender Abschnitt informiert über weitere, in der Arbeit eher als „Nebenprodukt“ anfallende Ergebnisse und bietet einen schematischen Überblick des Vorgehens.

1.4.1 Konzeptionelle Schritte

Wie in Abschnitt 2.3.3 noch genauer erläutert wird, kann eine *Begriffsexplikation* in drei (bzw. vier) Phasen unterteilt werden (vgl. Pawłowski, 1980, S. 160 f.):

- 1) *Wahl des zu explizierenden Begriffs, ...*
- 2) *Begriffserläuterung/Bedeutungsanalyse, ...*
- 3a) *präzise Formulierung und ...*
- 3b) *Einführung in ein bestehendes Begriffssystem.*

Wahl des zu explizierenden Begriffs. Explikationen sind immer dann sinnvoll, wenn kein neuer Kunstbegriff geschaffen und definiert, sondern ein *Begriff dessen Gebrauch etabliert ist, präzisiert* werden soll. Als solcher Begriff im Gebrauch, der zwecks wissenschaftlicher und praktischer Nutzung präzise gefasst werden soll, wurde die „Therapeutische Haltung“ gewählt. Mit der Wahl eines gebräuchlichen Begriffs, dessen explizite Bedeutung gegenwärtig unklar scheint, dessen Klärung aber als vermutlich hochrelevant angesehen wird ist der erste Schritt der Begriffsexplikation (s.o., Phase 1) getan. Allerdings sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit noch weitere Hinweise zur potentiellen Relevanz des Begriffs sowie v.a. ausführlichere Informationen zum Stand der Auseinandersetzung mit der Therapeutischen Haltung in der Fachliteratur (s.u., Kap. 6) geliefert werden.

Begriffserläuterung/Bedeutungsanalyse. Methodologisch gesehen kann insbesondere die empirische Analysen erfordernde zweite Phase als klassische Ausgangslage für ein *exploratives Design* gesehen werden (vgl. Mayring, 2010c): Der Erkenntnisstand zum Untersuchungsgegenstand ist gering (hier: keine systematische Forschung zum Begriff der Therapeutischen Haltung), weswegen es einer systematischen Sammlung und Analyse von Informationen bedarf, um Hypothesen/Annahmen (hier: bezüglich typischer Verwendungsweisen) entwickeln zu können, die ggf. in weiterführenden, hypothesentestenden (explanativen) Studien untersucht werden können (vgl. i.d.S. auch Bortz & Döring, 2006). Allerdings ist die Phase der Bedeutungsanalyse lediglich *ein*, wenn auch empirisch aufwendiger Schritt auf dem Weg zur Begriffsexplikation. Dementsprechend wären in explanativen Folgestudien getestete Hypothesen bezüglich der Verwendung des Begriffs der Therapeutischen Haltung zwar *wünschenswert*, aber für den hiesigen Zweck zunächst *nicht unbedingt nötig*. Hier soll eine Bedeutungsanalyse ausreichen, die genügend Anhaltspunkte für *zentrale Bedeutungsaspekte des etablierten Gebrauchs* liefert, um diese beim nächsten Schritt (s.o., Phase 3a), nämlich der präzisen Bestimmung, berücksichtigen zu können. Die Bedeutungsanalyse liefert gewissermaßen die Bausteine der Prüfung des vorgeschlagenen Begriffs hinsichtlich dessen Praxiskompatibilität. Zu diesem Zweck soll eine sog. *Gebrauchsanalyse* (s. Kap. 2.3.5) durchgeführt werden, in welcher die *unsystematische Verwendung der Therapeutischen Haltung durch Experten* analysiert wird.

Präzise Formulierung und Einführung in ein bestehendes Begriffssystem. Nachdem die ersten beiden Schritte der Explikation durchgeführt wurden, gilt es im Sinne des ersten Teils der dritten Phase (s.o., Phase 3a) den *Begriff präzise zu bestimmen*, wobei sowohl zentrale Aspekte der in der Gebrauchsanalyse festgestellten etablierten Verwendung be-

rücksichtigt, als auch wissenschaftstheoretischer Kriterien (z.B. Widerspruchsfreiheit, s. Kap. 2.2.3) angelegt werden sollen. In diesem Rahmen ist auch an eine *Operationalisierung* des Konstrukts zu denken, die insbesondere für die Nutzung in empirisch-wissenschaftlicher Forschung bedeutsam ist. Dieser erste Teil der dritten Phase, die präzise Bestimmung, besteht in vornehmlich theoretischen Analysen, wie auch der zweite Teil. Bezüglich letzterem (s.o., Phase 3b) wurde festgestellt, dass eine Begriffsexplikation erst dann als erfolgreich abgeschlossen gilt, wenn eine *Einführung des Begriffs in ein bestehendes System* (z.B. idealerweise eine wissenschaftliche Theorie) stattgefunden hat, d.h. der explizierte Begriff in Beziehung zu etablierten wissenschaftlichen Begriffen gesetzt wurde.

1.4.2 *Methodische Umsetzung*

Wie in Abschnitt 1.4.1 angedeutet, erfordert die zweite Phase der Explikation, d.h. die Bedeutungs- bzw. Gebrauchsanalyse, ein *empirisches* Herangehen. Die dritte Phase, die präzise Bestimmung und theoretische Einbettung des Begriffs, bedarf dagegen zwar empirisch fundierter, aber schwerpunktmäßig *theoretischer* Analyse. Auch im Folgenden muss auf Konzepte und methodische Entscheidungen vorgegriffen werden, die ausführlich erst in den Kapiteln 3 und 9 als für die hiesigen Zwecke zielführend begründet werden.

1.4.2.1 **Bedeutungs-/Gebrauchsanalyse**

Die Bedeutungs- bzw. Gebrauchsanalyse des Begriffs der Therapeutischen Haltung soll in der vorliegenden Arbeit in einem Bereich vorgenommen werden, der sich als günstige „Datenquelle“ empfiehlt. Dabei handelt es sich um approbierte bzw. sich in Ausbildung befindende *Psychotherapeuten*, die als „Experten“ bezüglich der Verwendung des Begriffs der Therapeutischen Haltung deklariert werden (s. Kap. 9.2.3 und 10.2.1). Bezüglich der Psychotherapeuten/Experten bedarf es zunächst einer Datenerhebung. Diese wird im Sinne der etablierten sozialwissenschaftlichen Methodik des *leitfadenbasierten Experteninterviews* (s. Kap. 9.2) durchgeführt. Die Aufbereitung und Auswertung der Daten erfolgt dann orientiert an der Methodik der *qualitativen Inhaltsanalyse* (s. Kap. 9.3). Für die Durchführung und qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung der Experteninterviews konnten insgesamt fünf Diplomandinnen gewonnen werden, die den Forschungsprozess im Rahmen von drei Diplomarbeiten unterstützten (vgl. Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012; s. Kap. 10.1.2 zur Organisation des Projekt-Teams).

Die Erhebung, Aufbereitung und Analyse der Daten bezüglich potentieller *inhaltlicher Bedeutungsaspekte* der Verwendung des Begriffs der Therapeutischen Haltung, soll im Sinne des Ziels einer Gebrauchsanalyse möglichst *offen* sein, eine Forderung, die im Rahmen der genannten zentralen Methoden (Experteninterview, qualitative Inhaltsanalyse) erfüllt wird. Dennoch sollen die Konstruktion des Interviews und die folgende Datenanalyse vor dem Hintergrund eines *theoretisch präzisierten Begriffs* der „Bedeutung“ stattfinden, da ja dieser selbst in der vorliegenden Studie nicht zur Disposition steht. Dementsprechend wird in einem Theoriekapitel (s. Kap. 4) die Bedeutung von „Bedeutung“ aus Sicht der *lin-*

guistischen Semantik sowie der *kognitiven Psychologie der Sprache und des Gedächtnisses* thematisiert, um Anregungen für eine theoretische Vorstrukturierung zu erhalten.

Ziel der schwerpunktmäßig qualitativen Inhaltsanalysen der transkribierten Experteninterviews ist die Generierung von Hypothesen bezüglich der Bedeutung des Begriffs der Therapeutischen Haltung im Sinne einer Gebrauchstheorie der Bedeutung (s. Kap. 12.6), d.h. die auf der Analyse der Verwendungsweisen basierende *hypothetische Rekonstruktion subjektiver Konzepte*. Diese Konzepte lassen sich hinsichtlich von Gemeinsamkeiten und Unterschieden weiter betrachten, wobei aus dieser Betrachtung dann empirisch begründete (trotzdem hypothetische) Annahmen bezüglich zentraler Bedeutungsaspekte gewonnen werden können, die bei der folgenden präzisen Bestimmung des Begriffs miteinfließen sollen (i.S. des Konzepts der Begriffsexplikation).

1.4.2.2 Präzisierung und theoretische Einbettung

Präzisierung. Die *präzise Bestimmung* als erster Teil der dritten Phase einer Explikation besteht zum einen in der (normativen) Festlegung von Bedeutungsaspekten, die im zu explizierenden Begriff enthalten bleiben sollen. Zum anderen soll dabei darauf geachtet werden, dass die diese Aspekte beinhaltende Definition, den in der Wissenschaftstheorie gestellten Anforderungen genügt (s.u., Kap. 2.2.3). Umgesetzt wird dies, indem zunächst zentrale Bedeutungsaspekte der Therapeutischen Haltung, die sich aus den Ergebnissen der qualitativen Inhaltsanalysen der Experteninterviews ergeben haben, zusammengefasst werden. Darauf folgend wird eine rational begründete Auswahl von Bedeutungsaspekten getroffen, auf deren Basis eine widerspruchsfreie, nichtzirkuläre Begriffsbestimmung der Therapeutischen Haltung vorgeschlagen wird (s. Kap. 13).

Theoretische Einbettung. Die für eine gelungene Explikation als zentral erachtete *Einführung des Explikats in ein etabliertes Begriffssystem* stellt einen weiteren, in theoretischen Analysen durchzuführenden Schritt dar (s. Kap. 13). Zu diesem Zweck werden zunächst in zwei Kapiteln des Theorieteils Inhalte vermittelt, die Anknüpfungspunkte zu bestehenden *Theorien der Psychotherapie* sowie bereits *etablierten psychologischen Konstrukten* bieten können. Es handelt sich dabei um eine differenziertere Betrachtung bekannter heuristischer Modelle zur Erklärung der Wirkweise von Psychotherapie (s. Kap. 5) sowie um die überblicksartige Darstellung ausgewählter Konstrukte aus psychologischen Grundlagenwissenschaften (s. Kap. 7).

Operationalisierung. Zwar wird eine Operationalisierung aus wissenschaftstheoretischer Sicht nicht unbedingt gefordert (vgl. Pawłowski, 1980), aus Sicht verschiedener Methodenlehrbücher der empirischen Human- und Sozialwissenschaften allerdings nahegelegt (vgl. Bortz & Döring, 2006; Schnell, Hill & Esser, 2011). *Überlegungen zur Operationalisierung* scheinen v.a. im Hinblick auf die oben angesprochene potentielle Relevanz für die Psychotherapieforschung (s.o., Kap. 1.2.3) notwendig, da der Nutzen des explizierten Begriffs ja insbesondere dort liegen soll. Daher sollen abschließend einige *Ideen* hinsichtlich der Operationalisierung auf Basis der schon in den Bedeutungsanalysen gewonnenen Anregungen sowie der Einbettung in Theorien und etablierte Konstrukte entwickelt werden.

1.4.3 Vorgehen im Überblick

Hauptthema der vorliegenden Arbeit ist die Begriffsexplikation der Therapeutischen Haltung. Teils aus der Thematik, teils aus dem in den beiden vorigen Abschnitten beschriebenen Vorgehensweisen ergeben sich allerdings Möglichkeiten, weitere Fragen annäherungsweise zu beantworten sowie Daten, die als „Nebenprodukt“ anfallen auch quantitativ zu analysieren. Bevor das geplante Vorgehen der Arbeit in einem Ablaufschema zusammengefasst wird (s. Abb. 1.1), sollen Nebenthemen der Arbeit benannt und das bezüglich deren Aufarbeitung gewählte Vorgehen kurz dargestellt werden (s. Kap. 1.4.3.1)

1.4.3.1 Nebenthemen

Unterschiede der subjektiven Konzepte. Mit einer für eine schwerpunktmäßig qualitativ angelegte Forschungsarbeit recht umfangreichen Stichprobe von 50 Teilnehmern werden ausführliche Interviews durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Dieser Umfang hat mit der Einbettung von Diplomarbeiten in das Forschungsprojekt zu tun, in deren Rahmen ein größerer Datenpool erzeugt werden konnte, als ursprünglich gedacht. Diese Datenbasis erlaubt, neben der im Zentrum stehenden Generierung von Hypothesen bezüglich zentraler Bedeutungsaspekte des Begriffs der Therapeutischen Haltung (Bedeutungsanalyse, s. Kap. 1.4.2.1), auch die Entwicklung weiterführender Hypothesen. Diese betreffen z.B. potentielle *Unterschiede der Verwendungspraxis im Hinblick auf soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Variablen*. Sofern sich diesbezügliche Unterschiede (oder auch nicht zu erwartende Gemeinsamkeiten) deutlich in den Daten abzeichnen und von theoretischer Relevanz scheinen, werden sie im Rahmen der Ergebnisdarstellung (s. Kap. 12) berücksichtigt sowie im Rahmen der Diskussion zusammengefasst (s. Kap. 14).

Quantitative Analysen. Ebenfalls aufgrund der hohen Teilnehmerzahl können bestimmte Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalysen mittels sich anschließender *quantitativer Analysen* untermauert werden. Dies betrifft sowohl die Hauptthematik (s. Kap. 1.3) als auch das erste Nebenthema (s.o.). Dabei werden die im Rahmen der qualitativen Analyse generierten Hypothesen hinsichtlich *Signifikanz* getestet sowie potentielle *Effektstärken* berechnet. Dieses Vorgehen darf jedoch *nicht* als Hypothesentestung verstanden werden, sondern bestenfalls als *empirisch-quantitative Exploration* (vgl. Bortz & Döring, 2006).

Relevanz der Therapeutischen Haltung. In Abschnitt 1.2 wurden aus Sicht des Verfassers der vorliegenden Arbeit rationale Argumente für die Relevanz eines klar definierten und systematisch erforschten Konzepts der Therapeutischen Haltung vorgebracht. Im Rahmen der Interviewstudien wurde zur ökonomischen Erhebung von personenbezogenen Daten ein Kurzfragebogen (KFB, s.u., Kap. 10.2.2.1) versendet, der von mehr Angeschriebenen ausgefüllt zurückgeschickt wurde (N = 104), als deren Interviews schließlich in die inhaltsanalytische Auswertung eingingen (N = 50). Dieser KFB enthielt auch eine Reihe auf das Thema der Arbeit bezogener Fragen, die ursprünglich v.a. auf die Unterstützung der Einzelfalldarstellungen in den Diplomarbeiten abzielten. In diesen wurden mittels 10 cm messender, visueller Analogskalen persönliche Einschätzungen des Ausmaßes der bishe-

rigen *Konfrontation mit dem Thema* (z.B. in der Fachliteratur, auf Kongressen, ...) als auch der *Relevanz für verschiedene Bereiche der Psychotherapie* (z.B. Forschung, Praxis, ...) erhoben. Um die persönliche Einschätzung der Relevanz des Themas durch den Verfasser zu relativieren, sollen die Ergebnisse des KFB im Kontext der Stichprobenbeschreibung berichtet und dort im Wesentlichen *deskriptiv statistisch aufbereitet* werden (s. Kap. 10.2.2). Sofern von Interesse werden dabei auch einige *Zusammenhangsanalysen* präsentiert, da im KFB auch Angaben zu Aspekten der Ausbildung sowie zur eigenen theoretischen Orientierung gemacht werden.

1.4.3.2 Ablaufschema

Die in den vorigen Abschnitten entwickelten Schritte der vorliegenden Arbeit lassen sich zu einem groben Ablaufschema verdichten (s.u. Abb. 1.1):

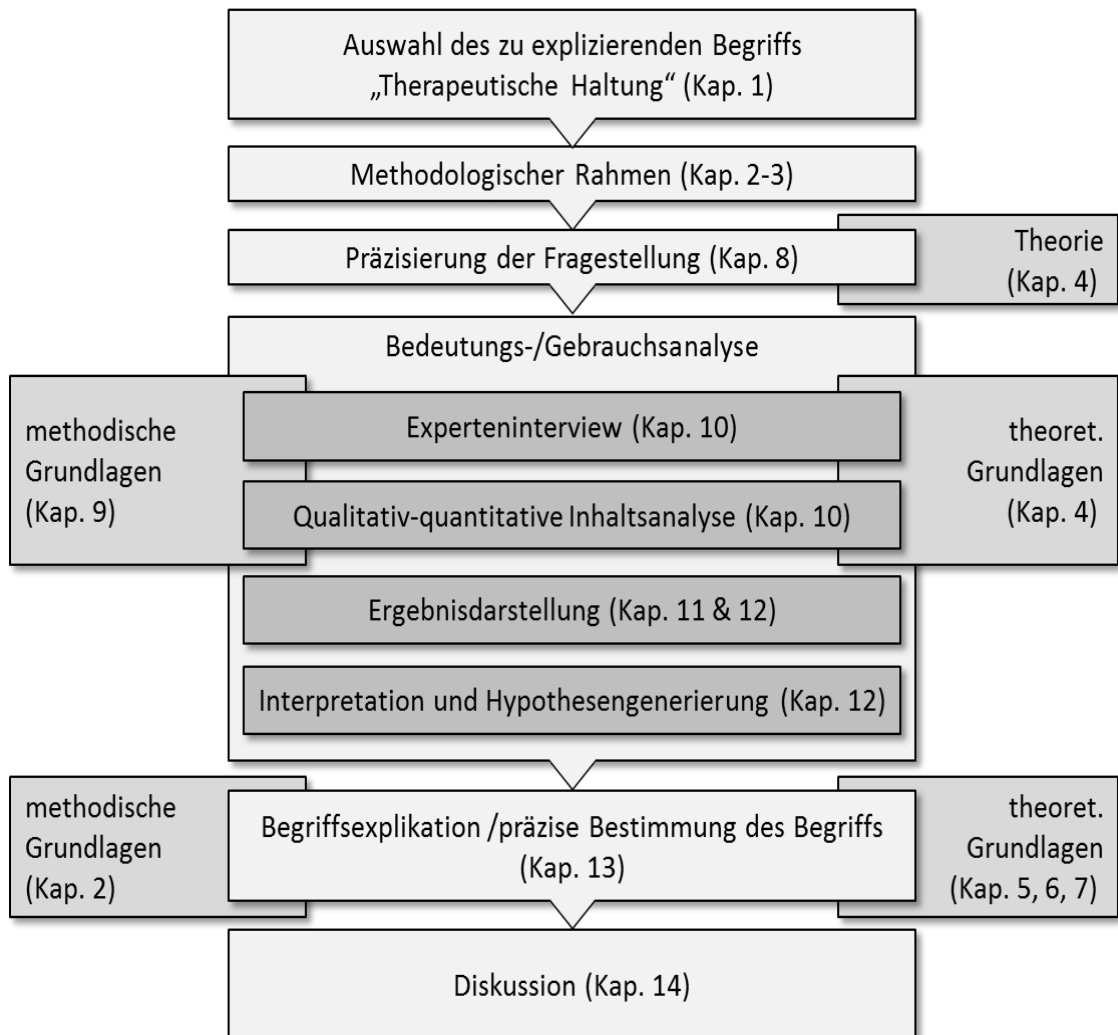


Abb. 1.01: Ablaufschema des geplanten Vorgehens im Kontext theoretischer und methodischer Grundlagen (Verweise zu den Kapiteln der Arbeit in Klammern);

1.5 Die Arbeit im Überblick

1.5.1 Einleitung und theoretische Vorarbeit

Kapitel 1. Das vorliegende Kapitel 1 „Einstieg und Überblick“ soll dem Leser den Einstieg in das Thema der vorliegenden Arbeit erleichtern, sowie einen inhaltlichen Überblick der folgenden Kapitel bieten. An das Thema herangeführt wird der Leser, indem zunächst auf die unklare Rolle des *Therapeuten als „Wirkfaktor“* in der Psychotherapieforschung hingewiesen (s. Kap. 1.1.1), sowie die Anforderung der *persönlichen Entwicklung* im Rahmen der Therapieausbildung dargestellt wird (s. Kap. 1.1.2). Die *Therapeutische Haltung* wird anschließend als potentiell in beiden Bereichen hilfreiches, aber unklar definiertes und wenig erforschtes Konzept eingeführt (s. Kap. 1.1.3). In Abschnitt 1.2 wird die *Relevanz einer Begriffsklärung* unter Hinweis auf einen möglichen Gewinn für die *psychotherapeutische Theoriebildung* (s. Kap. 1.2.1), die *Psychotherapieforschung* (s. Kap. 1.2.2), *Ausbildung und Therapiepraxis* (s. Kap. 1.2.3) untermauert. Auf die Festlegung einer *Begriffsklärung der Therapeutischen Haltung als Erkenntnisziel* der vorliegenden Arbeit mit Ableitung der Hauptfrage „*Was ist die Bedeutung des Begriffs der „Therapeutische Haltung“?*“ (s. Kap. 1.3), folgt ein Überblick des im Sinne einer Begriffsexplikation *geplanten Vorgehens* (s. Kap. 1.4). Das Kapitel abschließend, wird die *Arbeit im Überblick* chronologisch dargestellt, orientiert an deren Gliederung (s. Kap. 1.5).

Kapitel 2. Im zweiten Kapitel wird die „wissenschaftstheoretische Einordnung“ der Arbeit vorgenommen, auf die im ersten Kapitel schon vorgegriffen wurde. Nach einer Diskussion der *Relevanz von Begriffsklärungen* aus wissenschaftstheoretischer Sicht (s. Kap. 2.2.1) werden *Hintergründe* (s. Kap. 2.2.1) und *Gütekriterien* (s. Kap. 2.2.2) *wissenschaftlicher Begriffsklärungen* thematisiert. In Abschnitt 2.3 werden dann *fünf Varianten der Begriffsklärung* detailliert vorgestellt: *stipulative Definition* (s. Kap. 2.3.1), *lexikalische Definition* (s. Kap. 2.3.2), *Begriffsexplikation* (s. Kap. 2.3.3), *Operationalisierung* (s. Kap. 2.3.4) und *Gebrauchsanalyse* (s. Kap. 2.3.5). Im abschließenden Teil (s. Kap. 2.4) wird dann vor dem Hintergrund der *Ausgangslage* bezüglich des Begriffs der Therapeutischen Haltung (s. Kap. 2.4.1) die *Explikation als Verfahren der Wahl* zu dessen Klärung vorgeschlagen (s. Kap. 2.4.2).

Kapitel 3. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der an die Präzisierung des Erkenntnisinteresses anschließenden Frage der „methodologischen Hintergründe“, um einen adäquaten methodologischen Rahmen und ein sinnvolles Design für die Begriffsexplikation wählen zu können. Dazu werden nach einer kurzen Einleitung (s. Kap. 3.1) methodologische Schwerpunkte überblicksartig thematisiert (s. Kap. 3.2): Quantitative und qualitative Forschungstradition werden gegenübergestellt (s. Kap. 3.2.1) und der Mixed Methods-Ansatz als potentielle Überbrückung der Gegensätze präsentiert (s. Kap. 3.2.2). Der qualitative Ansatz, welcher den methodologischen Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit ausmacht, wird anschließend detaillierter behandelt (s. Kap. 3.3), u.a. indem methodologische Prinzipien (s. Kap. 3.3.2) und Gütekriterien (s. Kap. 3.3.3) dargestellt werden. Neben der Wahl eines methodologischen Rahmens soll auch die Wahl des Designs in diesem Kapitel vorbe-

reitet werden, wozu gängige Forschungsdesigns in Abschnitt (s. Kap. 3.4) in Grundzügen behandelt werden. Im abschließenden Abschnitt 3.5 wird dann, ebenfalls vor dem Hintergrund der *Ausgangslage* (s. Kap. 3.5.1) die *explorative Design mit qualitativem Schwerpunkt* als adäquate methodologische Umsetzung der Begriffsklärung vorgeschlagen (s. Kap. 3.5.2).

1.5.2 Theoretische Grundlagen und Fragestellung

Kapitel 4. Das vierte Kapitel beleuchtet den Begriff der „Bedeutung“ aus verschiedenen Perspektiven, um die Grundlagen für eine Präzisierung und Differenzierung der Fragestellung vorzubereiten. Dazu werden in einer *Einleitung* (s. Kap. 4.1) zunächst einige *wissenschaftliche Disziplinen* vorgestellt, die sich mit der Semantik (Bedeutungslehre) beschäftigen (s. Kap. 4.1.1), sowie deren *zentrale Begrifflichkeiten* (s. Kap. 4.1.2.) und *Theorien* (s. Kap. 4.1.3). Mit dem Bereich der *Bedeutungsbeziehungen und Wortfelder* (s. Kap. 4.2) sowie der Bedeutungskonzeption der kognitiven Psychologie, welche *Bedeutung als Konzepte* versteht (s. Kap. 4.3) werden zwei Perspektiven auf Bedeutung vertieft. Im abschließenden Abschnitt 4.4 werden die Inhalte *zusammengefasst* und *Implikationen* für die vorliegende Arbeit benannt.

Kapitel 5. Im fünften Kapitel werden Theorien zum Therapeuten als Therapieteilnehmer vorgestellt, sowie empirische Befunde zu Therapeuteneffekt und Therapeutenvariablen berichtet, um eine Basis für die theoretische Einbettung des Begriffs der Therapeutischen Haltung zu schaffen. Nach einer kurzen *Einleitung* (s. 5.1), sollen dazu zunächst theoretische Annahmen im Sinne des *kontextuellen* und des *allgemeinen Modells der Psychotherapie* bezüglich der *Rolle des Therapeuten im Therapiegeschehen* vorgestellt werden (s. 5.2). Im darauf folgenden Abschnitt 5.3 werden bezüglich dreier Untersuchungsbereiche Befunde der *Psychotherapieforschung* zum Einfluss des Therapeuten auf das Therapiegeschehen berichtet: allgemeinen Bedeutung des *Therapeuten als Faktor*, relevante *Therapeutenvariablen* und Zusammenhang zwischen *Therapeut und Gestaltung der therapeutischen Allianz*. Abgeschlossen wird das Kapitel von einer *Zusammenfassung* (s. 5.4).

Kapitel 6. Kapitel sechs widmet sich einer Übersicht der gegenwärtig zum Konzept der Therapeutischen Haltung recherchierbaren Literatur, um eine Antwort auf die Frage nach dem Stand der systematischen Behandlung des Themas in der wissenschaftlichen und praxisorientierten Literatur zu liefern, sowie einen inhaltlichen Beitrag zur Explikation zu leisten. Nach der *Einleitung* (s. Kap. 6.1) werden dazu Ablauf und formale Ergebnisse einer *Recherche zum Begriff der Therapeutischen Haltung* vorgestellt und hinsichtlich der Frage nach dem allgemeinen Stand der Systematisierung des Themas diskutiert (s. Kap. 6.2). Im darauf folgenden *kursorischen Literaturüberblick* wird eine vertiefte Darstellung ausgewählter inhaltliche Aspekte und deren Erörterung vorgenommen (s. Kap. 6.3). Im letzten Abschnitt wird mit einem *Forschungsprojekt zur Therapeutischen Identität* ein Beispiel für eine der wenigen empirischen Untersuchungen im Kontext der Therapeutischen Haltung dargestellt (s. Kap. 6.4), worauf eine *Zusammenfassung* das Kapitel abschließt (s. Kap. 6.5).

Kapitel 7. Mit einigen ausgewählten, potentiell der Therapeutischen Haltung nahestehenden Konstrukte, die in der wissenschaftlichen Psychologie etabliert sind, beschäftigt sich Kapitel sieben, um einen weiteren Beitrag für die theoretische Einbettung des Begriffs der Therapeutischen Haltung zu leisten. In der *Einleitung* wird zunächst die Auswahl der drei Konzepte begründet (s. Kap. 7.1). Im darauf folgenden Abschnitt 7.2. werden zwei in Sozial- und Persönlichkeitspsychologie als *Bewertungsdispositionen* diskutierte Konstrukte vorgestellt. Es handelt sich dabei zum einen um *Einstellung* (s. Kap. 7.2.1) und zum anderen um *Werthaltung* (s. Kap. 7.2.2). Bezüglich beider Konzepte werden gebräuchliche Definitionen, strukturelle und funktionale Charakterisierungen sowie Operationalisierungen vorgestellt. In gleicher Weise werden in Abschnitt 7.3 die im klinisch-psychologischen Kontext gebräuchlichen Konzepte Plan und Planstruktur thematisiert. Abschnitt 7.4 fasst die *zentralen Inhalte* abschließend zusammen.

Kapitel 8. Im achten Kapitel wird die Differenzierung der in Abschnitt 1.3 (s.o.) formulierten Hauptfrage in allgemeine und konkrete Forschungs- sowie Nebenfragen vorgenommen, die als Basis der Entwicklung von Interviewfragen, Kategoriensystemen und Oberkategorien, sowie als struktureller Rahmen der späteren Explikation dienen. Nach Überblick und *Einleitung* (s. Kap. 8.1), in der die Grundlagen der Differenzierung vorgestellt werden, folgt die *Ableitung von vier allgemeinen und neun konkreten Forschungsfragen* (s. 8.2), orientiert v.a. an semantischen Perspektiven auf die Hauptfrage. Nach einer kurzen Thematisierung und Formulierung *zweier Nebenfragen* (s. Kap. 8.3) fasst Abschnitt 8.4 die zuvor entwickelten *Fragen in Tabellenform* zusammen.

1.5.3 *Bedeutungsanalyse und Begriffsexplikation*

Kapitel 9. In diesem Kapitel werden die Grundlagen der für die Interviewstudien genutzten Methoden beschrieben und die Wahl des leitfadenbasierten Experteninterviews sowie der qualitativen Inhaltsanalyse als Datenerhebungs- sowie Datenauswertungsverfahren begründet. Nach einer kurzen *inhaltlichen Einleitung* (s. Kap. 9.1) wird zunächst das *leitfadenbasierte Experteninterview* auf Basis der Diskussion verschiedener Interviewtypen als Methode der Datenerhebung ausgewählt (s. Kap. 9.2). Im folgenden Abschnitt 9 wird die *qualitative Inhaltsanalyse* als methodischer Rahmen und Auswertungsmethode eingeführt, sowie die Version Mayrings als für die vorliegende Arbeit adäquate Variante vorgeschlagen (s. Kap. 9.3). Eine *Zusammenfassung* (s. Kap. 9.4) schließt dieses Kapitel ab.

Kapitel 10. Kapitel 10 widmet sich der Darstellung des konkreten methodischen Vorgehens, dass für Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten in den Experteninterviews gewählt wurde, um Informationen zur Einschätzung der methodischen Qualität der Interviewstudie zu vermitteln. *Einleitend* wird zu diesem Zweck das gewählte Ablaufmodell sowie die Organisation des Projekt-Teams beschrieben (s. Kap. 10.1). Darauf folgt in Abschnitt 10.2 ein Überblick der *Stichprobengewinnung* und relevanter Aspekte zu deren *Beschreibung*. Anschließend werden *Erhebung und Aufbereitung der Daten* thematisiert (s. Kap. 10.3), in welchem Rahmen auch die Entwicklung des notwendigen Instruments (Interviewleitfaden), der Interviewvorgang sowie die genutzte Technik dargestellt werden.

Nach Ausführungen zur *qualitativ-inhaltsanalytischen und quantitativ-statistischen Auswertung* inklusive des Vorgehens bei der Konstruktion der Kategoriensysteme (s. Kap. 10.4) wird die *Darstellung der Ergebnisse* skizziert (s. Kap. 10.5), die in den Kapiteln 11 und 12 erfolgt (s.u.). Abgeschlossen wird das Kapitel von einer *Zusammenfassung* des methodischen Vorgehens (s. Kap. 10.6).

Kapitel 11. Als ein erstes Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse werden die Kategoriensysteme vorgestellt, die im Rahmen der Codierung der Aussagen aus den Experteninterviews konstruiert wurden. Nach einer kurzen *Einleitung* (s. Kap. 11.1) wird zunächst ein *Überblick* der inhaltlichen, hierarchischen und formalen Struktur der Systeme vermittelt (s. Kap. 11.2). Abschnitt 11.3 widmet sich der detaillierten Beschreibung der *inhaltlichen Organisation der Systeme*. Abgeschlossen wird das Kapitel von einer *Zusammenfassung* (s. Kap. 11.4).

Kapitel 12. Als zweites Ergebnis der Experteninterviews, werden die Codierungen im Kontext der Forschungsfragen dargestellt und interpretiert, sowie darauf basierende Hypothesen generiert. In der *Einleitung* (s. Kap. 12.1) werden die genutzten Kennzahlen vorgestellt und ein erster Überblick der Ergebnisse vermittelt. Eine detaillierte Darstellung der Codierungsergebnisse bezüglich der für die Fragestellung der Arbeit zentralen Systeme 1-4 wird in den Abschnitten 12.2 bis 12.5 geboten. Dabei werden je System zunächst die Forschungsfragen in ihre der Bedeutungsanalyse entsprechende deskriptive Form „übersetzt“, die Codierungsergebnisse je Oberkategorie berichtet und zusammengefasst, worauf die Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die entsprechenden Forschungsfragen erfolgt. Nach der Darstellung der auf Ergebnissen und Interpretationen basierend generierten *Hypothesen zur Verwendungspraxis* (s. Kap. 12.6), schließt eine *Zusammenfassung* die Ergebnisdarstellung ab (s. Kap. 12.7).

Kapitel 13. Im Kapitel 13 wird die eigentliche Explikation, die in etwa einer inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse empirischer Arbeiten entspricht, in den oben (s. 1.4.1) dargestellten Schritten unter Rückgriff auf theoretischen Vorarbeiten und Grundlagen (Kap. 2-7), sowie die Ergebnisse der Experteninterviews (s. Kap. 11 und 12) vorgenommen. Zu diesem Zweck werden zunächst die *Ergebnisse der Bedeutungsanalyse* zusammenfassend im Licht des Literaturüberblicks diskutiert (s. Kap. 13.2). In mehreren Schritten wird darauf folgend der Begriff der Therapeutischen Haltung expliziert (s. Kap. 13.3). Nach der Darstellung des *Vorgehens* und relevanter *Bedeutungsaspekte* in den Abschnitten 13.3.1 und 13.3.2, erfolgt eine *vorläufige Präzisierung* unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Bedeutungsanalyse (s. Kap. 13.3.3). Anschließend wird die Arbeitsversion im Rahmen deren *Einbettung* in ausgewählte grundlagenwissenschaftliche und psychotherapeutische Begriffssysteme diskutiert (s. Kap. 13.3.4). Darauf basierend wird eine *abschließende Explikation* vorgenommen (s. Kap. 13.3.5), gefolgt von der Entwicklung einiger Ideen zur möglichen *Operationalisierung* (s. Kap. 13.4). In Abschnitt 13.5 werden dann die wesentlichen Inhalte des 13. Kapitels *zusammengefasst*.

1.5.4 *Diskussion*

Kapitel 14. Dieses Kapitel bietet eine ausführliche Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeit, eine methodischen Diskussion von Bedeutungsanalyse und Explikat, sowie den Ausblick mit abschließendem Fazit. Nach einer kurzen *Einleitung* (s. Kap. 14.1), werden die Ergebnisse der Arbeit hinsichtlich vier Bereichen zusammengefasst (s. Kap. 14.2). Auf eine knappe Darstellung der Ergebnisse des *Literaturüberblicks* (s. Kap. 14.2.1), folgt die komprimierte Präsentation der Ergebnisse der *Bedeutungsanalyse*, d.h. der inhaltsanalytischen Auswertung der Experteninterviews (s. Kap. 14.2.2). Abschnitt 14.2.3 stellt das *Explikat* als Ergebnis der präzisen Bestimmung und theoretischen Einbettung des Begriffs der Therapeutischen Haltung vor und erläutert dieses zusammenfassend im Hinblick auf die normative Variante der Forschungsfragen. Auf die knappe Darstellung der Ergebnisse im Sinne der *Nebenfragen* (s. Kap. 14.2.4), folgt eine ausführliche *methodische Diskussion* der *Bedeutungsanalyse* (s. Kap. 14.3.1) sowie des *Explikats* (s. Kap. 14.3.2). Im *Ausblick* wird abschließend auf die praktische Relevanz der Ergebnisse sowie offene Fragen eingegangen, mit welchen sich zukünftige Forschungsprojekte beschäftigen könnten (s. Kap. 14.4).

Kap. 2 Wissenschaftstheoretische Einordnung

Überblick: Wie im Einleitungskapitel dargestellt, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung. In den folgenden Abschnitten soll diese Festlegung auf die Begriffsklärung als Erkenntnisziel der Arbeit wissenschaftstheoretisch begründet und eingeordnet werden. Nach einigen einleitenden Bemerkungen (s. Kap. 2.1) werden relevante Hintergründe zum Konzept und der Relevanz von Begriffsklärungen vermittelt (s. Kap. 2.2). Im folgenden Abschnitt 2.3 werden wichtige Möglichkeiten der Begriffsklärung beschrieben. Abschließend werden die Implikationen aus den wissenschaftstheoretischen Überlegungen diskutiert (s. Kap. 2.4).

2.1 Einleitung

Aufgrund der schon im Einleitungskapitel der Arbeit dargestellten Ausgangslage scheint bezüglich der therapeutischen Haltung ein Rückgriff auf Fragestellungen, Designs oder Forschungsmethoden schwierig, die gegenwärtig in der psychologischen Forschung standardmäßig Verwendung finden (z.B. Fragebogenstudien zur Selbstbeschreibung der individuellen therapeutischen Haltung oder Therapieforschungsstudien zum Einfluss der Haltung als unabhängige Variable auf bestimmte Prozess-/Ergebnismaße als abhängige Variablen). Weder sind explizite Theorien verfügbar, aus denen sich prüfbare Hypothesen ableiten ließen, noch bietet die Fachliteratur Vorschläge für eine systematische Annäherung an das Thema.

Es bedarf also einiger eher theoretischer Vorarbeiten, um die therapeutische Haltung schließlich mit den üblichen methodischen Werkzeugen z.B. der Psychotherapieprozessforschung zu untersuchen. So ist u.a. eine sinnvolle *Explikation* und darauf basierende *Operationalisierung* als psychologisches Konstrukt die Vorbedingung einer Forschung, die dann in verschiedener Hinsicht relevante Ergebnisse bringen könnte. Die rationale Begründung dieser Annahmen soll in den folgenden Abschnitten geliefert werden. Zu bemerken ist hier, dass sich dieses Kapitel vornehmlich mit den *Verfahrensweisen* beschäftigt, mittels derer man die Bedeutung eines Begriffes zu klären sucht und nicht damit, *was unter Bedeutung eigentlich verstanden werden kann*. Mit letzterer Frage und möglichen Antworten setzt sich dann Kapitel 4 auseinander.

2.2 Erkenntnisziel Begriffsklärung

Möchte man sich einem Begriff der im Alltag einer bestimmten Praxis, wie z.B. der Psychotherapie, häufige Verwendung findet auf wissenschaftlichem Weg nähern, so stellt dies einen typischen Anlass für die Aufgabe der *Begriffsklärung* dar. Dabei ist „Begriffsklärung“ selbst kein Begriff, der im wissenschaftstheoretischen Kontext zur Beschreibung der damit alltagssprachlich gemeinten Tätigkeit genutzt wird. Vielmehr wird in Wissenschaftstheorie, Logik und Methodenlehre z.B. von „Definition“ (Westermann, 2000, S. 101), „Explikation“ (Löffler, 2008, S. 10), „Begriffserläuterung“ (Prechtel, 2004a, S. 40), „Konzeptspezifikation“ (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 119), „Begriffsanalyse“ (von Kutschera & Breitkopf, 2007, S. 149) oder „Begriffsbildung“ (Pawłowski, 1980, Titel) gesprochen. Lediglich Breuer (1991) nutzt die Beschreibung „Operationen der Begriffsklärung“ (S. 107).

Unter diesen vielen Bezeichnungen werden sich teils überschneidende, mehr oder weniger präzisierte Verfahrensweisen beschrieben, die Alltags- oder vorwissenschaftliche Begriffe zu unterschiedlichen Zwecken klären sollen. In der vorliegenden Arbeit soll „Begriffsklärung“ als Oberbegriff all dieser Verfahren genutzt werden, da er knapp, allgemein verständlich und weder historisch noch theoretisch vorbelastet ist. Eine eher praxisorientierte Begründung der inhaltlichen Beschäftigung mit dem Begriff der Therapeutischen Haltung wurde bereits im Einleitungskapitel geliefert (s. Kap. 1.2). Im Folgenden wird zunächst auf die *wissenschaftstheoretische Relevanz* von Begriffsklärungen verwiesen (s. Kap. 2.2.1), worauf *relevante Hintergrundthemen* diskutiert werden (s. Kap. 2.2.2). Abschließend werden *Gütekriterien wissenschaftlicher Begriffsklärungen* (s. Kap. 2.2.3) dargestellt.

2.2.1 Relevanz von Begriffsklärungen

Die Klärung der in einer Disziplin genutzten Sprache und zentralen Begrifflichkeiten, stellt einen ersten und wegweisenden Schritt für den Erfolg wissenschaftlichen Arbeitens dar (vgl. u.a. Bortz & Döring, 2006; Schnell, Hill & Esser, 2011). Insbesondere die Bemühung um den Gewinn wissenschaftlicher „Erkenntnisse“, verstanden als *gemeinschaftliches Unternehmen vieler Beteiligter*, die ggf. durch große räumliche Distanz voneinander arbeitsmäßig am gleichen Objekt forschen, erfordert *begriffliche Klarheit* (vgl. Löffler, 2008, S. 9).

Begriffliche Unklarheiten können zu großen Verzögerungen der Zusammenführung von Wissensbeständen führen, für Einschränkungen der Interpretierbarkeit von Ergebnissen empirischer Studien sorgen, oder diese sogar verhindern. Manche in nichtwissenschaftlichen Kontexten (wie der beispielsweise Poesie) durchaus als Stärken auftretende Eigenheiten der Alltagssprache, wie etwa deren *Mehrdeutigkeit* und *Vagheit*, können im wissenschaftlichen Bereich große Kommunikationsprobleme bedingen (vgl. Pawłowski, 1980), wenn diese Begriffe ohne explizite Klärung in den Wissenschaftsbetrieb übernommen werden. Ein Negativbeispiel aus der Psychologie stellt die Forschung zum Bereich der „Emotionen“ dar, die sich aufgrund sehr unterschiedlicher zugrundeliegender Begriffsverständnisse in fruchtlosen Debatten verlor (z.B. Lazarus-Zajonc-Debatte, vgl. Storbeck & Clore, 2007) und deren „Nachwehen“ auch in der gegenwärtigen Emotionspsychologie

noch zu spüren sind (vgl. Rothermund & Eder, 2011). Ähnlich verhält es sich mit dem Begriff des „Wirkfaktors“ in der Psychotherapieforschung (vgl. Anderson, Lunnen & Ogles, 2010; Pfammatter & Tschacher, 2012), oder dem des „Schemas“ in der kognitiven Therapie (vgl. James, Todd & Reichelt, 2009). Um solche Probleme zu vermeiden ist eine frühe und anhaltende Beschäftigung mit den zentralen Termini – den „theoretischen Begriffen“ oder „Konstrukten“ (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 119) – und deren Bedeutung von hoher Relevanz.

Als zwei der typischen Verständigungsprobleme im wissenschaftlichen Bereich nennt Westermann (2000, S. 66 ff.) *Unklarheiten bezüglich der Bedeutung* und *bezüglich der Art von Begriffen*. Unklarheiten über die *Bedeutung* von Begriffen bestünden dort, wo ein und derselbe Begriff auf unterschiedliche Objekte bezogen wird, oder der Bezug auf das mit dem Begriff bezeichnete vage bleibt. Bei Unklarheiten über die *Art* von Begriffen stünden eher die inner- und zwischenbegrifflichen Relationen (Über-/Unterordnung, Funktionalitäten, etc.) im Fokus, als die zwischen Begriff und bezeichneten Objekten. Vermeiden lassen sich beide Verwirrungen nur durch *präzisere Formulierungen* bis hin zur Umsetzung in mathematische Formeln (ebd. S. 69). In ähnlicher Weise fordert Löffler (2008, S. 9) dass sich wissenschaftliche Texte durch *Bedeutungskonstanz*, d.h. die Konstanz der den verwendeten Begriffen zukommenden Bedeutung, sowie *Bedeutungsklarheit* auszuzeichnen hätten. Erstere Anforderung betrifft eher die sprachliche Disziplin des Verfassers eines wissenschaftlichen Textes und wird nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein. Die *Forderung nach Bedeutungsklarheit* hingegen trifft genau das Anliegen der Untersuchungen: Bezüglich der Bedeutung der in einem wissenschaftlichen Text und wissenschaftlichem Arbeiten im Allgemeinen genutzten Begriffe, sollte es "keine vernünftigen Zweifel [geben]" (Löffler, 2008, S. 10).

Die Relevanz von Begriffsklärungen scheint aus wissenschaftstheoretischer Sicht also v.a. darin zu bestehen, die *Kommunikation in wissenschaftlichen Unternehmungen zu erleichtern*, die als *Gemeinschaftsprojekt vieler Beteiligter* verstanden werden. Nur bei hoher Übereinstimmung im Verständnis der grundlegenden Begriffe können die Synergieeffekte einer Wissenschaftsgemeinschaft genutzt werden. Unklare, vage oder gänzlich unterschiedlich genutzte Begriffe führen hingegen nicht nur zu einem fruchtlosen Nebeneinander, sondern können sogar die Potentiale einzelner Forschergruppen lähmen, indem sich diese in letztlich inhaltslosen Debatten verlieren (s.o.). Mit dem Thema der Begriffsklärung beschäftigen sich unterschiedliche Disziplinen, v.a. aber die philosophischen Gebiete der *Logik* (vgl. u.a. Löffler, 2008; von Kutschera & Breitkopf, 2007) und der *Wissenschaftstheorie* (vgl. Schurz, 2006; Westermann, 2000; Breuer, 1991) auf deren Beiträge im folgenden Abschnitt Bezug genommen wird.

2.2.2 Hintergründe

In diesem Abschnitt sollen zunächst einige wissenschaftstheoretische Hintergründe der Begriffsklärung thematisiert werden. Es handelt sich dabei um die *Unterscheidung verschiedener Begriffsarten* (s. Kap. 2.2.2.1) sowie um grundsätzliche Überlegungen zum *Pro-*

zess der Begriffsklärung vor dem Hintergrund eines wissenschaftlichen Interesses (s. Kap. 2.2.2.2).

2.2.2.1 Begriffsarten

Einen möglichen Hintergrund der Klärung von Begriffen kann die grundsätzliche *Unterscheidung von Begriffsarten* bieten. Dabei werden teilweise Merkmale von Begriffen diskutiert, die in der vorliegenden Arbeit a.a.O. thematisiert werden sollen (s. Kap. 4), da sie eher die grundsätzliche Relation zwischen Zeichen und Bedeutung ansprechen. Dies betrifft z.B. die von Breuer (1991) diskutierten Merkmale von Inhalt (Intension) und Umfang (Extension). Ebenso wenig soll hier die Unterscheidung nach dem logischen Typ von Begriffen (vgl. Schurz, 2006) vertieft werden, die für das Anliegen der Bedeutungsklärung von geringerer Relevanz sein dürfte (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011). Bedeutsamer sind die *Klassifikationen nach Inhalts- und Skalentyp* (vgl. Schurz, 2006; Breuer, 1991) auf die nun genauer eingegangen wird.

Die *Klassifikation nach dem Inhaltstyp* betrifft nur die sog. *nichtlogischen Begriffe*, die „[dazu] dienen, etwas in der Welt zu bezeichnen oder auszudrücken“, wohingegen „logische Begriffe (...) nur eine *strukturelle Funktion* [haben]“ (Schurz, 2006, S. 66; Hervorheb. im Orig.). Beispiele für logische Begriffe wären z.B. *und, oder, nicht, wenn-dann*, etc. (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011). Nichtlogische Begriffe lassen sich in *präskriptive*, d.h. Norm- und Wertbegriffe, sowie *deskriptive* Begriffe unterteilen (vgl. Schurz, 2006). Während die präskriptiven Begriffe eher Gegenstand der Ethik sind, beschäftigt sich die Wissenschaftstheorie vornehmlich mit den deskriptiven Begriffen (vgl. ebd.). Innerhalb dieser Klasse lassen sich *theoretische* von *empirischen* Begriffen unterscheiden, wobei letztere sowohl *Beobachtungs-* als auch *empirische Dispositionsbegriffe* umfassen (vgl. ebd.) Folgende Abbildung 2.01 veranschaulicht diese Taxonomie.

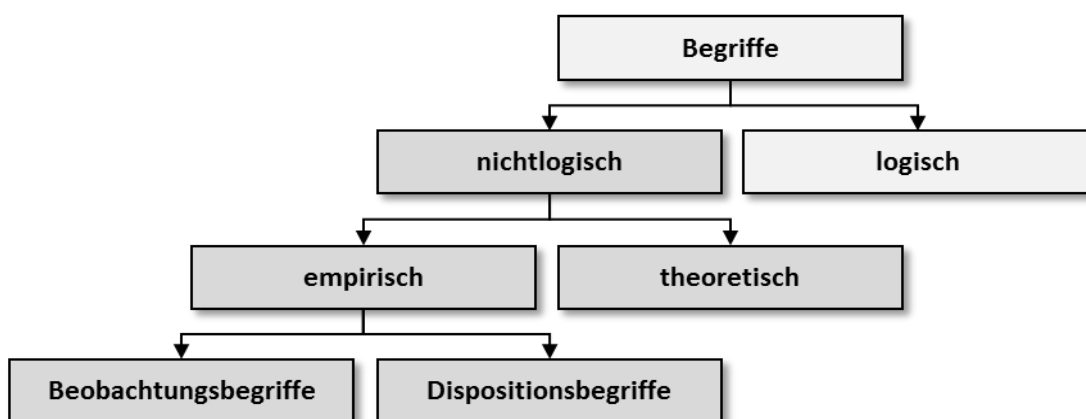


Abb. 2.01. Klassifikation von Begriffen nach Inhaltstyp (mod. nach Schurz, 2006, S. 71). Abdruck mit freundlicher Genehmigung der WBG.

In einem engen Sinn drücken *Beobachtungsbegriffe* wahrnehmbare Merkmale oder Komplexe solcher Merkmale aus bzw. „*Merkmalsexemplifizierung[en]* an einem wahrnehmbaren Individuum“ (Schurz, 2006, S. 72; Hervorheb. im Orig.), z.B. „x ist grün“ oder „x ist ein

Hund“. *Empirische Dispositionsbegriffe* beziehen sich dagegen auf „*gesetzmäßige Regelmäßigkeiten* eines Individuums, unter gewissen empirischen *Umständen* (...) eine gewisse beobachtbare *Reaktion* (...) zu liefern“ (ebd.; Hervorgeb. im Orig.), wie z.B. „x ist wasserlöslich“ oder „Mensch x ist deutschsprachig“ (vgl. auch Ryle, 1969). In einem weiten Sinn ist jeder nichtempirische Begriff ein *theoretischer Begriff*, in einem engen Sinn nur dann, wenn „dessen Bedeutung durch eine wissenschaftliche Theorie eingeführt wird“ (Schurz, 2006, S. 73), wie z.B. „physikalische Kraft“ oder „Gesellschaftsordnung“. Was genau unter einem theoretischen Begriff verstanden wird, hängt auch vom vertretenen wissenschaftstheoretischen Ansatz ab, wie z.B. der Annahme einer *Zweisprachenkonzeption* oder eines *strukturalistischen Theorizitätskriteriums* (vgl. Westermann, 2000, S. 244).

Viele Begriffe lassen sich zudem nicht nur von anderen unterscheiden, sondern „können auch *mehr* oder *weniger* stark *ausgeprägt* sein“ (Schurz, 2006, S. 73; Hervorheb. im Orig.), sich quasi durch ihren Informationsgehalt unterscheiden (vgl. Breuer, 1991). In einer dementsprechenden **Klassifikation nach Abstufungs- oder Skalentyp** lassen sich ebenfalls bestimmte Begriffsarten differenzieren (s.u., Abb. 2.02).

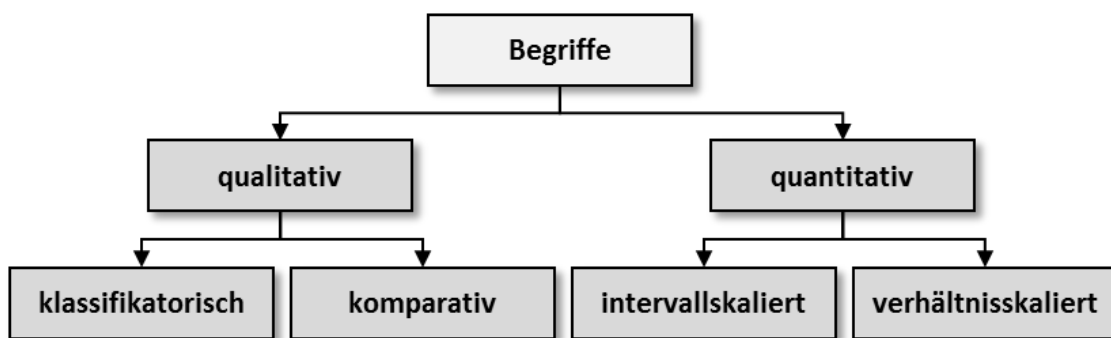


Abb. 2.02. Klassifikation von Begriffen nach Skalentyp (mod. nach Schurz, 2006, S. 74). Abdruck mit freundlicher Genehmigung der WBG.

Qualitativ-klassifikatorische Begriffe sind dazu geeignet die Objekte eines Bereiches in Untergruppen zu unterteilen, die durch bestimmte Merkmale definiert sind (vgl. Schurz, 2006). Die entstehende *Klassifikation* muss *disjunkt* und *exhaustiv* sein, die gebildete Begriffsfamilie kann *zweiwertig* (z.B. Mensch, kein Mensch) oder *mehrwertig* (z.B. Farbbegriffe grün, blau, rot, ...) sein, wobei bez. letzterer die Bedingungen der Disjunktheit und Exhaustivität oft aufgrund von Konventionen gelten (vgl. ebd.). Begriffe, die in qualitativ-klassifikatorischer Art vorliegen können nur *Nominalskalenniveau* annehmen. *Qualitativ-komparative Begriffe* ermöglichen es hingegen die Objekte eines Bereiches in eine Rangordnung (*Ordinalskala*) zu bringen (vgl. ebd.), d.h. „Vergleichsfeststellungen im Sinne eines „mehr oder weniger“ („größer als“, „intelligenter als“ u.ä.)“ (Breuer, 1991, S. 110) werden möglich, nicht jedoch die Annahme von „quantitative[n] Differenzen zwischen den Ausprägungsgraden“ (Schurz, 2006, S. 75). Dies gelingt erst mittels *quantitativer Begriffe* (bzw. metrisierter komparativer Begriffe), die „den Ausprägungsgrad eines Merkmals durch einen *Zahlenwert* aus[drücken], zusammen mit einer *Maßeinheit*“ (Schurz, 2006, S. 76; Hervorheb. im Orig.). Sind Nullpunkt und Maßeinheit dabei willkürlich vorgegeben, so wird lediglich *Intervallskalenniveau* angenommen (z.B. Temperatur- oder Zeitmessungen),

ist ein absoluter Nullpunkt vorgegeben, kann von *Verhältnisskalenniveau* (z.B. Masse oder Volumen) ausgegangen werden (vgl. ebd.).

Auf eine weitere relevante Möglichkeit der Unterscheidung von Begriffsarten, nämlich die im Rahmen einer ***mengentheoretischen Charakterisierung***, soll an dieser Stelle noch kurz hingewiesen werden (vgl. Westermann, 2000). In diesem Rahmen werden Begriffe danach unterschieden, ob sie Objekte (Elemente), Mengen, Relationen oder Strukturen bezeichnen (vgl. ebd.). Dabei sind *Objekte* eindeutig zu unterscheidende Gegenstände der Anschauung oder des Denkens, die als *Elemente* die Grundbausteine von Mengen darstellen (vgl. ebd.). *Mengen* (auch Klassen, Kategorien) sind Zusammenfassungen von Objekten (Elementen), die extensional (durch bloße Aufzählung ihrer Elemente) oder intensional (durch Angabe notwendiger Bedingungen der Zuordnung/Eigenschaften) definiert werden können (vgl. ebd.). *Relationen* sind Beziehungen, die zwischen Elementen einer oder verschiedener Mengen bestehen können und mathematisch gesehen Untermengen bestimmter kartesischer Produkte darstellen (vgl. ebd.). *Strukturen* werden mathematisch definiert als Tupel einer Anzahl von Mengen und einer Anzahl von Relationen (auf alle oder einige der Mengen) (vgl. ebd.).

2.2.2.2 Wissenschaftliche Begriffsklärung

Da die Alltagssprache für wissenschaftliche Zwecke oft nicht ausreichend, zu ungenau und teils widersprüchlich ist (vgl. Pawłowski, 1980), soll die Einführung wissenschaftlicher Termini als „Erweiterungs- bzw. Verbesserungsvorschlag unserer bisherigen sprachlichen Mittel“ (Löffler, 2008, S. 11) Abhilfe schaffen. D.h. im Rahmen wissenschaftlicher Begriffsbildung wird die Entwicklung *theoretische Begriffe in einem engen Sinn* angestrebt. Westermann (2000) unterscheidet in diesem Zusammenhang zunächst „zwei grundsätzliche Vorstellungen darüber, wie die Bedeutung von Begriffen zu analysieren und festzulegen ist“ (S. 101): Es lasse sich einerseits, im Sinne *realistischer Bedeutungstheorien*, untersuchen, auf welche Sachverhalte der Begriff verweist bzw. welche Merkmale ein Objekt besitzen muss, um unter den Begriff zu fallen (z.B. das Vorgehen bei der Konzeptspezifikation; vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011). Andererseits könne man, wie es die *Gebrauchstheorie der Bedeutung* vorschläge, die Art und Weise der Verwendung des Begriffs in der Sprache untersuchen, eine Herangehensweise, die v.a. durch die späte Philosophie Wittgensteins Verbreitung fand (vgl. Westermann, 2000; Busse, 2009). Beide Vorstellungen finden sich in Vorschlägen der als „Definieren“ (in weitem Sinn) verstandenen Herangehensweisen wieder, welche „[wir] immer dann [gebrauchen], wenn die Bedeutung eines Ausdrucks erläutert werden soll“ (Pawłowski, 1980, S. 9). Dieses *weite* Verständnis zugrunde gelegt, scheint die Klärung von Begriffen im wissenschaftlichen Kontext mit dem *Definieren* von Begriffen zusammenzufallen.

Die theoretische Beschäftigung mit dem Definieren in einem wissenschaftstheoretischen Sinn ist nach von Kutschera und Breitkopf (2007) auf Aristoteles zurückzuführen. Im Rahmen der traditionellen Logik wurden ein *Definitionsschema* sowie *Definitionskriterien* entwickelt, die „auch heute noch vielfach als Maßstab korrekten Definierens“ (ebd., S. 145)

dienen. Im Rahmen des Definitionsschemas ist ein *einstelliger Begriff* durch die Angabe eines nächsten Oberbegriffs (*genus proximum*) sowie spezifischer Merkmale (*differentia specifica*) zu definieren, die ihn von anderen Unterbegriffen der gleichen Ebene differenzieren (vgl. ebd.). Die Merkmale sollten „einzeln notwendig und zusammen hinreichend für die Einordnung des Objektes in die entsprechende Kategorie [sein]“ (Westermann, 2000, 116). Dabei wird der zu definierende Begriff als *Definiendum* bezeichnet, der definierende Ausdruck als *Definiens* (vgl. Kutschera & Breitkopf, 2007). Um als korrekte Definition zu gelten müssen ferner vier Kriterien erfüllt sein (vgl. ebd.): (1) das *Wesen* des zu definierenden Begriffs muss erfasst werden, (2) die Definition darf *nicht zirkulär* und (3) *nicht negativ* sein, (4) der definierende Oberbegriff und die differenzierenden Kriterien müssen *hinreichend klar und scharf bestimmt* sein. Zudem wird auch die *Unterscheidung von Nominal- und Realdefinition* (s.u. Kap. 2.3) in der traditionellen Logik getroffen.

Der Wert der traditionellen Definitionslehre und des entsprechenden „Idealmodell[s] für eine Begriffsdefinition“ (Westermann, 2000, S. 117) wird in der Beschreibung einer *Struktur* bestimmter Definitionen und der Möglichkeit, *inkorrekte Definitionen auszuschließen* gesehen (vgl. Kutschera & Breitkopf, 2007). Kritisiert werden allerdings die *Vagheit* aller Definitionskriterien sowie der im Definitionsschema gesetzte Bezug zu einem „*nächsten*“ Oberbegriff, da nicht eindeutig zu bestimmen sei, welcher von den meist vielen möglichen Oberbegriffe der nächste ist (vgl. ebd.). Zudem können manche Definitionen korrekt erfolgen, *ohne dem Definitionsschema zu entsprechen*, indem z.B. ein Oberbegriff (Wirbeltier) durch die Vereinigung seiner Unterbegriffe (Fisch, Lurch, Kriechtier, Vogel, Säugetier) definiert wird (vgl. ebd.). Auf die sich an diese Kritik der traditionellen Definitionslehre anschließenden Vorschlag sinnvollerer bzw. eindeutiger Kriterien wird teilweise in den entsprechenden Abschnitten 2.3.1-2.3.5 eingegangen, da diese sich je nach Definitionsform unterscheiden, v.a. aber im folgenden Abschnitt 2.2.3.

2.2.3 Gütekriterien wissenschaftlicher Begriffsklärungen

In diesem Abschnitt wird sich im Wesentlichen auf die Darstellung in Pawłowski (1980) bezogen, der sich besonders ausführlich mit den Bedingungen „guter“ Begriffsklärungen bzw. Definitionen (i.w.S.) beschäftigt hat. Pawłowski (ebd.) unterscheidet dabei zwei grobe Anforderungen denen eine Definition genügen sollte, die *formale Korrektheit* und die *wissenschaftliche Nützlichkeit*. Beide werden in den folgenden Abschnitten thematisiert (s. Kap. 2.2.3.1 und 2.2.3.2) und können als Differenzierung bzw. Weiterentwicklung der in 2.2.2.2 benannten Kriterien der traditionellen Definitionslehre aufgefasst werden.

2.2.3.1 Formale Korrektheit

Die formalen Bedingungen des korrekten Definierens erläutert Pawłowski (1980) anhand dreier *Fehler*, die für alle Formen des Definierens von Bedeutung sind, sowie eines vierten, der lediglich bei der „feststellende[n] Definition“ (ebd., S. 18) auftreten kann. Es handelt

sich dabei um *Zirkularität*, *ignotum per ignotum*, *Widersprüchlichkeit* sowie *Inadäquatheit* (vgl. ebd.). Diese vier Fehler werden im Folgenden kurz erläutert.

- **Zirkularität.** Der *logische Fehler der Zirkularität* wird begangen, wenn „man einen Ausdruck mithilfe des selben Ausdrucks definiert“ (ebd., S. 32), womit die Aufgabe der Definition, den Sinn des Definiendums zu erläutern nicht erfüllt wird.
- **ignotum per ignotum.** Diesen Fehler macht derjenige, der das Definiendum, ein Terminus dessen Sinn noch unbekannt ist, durch ein Definiens mit ebenfalls unbekanntem Sinn ersetzt (vgl. ebd.). Allerdings ist dieser Fehler relativ bezogen „auf die Menge der Begriffe, die eine Person oder eine Gruppe von Personen kennt“ (ebd. S. 37), d.h. es handelt sich dabei um einen *didaktischen Fehler*, nicht um einen logischen.
- **Widersprüchlichkeit.** Folgen aus einer Definition Paare von Sätzen, „von denen der eine das bestreitet, was der andere behauptet“ (ebd., S. 38), so gilt diese als widersprüchlich. Problematisch ist dieser Fehler, da eine Wissenschaft, in der entsprechend fehlerhafte Definitionen genutzt werden, „ihre grundlegende Funktion, zwischen Wahrheit und Falschheit zu unterscheiden [verliert]“ (ebd.).
- **Inadäquatheit.** Dieser Fehler kann nur die *feststellenden Definitionen* betreffen, welche versucht den Sinn getreu wiederzugeben, den ein gebräuchlicher Ausdruck einer Sprache hat (vgl. ebd.; s. auch Abschnitt 2.3.2 zur Begriffsanalyse). Die Beurteilung, ob eine Definition adäquat oder inadäquat ist, kann nur abgegeben werden, „wenn man bereits über Vorstellungen darüber verfügt, dass bestimmte Objekte unter den Begriff fallen müssen, andere aber nicht fallen dürfen“ (Westermann, 2000, S. 106), man also entscheiden kann, ob „die Extension des Definiens dem des Definiendum gleicht“ (Pawłowski, 1980, S. 39). Definitionen können in diesem Sinne inadäquat sein, indem sie *zu eng* (Extension des Definiens < Extension des Definiendums), oder *zu weit* (Extension des Definiens > Extension des Definiendums) gefasst werden (vgl. Pawłowski, 1980; Westermann, 2000). Ebenso inadäquat wären Definitionen, wenn die Extension des Definiens sich mit der des Definiendums lediglich *kreuzt* (vgl. Pawłowski, 1980).

2.2.3.2 Wissenschaftliche Nützlichkeit

Die *Bedingungen der wissenschaftlichen Nützlichkeit*, im Kontext der Explikation oft auch als „Forderung[en] der Fruchtbarkeit“ (Prechtl, 2004a, S. 75) bezeichnet, unterteilt Pawłowski (1980) in solche, die *allgemein*, in *nomologischen Wissenschaften* und in *nicht-nomologischen Wissenschaften gültig* seien. Im Allgemeinen (für alle Wissenschaften) seien Definitionen nützlich, die zur „*Vervollkommnung der Begriffsapparatur*“ (ebd., S. 87; Hervorheb. durch H.P.) beitragen, d.h. die es z.B. ermöglichen, die „empirische Sensibilität der Wissenschaftssprache“ (ebd.) zu erhöhen. Dies könne erreicht werden indem z.B. *vage Begriffe durch metrische ersetzt* werden, die eine „Erhöhung der Zahl der möglichen Differenzierungen in den Versuchsdaten“ (ebd.) erlaubten, wodurch wiederum die Zahl bisher unentscheidbarer Behauptungen reduziert werden könne (vgl. ebd.). Eine weitere allgemeine Bedingung sei, „solche *Begriffe auszuschließen, die keinen empirischen Sinn haben*“ (ebd., S. 88; Hervorheb. durch H.P.).

Entsprechend der Zielsetzung der „nomologischen Wissenschaften, die die Entdeckung von Gesetzmäßigkeiten anstreben, welche in der Natur und im gesellschaftlichen Bereich gelten“ (ebd., S. 88 f.), seien Begriffe in dem Ausmaß wissenschaftlich nützlich, in dem sie diesem Zweck dienen (vgl. ebd.). Dies könnten Begriffe, wenn deren Extension (Umfang) durch eine *möglichst große Menge an im Sinne der Wissenschaft relevanten gemeinsamen Eigenschaften bestimmt* sei, die deren Intension (Sinn, Gehalt) kennzeichnenden *Eigenschaften wesentlich* seien (d.h. dass von diesen Eigenschaften möglichst viele andere Eigenschaften abhängen) und sie *in möglichst ausgereifte (d.h. u.a. gut bestätigte, umfassende, ökonomische, etc.) Theorien eingebettet* seien (vgl. ebd.). An Begriffe nicht-nomologischer Wissenschaften seien diverse weitere Bedingungen der Nützlichkeit zu stellen, auf die an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden soll (bei vertieftem Interesse: vgl. Pawłowski, 1980, S. 99 ff.).

2.3 Möglichkeiten der Begriffsklärung

Abgesehen davon, dass „Definieren“ als Alltagssprachliches Verb in unterschiedlicher Bedeutung Verwendung findet, werden auch Definitionen im engeren, wissenschaftlichen Sinn aus sehr unterschiedlichen Gründen genutzt und unterscheiden sich in ihren Charakteristika je nach beabsichtigter *Funktion* (vgl. Gupta, 2008). Zudem besteht in der Literatur keine einheitliche Verwendung der die Definitionsformen bezeichnenden Ausdrücke (vgl. Breuer, 1991), wie z.B. der Widerspruch zwischen den Beschreibungen der Realdefinition von Bortz und Döring (2006) vs. von Kutschera und Breitkopf (2007) zeigt.

Auf fünf Möglichkeiten der Klärung von Begriffen, die für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung zu sein scheinen und zudem von den meisten Autoren in ähnlicher Weise (wenn auch mit unterschiedlichen Benennungen) behandelt werden, soll in den folgenden Abschnitten eingegangen werden. Es handelt sich dabei zum einen um die oft als *stipulative Definition* (s. Kap. 2.3.1), *lexikalische Definition* (s. Kap. 2.3.2) und *Explikation* (s. Kap. 2.3.3) bezeichneten Varianten (vgl. Löffler, 2008). Diese Unterteilung entspricht im Wesentlichen der Unterscheidung von *Definitionen (i.e.S.)*, *Begriffsanalyse* und *Begriffsexplikation* nach von Kutschera und Breitkopf (2007) bzw. *festsetzender Definition*, *feststellender Definition* und *Explikation* nach Pawłowski (1980).

Als ein der genannten Begriffsklärungen eher nachgeordnetes Unternehmen wird zudem die *Operationalisierung* (s. Kap. 2.3.4) behandelt, die v.a. im Kontext empirischer Wissenschaften bedeutsam ist (vgl. Westermann, 2000; Bortz & Döring, 2006; Schnell, Hill & Esser, 2011). Als weiterer Spezialfall wird in Abschnitt 2.3.5 die auf Wittgenstein (1953/1999) zurückgehende Idee vorgestellt, Begriffe durch die *Analyse ihrer Verwendung* bzw. die *Angabe paradigmatischer Fälle* (vgl. Westermann, 2000) zu klären.

2.3.1 *Stipulative Definition*

Diese oft (aber uneinheitlich) mit der *Nominaldefinition* gleichgesetzte Variante stellt den Prototyp einer Definition dar, wie er schon unter 2.2.2.2 im Rahmen der traditionellen Definitionslehre beschrieben wurde (vgl. von Kutschera & Breitkopf, 2007). Das bei einer stipulativen Definition zu definierende *Definiendum hat bereits eine wohlbestimmte Bedeutung* (vgl. ebd.). Die Begriffe des Definiens sind dabei idealerweise selbst bereits definiert, oder bestehen aus *undefinierten Grundbegriffen*, deren Bedeutung unproblematisch erscheint (vgl. Breuer, 1991), da nicht jeder Begriff definiert werden kann (vgl. „definitorischer Regress“, Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 47). Das Definiendum kann ein Begriff sein, der bisher in anderer Weise verwendet wurde, oder sogar ein bisher bedeutungsloser *Kunstabegriff* (vgl. Löffler, 2008; Gupta, 2008). Die im Rahmen der stipulativen Definition stattfindende Präzisierung und Festlegung der Bedeutung eines Begriffs, geschehe typischerweise vor dem Hintergrund einer *realistischen Bedeutungstheorie* (vgl. Westermann, 2000), da davon ausgegangen werden muss, „dass die Bedeutung eines Begriffs durch den Sachverhalt bestimmt wird, auf den er verweist“ (ebd., S. 102).

Stipulative Definitionen sind im Prinzip lediglich „Vereinbarungen von Wortbedeutungen“ (Löffler, 2008, S. 17 f.), *Festsetzungen bzw. Konventionen*, die den Charakter einer Vorschrift haben und damit *weder wahr noch falsch* sein können (vgl. von Kutschera & Breitkopf, 2007). Da sie nur begriffliche Operationen darstellen, „die Klarheit und Ordnung in unsere Begrifflichkeit [bringen]“ (Westermann, 2000, S. 105) können sie auch als *nicht-kreativ* angesehen werden, was oft als Bedingung an stipulative Definitionen herangetragen wird. In Anlehnung an die auf Aristoteles zurückgehenden Definitionskriterien (s.o., Kap. 2.2.2.2) werden von Löffler (2008) drei Kriterien als relevant angesehen für eine korrekte Nominaldefinition: (1) Die Definition darf *nicht zirkulär*, (2) das Definiens *nicht unklarer* als das Definiendum und (3) *nicht rein negativ* sein. Nach von Kutschera und Breitkopf (2007) genügten die Kriterien in dieser verkürzten Form allerdings „nicht zur Begründung einer brauchbaren Definitionslehre“ (S. 149). Zudem gilt die Forderung nach *Äquivalenz* von Definiens und Definiendum, weswegen eine notwendige Eigenschaft die *Eliminierbarkeit* darstellt, d.h. die prinzipielle Möglichkeit, das Definiendum durchgängig durch das Definiens zu ersetzen (vgl. Westermann, 2000).

2.3.2 *Lexikalische Definition*

Die *lexikalische (analytische, feststellende) Definition* oder auch *Begriffsanalyse* ist nach von Kutschera und Breitkopf (2007) die „nächstliegende Deutung“ (S. 149) der ansonsten wenig klar formulierten *Realdefinition*, die traditionellerweise von der Nominaldefinition unterschieden wird (vgl. Gupta, 2008; Löffler, 2008). Im Gegensatz zur oben dargestellten stipulativen Definition (s. Kap. 2.3.1), habe der im Kontext der Begriffsanalyse als „*Analyandum*“ (von Kutschera & Breitkopf, 2007, S. 149) bezeichnete zu klärende Begriff charakteristischerweise bereits eine wohlbestimmte Bedeutung (vgl. ebd.), es wird von einem *unproblematischen Sprachgebrauch* ausgegangen (vgl. Löffler, 2008). Im Rahmen linguisti-

scher oder empirischer Begriffsanalysen könnten nun weitere Aspekte des Begriffs festgestellt werden, wobei diese *Feststellung* begriffslogisch (in linguistischen Analysen) oder empirisch (in empirischen Analysen) *wahr oder falsch sein* kann (von Kutschera & Breitkopf, 2007). D.h. den auch für die stipulative Definition genannten Kriterien ist noch die Forderung nach *sachlicher Angemessenheit* zuzufügen (vgl. Löffler, 2008).

Im Sinne der *getreuen Rekonstruktion der Bedeutung eines Ausdrucks*, kann eine lexikalische Definition den allgemeinen Anforderungen an eine Begriffsklärung logischerweise nur genügen (s.o., Kap. 2.2.2.2), wenn der zu definierende Begriff nicht fehlerhaft, d.h. nicht vage oder mehrdeutig ist (vgl. Pawłowski, 1980). Ist dies jedoch der Fall, so muss auf andere Formen der Begriffsklärung zurückgegriffen werden, wie regulierende Definitionen oder insb. Explikationen (vgl. ebd.), auf die im Folgenden eingegangen wird.

2.3.3 *Explikation*

Von den beiden vorgenannten Formen der Begriffsklärung muss die *Begriffsexplikation* unterschieden werden (vgl. von Kutschera & Breitkopf, 2007), die eine Zwischenstellung zwischen lexikalischer und analytischer Definition einnimmt. Explikationen dienen dazu, vage oder mehrdeutige Ausdrücke der Alltags- oder gängigen Wissenschaftssprache zu *präzisieren* (vgl. Prechtel, 2004a, S. 74 f.): Der zu klärende Alltagsbegriff (das *Explikandum*) soll durch einen präzisen Begriff (das *Explikat*) ersetzt werden. Dies geschieht durch die Einordnung des betreffenden Begriffs in ein System exakter wissenschaftlicher Termini (eine *Terminologie*), um eine regelgeleitete Anwendung zu ermöglichen (vgl. ebd.).

Abgrenzung. Zentrale Aspekte des *alltäglichen Gebrauchs bzw. des üblichen Anwendungsbereichs* des Begriffs sollen allerdings erhalten bleiben (vgl. ebd.; Löffler, 2008; Westermann, 2000). Darin besteht auch der wesentliche Unterschied zur *stipulativen Definition* (s. Kap. 2.3.1), die ja in der Bedeutungssetzung völlig frei ist (vgl. von Kutschera & Breitkopf, 2007) bzw. die festgestellte Bedeutung überhaupt nicht berücksichtigt (vgl. Pawłowski, 1980). Zudem wird keine Gleichsetzung, sondern lediglich eine *Erläuterung oder Verdeutlichung* des Explikandums durch das Explikat angestrebt (vgl. Westermann, 2000). Im Gegensatz zum Analysandum in der *Begriffsanalyse* (s. Kap. 2.3.2) ist das Explikandum allerdings nicht bereits „aufgrund der vorgegebenen Bedeutung (...) als wahr oder falsch fixiert“ (vgl. ebd., S. 150). Aufgrund der eingespielten Verwendungspraxis des Explikandums ist von einer stipulativen Definition also abzusehen, eine reine analytische Definition scheint aufgrund der dennoch bestehenden „Unklarheiten, Grauzonen, Grenzfälle und Widersprüche“ (Löffler, 2008, S. 13) ebenfalls nicht möglich. Die bisher noch nicht angesprochene *regulierende Definition* hat ebenfalls die Präzisierung eines bereits gebräuchlichen aber vagen Ausdrucks zum Ziel (vgl. Pawłowski, 1980). Im Unterschied zu dieser gelten aber zum einen für Explikationen *strengere Bedingungen und Adäquatheitsforderungen* (s.u.), zum anderen würde „die Explikation (...) erst durch die *Einführung des Explikats in ein bestimmtes Begriffssystem* beendet“ (S. 184; Hervorheb. durch H.P.).

Gütekriterien. Auch an Explikationen werden bestimmte *Gütekriterien* angelegt. Aufbauend auf den in diesem Zusammenhang typischerweise genutzten Forderungen Carnaps (vgl. Gabriel, 2005b; Prechtel, 2004a) formuliert Pawłowski (1980) *vier Bedingungen*, die sich sowohl teilweise mit den an Definitionen gestellten überschneiden (s.o., Kap. 2.2.2.2), als auch in logischer Beziehung zueinander stehen (ebd., S. 166 ff.):

- (1) *wissenschaftliche Nützlichkeit*, d.h. u.a. soll „der fragliche Begriff die Aufstellung möglichst vieler Gesetze gestatten“ (Prechtel, 2004a, S. 75; s. auch o., Kap. 2.2.3.2; incl. formaler Korrektheit, s. Kap. 2.2.3.1);
- (2) *Präzision*, d.h. vergrößerte Diskriminierungsfähigkeit u.a. durch die Ersetzung vager Begriffe durch metrische oder die Angabe empirischer Anwendungskriterien;
- (3) *Ähnlichkeit mit dem Explikandum*, d.h. wertvolle Bestandteile früheren Wissens sollen erhalten bleiben, wobei allerdings nicht Äquivalenz (wie bei der feststellenden Definition), sondern eine im Hinblick auf die wissenschaftlichen Ziele verbesserte Entsprechung angestrebt wird;
- (4) *Einfachheit*, entweder der Definition selbst oder der Theorie, in die der Begriff eingebunden werden soll (diese Forderung ist den anderen Kriterien untergeordnet, lediglich zur Entscheidung zwischen konkurrierenden Explikationen geeignet und außerdem ein unter methodologischen Gesichtspunkten umstrittenes Kriterium);

Zudem ist es für Explikationen üblich *Adäquatheitsbedingungen* anzugeben, womit spezielle Empfehlungen bezüglich der o.g. Bedingungen gemeint sind, die von Autoren von Explikationen vor dem Hintergrund bestimmter Forschungsinteressen gegeben werden (vgl. Pawłowski, 1980), wie z.B. eine besondere Betonung der Absicht, „nicht zu stark vom Verständnis in der Alltagssprache abzuweichen“ (ebd., S. 183).

Vorgehen. Um das Vorhaben einer Explikation umzusetzen, müsse man nach Pawłowski (1980) zunächst das *Explikandum wählen* und dann eine erste, *einleitende Erläuterung des Explikandums* („Begriffserläuterung“, Prechtel, 2004a, S. 40; „Bedeutungsanalyse“, Bortz & Döring, 2006, S. 62) bieten, um sich darüber zu verständigen, welche der möglicherweise unterschiedlichen Bedeutungen eines Begriffs überhaupt expliziert werden soll. Dies kann z.B. geschehen, indem *Bezug auf die Verwendungsweise in der Alltagssprache* genommen wird, wie in der Philosophie der normalen Sprache üblich (vgl. ebd.). Nach einer *präzisen Bestimmung des Explikats* durch Anwendung eines „korrekten methodologischen Verfahrens zur Begriffsbestimmung“ (Pawłowski, 1980, S. 163), wird die Explikation abgeschlossen, indem das Explikat *in ein bestimmtes Begriffssystem eingeführt* wird, wodurch es erst wissenschaftliche Nützlichkeit erlangt (vgl. ebd.). In der Regel handelt es sich bei diesem Begriffssystem um *fachwissenschaftliche Theorien* (vgl. Westermann, 2000), oft sind „wissenschaftliche Theorie im eigentlichen Sinn des Wortes“ (Pawłowski, 1980, S. 164) jedoch nicht verfügbar.

2.3.4 *Operationalisierung und operationale Definition*

Im Kontext der Begriffsklärung wird auch häufig die *Operationalisierung* thematisiert (vgl. z.B. Bortz & Döring, 2006), worunter „jede Zuordnung (möglicher) Beobachtungen (...) zu einer theoretischen, unbeobachtbaren Variable“ (Westermann, 2000, S. 110) verstanden wird. Im Rahmen einer Operationalisierung müssen *Messanweisungen* gegeben werden, die sich auf direkt beobachtbare Sachverhalte beziehen, die wiederum „als Ausprägungen bestimmter Merkmale auf einer Dimension“ (ebd., S. 123), also Variablen, betrachtet werden. Diese Variablen werden als „*Indikatoren*“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.) bezeichnet. Um nicht bedeutungslose und wissenschaftlich unnütze Begriffe zu produzieren (im Falle einer operationalen Definition, s.u.) oder zu messen, muss jeder Operationalisierung eine ausführliche *Bedeutungsanalyse* (vgl. Bortz & Döring, 2006) bzw. *Konzeptspezifikation* (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011) vorausgehen. Erst aufgrund der in dieser Begriffsklärung angegebenen *definierenden Merkmale* „kann nachvollzogen werden, ob die gewählten operationalen Indikatoren sinnvoll sind“ (Bortz & Döring, 2006, S. 63). Die entsprechenden „Korrespondenzregeln“ (Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 73), welche die Zuordnung von Indikatoren zu Konstrukten bestimmen, sind dabei selbst als Hypothesen zu betrachten, die „empirisch mehr oder weniger gut bestätigt“ (ebd.) sein können.

Die zusätzliche Annahme, dass ein *Begriff ausschließlich durch empirische Forschungsoperationen zu bestimmen* sei und nicht anhand seiner Eigenschaften, spezifiziert die sog. *operationale Definition* (vgl. Bortz & Döring, 2006), die lediglich „eine mögliche Art der Operationalisierung“ (Westermann, 2000, S. 110) darstellt. Allerdings trifft diese starke Forderung nach ausschließlich operationaler Definition aller wissenschaftlichen Begriffe, wie sie in den Programmen des logischen Empirismus oder des Operationalismus aufgestellt wurde, auf verschiedene *wissenschaftstheoretische Probleme*: So werden u.a. die Grenzen zwischen Definitionen und Gesetzesannahmen aufgeweicht, da operationale Definitionen mehr oder weniger empirisch bewährt sein können (vgl. Westermann, 2000; Schnell, Hill & Esser, 2011). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen, stellt die Operationalisierung letztlich *kein eigenständiges Verfahren zur Begriffsklärung* dar, sondern eher eine Möglichkeit, die Forderungen nach Präzision (s.o., Kap. 2.3.3) oder nach wissenschaftlicher Nützlichkeit (s.o., Kap. 2.2.3.2) wissenschaftlicher Begriffe umzusetzen (vgl. i.d.S. Pawłowski, 1980; Bortz & Döring, 2006).

2.3.5 *Gebrauchsanalyse anhand paradigmatischer Fälle*

Das Idealmodell für Begriffsdefinitionen (s. Kap. 2.2.2.2) gelangt bei der Präzisierung bereits im Sprachgebrauch befindlicher Begriffe nicht nur aufgrund deren Vagheit oder Mehrdeutigkeit an seine Grenzen. Viele Objekte, die wir mit einem Begriff belegen, zeichnen sich nämlich nicht durch gemeinsame Merkmale aus, die einzeln notwendig und zusammen hinreichend sind (vgl. Westermann, 2000), sondern eher durch „*Familienähnlichkeiten*“ (Wittgenstein, 1953/1999, § 67, S. 278; Hervorheb. durch H.P.). Das Paradebeispiel eines solchen Begriffs ist der des *Spiels*, der eine äußerst heterogene Gruppe von Objekten

(z.B. Fußball, Schach, Geigenspiel) unter sich vereint (vgl. ebd.). Wittgenstein (1953/1999) geht von der Idee aus, dass „die Bedeutung eines Wortes (...) sein Gebrauch in der Sprache [ist]“ (1953/1999, § 43, S. 262), eine Annahme, die als Schlagwort der auf ihn zurückgehenden *Gebrauchstheorie der Bedeutung* bekannt ist (vgl. Busse, 2009). Dieser Hinweis ist insofern von Bedeutung, als Verfahrensweisen zur Bestimmung oder Präzisierung von Begriffen auch von der *zugrundeliegenden Bedeutungstheorie* abhängen (vgl. Westermann, 2000).

Insbesondere bezüglich solcher Objekte, die lediglich aufgrund von Familienähnlichkeit unter einen Begriff fallen, scheint es im Sinne der Gebrauchstheorie sinnvoll zu sein, die Bedeutung des betreffenden Begriffs durch die „*Methode der paradigmatischen Beispiele*“ (Westermann, 2000, S. 117; Hervorheb. durch H.P.) zu spezifizieren. Bei dieser Form der Begriffsklärung wird zunächst eine Menge von *Objekten, die zweifellos mit dem zu bestimmenden Begriff bezeichnet werden können*, extensional durch deren Aufzählung definiert (vgl. ebd.). Die Entscheidung, ob ein anderes Objekt ebenfalls unter den Begriff fallen darf, wird dann davon abhängig gemacht, ob es „*ausreichend hohe Ähnlichkeit* zu einem, zu mehreren oder gar zu allen paradigmatischen Objekten hat“ (ebd., S. 118; Hervorheb. durch H.P.). Da die Ähnlichkeit natürlich nicht eindeutig bestimmbar ist, bleibt eine Bedeutungsspezifikation im Sinne dieser Methode vage (vgl. ebd.).

2.4 Implikationen für die vorliegende Arbeit – Teil I

2.4.1 Ausgangslage

In den bisherigen Abschnitten wurde das vage Erkenntnisziel einer Begriffsklärung aus wissenschaftstheoretischer Perspektive differenziert, indem u.a. Begriffsarten unterschieden, diverse Kriterien wissenschaftlicher Begriffsklärungen dargestellt und unterschiedliche Möglichkeiten der Begriffsklärung thematisiert wurden. Das im Einstiegskapitel genannte Anliegen, zur Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung einen Beitrag zu leisten, kann nun im Licht dieser wissenschaftstheoretischen Hintergründe präziser formuliert werden, um darauf bezogene methodologische Überlegungen (s.u., Kap. 3) zuzulassen. Welche Verfahren der Begriffsklärung in welcher Form dabei sinnvollerweise anzuwenden sind, hängt von der Ausgangslage des interessierenden Begriffes ab und soll im Folgenden bestimmt werden.

Wie in Kapitel 1 geschildert handelt es sich bei der Therapeutischen Haltung um einen Begriff, der *in der psychotherapeutischen Praxis gängig* ist und auch in der Fachliteratur verwendet wird, weswegen zu vermuten ist, dass die Nutzer über subjektive, mehr oder weniger präzise Begriffe der Therapeutischen Haltung verfügen. Es scheint jedoch angebracht, von einer *uneinheitlichen Verwendung* auszugehen, worauf nicht zuletzt der *Man-*

gel an systematischer Diskussion im Kontext wissenschaftlicher Theorien hinweist, auch wenn im psychodynamisch orientierten Bereich Ansätze einer Begriffsbildung i.e.S. erkennbar sind. Aufgrund der ebenfalls angedeuteten *potentiellen Relevanz eines klaren Begriffes* für die psychotherapeutische Theorie und Praxis, scheint zudem eine *Präzisierung und wissenschaftliche Einbettung* ein lohnendes Unterfangen darzustellen.

2.4.2 *Begriffsexplikation als Verfahren der Wahl*

Als Rahmenverfahren der Begriffsklärung bietet sich somit die *Explikation* an, die genau diese Ausgangslage (s.o.: eingespielter, aber in seiner Klarheit ungenügender Sprachgebrauch bei gleichzeitiger vermutlicher wissenschaftlicher Relevanz) voraussetzt, um als Verfahren der Wahl zu gelten (s.o., Kap. 2.3.3). Entsprechend der in dieser vorgesehenen Schritte (s. Kap. 2.3.3; vgl. Pawłowski, 1980), ist allerdings zunächst eine *Bedeutungsanalyse* notwendig, um zu klären in welcher Intension (Sinn) der Begriff verwendet wird und, bei eventueller Mehrdeutigkeit, den Bereich der Präzisierung festzulegen. Die Bedeutungsanalyse soll in der vorliegenden Arbeit auf Basis einer an die *Gebrauchsanalyse* (s. Kap. 2.3.5) angelehnten Form stattfinden, indem versucht wird, anhand der Sichtung der Fachliteratur sowie durch Interviews mit deklarierten Experten, hypothetische Aussagen bezüglich der Verwendungspraxis zu konstruieren. Auf deren Basis wird dann eine *präzise Bestimmung* in Anlehnung an die *Nominaldefinition* (s. Kap. 2.3.1) sowie die *Einführung des Explikats in relevante Begriffssysteme* vorgenommen (vgl. Kap. 2.3.3), worauf ein abschließender erster Vorschlag zur *Operationalisierung* folgt (s. Kap. 2.3.4).

Weil mit der Begriffsbestimmung verschiedene Zwecke verfolgt werden (s.o., Kap. 1.2 und 1.3), die nicht nur wissenschaftlichen Charakter haben, wird vermutlich in allen Phasen der Explikation von einer strengen Befolgung der für diese, wie auch Begriffsklärungen im Allgemeinen geforderten Gütekriterien (s.o. Kap. 2.2.3 und 2.3.3) abzurücken sein. Dies wird an geeigneter Stelle, insbesondere in der zusammenfassenden Explikation (Kap. 13) sowie der Diskussion des Vorgehens (s. Kap. 14) vertieft thematisiert. Zunächst folgt die Darstellung der methodologischen Konsequenzen (s. Kap. 3), die sich aus der Wahl der Explikation als Begriffsklärungsverfahren für die vorliegende Arbeit ergeben.

Kap. 3 Methodologische Hintergründe

Überblick: In diesem Kapitel wird die Festlegung der methodologischen Charakteristika der Untersuchung begründet. Um die dazu nötigen Entscheidungen nachvollziehen zu können, werden nach einer knappen Einleitung (s. Kap. 3.1) zunächst methodologische Schwerpunkte im Überblick (s. Kap. 3.2) sowie der qualitative Ansatz im Detail (s. Kap. 3.3) dargestellt. Grundlagen der Untersuchungsplanung bzw. des Forschungsdesigns sowie zentrale Varianten werden in Abschnitt 3.4 thematisiert. Abschließend werden die Implikationen aus den methodologischen Darstellung vor dem Hintergrund des im vorigen Kapitel präzisierten Erkenntnisinteresses der Arbeit diskutiert (s. Kap. 3.5).

3.1 Einleitung

Nachdem in Kapitel 2 das zunächst globale Anliegen einer Begriffsklärung vor dem Hintergrund wissenschaftstheoretischer Überlegungen präzisiert wurde, gilt es die methodologischen Konsequenzen daraus zu ziehen. Diese schlagen sich in der Entscheidung für einen methodologischen Schwerpunkt nieder, sowie in der Festlegung eines groben Untersuchungsplans bzw. Forschungsdesigns. Beide Aufgaben werden in den folgenden Unterkapiteln mit der Darstellung verschiedener Paradigmen und Designs vorbereitet.

3.2 Methodologische Schwerpunkte im Überblick

Im folgenden Abschnitt sollen die oft im Sinne von Paradigmen besprochenen *Traditionen der qualitativen und quantitativen Forschung* (vgl. z.B. Lamnek, 2010) kurz gegenübergestellt werden (s. Kap. 3.2.1). Da entsprechendes Wissen bezüglich der quantitativ orientierten Methodologie, die als *Mainstream* psychologischer Forschung gilt (vgl. Breuer, 2010), vorausgesetzt werden darf, soll lediglich die *qualitativ orientierte Tradition* in Abschnitt 3.3 detaillierter thematisiert werden. Diese Schwerpunktsetzung gründet sich auch in der größeren Bedeutung traditionell als „qualitativ“ bezeichneter Methoden innerhalb der vorliegenden Arbeit (s.u., Kap. 9). Der wissenschaftshistorisch gesehen recht junge *Mixed Methods (MM)-Ansatz*, auch als „*third research community*“ (Teddlie & Tashakkori, 2009, S. 4; Hervorheb. im Orig.) bezeichnet, spielt zwar hinsichtlich der Begründung des Designs eine Rolle, baut aber auf qualitativer wie quantitativer Methodologie auf (vgl. Schreier & Odag, 2010). Deswegen sollte ein knapper Überblick des „[i]n den vergangenen Jahren (...) zu einem Modethema in der Methodologie der Sozialwissenschaften avanciert[en]“ (ebd., S. 263) Themas ausreichen (s. Kap. 3.2.2), das außerdem anhand der Vorstellung zweier spezifischer Designvarianten in Abschnitt 3.4.5 selektiv vertieft wird.

3.2.1 Quantitative vs. qualitative Forschung

Die meisten aktuellen Methodenlehrbücher im Bereich der empirischen Sozialwissenschaften unterscheiden zwischen quantitativer und qualitativer Methodologie (vgl. Bortz & Döring, 2006; Sedlmeier & Renkewitz, 2008; Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010; Howitt & Cramer, 2011). Teilweise wird auch nur der eine Methodenbereich, bestenfalls in Abgrenzung zum anderen behandelt oder beide Bereiche als nahezu unvereinbare Paradigmen dargestellt (vgl. z.B. Schnell, Hill & Esser, 2011; Lamnek, 2010; Flick, 2005). Die Feststellung eines Unterschiedes wird dabei insb. auf drei Ebenen getroffen (vgl. z.B. Bortz & Döring, 2006): auf *wissenschaftstheoretischer Ebene* (vgl. z.B. Lamnek, 2010), auf *methodischer Ebene* (vgl. z.B. Howitt & Cramer, 2011; Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010) und auf *Ebene der Daten* (vgl. z.B. Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012).

Auf der *Ebene der Daten*, werden die beiden Ansätze hinsichtlich der Begriffsart (s.o., Kap. 2.2.2.1), insb. aber des *Skalenniveaus der zugrundeliegenden Messung* unterschieden (vgl. Mayring, 2010a). Bortz und Döring (2006) fassen diese Differenzierungsmöglichkeit folgendermaßen zusammen: „In der qualitativen Forschung werden verbale bzw. nichtnumerische Daten interpretativ verarbeitet. In der quantitativen Forschung werden Messwerte statistisch analysiert“ (S. 298). Nichtnumerische, d.h. qualitative Daten haben *Nominalskalenniveau* und liegen typischerweise in Form von Texten vor, es kann sich dabei aber durchaus auch um Bilder, Filme oder andere kulturelle Artefakte handeln (vgl. ebd.). Basieren Analysen auf *ordinal-, intervall- oder ratioskalierten Messungen*, so gelten diese als quantitativ (vgl. Mayring, 2010a). Kuckartz (2012) weist allerdings darauf hin, dass diese Dichotomisierung schon dann zu kurz greift, wenn nicht nur die Daten als qualitativ vs. quantitativ charakterisiert werden, sondern auch der meist im gleichen Atemzug genannte Begriff der „Analyse“. In einer sich dann ergebenden Viel-Felder-Tafel bilden die von Bortz und Döring (2006, s.o.) genannten Varianten nur zwei der Felder (s. Tab. 3.01)

Tab. 3.01. Qualitative und quantitative Daten und Analyse (nach Kuckartz, 2012, S. 15);

Analyse	Daten	
	qualitativ	quantitativ
qualitativ	Feld A („typisch qualitative Forschung“)	Feld B (???)
quantitativ	Feld C (???)	Feld D („typisch quantitative Forschung“)

In der obigen Tabelle finden sich bereits zwei Varianten der Datenanalyse (Feld B & C), die nicht mehr lediglich auf Basis des Skalenniveaus der analysierten Daten einfach der qualitativ-quantitativ Dichotomie zugeordnet werden können (vgl. Kuckartz, 2012). Auf solche Varianten wird unter dem Begriff *Mixed Methods* (s. Kap. 3.2.2) noch zurückgekommen. Neben der datenbezogenen Unterscheidung werden auch *bestimmte Methoden* typischerweise einem der beiden Forschungsbereiche zugeteilt. So gelten manche Verfahren, wie etwa das *narrative Interview*, als typisch qualitative Datenerhebungsmethode, wohingegen die meisten Formen des *Testens* als klassische Beispiele quantitativer Verfahren der Datenerhebung gelten (vgl. Bortz & Döring, 2006; Howitt & Cramer, 2011).

Auf der grundlegendsten Ebene werden die beiden Ansätze hinsichtlich *wissenschafts- und erkenntnistheoretischer Unterschiede* charakterisiert (vgl. Lamnek, 2010; Flick, 2005). In diesem Kontext finden auch die heftigsten Debatten statt, da es um die grundsätzliche Angemessenheit bestimmter Herangehensweisen sowie anthropologische und auch moralische Argumente zur Verteidigung bzw. Ablehnung einer bestimmten Forschungstheorie und -praxis geht, die sich schließlich auch in Verteilungskämpfe um die ökonomischen Ressourcen im Wissenschaftsbetrieb fortsetzen (vgl. Breuer, 2010). Auf dieser Ebene wird, in Anlehnung an die Wissenschaftsphilosophie Kuhns (vgl. Teddlie & Tashakkori, 2009), von unterschiedlichen „Paradigmen“ (Schreier & Odag, 2010, S. 264) gesprochen, die den Ansätzen zugrunde lägen und teilweise für „inkommensurabel“ (ebd., S. 266), d.h. miteinander unvereinbar, gehalten werden (vgl. Teddlie & Tashakkori, 2009). In diesem Sinn zeichnen sich qualitative und quantitative Forschung durch je eigene ontologische und epistemologische Annahmen aus: Während sich die quantitative Forschung im Extrem im Kontext eines *positivistischen Paradigmas* bewege, gekennzeichnet u.a. durch die Annahmen der *Wertfreiheit* von Wissenschaft, eines *naiven Realismus* und *nomothetischer* Zielsetzung, ließe sich qualitative Forschung in einer Form des *konstruktivistischen Paradigmas* verankern, das Untersuchungen als *wertgebunden* versteht, einen *ontologischen Relativismus* vertritt und lediglich *idiographische* Aussagen für akzeptabel hält (vgl. ebd.). Schlagwortartige Gegenüberstellungen und darauf basierende ausführlichere Vergleiche anhand diverser Kriterien finden sich in Bortz und Döring (2006), Lamnek (2010) und Teddlie und Tashakkori (2009).

Die eben gezeichneten extremen Positionen werden nur selten konsequent im Sinne einer vollständigen Ablehnung der Gegenposition vertreten, die meisten Autoren scheinen zwar bestimmte Sympathien zu hegen, sprechen sich aber dennoch gegen einfache dichotome Betrachtung aus (vgl. Bortz & Döring, 2006; Sedlmeier & Renkewitz, 2008; Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012; u.v.m.). Dieses Anerkennen beider Ansätze als auf unterschiedliche Weise sinnvolle Forschungsanliegen, wurde in den letzten Jahren im Kontext des sog. Mixed Methods-Ansatzes systematisch in methodologische Überlegungen umgesetzt, die im folgenden Abschnitt kurz vorgestellt werden sollen.

3.2.2 *Mixed-Methods (MM)*

Eine mögliche Überwindung der „Gräben“ zwischen qualitativer und quantitativer Sozialforschung“ (Schreier & Odag, 2010) bietet die Entwicklung des sog. *Mixed-Methods* Ansatzes, womit „die *Kombination von Elementen eines qualitativen und eines quantitativen Forschungsansatzes* innerhalb einer Untersuchung oder mehrerer aufeinander bezogener Untersuchungen“ (ebd., S. 263; Hervorheb. durch H.P.) bezeichnet wird. Forschungsfragen werden hier pragmatisch verstanden „als Probleme und Methoden als Werkzeuge zu deren Lösung“ (ebd., 264). Eine einheitliche, verbindliche oder allgemein akzeptierte Definition des MM-Begriffs liegt gegenwärtig allerdings noch nicht vor (vgl. ebd.).

Historisch gesehen war die Kombinationsidee in der empirischen Sozialforschung des beginnenden 20. Jhd. durchaus verbreitet, wenn auch noch nicht unter dieser Bezeichnung

(vgl. ebd.). Nach einer „Phase der Dominanz des quantitativen Paradigmas“ (ebd., S. 264) mit anschließender „Phase der Paradigmenkriege“ (ebd.) fand eine Wiederannäherung erst in den letzten Jahrzehnten statt (vgl. ebd.). Parallele Gedanken finden sich u.a. in Kombinationsvorschlägen von Autoren, die eher dem qualitativen (vgl. Mayring, 2010a) oder dem quantitativen Ansatz (vgl. Bortz & Döring, 2006) nahestehen und werden außerdem im Kontext solcher Konzepte wie *Triangulation*, *Multitrait-Multimethod* oder *integrative Methodologie* thematisiert (vgl. Schreier & Odag, 2010). Schreier und Odag (ebd.) beschreiben verschiedenen *Funktionen bzw. zentrale Einsatzbereiche* des MM-Ansatzes: Die Kombination qualitativer und quantitativer Forschung kann zur wechselseitigen Validierung von Forschungsergebnissen genutzt werden (*Konvergenz*), zur Konstruktion eines umfassenderen Bildes vom Forschungsgegenstand (*Komplementarität*) oder zur bewussten Suche nach Divergenz, um neue Überlegungen zum Gegenstand zu ermöglichen (*Initiierung*). Zudem können MM-Untersuchungen auch hilfreich sein, wenn die Nutzung der einen, die Entwicklung und Anwendung einer anderen Methode erst möglich macht (*Entwicklung*; vgl. ebd.). Schließlich können enge Verknüpfungen unterschiedlicher Forschungsgegenstände über die Annäherung mit unterschiedlichen Methoden untersucht werden (*Erweiterung*; vgl. ebd.).

Ein Großteil der Diskussionen innerhalb des MM-Ansatzes betrifft die *wissenschaftstheoretischen und forschungspraktischen Grundlagen* einer Kombination traditionell quantitativer mit qualitativen Methoden. Die Entwicklung von Begrifflichkeiten, Grundpositionen oder Forschungsdesigns nimmt in entsprechenden Lehrbüchern einen großen Raum ein (vgl. Creswell & Plano Clark, 2007; Teddlie & Tashakkori, 2009). Im Gegensatz zur Annahme einer Inkompatibilität qualitativer und quantitativer Forschung gehen Teddlie und Tashakkori (2009) von einem *Kontinuum* aus (s.u. Abb. 4.01).

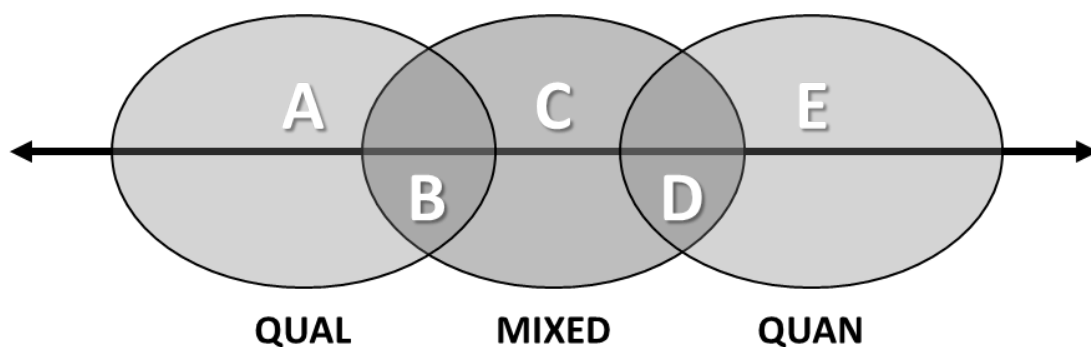


Abb. 3.01. Kontinuum qualitativer zu quantitativer Forschung (mod. nach Teddlie & Tashakkori, 2009, S. 28); Erläuterungen im Text (s.u.)

Wie in Abbildung 3.01 (s.o.) zu sehen liegen qualitative, gemischte und quantitative Forschungsansätze auf einem Kontinuum (vgl. Teddlie & Tashakkori, 2009). Dabei lassen sich rein qualitative und rein quantitative Untersuchungen (**A** und **E**) von solchen nach einem MM-Ansatz mit gleichberechtigtem Mit-/Nebeneinander bzw. Integration der Methoden (**C**) unterscheiden (vgl. ebd.). In den Übergangsbereichen dominiert entweder die qualita-

tive (B) oder die quantitative (D) Forschung. Wissenschaftler, die offen für den MM-Ansatz sein wollen, müssen sich dementsprechend mit den Begrifflichkeiten und Methoden beider Forschungsparadigmen auskennen (vgl. ebd.). Auf den in Abschnitt 3.2.1 unterschiedenen Ebenen betrachtet, kann der MM-Ansatz als Kombination der Charakteristika bezüglich der Methoden und genutzten Datenformate verstanden werden (vgl. Teddlie & Tashakkori, 2009). Deswegen lassen sich auch keine spezifischen, für diesen Ansatz charakteristischen Methoden beschreiben. Lediglich der dem Ansatz meist zugrundeliegende wissenschafts- und erkenntnistheoretische Ansatz des *Pragmatismus* stellt eine wirklich originäre Position dar (vgl. ebd.; Biesta, 2010). Die Entwicklung eines solchen Standpunktes ist insofern wichtig, als durch dessen Berücksichtigung die Gefahr einer unreflektierten Methodenkombination verringert wird (vgl. Schreier & Odag, 2010). Allerdings besteht bezüglich dieses Standpunktes noch keine Einigkeit (vgl. Teddlie & Tashakkori, 2009; Chapter 5; s. auch div. Beiträge in Tashakkori & Teddlie, 2010).

3.3 Qualitativer Ansatz im Detail

Auch wenn in den letzten Abschnitten der Sinn einer quantitativ-qualitativ Unterscheidung infrage gestellt wurde, soll der qualitative Ansatz nun noch einmal detaillierter betrachtet werden. Dies geschieht v.a. weil die in dieser Arbeit zentralen Methoden der Datenerhebung und der -auswertung (s. Kap. 9) aus dieser Forschungstradition stammen bzw. auch heute noch in dieser verankert werden. Um Ergebnisse und Methode, in Kapitel 14 sinnvoll diskutieren zu können, ist daher die Darstellung einiger methodologischer Hintergründe qualitativer Forschung unverzichtbar. Eine grobe inhaltliche Charakterisierung der qualitativen Forschung in Abgrenzung vom quantitativen Ansatz fand bereits in Abschnitt 3.2.1 statt. Hier soll v.a. auf Ziele (s. Kap. 3.3.1), Prinzipien (s. Kap. 3.3.2), Gütekriterien (s. Kap. 3.3.3) und den Forschungsprozess (s. Kap. 3.3.4) eingegangen werden.

3.3.1 Erkenntnisinteresse und Forschungsperspektiven

Typischerweise wird die Entwicklung der qualitativen Forschungstradition als Reaktion auf die Unzufriedenheit mit der lange Zeit vorherrschenden quantitativen Methodologie dargestellt (vgl. Flick, 2005; Bortz & Döring, 2006; Teddlie & Tashakkori, 2009; Breuer, 2010; Howitt, 2010; Lamnek, 2010; Schreier & Odag, 2010; u.v.m.). Diese Abgrenzung war und ist auch immer wieder durch offene Debatten gekennzeichnet (vgl. Bortz & Döring, 2006), wie z.B. den sog. *Werturteilsstreit* zu Beginn des 20. Jhd., den *Positivismusstreit* in den 1960er Jahren oder den von manchen Wissenschaftlern ausgemachten gegenwärtigen „Paradigmenkrieg“ (Lamnek, 2010, S. 5). Wissenschaftliches Erkenntnisinteresse und methodologische Prinzipien wurden dementsprechend ausgehend von der Kritik am quantitativen Ansatz entwickelt bzw. präzisiert (vgl. Lamnek, 2010; Breuer, 2010). Dabei wird davon ausgegangen, dass *Exploration*, i.S. der Hypothesenkonstruktion und Theoriebildung, zwar den zentralen und von quantitativer Seite auch oft akzeptierten Bereich quali-

tativer Forschung darstellt (vgl. Breuer, 2010; Bortz & Döring, 2006; Sedlmeier & Renkewitz, 2008), in gewissem Ausmaß jedoch auch *Explanation*, d.h. Theorie- und Hypothesenprüfung möglich seien (vgl. Mayring, 2010a; Lamnek, 2010). Mruck und Mey (2005) lässt sich die Unterscheidung dreier *übergeordneter Erkenntnisziele* entnehmen, die dort zudem zur Bildung eines Ordnungsschemas qualitativer Ansätze genutzt werden.

- Zum einen wird in vielen qualitativ orientierten Ansätzen, im Gegensatz zu der dem quantitativen Ansatz unterstellten Tendenz, die Subjektivität der Forscher und untersuchten Personen auszuklammern (vgl. Flick, 2005), die *Rekonstruktion der „je subjektive[n] Selbst- und Weltsicht in einem dialogisch konzipierten Forschungsprozess“* (Mruck & Mey, 2005, S. 7; Hervorheb. durch H.P.) angestrebt.
- Ein zweites Erkenntnisziel besteht in der *„Deskription sozialen Handelns und sozialer Milieus“* (ebd.; Hervorheb. im Orig.), worin sich auch die Abgrenzung von der an quantitativer Forschung kritisierten Alltagsfremdheit widerspiegelt, die u.a. durch deren Privilegierung standardisierter Methoden und experimenteller Situationen zustande komme (vgl. i.d.S. Flick, 2005; Lamnek, 2010).
- Drittens zielt qualitative Forschung oft auf *„die Rekonstruktion deutungs- und handlungsgenerierender Strukturen“* (vgl. Mruck & Mey, 2005, S. 7; Hervorheb. im Orig.) ab, worin u.a. eine gegenstandsangemessene Ausweitung des den quantitativen Verfahren vorgeworfenen „Fokus auf das Gegebene“ (Lamnek, 2010, S. 8) gesehen werden kann.

Während diese drei Ziele eher das übergeordnete Erkenntnisinteresse sowie unterscheidbare Schwerpunktsetzungen in der qualitativen Forschung charakterisieren (vgl. Mruck & Mey, 2005; s. auch Breuer, 2010), lassen sich auch konkreter auf die Methoden bezogene Prinzipien postulieren, die im Folgenden vorgestellt werden.

3.3.2 *Methodologische Prinzipien*

Zur Umsetzung der genannten Anliegen wurde eine Vielzahl heterogener Ansätze entwickelt (vgl. Mruck & Mey, 2005; Bortz & Döring, 2006; Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Dennoch werden immer wieder Versuche unternommen Gemeinsamkeiten auf methodologischer Ebene festzustellen. Aufzählungen, die sich hinsichtlich Anzahl und Bezeichnungen solcher Prinzipien unterscheiden, sowie Erkenntnisinteresse und methodische Forderungen vermischen, werden u.a. von Miles und Huberman (1994), Mruck und Mey (2005), Lamnek (2010) oder Breuer (2010) geboten. Einige Prinzipien werden von so gut wie allen Autoren genannt und sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

- Das *Prinzip der theoretischen Offenheit* nimmt Bezug auf die Kritik an einer der quantitativen Forschung unterstellte durch Standardisierung und vorab formulierte Hypothesen voreingenommenen Herangehensweise (vgl. Lamnek, 2010), sowie auf die für qualitative Forschung grundlegende Intention der Entdeckung von theoretisch Neuem (vgl. Breuer, 2010). In diesem Sinn wird der Verzicht auf eine Hypothesenbildung im Vorfeld gefordert (vgl. Mruck & Mey, 2005), um „im Rahmen einer sukzessiven Annäherung an das jeweils interessierende Forschungsfeld zu einer Theorie- bzw. Hypothesenbildung [zu] gelangen“ (ebd., S. 9).

- Das mit dem vorigen eng verbundene *Prinzip der Gegenstandsangemessenheit* betrifft die Wahl und Gestaltung der Methodik (vgl. Flick, 2005). Zum einen sind die Methoden ausgehend vom Gegenstand zu wählen und nicht umgekehrt, wie der quantitativen Forschung unterstellt, um bestimmte Gegenstände nicht aufgrund deren Komplexität auszuschließen (vgl. ebd.). Zum anderen muss die Methodik so flexibel und offen sein, dass sie der Komplexität sowie der sich im Verlauf einer Untersuchung möglichen Veränderungen des Gegenstandes gerecht werden kann (vgl. ebd.; s. auch Lamnek, 2010).
- Das *Prinzip der Kommunikation* bzw. *Reflexivität* bezieht sich auf das Verständnis der Rolle des Forschers in Relation zum Beforschten (vgl. Mruck & Mey, 2005). Anstatt die Person des Forschers und die soziale Interaktion mit dem Beforschten als Störvariablen zu behandeln, werden diese Aspekte zum Bestandteil des Forschungsprozesses (vgl. Flick, 2005). Reflektiert werden soll zum einen die durch Vorprägungen, Standpunkten und Einstellungen des Forschers als Person bedingte Perspektivität jeder Erkenntnis (vgl. Breuer, 2010), sowie „die Teilhabe der Forschenden bzw. die Kommunikation zwischen Forscher(inne)n und Beforschten als konstitutives (...) Element des Verstehensprozesses“ (Mruck & Mey, 2005, S. 10).

Neben den schon oben genannten Erkenntniszielen (s. Kap. 3.3.1), sowie den eben thematisierten methodologischen Gemeinsamkeiten werden noch eine ganze Reihe anderer Prinzipien und Postulate als einende Kennzeichen qualitativer Ansätze diskutiert auf die aber in der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen werden kann. Ausführliche Darstellungen bieten z.B. Flick (2005) oder Lamnek (2010), teilweise im Kontext der Interviewstudien noch einmal darauf Bezug genommen (s. Kap. 9).

3.3.3 Gütekriterien

In der qualitativ orientierten Literatur werden unterschiedliche Positionen zur Frage der Qualitätssicherung vertreten, von der vollständigen *Ablehnung von Gütekriterien* bis zur *Anpassung* der für die quantitative Forschung gängigen Kriterien der *Objektivität, Reliabilität und Validität* (vgl. Kuckartz, 2012; Flick, 2010b; Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Die für die vorliegende Arbeit besonders relevante, weil verbreitete sowie klar und verständlich formulierte Position Mayrings (2002) soll hier kurz dargestellt werden, um eine Basis für die Diskussion des methodischen Vorgehens (s. Kap. 14) zu schaffen. Dabei schlägt Mayring (2002) *sechs alternative Gütekriterien* vor, weil er die klassischen Gütekriterien im Rahmen qualitativer Sozialforschung für unbrauchbar hält:

- (1) Da qualitative im Gegensatz zu quantitativ-empirischen Methoden nicht standardisiert sind, sei eine genaue *Verfahrensdokumentation* wichtig, um den Forschungsprozess nachvollziehbar zu machen (vgl. ebd.).
- (2) Interpretationen, die im qualitativen Ansatz eine wichtige Rolle spielen, sollen *argumentativ abgesichert* werden, um nicht als willkürlich zu gelten (vgl. ebd.).
- (3) Besonders wichtig ist *Regelgeleitetheit*, d.h. die Befolgung bestimmter Verfahrensregeln, schrittweises, sequenzielles Vorgehen anhand ggf. vorab festgelegter Analyse-schritte sowie die Strukturierung des Datenmaterials in sinnvolle Einheiten (vgl. ebd.).

- (4) Das oben als Gemeinsamkeit qualitativer Ansätze schon genannte Prinzip der Gegenstandsangemessenheit (s.o. Kap. 3.3.2) schlägt Mayring unter der Bezeichnung „*Nähe zum Gegenstand*“ (ebd. S. 146, Hervorheb. durch H.P.) als viertes Kriterium vor, das die Güte der Forschung u.a. hinsichtlich deren Ausrichtung auf den natürlichen Kontext der Beforschten und deren „Relevanzsysteme“ (Lamnek, 2010, S. 132) bemisst.
- (5) *Kommunikative Validierung*, d.h. die Diskussion der Interpretationen des Forschers mit den Beforschten, betrifft als Gütekriterium insbesondere „die Absicherung der Rekonstruktion subjektiver Bedeutung“ (Mayring, 2002, S. 147).
- (6) *Triangulation* beschreibt ein eher weit gefasstes Kriterium (vgl. auch Flick, 2010a), das die Güte der Forschung danach bemisst, ob unterschiedliche Datenquellen und Methoden („Daten-Triangulation“, Sedlmeier & Renkewitz, 2008, S. 764), Beobachter und Interviewer („Forscher-Triangulation“, ebd.), oder theoretische Perspektiven („Theorien-Triangulation“, ebd.) zu konvergenten Ergebnissen führen (vgl. Mayring, 2002).

Diese Aufzählung von Gütekriterien offenbart gewisse Spannungsfelder, die innerhalb des qualitativen Ansatzes zu kontroversen Standpunkten geführt haben (vgl. Flick, 2010; Lamnek, 2010). So deutet sich z.B. ein *Widerspruch* zwischen dem Prinzip der *Offenheit* und dem Gütekriterium der *Regelgeleitetheit* an, der später (s. Kap. 14) noch aufgegriffen wird (vgl. Steigleder, 2008; Gläser & Laudel, 2009).

3.3.4 Forschungsprozess

Eine übersichtliche und für die meisten Denkrichtungen akzeptable Rekonstruktion des Forschungsprozesses im qualitativen Ansatz bieten Miles und Huberman (1994) mit ihrem *interaktiven Modell*. In diesem wird die *qualitative Analyse* erhobener Daten in die drei wesentlichen Komponenten der *Datenreduktion*, der *Datendarstellung* sowie der *Schlussfolgerung und deren Verifizierung* zerlegt und zueinander in Beziehung gesetzt (vgl. ebd.; s. auch Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Folgende Abbildung 3.02 veranschaulicht dieses Modell.

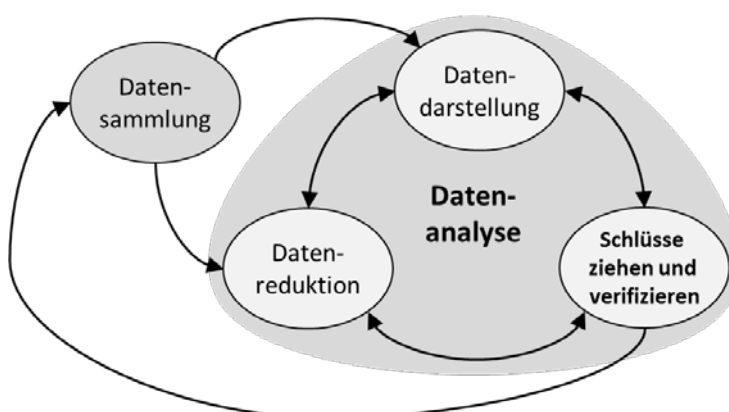


Abb. 3.02. Interaktives Modell der qualitativen Datenanalyse (mod. nach Sedlmeier/Renkewitz: Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie, 1. Auflage, Pearson Deutschland GmbH, Hallbergmoos, 2008, S. 746; vgl. auch Miles & Huberman, 1994, S. 10-12); Erläuterungen im Text (s.u.);

Die zentrale Annahme des Modells (s.o., Abb. 3.02) besteht darin, qualitative Datenanalyse als *kontinuierliches und iteratives Unternehmen* zu verstehen, bei dem die unterschiedlichen Prozesse weitestgehend verflochten vor, während und nach der Datensammlung ablaufen (vgl. Miles & Huberman, 1994). Es gibt *keine lineare Abfolge* von Schritten, wie für quantitative Ansätzen üblich, sondern einen *mit jeder Komponente potentiell beginnenden* Forschungsprozess (vgl. ebd.). Lediglich der Teilprozess der Datenreduktion setze typischerweise, mehr oder weniger bewusst, schon vor dem Einstieg in die anderen Teilprozesse an, indem z.B. Entscheidungen für konzeptuelle Rahmenkonzepte oder Datenerhebungsmethoden fallen. (vgl. ebd.). Diese Konzeption des Forschungsprozesses leitet bereits über in den nun folgenden Abschnitt 3.4, der sich mit allgemeinen und speziellen Forschungsdesigns beschäftigt.

3.4 Forschungsdesigns

Nachdem mit der *Untersuchungsidee* (s. Kap. 1.3) und dem präzisierten *Erkenntnisinteresse* (s. Kap 2) die oft als „vorwissenschaftlich“ (Bortz & Döring, 2006, S. 46) bezeichneten Schritte im Forschungsprozess gegangen wurden, steht neben der *methodologischen Schwerpunktsetzung* (s.o. Kap. 3.2) noch die Wahl einer passenden Untersuchungsplanung (vgl. ebd.) bzw. eines adäquaten *Designs* (vgl. Mayring, 2010c) an. Auf eine allgemeine Einführung zum Thema (s. Kap. 3.4.1) folgend, werden vier Hauptgruppen von Forschungsdesigns im Detail vorgestellt (s. Kap. 3.4.2-3.4.5), um eine begründete Entscheidung vorzubereiten.

3.4.1 Allgemeine Einführung

Das Ergebnis forschungstheoretischer Entscheidungen, die der konkreten Auswahl und Durchführung einer Methode vorangehen, wird als „Forschungsdesign“ (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 201) bezeichnet, der dahin führende Prozess oft auch als „Untersuchungsplanung“ (Mayring, 2010c, S. 225). Etwas allgemeiner ausgedrückt wird „[u]nter *Design* (...) die Untersuchungsanlage, die Logik der Studie, die Art und Weise, wie die wissenschaftliche Fragestellung angegangen wird, verstanden“ (ebd., S. 226; Hervorheb. durch H.P.). Solche Designs haben in einer eher quantitativen, an Hypothesentestung interessierten Forschung die Funktion, schon durch deren Bestimmung *möglichst viele alternative Hypothesen auszuschließen* (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011). Aus Sicht Mayrings (2010c), hat eine genaue Untersuchungsplanung auch in der qualitativen Forschung v.a. zwei Vorteile: „Zum einen wird das Verfahren *durchsichtiger und nachvollziehbarer*, wenn man sich an einen Untersuchungsplan hält“ (ebd., S. 225), zum anderen „bedeutet dies auch ein *Zurückgreifen auf Erfahrungen mit bewährter Methodik*“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.). Ausgehend von einer grundsätzlichen Kritik der Unterscheidung qualitativer von quantitativen Designs nach Flick (2005) schlägt Mayring (2010c) ein *allgemeines Grunddesign* vor (s.u., Abb. 3.03).

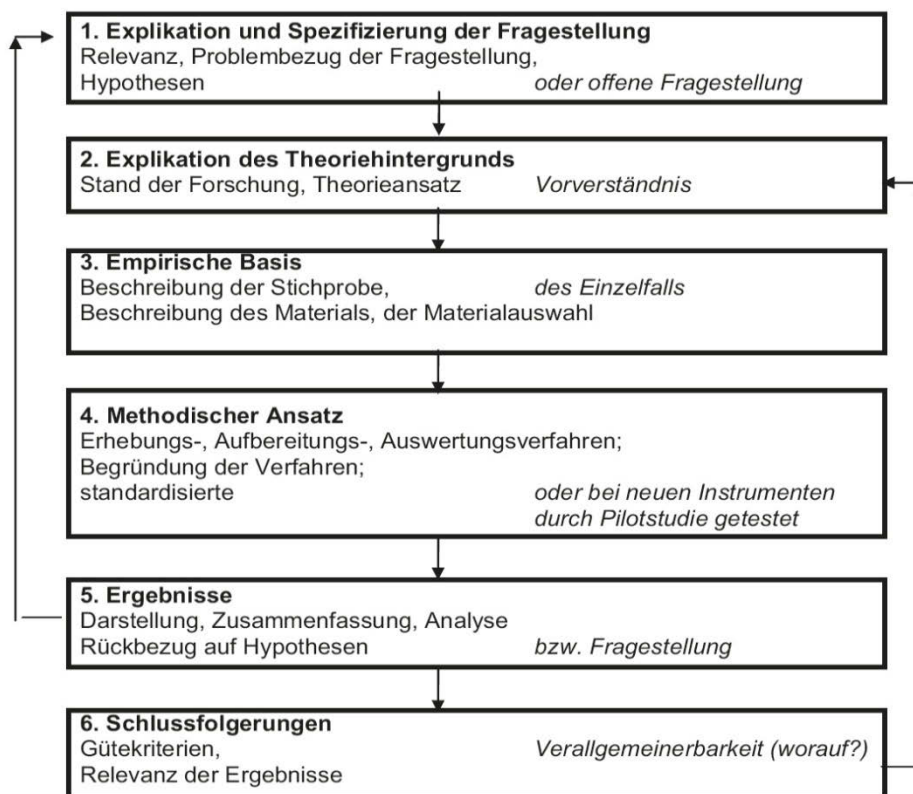


Abb. 3.03. Allgemeines Grunddesign nach Mayring (2010c, S. 229).

Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch Springer Science+Business Media B.V. aus Mayring, P. (2010c). Design. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 225–237). Wiesbaden: VS.

Ein besonders zentrales Merkmal dieses Grunddesigns (s. Abb. 3,03) stellt die Annahme der *Zirkularität des Forschungsprozesses* dar (vgl. Mayring, 2010c). An drei Punkten des Prozesses werden Rückkopplungsschleifen angenommen: Zum einen findet, ausgehend von der Ergebnisdarstellung (Schritt 5), ein *Rückbezug auf Hypothesen bzw. Fragestellung* statt, was u.a. zur Weiterentwicklung des Vorverständnisses und darauf basierendem erneuten Durchlauf der Schritte 2-5 führen kann (vgl. ebd.). Zum anderen werden, ausgehend von den Schlussfolgerungen (Schritt 6), die verallgemeinerten Ergebnisse *an den Stand der Forschung und Theorieentwicklung angebunden*, was letztlich ebenfalls zur Formulierung neuer Forschungsfragen und deren Bearbeitung in der gleichen oder in Folgestudien führen kann. Ein dritter Zirkelprozess läuft ggf. innerhalb von Schritt 4 ab, sofern zu Forschungszwecken entwickelte eigene *Methodenansätze in Pilotstudien getestet und überarbeitet* werden müssen (vgl. ebd.). Für die differenzierte *Wahl des adäquaten Designs* schlagen Bortz und Döring (2006) ein Vorgehen in zwei Schritten vor. Zunächst werden entsprechend dem aktuellen *Stand der Forschung explorative*, d.h. einen Bereich erkundende Untersuchungen (bei „wissenschaftliche[m] Neuland“, ebd., S. 50) von *explanativen*, insb. hypothesentestenden Designs (bei bereits fortgeschrittener Theorieentwicklung und empirischer Überprüfung) unterschieden (vgl. ebd.). Zumindest entwickelte Begrifflichkeiten bzw. Beschreibungsdimensionen sind die Voraussetzung einer dritten Variante, der sog. *deskriptiven* Designs (vgl. Bortz & Döring, 2006). Mayring (2010c) differenziert die als explanatives Design bezeichnete Grundform weiter in *zusammenhangs-* und *kausalanalyti-*

sches Designs. Während explorative und deskriptive Designs typischerweise im qualitativ orientierten Bereich dominieren, gilt gleiches für explanative Designs im quantitativ orientierten Bereich (vgl. ebd.). In einem zweiten Schritt gilt es der ersten Schwerpunktsetzung entsprechende konkrete Untersuchungsvarianten zu wählen, wobei hierbei die Frage im Vordergrund steht, welche *Form der Validität* (intern vs. extern) im Vordergrund stehen soll (vgl. Bortz & Döring, 2006). Dementsprechend lässt sich u.a. zw. *experimentellen* und *quasiexperimentellen* oder zw. *Feld-* und *Laboruntersuchungen* differenzieren (vgl. ebd.).

Zu einer etwas anderen Klassifikation kommen Creswell und Plano Clark (2007) im Kontext des Mixed Methods (MM)-Ansatzes, die das Augenmerk neben der Zielsetzung bzw. *Funktion* auch auf die *Relation* quantitativer zu qualitativen Methoden legen. Neben explanatorischem und exploratorischem Design werden dort ergänzend *eingebettetes* („embedded“, ebd. S. 67) und *Triangulations-Design* („Triangulation Design“, ebd., S. 62) unterschieden (vgl. ebd.). Von anderen Vertretern des MM-Ansatzes werden allerdings Funktion und Relation als Kriterien zur Unterscheidung von Designs abgelehnt (vgl. Teddlie & Tashakkori, 2009). Orientiert an den Begrifflichkeiten von Bortz und Döring (2006) sowie Mayring (2010c) wird in den folgenden Abschnitten auf explanatives (s. 3.4.2), deskriptives (s. 3.4.3) und exploratives Design (s. 3.4.4) genauer eingegangen. Zudem werden auch kurz Triangulations- und eingebettetes Design im Sinne von Creswell und Plano Clark (2007) in Abschnitt 3.4.5 vorgestellt.

3.4.2 *Explanatives Design*

Das explanative Design bzw. die „hypothesenprüfende Untersuchung“ (Bortz & Döring, 2006, S. 52) wird im quantitativen Paradigma oft als die „eigentliche Forschung“ (Mayring, 2010c, S. 231) betrachtet, wohingegen eher qualitativ orientierte Vertreter ein gleichberechtigtes Nebeneinander der Designs propagieren (e.g. Mayring, 2010c). Als zentrale Vorbedingung wird ein ausreichend fortgeschrittener Stand der Forschung und Theorieentwicklung gesehen, auf dessen Basis die Ableitung von Hypothesen gerechtfertigt erscheint (vgl. Bortz & Döring, 2006). Explanative Designs beschäftigen sich typischerweise mit Einzelfall-, Veränderungs-, Unterschieds- oder Zusammenhangshypothesen (vgl. ebd.). Diese Hypothesen können dabei *unspezifisch* sein, wenn der Stand der Forschung noch keine genaueren Ableitungen zulässt, oder *spezifisch*, wenn Art, Richtung und Größe zu erwartender Zusammenhänge, Unterschiede oder Veränderungen auf Basis bisheriger Forschung bestimmbar sind (vgl. ebd.). Mayring (2010c) nutzt nicht den Begriff der *Explanation*, sondern behandelt neben deskriptivem und explorativem das *zusammenhangsanalytische* und das *kausalanalytische* Design, die an dieser Stelle eingeordnet werden können. Dabei können Zusammenhangsanalysen in Form von Korrelationsstudien, aber auch systematischer Einzelfallvergleiche durchgeführt werden, wohingegen für Kausalanalysen experimentelle und quasi-experimentelle Designs typisch sind (vgl. ebd.). Für beide Designvarianten gilt es *Variablen zu definieren*, Überlegungen zur *Operationalisierung* anzustellen und bei Kausalanalysen zudem eine *Einteilung in abhängige und unabhängige Variablen* vorzunehmen (vgl. ebd.). Im quantitativen Paradigma stehen Hypothe-

senprüfung und Aussagen über Kausalbeziehungen im Fokus des Forschungsinteresses (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011; Bortz & Döring, 2006).

3.4.3 *Deskriptives Design*

Im Gegensatz zu Untersuchungen nach explanativem Design, „ist das primäre Ziel [deskriptiver Studien] die *Beschreibung von Populationen* (Grundgesamtheiten) hinsichtlich ausgewählter Merkmale“ (Bortz & Döring, 2006, S. 51; Hervorheb. durch H.P.). Gerade aber in anwendungsorientierten Bereichen, z.B. im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen in Unternehmen bei denen Beschreibungen des Verhaltens und Erlebens ohne vorherige Hypothesenaufstellung ausreichend sind, wird auch auf *kleiner skalierte deskriptive Studien* zurückgegriffen (vgl. ebd.). Strukturiert werden solche Studien meist durch praxisbezogene Fragestellungen und sehr umfassende Berücksichtigung relevanter Aspekte, um Handlungsanweisungen für die Praxis ableiten zu können (vgl. ebd.). Ein typisches Beispiel für eine Untersuchungsform, die aus qualitativer Sicht im Rahmen eines deskriptiven Designs zum Einsatz kommen kann, ist die deskriptive Feldforschung (vgl. Mayring, 2010c), die „in einer vom Untersucher möglichst unbeeinflussten, natürlichen Umgebung“ (Bortz & Döring, 2006, S. 57) stattfindet. Wie bei explanativen Designs auch, müssen Beschreibungsdimensionen (in Form *kategorialer oder metrischer Variablen*) bereits vorliegen und Überlegungen bezüglich deren *Operationalisierung* im Vorfeld der konkreten Methodenwahl angestellt werden (vgl. Mayring, 2010c).

3.4.4 *Exploratives Design*

Explorative Studien gelten als „typischer Bereich qualitativ orientierter Forschung“ (Mayring, 2010c, S. 231; vgl. auch Lamnek, 2010), wobei es darum geht, „dem Forschungsgegenstand möglichst nahe zu [zu] kommen (...), um zu *neuen differenzierten Fragestellungen und Hypothesen* zu gelangen“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.), oder Theorien materialgeleitet zu entwickeln, wie etwa mittels Grounded Theory-Methodologie (vgl. Howitt & Cramer, 2011). Aber auch in der quantitativen Forschung werden *explorative Studien zur Hypothesengewinnung und Theoriebildung* genutzt, wenn es sich um einen „bisher wenig reflektierten Teil der empirischen Sozialforschung“ (Bortz & Döring, 2006, S. 352) handelt. Dabei verstehen Bortz und Döring (2006) unter *Exploration* im wissenschaftlichen Kontext „das mehr oder weniger systematische Sammeln von Informationen über einen Untersuchungsgegenstand (...), das die Formulierung von Hypothesen und Theorien vorbereitet“ (ebd., S. 354). Logischerweise sind explorative Studien damit explanativen Untersuchungen vorgeschaltet, allerdings in diesem linearen Modell nur als Ausschnitt eines „iterativen Prozesses wissenschaftlichen Arbeitens“ (ebd., S. 357) zu verstehen (vgl. auch Flick, 2005; Mayring, 2010c). Exploration kann *theorie- oder methodenbasiert, empirisch-quantitativ* oder *empirisch-qualitativ* erfolgen (vgl. Bortz & Döring, 2006). Ein typischer Anlass für die Nutzung eines explorativen Designs bietet sich, wenn „der Forschungsstand zum Gegenstand noch so rudimentär ist, dass keine präzisen Fragestellungen, Beschreibungen

oder Hypothesen formulierbar sind“ (Mayring, 2010c, S. 232). Ausgehend von diesen „Lücken des Forschungsstandes“ (ebd.) gilt es im Sinne einer Feldstudie zunächst einen scheinbar ergiebigen *Praxisbereich festzulegen*, dann den *Feldzugang zu sichern* und die *Rolle des Forschers* mit den Personen im Feld zu klären (vgl. ebd.). Typische, in der Folge zum Einsatz kommende Methoden stellen *teilnehmende Beobachtungen* oder auch *offene Interviews* dar, mittels derer eine Innenperspektive gewonnen werden soll (vgl. ebd.). Auf Basis der systematisch gesammelten Ergebnisse und Materialien werden induktiv Hypothesen oder neue Fragestellungen generiert (vgl. ebd.). Folgende Abbildung 3.04 veranschaulicht das (qualitative) explorative Design anhand eines Ablaufmodells.

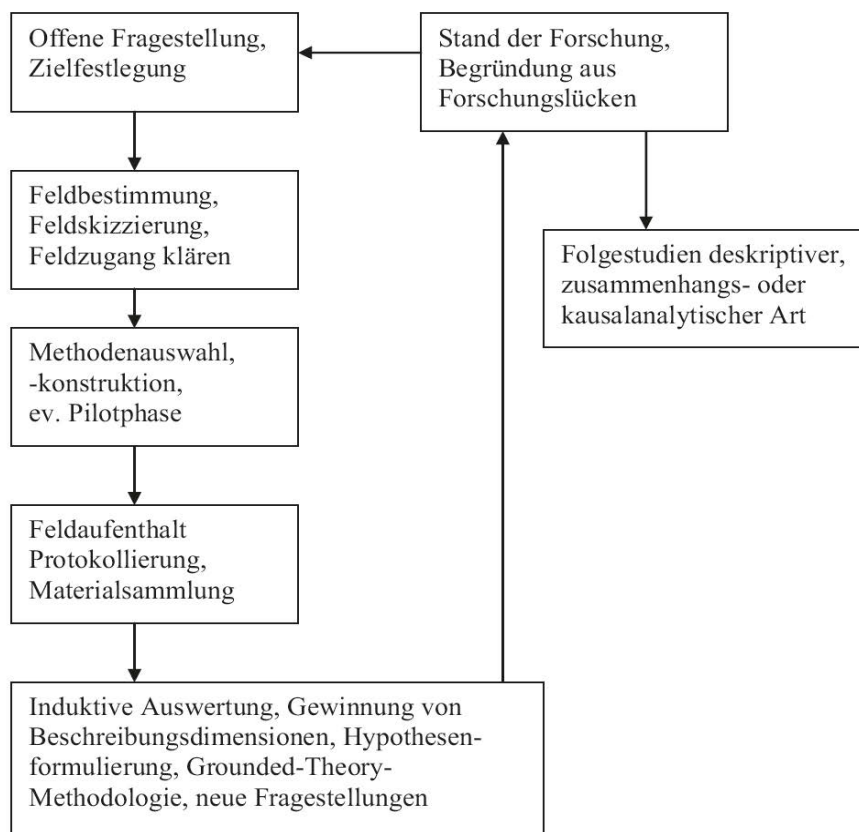


Abb. 3.04. Ablaufmodell eines (qualitativen) explorativen Designs (aus Mayring, 2010c, S. 233); Erläuterungen im Text (s.o.). Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch Springer Science+Business Media B.V. aus Mayring, P. (2010c). Design. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 225–237). Wiesbaden: VS.

3.4.5 *Triangulations- und eingebettetes Design*

Diese beiden Design-Varianten stammen aus dem Kontext des Mixed Methods (MM)-Ansatz (vgl. Schreier & Odag, 2010; Hussy, Schreier & Echterhoff, 2010). In Ergänzung zu einem explanativen und explorativen Design wurden sie vorgeschlagen von Creswell und Plano Clark (2007), um die zunehmend unüberschaubaren MM-Design-Typologien zu vereinfachen (vgl. Schreier & Odag, 2010). Während die zuvor besprochenen Designvarianten (explanativ, deskriptiv, explorativ) nach dem *wissenschaftlichen Erkenntnisziel* unterscheidbar waren (Erklärung, Beschreibung, Innovation), ist beim Triangulationsdesign

eher die *methodologische Funktion* ausschlaggebend für die Zuordnung, beim eingebetteten Design steht die *methodologische Schwerpunktsetzung* im Vordergrund (s.u.).

Studien nach dem **Triangulationsdesign** setzen sich zum Ziel, ein *umfassenderes Bild des Gegenstandes* zu entwickeln (vgl. Schreier & Odag, 2010), indem komplementäre Daten zum gleichen Thema integriert werden (vgl. Creswell & Plano Clark, 2007). Stärken bzw. Schwächen mittels verschiedener qualitativer wie quantitativer Methoden erhobener Daten sollen sich ergänzen bzw. ausgleichen (vgl. ebd.). Je nachdem in welcher Sequenz die Methoden genutzt, oder in welcher Art die Daten bei der Interpretation integriert werden lassen sich differenziertere Designs unterscheiden (vgl. ebd.). Die Erhebung der Daten erfolgt in der Regel parallel, die Auswertung zunächst separat und unabhängig voneinander (vgl. ebd.). Die Nutzung dieses Designs erfordert vielfältige methodische Kompetenzen und die Auseinandersetzung mit der Frage, wie mit einem möglichen Widerspruch der Ergebnisse umgegangen werden soll (vgl. ebd.)

Bei Studien, die dem Typ des **eingebetteten Designs** entsprechen, sind dadurch gekennzeichnet, dass *qualitativer oder quantitativer Ansatz dominieren*, während „Daten aus dem jeweils anderen Paradigma (...) lediglich ergänzend und zur Beantwortung einer zusätzlichen Fragestellung erhoben [werden]“ (Schreier & Odag, 2010, S. 269). Dabei nimmt die Erhebung des einen Datentyps bzw. die Umsetzung einer Methode eine eher nebensächliche Rolle in einem primär nach der dazu komplementären Methode ausgerichteten Untersuchungsrahmen ein (vgl. Creswell & Plano Clark, 2007). Die Vorteile eines eingebetteten Designs liegen in den vergleichsweise geringeren Anforderungen an die methodischen Kompetenzen der Forscher bzw. auch an die zur Durchführung nötigen finanziellen und zeitlichen Ressourcen (vgl. ebd.). Allerdings erfordert dieser Designtyp u.a. eine gesonderte Begründung der Einbettung bestimmter Methoden in ein primär andersartig ausgerichtetes Vorgehen (vgl. ebd.).

3.5 Implikationen für die vorliegende Arbeit

3.5.1 Ausgangslage

Im vorliegenden Kapitel wurden die Grundlagen für eine Entscheidung bezüglich des methodischen Schwerpunktes und eines für die Arbeit günstigen Designs vermittelt. Dazu wurden qualitatives und quantitatives „Paradigma“ gegenübergestellt und der Mixed Methods-Ansatz als potentielle Überbrückung des Gegensatzes beider Methodologien thematisiert (s. Kap. 3.2). Nach einer vertieften Darstellung wesentlicher Aspekte qualitativer Forschung (s. Kap. 3.3) wurden Forschungsdesigns vorgestellt (s. Kap. 3.4), aus welchen im Folgenden (s.u., Kap. 3.5.2) eine Auswahl getroffen wird. Die Wahl von Design und methodologischem Schwerpunkt hängt wesentlich vom Erkenntnisinteresse ab.

Die Ausgangslage für die Wahl des Designs stellt sich wie folgt dar: Ziel der vorliegenden Arbeit ist die *Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung*. Dieses Erkenntnisinteresse wurde aus wissenschaftstheoretischer Sicht im vorigen Kapitel 2 unter Bezug auf den verfügbaren Wissensstand dahingehend präzisiert, eine *Explikation des Begriffs* anzustreben. Typisch für Begriffe, die einer Explikation bedürfen ist deren gängiger, aber *unklarer Gebrauch*. Wie in Abschnitt 2.4.2 des vorigen Kapitels dargestellt, ist eine wesentliche Voraussetzung der weiteren Schritte einer sachgemäßen Explikation die *Bedeutungsanalyse*. Diese soll in der vorliegenden Arbeit v.a. angelehnt an die Wittgensteinsche *Gebrauchsanalyse* bezogen auf Fachliteratur und Interviews mit Experten umgesetzt werden. Kennzeichnend für ein solches Vorhaben ist ein *möglichst unvoreingenommenes Herangehen* an die Analyse, da derjenige, der diese durchführt, im Vorhinein ja nicht weiß, welche inhaltlichen Ergebnisse zu erwarten sind. Gleichzeitig sollten die Ergebnisse der Bedeutungs-/Gebrauchsanalyse *möglichst repräsentativ* sein und die „tatsächliche“ Verwendung eines Begriffs *möglichst umfassend* abbilden, um eine gute Basis für die folgende präzise Bestimmung des Begriffs unter *Berücksichtigung des bisherigen Gebrauchs* zu liefern.

3.5.2 Das gewählte Design

Unter Berücksichtigung der eben dargestellten Ausgangslage, liegt die *Wahl eines explorativen Designs* nahe (s. Kap. 3.4.4), da in diesem die Entdeckung von theoretisch Neuem als Erkenntnisziel einen prominenten Platz einnimmt. Wie oben dargestellt, bietet sich ein typischer Anlass für die Nutzung des explorativen Designs dann, wenn von einem *rudimentären Forschungsstand zum Gegenstand* ausgegangen werden kann, was sich bezüglich des Themas Therapeutische Haltung schon in den unsystematischen Recherchen (s. Kap. 1.1.3) angedeutet hat. Das Potential explorativer Studien im Bereich der empiriegeleiteten Hypothesen- und Theoriengenerierung lässt sich hier auch sinnvoll nutzen, indem die *Ergebnisse der Bedeutungsanalyse in Hypothesenform* präsentiert werden. Die *Methode des offenen Interviews* ist zudem ein Instrument der Datenerhebung, das einen prominenten Platz im Kontext explorativer Studien einnimmt und sich zur Gebrauchsanalyse eignet.

Was die methodologische Ausrichtung angeht, scheint die *Orientierung am Mixed Methods-Ansatz* vielversprechend (s. Kap. 3.2.2), da bei der Darstellung der Ausgangslage (s. Kap. 3.5.1) sowohl zentrale Prinzipien der qualitativen Forschung angesprochen wurden (Offenheit, Unvoreingenommenheit) als auch des eher quantitativ orientierten Denkens (wie z.B. Repräsentativität). Zudem macht die Datenerhebung und ein Großteil der Datenauswertung im Rahmen einer Bedeutungsanalyse, die den zentralen Bereich der Explikation ausmacht, *möglichst gegenstandsangemessene Instrumente* und ein *hohes Maß an Interpretation* erforderlich, weswegen von einem *qualitativen Schwerpunkt* der Arbeit ausgegangen werden sollte. Auf Kapitel 3 vorgreifend wurde das gewählte Design der Arbeit bereits in Kapitel 1 auf in einem Ablaufschema veranschaulicht, welches ein Grundmodell jeden Forschungsprozesses, das Zusammenspiel qualitativer und quantitativer Schritte, unterschiedliche Phasen einer Begriffsexplikation, sowie die in der vorliegenden Arbeit formulierte Haupt- und Nebenfragestellung zueinander in Beziehung setzt (s.o., Abb. 1.01).

Kap. 4 Perspektiven auf Bedeutung

Überblick: In diesem Kapitel soll der theoretische Hintergrund für eine Analyse der Bedeutung des Begriffs der Therapeutischen Haltung vermittelt werden. Dazu werden einleitend Rahmenbedingungen und Grundlagen wissenschaftlicher Semantik vermittelt (s. 4.1). Ausgewählte Themen werden in den Abschnitten 4.2 und 4.3 vertieft dargestellt, worauf abschließend die wesentlichen Inhalte des Kapitels zusammengefasst werden (s. 4.4).

4.1 Einleitung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die *Klärung eines Begriffs*. Im zweiten Kapitel waren *Vorgehensweisen* vorgestellt und diskutiert worden, die bei einem solchen Vorhaben im wissenschaftlichen Kontext üblicherweise genutzt werden. Daraus wurde die *Explikation* als für die hiesigen Zwecke adäquate Variante gewählt (s. Kap. 2.4.2), welche die *Bedeutungsanalyse* als einen zentralen Schritt beinhaltet (s. Kap. 2.3.3). Was aber bei diesem in die Explikation eingebetteten Begriffsklärungsverfahren zu analysieren ist, wurde dort nicht genauer bestimmt. Wie die Bezeichnung schon nahe legt, scheint es um die *Bedeutung* eines Begriffes zu gehen, die analysiert werden soll.

Was aber heißt es, *Bedeutung* zu analysieren? Was wird da analysiert? Was ist mit *Bedeutung* gemeint? Das Vorliegen differenzierter Antworten auf diese Fragen ist eine *Voraussetzung der Anwendung* des Verfahrens der Bedeutungsanalyse und damit auch der Explikation, welche zur Beantwortung der globalen Hauptfrage „*Was ist die Bedeutung des Begriffs der Therapeutischen Haltung?*“ (s.o., Kap. 1.3) gewählt wurde. Im vorliegenden Kapitel soll dementsprechend ein *differenziertes Verständnis von BEDEUTUNG* erarbeitet werden.¹ Dieses bildet die Basis der *Ableitung konkreter Forschungsfragen* (s. Kap. 8), welche die Rekonstruktion der Verwendung des Begriffs der Therapeutischen Haltung aus den Experteninterviews (s. Kap. 10-12) strukturieren sollen.

Zu diesem Zweck werden in den Abschnitten 4.2 und 4.3 *ausgewählte Perspektiven* auf den Begriff der BEDEUTUNG vorgestellt. Zunächst aber wird auf das Konzept der BEDEUTUNG im Kontext der sich mit diesem auseinandersetzen *wissenschaftlichen Unternehmungen* eingegangen, um die Literatur- und entsprechende Perspektivenauswahl zu begründen (s. Kap. 4.1.1). Zudem werden die *zentralen begrifflichen Unterscheidungen*, die in der *Semantik* (Bedeutungslehre) getroffen und diskutiert werden überblicksartig vorgestellt (s. Kap. 4.1.2), woran sich ein knapper Überblick der wichtigsten Bedeutungstheorien anschließt (s. Kap. 4.1.3).

¹ Im Folgenden wird ein Begriff in Anführungszeichen (»Begriff«) gesetzt, sofern es lediglich um das entsprechende *gesprochene Wort bzw. sprachliche Zeichen* geht. Soll auf ein *Konzept* Bezug genommen werden, wird dieses in Kapitälchen gesetzt (KONZEPT). Wird ohne eine dieser Intentionen auf einen Begriff/ein Konzept Bezug genommen, wird dieser/dieses weiterhin in Grundschrift dargestellt, bei Hervorhebung kursiv.

4.1.1 *BEDEUTUNG und deren Untersuchung*

Bedeutung in der Alltagssprache. Das sprachliche Zeichen bzw. *Wort* »Bedeutung« wird in der Alltagssprache unterschiedlich verwendet (vgl. Hügli & Lübcke, 1998). So werden im Bedeutungswörterbuch der Dudenredaktion zwei Verwendungsweisen des sprachlichen Zeichens »Bedeutung« unterschieden: (1) Bedeutung im Sinne des „*durch ein Zeichen, ein Wort o. Ä. hervorgerufene[n] Wissen[s] um einen Zusammenhang*“ (Dudenredaktion, 2002, S. 179; Hervorhebungen im Original) mit den Synonyma „Gehalt, Inhalt, Sinn“ (ebd.). Außerdem (2) Bedeutung im Sinne von „*Wichtigkeit, Wert in einem bestimmten Zusammenhang*“ (ebd.; Hervorhebungen im Original) mit den Synonyma „Belang, Gewicht“ (ebd.). Für das Anliegen einer Begriffsklärung ist recht unproblematisch erste der genannten Verwendungsweisen als relevant zu erkennen, d.h. BEDEUTUNG im Sinne von *Bewusstseinsinhalten*, die bei einer Person aktiviert werden in Abhängigkeit der Nutzung oder Verarbeitung eines *Zeichens* (z.B. eines Wortes) das auf einen „objektiven“ *Gegenstand* verweisen soll.

Bedeutung in den Wissenschaften. Im wissenschaftlichen Kontext ist der Begriff der BEDEUTUNG allerdings Gegenstand hartnäckiger und anhaltender Debatten. In der westlichen, insbesondere *analytischen Philosophie* wird BEDEUTUNG v.a. im Sinne des Zusammenhanges von Sprache, Bewusstsein und Wirklichkeit in einem methodisch und inhaltlich eher breiten Kontext untersucht (vgl. Hügli & Lübcke, 1998). Eingegrenzter wird die Thematik im Rahmen bestimmter Fachwissenschaften behandelt. U.a. in Bereichen der *kognitiven Psychologie* (vgl. Waldmann, 2008; Zwitserlood & Bölte, 2008) und der *Linguistik* (vgl. Busse, 2009; Löbner, 2002) stellt BEDEUTUNG einen zentralen Untersuchungsgegenstand dar. Da in der vorliegenden Arbeit keine kritischen Betrachtungen des wissenschaftlichen Umgangs mit BEDEUTUNG angestellt, sondern die sich mit der *Semantik* beschäftigenden Disziplinen lediglich als „Ideenlieferanten“ für die Differenzierung des Bedeutungsbegriffs genutzt werden sollen, schränkt sich die folgende Darstellung pragmatisch auf das Lehrbuchwissen ausgewählter Fachgebiete ein. Herangezogen wird Literatur zur *linguistischen Semantik* (v.a. Busch & Stenschke, 2007; Busse, 2009; Löbner, 2002; Schwarz & Chur, 2004), *kognitiven Psychologie der Kategorisierung und Repräsentation von Wissen* (v.a. Anderson, 2007; Oberauer, Mayr & Kluwe, 2006; Rummer & Engelkamp, 2006; Waldmann, 2006, 2008) sowie der *Worterkennung und -produktion* (v.a. Strube & Hermann, 2006; Zwitserlood & Bölte, 2008). Zur Einbettung in weitere Kontexte bieten sich Überblicksarbeiten aus dem Bereich *philosophischer Analysen* an (u.a. Margolis & Laurence, 2011; Slaney & Racine, 2011).

Wortsemantik. Zudem kann an dieser Stelle auch eine thematische Einschränkung anhand des Gegenstandsbereiches getroffen werden, dessen BEDEUTUNG von Interesse ist. Im Sinne der Annahme, dass „Bedeutung immer Bedeutung v o n etwas [ist]“ (Löbner, 2002, S. 3, Hervorheb. im Orig.), soll es im Folgenden v.a. um die *Bedeutung von Wörtern*, die sog. „Wortsemantik“ (Busse, 2009, S. 22) gehen. Über diese hinaus kann BEDEUTUNG auch Sätzen oder Handlungen zukommen, sowie einer ganzen Reihe weiterer Phänomene (vgl. Löbner, 2002). Im Kontext der vorliegenden Arbeit wird aber davon ausgegangen, dass es sich bei der Mehrwortverbindung „Therapeutische Haltung“ um ein *Autosemantikon*, d.h.

einen Ausdruck, der „über eine eigene, vollständig begriffliche Bedeutung verfüg[t]“ (Busse, 2009, S. 99), handelt, der somit schwerpunktmäßig im Kontext der Wortsemantik analysiert werden kann. Die Grenzen dieser Sichtweise werden im vorliegenden Kapitel u.a. insofern aufgegriffen, als auch auf die Rekonstruktion semantischer Relationen als Möglichkeit der Bedeutungsanalyse eingegangen wird (s.u., Kap. 4.2).

4.1.2 Zentrale begriffliche Unterscheidungen

Nachdem oben schon die im Kontext der vorliegenden Arbeit relevante Verwendungsweise des Wortes »Bedeutung« bestimmt und dementsprechend diejenigen Disziplinen benannt wurden, welche sich mit der Semantik im linguistischen wie psychologischen Sinn beschäftigen, soll nachfolgend auf die zentralen dort verwendeten Begriffe eingegangen werden. Dabei wird zunächst mit dem semiotischen Dreieck eine Veranschaulichungsmöglichkeit eingeführt um dann zentrale Begriffe zu erläutern.

Das semiotische Dreieck. Die Klärung der in der Semantik zentralen Begriffe ist am einfachsten möglich, indem sie zueinander in Beziehung gesetzt werden. Dazu lässt sich auf folgende oft genutzte Darstellung zurückgreifen (s.u., Abb. 4.01):

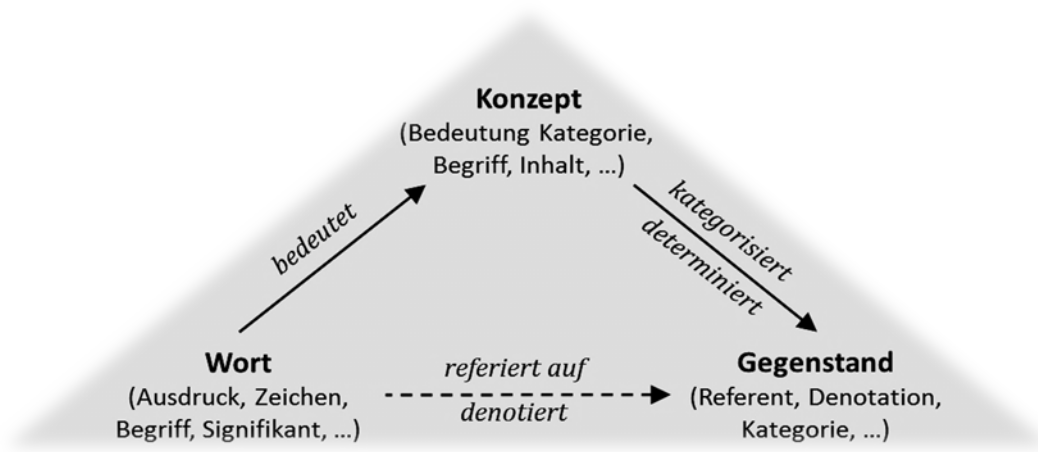


Abb. 4.01. Das semiotische Dreieck (vgl. u.a. Busse, 2009; Löbner, 2002; Schwarz & Chur, 2004)

In obiger Abbildung 4.01 werden die im Kontext der linguistischen, psychologischen wie auch alltagssprachlichen Semantik gebräuchlichsten Begriffe zueinander in Beziehung gesetzt, veranschaulicht in Form des *semiotischen Dreiecks* (vgl. Löbner, 2002). Die in der vorliegenden Arbeit bevorzugten Bezeichnungen erscheinen dabei in Fettdruck, in Klammern diejenigen, welche je nach Kontext und Autor ebenfalls verwendet werden. Unter den Bezeichnungen *Wort* und *Konzept* werden die zentralen Begriffe der Semantik sowie deren Zusammenhänge mit den bezeichneten Gegenständen im Folgenden kurz erläutert.

Wort. Mit „Ausdruck“ (Schwarz & Chur, 2004, S. 22), „sprachliche[m] Zeichen“ (Busch & Stenschke, 2007, S. 190), „Signifikant“ (ebd.), „Wortmarke“ (Hermann, 2005, S. 72), alltagssprachlich oft auch „Begriff“ oder einfach „Wort“ (Zwitserslood & Bölte, 2008, S. 469) werden *sprachliche Ausdrücke* (ob gesprochen oder geschrieben) bezeichnet, die sich auf

Gegenstände, Ereignisse oder Sachverhalte beziehen (vgl. Herrmann, 2005; s.o., Abb. 4.01, links unten). Diese Bezugnahme wird je nach Perspektive und theoretischen Hintergrund z.B. als „referieren“ oder „denotieren“ bezeichnet, die Gegenstände dementsprechend als „Referenten“ oder „Denotation“ (vgl. u.a. Busch & Stenschke, 2007; Löbner, 2002; Schwarz & Chur, 2004). Auch die Definition dessen was ein WORT eigentlich ist, wird je nach Perspektive und Kontext anders definiert (vgl. Miller, 1993; Zwitserlood und Bölte, 2008). Einem „vortheoretischen, alltäglichen Sprachverständnis“ (Busse, 2009, S. 17) nach, wird es „als die *kleinste selbstständige sprachliche Einheit* aufgefasst“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.) und „in fast allen bedeutungstheoretischen Konzeptionen als die eigentliche Bezugseinheit der Semantik angesehen“ (ebd., S. 18). Den Prototyp eines Wortes stellen wohl die *Autosemantika* dar, die auch als „Inhaltswörter“ (Löbner, 2002, S. 5) bezeichnet werden, insb. die Substantive/Nomen (vgl. Busse, 2009). Kennzeichen von Wörtern ist u.a., dass diese mit dem Gegenstand, auf den sie referieren (s.o., Abb. 4.01, gestrichelter Pfeil), sowie dem individuellen Konzept, das sie bedeuten, nur *arbiträr* verbunden sind (vgl. Herrmann, 2005; Schwarz & Chur, 2004). Damit ist gemeint, dass die Verbindung nicht naturgegeben vorliegt, sondern auf *sprachlichen Konventionen* beruht (vgl. ebd.), was vor dem Hintergrund verschiedenster Sprachen und entsprechend unterschiedlicher Wörter für (vermeintlich) gleiche Sachverhalte unmittelbar einleuchtet. Im Kontext der vorliegenden Arbeit stellt das gesprochene oder geschriebene Kompositum »Therapeutische Haltung« also die Ausdrucksseite im oben dargestellten semiotischen Dreieck (s.o., Abb. 4.01) dar. Auf diese Seite wird im Folgenden unter der Nutzung der Bezeichnungen »Wort« oder »sprachlicher Ausdruck« Bezug genommen. »Begriff« wird soweit möglich nicht in diesem Sinn genutzt (s.u.)

Konzept. Einfach ausgedrückt und weithin akzeptiert *vermitteln* Konzepte (d.h. Bedeutungen) zwischen Worten (d.h. sprachlichen Zeichen) und Gegenständen in der Welt (vgl. Löbner, 2002). Allerdings sind auch hinsichtlich der Spitze des semiotischen Dreiecks (s. Abb. 4.01) verschiedene Bezeichnungen je theoretischem Verständnis in Gebrauch, u.a. „Kategorie“, „Begriff“, „Inhalt“ und auch „Bedeutung“ (vgl. u.a. Busch & Stenschke, 2007; Löbner, 2002; Schwarz & Chur, 2004). Die Gleichsetzung von BEDEUTUNG und KONZEPT wird v.a. in der kognitiven Semantik vorgenommen, wie im semantischen Dreieck (s. Abb. 4.01) anhand des Pfeiles von Wort (links unten) zu Konzept (Spitze) veranschaulicht, kann aber auch die Relation zwischen Wort und Konzept als Bedeutung verstanden werden (vgl. Löbner, 2002). In Abschnitt 4.3 wird auf Konzepte und deren spezifische Charakteristika noch genauer eingegangen, weswegen diese kurze Einordnung genügen soll. Auf die Spitze des Dreiecks wird in der vorliegenden Arbeit v.a. unter der Nutzung der Bezeichnungen »Konzept«, seltener »Begriff« oder »Bedeutung« Bezug genommen. Die Bezeichnung »Kategorie« wird im eigenen Gebrauch wo möglich vermieden, was vor dem Hintergrund der oft synonymen Nutzung mit dem Begriff des Konzeptes in der kognitiven Psychologie aber nicht immer gelingt.

4.1.3 Bedeutungstheorien im Überblick

Wie oben angesprochen beschäftigen sich verschiedene Wissenschaften schon seit langer Zeit mit dem Phänomen der Bedeutung, insb. der Wortbedeutung (vgl. Schwarz & Chur, 2004). Die jeweiligen Bemühungen wurden geleitet von *grundlegenden Annahmen* zum Begriff der BEDEUTUNG (vgl. Busse, 2009). Bevor in den Abschnitten 4.2 und 4.3 auf zwei dieser Rahmenverständnisse näher eingegangen wird, sollen zentrale Bedeutungstheorien anhand deren Bedeutungskonzeptionen überblicksartig vorgestellt werden. Einige der im Folgenden skizzierten Theorien, eint die Annahme, dass *Bedeutungen im wesentlichen Konzepte* sind, worauf bereits oben (s. Kap. 4.1.3) eingegangen wurde und worauf unten noch einmal zurückgekommen wird (s. Kap. 4.3).

Bedeutung als Extension und Intension. Nach der Bedeutungstheorie der logischen Semantik wird zwischen Extension und Intension eines Begriffs unterschieden (vgl. Busse, 2009). Die *Extension* oder auch der Begriffsumfang bezeichnet dabei die Klasse oder Menge aller außersprachlichen Gegenstände, auf die mittels eines Wortes verwiesen werden kann (vgl. ebd.; Miller, 1993). Unter der *intensionalen Bedeutung* eines Wortes, werden die Bedingungen verstanden, welche ein Gegenstand erfüllen muss, um zur Extension des Wortes zu gehören (vgl. Miller, 1993): „Die Bedeutung einer Äußerung zu kennen heißt also, die Wahrheitsbedingungen für ihre Verwendung zu kennen“ (ebd., S. 172).

Bedeutung als Relation. In der frühen Variante des Strukturalismus de Saussures, wurde das Zeichen bzw. Wort „als kleinste semantische Einheit“ (Busse, 2009, S. 42) gesehen. Die Bedeutung eines Ausdrucks erschöpft sich nach dieser Sichtweise in der Beschreibung seiner Bedeutungsbeziehungen (s.u., Kap. 4.2; vgl. Löbner, 2002). Anders ausgedrückt „[bezieht] das einzelne Zeichen seine Bedeutung aus dem „Wert“, d.h. der Stellung, den es innerhalb des Systems aller Sprachzeichen einnimmt“ (Busse, 2009, S. 42). Dieses Verständnis von Bedeutung lässt sich auch in der Organisation von Wörterbüchern wiederfinden, welche die Bedeutung von Ausdrücken definieren, indem sie diese in Beziehung zu den Bedeutungen anderer Ausdrücke setzen (vgl. Miller, 1993).

Bedeutung als Merkmalsmenge. In späteren strukturalistischen Ansätzen wurde weniger die Beziehung der Bedeutung eines Wortes zu der von anderen Wörtern in den Mittelpunkt gestellt, sondern die *Dekomposition*, d.h. die Bedeutungsanalyse durch Zerlegung in *Bedeutungskomponenten* (vgl. Löbner, 2002). Im Rahmen dieses auch als *Merkmalssemantik* bezeichneten Unternehmens (vgl. ebd.) wird die Bedeutung eines Wortes bzw. Lexems verstanden als „ein Komplex semantischer Merkmale“ (Schippan, 1972, nach Busse, 2009, S. 41) bzw. als Summe der anhand semantischer Merkmale feststellbaren Unterschiede zu anderen Wörtern bzw. Lexemen (vgl. Löbner, 2002). Semantische Merkmale, auch als *Seme* bezeichnet (Busch & Stenschke, 2007), sollten dabei sowohl *elementar* (d.h. nicht weiter zerlegbar), als auch *generell* (d.h. weder ad hoc gebildet noch nur für einen kleine Anzahl von Lexemen distinktiv) sein (vgl. Löbner, 2002).

Bedeutung als Ähnlichkeit. Um verschiedene Schwierigkeiten der vorgenannten Ansätze zu beseitigen, wurden Theorien entwickelt, welche die Wortbedeutung nicht mehr als etwas präzise und erschöpfend beschreibbares verstehen, welcher ein Gegenstand unter

bestimmten Bedingungen eindeutig zugeordnet werden kann (vgl. Busse, 2009). Die Bedeutung eines Wortes ist vielmehr so gefasst, dass dieses Wort auf einen konkreten Gegenstand mehr oder weniger zutreffen kann. Der Vagheit und Unschärfe natürlicher Kategorien wird Rechnung getragen, indem die *Zuordnung nach Ähnlichkeit* des jeweiligen Gegenstandes zu einer Art „Kernbedeutung“ (Herrmann, 2005, S. 117) erfolgt (vgl. i.d.S. auch Busch & Stenschke, 2007; Oberauer, Mayr & Kluwe, 2006). Die bekanntesten Ansätze sind *Prototypen-* und *Exemplartheorie*, auf welche im Kontext der Behandlung von Konzepten genauer eingegangen wird (s.u., Kap. 4.3).

Bedeutung als Gebrauch. Die sog. „Gebrauchstheorie der Bedeutung“ (Meggler, 2010, S. 15), welche auf den Philosophen Ludwig Wittgenstein zurückgeht, vermittelt eine Sichtweise von Bedeutung, welche die Schnittstelle der oft getrennt abgehandelten linguistischen Disziplinen Semantik und Pragmatik markiert (vgl. Busse, 2009). Die Bedeutung eines Wortes wird im Rahmen dieser Theorie als die *Verwendung bzw. der Gebrauch dieses Wortes in der Sprache*, d.h. im sprachlichen Handeln definiert (vgl. ebd.). Ein Konzept, z.B. KATZE, ist dieser Sicht nach keine mentale Entität oder kognitive Struktur, sondern eine Fertigkeit (vgl. Margolis & Laurence, 2011). Eine solche Bedeutungskonzeption unterscheidet sich deutlich von denjenigen Ansätzen, die mehr oder weniger deutlich einer realistischen Bedeutungstheorie folgen (vgl. Westermann, 2000), insbesondere von der logischen Semantik, dem frühen Strukturalismus sowie den Spielarten der Merkmalssemantik (s.o.). Als Verfahren zur Begriffsklärung war oben die auf dieser Bedeutungskonzeption beruhende *Gebrauchsanalyse anhand paradigmatischer Fälle* vorgestellt worden (s.o., Kap. 2.3.5). Das ebenfalls dieser Theorie entstammende Konzept der *Familienähnlichkeit* (Wittgenstein, 1953/1999) wird im Kontext der Prototypenansätze (s.u., Kap. 4.3.2) noch einmal aufgegriffen.

4.2 Bedeutungsbeziehungen und Wortfelder

Im Kontext des Strukturalismus wurde die Auffassung vertreten, dass sich „die Bedeutung eines sprachlichen Ausdrucks (...) in der Beschreibung seiner Bedeutungsbeziehungen zu anderen Ausdrücken“ (Löbner, 2002, S. 116) erschöpft (s. auch o., Kap. 4.1.3). *Bedeutungsbeziehungen*, oder auch „semantische Relationen“ (Chur & Schwarz, 2004, S. 53), sind Beziehungen zwischen Bedeutungen bzw. im Rahmen der kognitiven Semantik zwischen Konzepten (vgl. Löbner, 2002). Es sind also Beziehungen, die sich im semiotischen Dreieck (s.o., Abb. 4.01) nicht abbilden, da dieses sich nur mit einer Bedeutung im Sinne der Beziehungen zwischen einem sprachlichem Ausdruck und dem entsprechenden Konzept beschäftigt. Insbesondere auf Basis der Bedeutungsbeziehungen zwischen Konzepten lassen sich die mit diesen verbundenen Wörter in semantische Gruppen ordnen, die meist als *Wortfelder* bezeichnet werden (vgl. ebd.). Wörter, die einem Wortfeld angehören, sind außer durch bestimmte Bedeutungsbeziehungen durch weitere gemeinsame Merkmale gekennzeichnet, wie u.a. die Zugehörigkeit zur selben grammatischen Kategorie (vgl. ebd.) oder eine gemeinsame Schnittmenge der Bedeutungen (vgl. Busch & Stenschke, 2007). Die

Bedeutung des Ausdrucks »Therapeutische Haltung« zu klären, würde u.a. heißen, die *semantischen Relationen und sich daraus ergebenden Wortfelder zu beschreiben*, in die der Ausdruck bzw. das damit verbundene Konzept eingebettet wird.

4.2.1 Bedeutungsbeziehungen

Im Folgenden werden die in den meisten Abhandlungen zur Wortsemantik genannten *Bedeutungsbeziehungen* dargestellt (vgl. Busch & Stenschke, 2007; Busse, 2009; Löbner, 2002; Schwarz & Chur, 2004). Da in der Literatur bezüglich deren Bezeichnung und Ordnung keine Einigkeit besteht, wurde eine pragmatische Ordnung gewählt, anhand derer im Kontext der Begriffsklärung relevante Relationen vorgestellt werden.

Bedeutungsübereinstimmung. Die Bedeutung eines Wortes kann mehr oder weniger mit den Bedeutungen anderer Wörter übereinstimmen. Die Relation zwischen entsprechenden Ausdrücken reicht von einer vollständigen Übereinstimmung, einer sog. *totalen bzw. strikten Synonymie*, die sehr selten vorliegt (Bsp.: Orange – Apfelsine), über eine teilweise Übereinstimmung, die häufiger auffindbare sog. *partielle Synonymie* (Bsp.: Brötchen – Semmel), bis hin zur bloßen *Bedeutungsähnlichkeit* (Bsp.: Bach – Fluss) (vgl.; Busch & Stenschke, 2007; Löbner, 2002). Strikte Synonymie erfordert die gegenseitige Substituierbarkeit der Wörter in allen Kontexten (vgl. Busse, 2009), wohingegen bei partieller Synonymie „zwei Lexeme (...) eine oder mehrere Bedeutungsvariante[n] [teilen]“ (Löbner, 2002, S. 117), was u.a. für die Verwendung regionaler Differenzierungen, indigener vs. Fremdwörter oder Fach- vs. Laienwörter typisch ist (vgl. Busch & Stenschke, 2007). Bedeutungsähnlichkeit ist zudem eine Grundlage der Bildung von Wortfeldern (s.u., Kap. 4.2.2; vgl. Busse, 2009). Im Kontext der Bedeutungsübereinstimmung wird auch häufig die *Referenzidentität* abgehandelt (z.B. Busch & Stenschke, 2007), die jedoch keine Identität der Bedeutung anzeigt, sondern die Identität des Gegenstandes/des Referenten, auf welchen sich die entsprechenden Ausdrücke beziehen. Das in diesem Zusammenhang typische Beispiel, die Bezugnahme auf den Planeten „Venus“ mittels der Ausdrücke „Abendstern“ und „Morgenstern“, wurde durch Frege berühmt (vgl. Schwarz & Chur, 2004).

Mehrdeutigkeit. Manche Beziehungen zwischen unterschiedlichen Bedeutungen ergeben sich bei gleichzeitigem Vorliegen identischer Ausdrücke bzw. Wortformen, sog. *signifikantgleicher Zeichen* (vgl. Busch & Stenschke, 2007). Genannt werden in diesem Zusammenhang üblicherweise Ambiguität, Vagheit, Polysemie und Homonymie, deren semantische Relationen zueinander allerdings unterschiedlich gesehen werden (vgl. u.a. Busch & Stenschke, 2007; Busse, 2009; Schwarz & Chur, 2004), teilweise werden diese Phänomene sogar von Bedeutungsbeziehungen gesondert behandelt (vgl. Löbner, 2002). Meist wird *Ambiguität* mit „Mehrdeutigkeit“ übersetzt und als Oberbegriff der anderen drei genannten Relationen verwendet (vgl. u.a. Löbner, 2002; Busch & Stenschke, 2007), deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass eine identische Wortmarke kontextabhängig mehr oder weniger unterscheidbare Konzepte bedeuten kann (im Sinne des semiotischen Dreiecks, s.o., Abb. 4.01). Bei *Polysemie* wird ein gewisser Bedeutungskern der unterscheidbaren Konzepte angenommen (vgl. Busse, 2009). So sind zwar beispielsweise mit „Schule“ in den

Sätzen „die Schule ist abgebrannt“ und „die Schule wird gefördert“ unterschiedliche Bedeutungen angesprochen (Schulgebäude vs. Institution), beide teilen jedoch zumindest den Zweck (Lehr- und Lernprozesse) als Bedeutungskern (vgl. Schwarz & Chur, 2004). Davon unterschieden wird die *Homonymie*, bei der kein gemeinsamer Bedeutungskern der assoziierten Konzepte identifizierbar ist (auch nicht unter Rückgriff auf die Etymologie), wie die Wortmarke »Kiefer« zeigt, die in der Bedeutung Gesichtsknochen oder Nadelbaum verwendet werden kann (vgl. Busch & Stenschke, 2007). Von *Vagheit* bestimmter Ausdrücke/Worte wird schließlich dann gesprochen, wenn deren „Verwendbarkeit in einem konkreten Fall eine graduelle Frage [ist]“ (Löbner, 2002, S. 62), was darauf zurückzuführen ist, dass sie „Merkmale beinhalten, deren Wert auf eine kontinuierlichen Skala variieren kann“ (ebd.). Beispielsweise ist das Konzept BABY insofern vage, als die Grenze der Anwendbarkeit flexibel ist: „Was für den einen noch ein Baby ist, kann für den anderen schon ein Kleinkind sein“ (ebd.).

Hierarchie. Einer Reihe von Bedeutungsbeziehungen ist gemeinsam, dass sie die Hierarchisierung der entsprechenden Konzepte bzw. damit verbundenen Wörter erlauben. Dazu werden gewöhnlich Hyponymie (und Hyperonymie) und Meronymie (und Holonymie) gezählt (vgl. Busch & Stenschke, 2007). Aber auch die unter dem Oberbegriff der *Oppositionen* zusammengefassten Beziehungen, wie u.a. *semantische Komplementarität* oder *Heteronymie* (vgl. Löbner, 2002), lassen sich hier verorten, da sie Beziehungen auf gleicher hierarchischer Ebene betreffen. Da die wichtigsten der hierarchischen Beziehungen gleichzeitig die Grundlage für die Bildung bestimmter *Wortfelder* (Taxonomien und Merologien) darstellen (vgl. Löbner, 2002), werden diese unter entsprechender Überschrift ausführlicher behandelt (s.u., Kap. 4.2.2).

4.2.2 Wortfelder

Wie oben schon angesprochen, werden auf bestimmten Bedeutungsbeziehungen beruhende Wortgruppen unter der Bezeichnung Wortfelder in der linguistischen Semantik behandelt. Da sie im Kontext der Klärung eines Begriffs von besonderer Relevanz scheinen, sollen die auf den oben als *hierarchisch* bezeichneten Bedeutungsbeziehungen basierenden Wortfelder im Folgenden vorgestellt werden.

Taxonomien. Taxonomien sind Wortfelder, deren Elemente auf den Bedeutungsbeziehungen der Überordnung (Hyperonymie) bzw. Unterordnung (Hyponymie) basierende Hierarchien bilden. Ein Wort bzw. Konzept ist dann ein *Hyponym* (Unterbegriff) eines *Hyperonyms* (Oberbegriffs), wenn es die Bedeutung des übergeordneten Wortes beinhaltet, jedoch nicht umgekehrt (vgl. Schwarz & Chur, 2004). Das untergeordnete Wort lässt sich durch mindestens eine Eigenschaft/ein Merkmal spezifizieren, welche/s nicht für den übergeordneten Begriff gilt (vgl. ebd.). Zudem ist die Bedeutungsbeziehung transitiv, d.h. ein Unterbegriff A eines Oberbegriffs B ist gleichzeitig Unterbegriff eines B übergeordneten Oberbegriffs C (vgl. Löbner, 2002). Begriffe einer Ebenen, sog. *Kohyponyme* (vgl. Busch & Stenschke, 2007), bilden mit den ihnen über- bzw. untergeordneten Begriffen hierarchische Wortfelder, die gewöhnlich als *Taxonomien* bezeichnet werden (vgl. Löbner, 2002).

Folgende Abbildung veranschaulicht diese Form der hierarchischen Ordnung (s.u. Abb. 4.02):

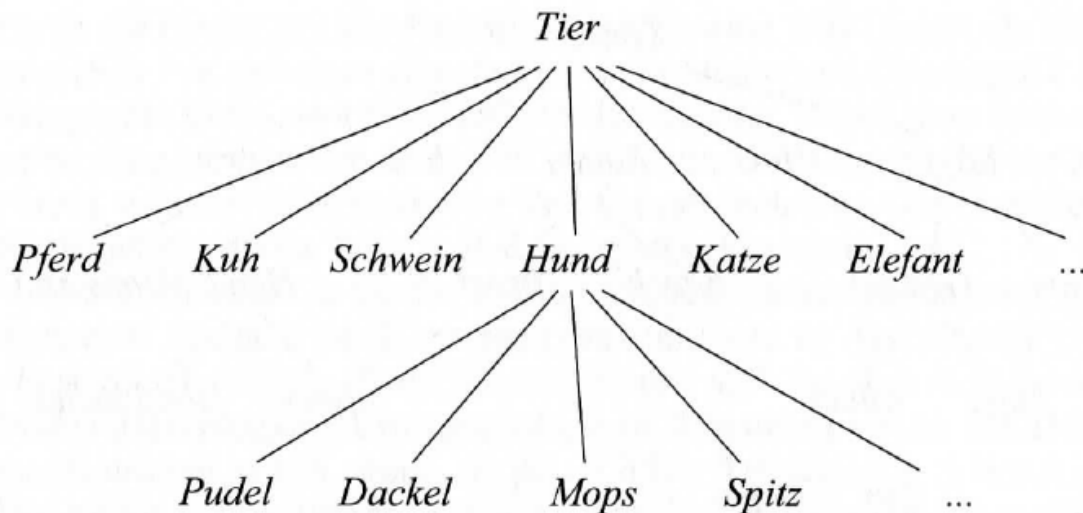


Abb. 4.02. Beispiel einer Taxonomie (aus Löbner, S. (2002, S. 133). *Semantik. Eine Einführung*. Berlin, New York: Walter de Gruyter; Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch Walter de Gruyter)

An obiger Abbildung (s. Abb. 4.02) lassen sich die beschriebenen Merkmale einer auf Hypo- bzw. Hyperonomie basierenden Taxonomie verdeutlichen: Unterbegriffe enthalten die Bedeutung der Oberbegriffe (z.B. jedes Pferd, Schwein, ... ist ein Tier), jedoch nicht umgekehrt (z.B. ist nicht jedes Tier ein Pferd), was ebenso für die Beziehung zwischen Unterbegriffen zweiter Ordnung zum Oberbegriff gilt (z.B. jeder Pudel, Mops, ... ist ebenfalls ein Tier → Transitivität). Kohyponyme teilen, im Sinne der Bedeutungsähnlichkeit (s.o., Kap. 4.2.1), diejenigen semantischen Merkmale, welche den gemeinsamen Oberbegriff als solchen auszeichnen (vgl. auch Busse, 2009). Die Bedeutungsbeziehungen der Kohyponyme können u.a. als Heteronymie oder semantische Komplementarität spezifiziert werden. Während *heteronyme* Kohyponyme ein „Spektrum von Alternativen aufspannen“ (Löbner, 2002, S. 128), die sich gegenseitig ausschließen, wie etwa Montag bis Samstag die (Oberbegriff: Wochentag), haben *semantisch komplementäre* Kohyponyme „identische Bedeutungen bis auf ein polares (...) Entweder-Oder-Merkmal“ (ebd., S. 127). Ein Beispiel für letztere wären die Kohyponyme „Vater“ und „Mutter“ des Oberbegriffs „Elternteil“.

Mereologien. Als Mereologien werden Wortfelder bezeichnet deren hierarchische Organisation auf der Bedeutungsbeziehung der *Meronymie* beruht (vgl. Löbner, 2002), d.h. der „Teil-von-Beziehung“ (Schwarz & Chur, 2004, S. 57). Ein Konzept wird dann als *Meronym* (Teil) eines anderen Konzeptes (*Holonym*; Ganzes) bezeichnet, wenn es ein „konstitutiver echter Teil“ (Löbner, 2002, S. 135) des Holonyms ist, d.h. wenn es „das Ganze mit zu dem [macht], was es ist“ (ebd.). Folgende Abbildung soll zur Veranschaulichung dienen:

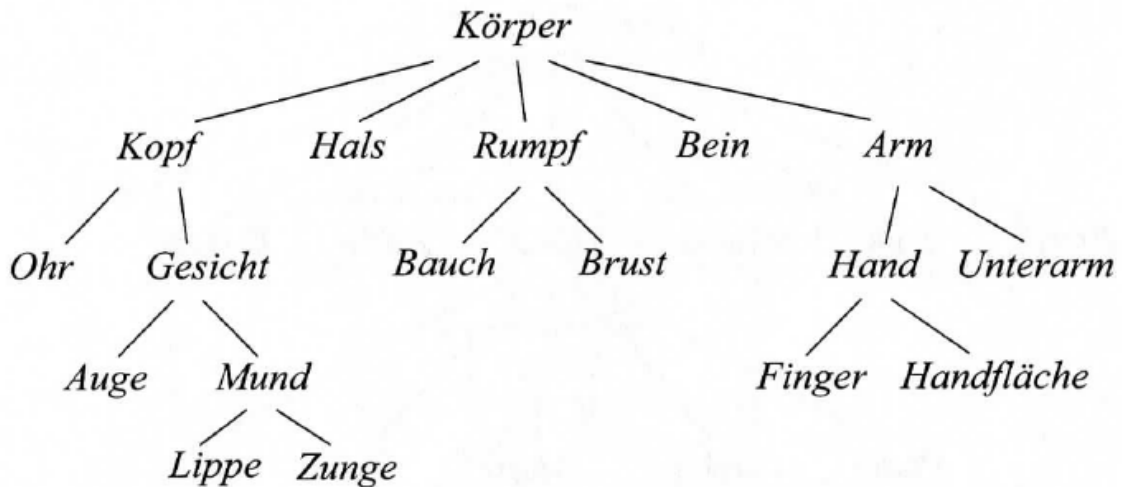


Abb. 4.03. Beispiel einer Mereologie (aus Löbner, S. (2002, S. 134). *Semantik. Eine Einführung*. Berlin, New York: Walter de Gruyter; Abdruck mit freundlicher Genehmigung durch Walter de Gruyter)

Wie aus der Abbildung 4.03 zu erschließen, ist die Beziehung zwischen Meronymen und Holonymen nicht transitiv, wie die der Elemente einer Taxonomie (s.o.): Zwar sind z.B. Finger als konstitutive Elemente der Hand zu verstehen, jedoch nicht unbedingt des Armes (vgl. Löbner, 2002). Während die hierarchisch untergeordneten Konzepte in einer Taxonomie die Bedeutung des jeweiligen Oberbegriffs teilen und spezifizieren (wie z.B. bei *Tier – Hund*), lässt sich dies von hierarchisch untergeordneten Konzepten einer Mereologie nicht sinnvoll aussagen: „Bein“ spezifiziert nicht die Bedeutung von „Körper“ (vgl. ebd.).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass ein und derselbe Begriff bzw. ein und das selbe Konzept je nach Zusammenhang (und auch gleichzeitig) in unterschiedliche Taxonomien und Mereologien eingebettet werden kann. So kann ein Spitz gleichzeitig den Oberbegriffen „Hund“ und „Lieblingshaustier“ zugeordnet sein. Ein Kuchen kann gleichzeitig den Kategorien „Lebensmittel“ und „Geburtstagsgeschenk“ angehören. Ein „Rad“ kann sowohl konstitutives Element (Teil) eines „Autos“, wie einer „Mühle“ sein. So gesehen werden taxonomische und meronomische Relationen auch vom sprachlichen Kontext bestimmt, in welchem der betreffende Begriff gerade verwendet wird.

4.3 Bedeutungen sind Konzepte

Nach einer weitverbreiteten Sicht sind Bedeutungen von Wörtern im wesentlichen *Konzepte* (vgl. Chur & Schwarz, 2004; Löbner, 2002; Herrmann, 2005; s.o., Kap. 4.1.2). Die Bedeutung eines sprachlichen Zeichens wie »Therapeutische Haltung« zu klären, würde dementsprechend heißen, die Konzepte zu rekonstruieren, mit welchen der sprachliche Ausdruck bei dessen Verwendern möglicherweise verbunden ist (im Sinne der Bedeutungsanalyse) bzw. darauf basierend eine Konzeptbeschreibung festzulegen und in ein bestimmtes Begriffssystem einzubetten (i.S. der abschließenden Schritte einer Explikati-

on; s.o., Kap. 2.3.3). Insofern beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit dem Konzept KONZEPT und einer Darstellung relevanten Aspekten desselben. Dabei wird deutlicher als in den bisherigen Abschnitten auf die Behandlung des Themas in der kognitiven Psychologie fokussiert, insbesondere auf Theorien und Erkenntnisse aus dem Bereich der Wissensrepräsentation bzw. des semantischen Gedächtnisses.

4.3.1 *Konzepte in der kognitiven Psychologie*

Wie bereits oben angesprochen, wird in der kognitiven Psychologie, die sich mit Konzeptbildung und Kategorisierung beschäftigt, nicht unbedingt zwischen Konzepten und Kategorien unterschieden. Waldmann (2006, 2008) beispielsweise verzichtet vollständig auf eine Unterscheidung und verwendet nahezu durchgängig den Begriff der Kategorie, wohingegen andere Autoren *Konzepte als mentale Repräsentationen von Kategorien* von diesen unterscheiden (z.B. Löbner, 2002; Oberauer, Mayr & Kluwe, 2006).

In einem umfassenden Literaturüberblick insbesondere psychologischer Publikationen, welche den Ausdruck »Konzept« nutzen, rekonstruieren Slaney und Racine (2011) diesen und arbeiten eine Reihe von Gemeinsamkeiten heraus. U.a. stellen sie fest, dass der Begriff »Konzept« zur Bezeichnung *mentaler Phänomene bzw. Entitäten, welche repräsentationale Funktionen* übernehmen, genutzt werde („concepts-as-mental-representations“, ebd., S. 82) vor dem Hintergrund einer „representational theory of mind (RTM)“ (ebd., S. 78). Die von Konzepten repräsentierten Inhalte bestünden im *Wissen über die Dinge der Welt* (vgl. ebd.). Die Funktion von Konzepten sei zudem nicht auf bloße Repräsentation beschränkt, sondern auf eine *kausale Rolle im Hinblick auf kognitive Kompetenzen* (vgl. ebd.). In den Kognitionswissenschaften scheinen viele Forscher *Konzepte und Kategorien gleichzusetzen*, was in der Philosophie wesentlich seltener geschehe (vgl. ebd.; s.o.). Konzepte werden schließlich größtenteils als *sprachunabhängig* angesehen, wenn auch mehr oder weniger reliable Beziehungen zwischen Konzepten und Sprache sowie bidirektionale Beeinflussungen anerkannt werden (vgl. ebd.). Im folgenden Abschnitt werden die weitverbreitetsten Theorien zur Struktur von Konzepten und deren Bildung vorgestellt.

4.3.2 *Theorien zu Konzeptstruktur und Konzeptbildung*

Die Theorien, welche in der empirischen Psychologie bezüglich der *Struktur von Konzepten* bzw. der Konzeptbildung und Kategorisierung entwickelt wurden, überschneiden sich stark mit den Bedeutungstheorien, die oben überblicksartig vorgestellt wurden (s.o., Kap. 4.1.3; vgl. z.B. Busse, 2009; Waldmann, 2008). Einige Theorien wurden dort mit dem Verweis auf diesen Abschnitt allerdings nur genannt und nicht vertieft, da diese sich entsprechend der Annahme vieler kognitiver Ansätze, dass Bedeutungen Konzepte sind, vor allem mit letzteren beschäftigen. In der Fachliteratur werden in Abgrenzung von den schon oben vorgestellten Theorien der logischen Semantik und der Merkmalssemantik (s.o., Kap. 4.1.3) insbesondere *ähnlichkeitsbasierte Ansätze* (Prototypen- und Exemplartheorien) und *Theorie-Theorien* besprochen (vgl. Margolis & Laurence, 2011; Slaney & Racine, 2011;

Waldmann, 2006, 2008). Alle Theorien sind mit ernsthaften Problemen behaftet, zudem wurden verschiedene Mischmodelle entwickelt (vgl. Slanely & Racine, 2011; Waldmann, 2008). Aus pragmatischen Gründen werden lediglich die zentralen Ansätze hinsichtlich deren Hauptaussagen vorgestellt, ohne auf eine kritische Diskussion einzugehen (vgl. dazu bei vertieftem Interesse insb. Machery, 2009; Murphy, 2002; Waldmann, 2008).

Konzepte haben prototypischen Charakter. Der sog. *Prototypentheorie* zufolge „werden Kategorien als Bündel von Merkmalen repräsentiert, die typisch oder charakteristisch für die Kategorie sind, aber nicht unbedingt notwendig oder hinreichend“ (Waldmann, 2008; S. 381). Die Struktur eines Konzeptes ist dementsprechend nicht definitorisch sondern *probabilistisch* (vgl. Margolis & Laurence, 2011). Der Vorgang der Kategorisierung lässt sich als Vergleich eines unbekanntes Exemplars mit verschiedenen Prototypen beschreiben, wobei die Zuordnung letztlich auf Basis der *Ähnlichkeit* (i.S. der größtmöglichen Übereinstimmung mit charakteristischen Merkmalen) erfolgt (vgl. Waldmann, 2008). Der Vorgang der Prototypenbildung kann u.a. als *Abstraktion* über mehrere Exemplare hinweg verstanden werden (vgl. ebd.). Das auf Wittgenstein (1953/1999) zurückgehende Konzept der *Familienähnlichkeit* illustriert die Prototypensicht am Beispiel des Konzepts SPIEL: Obwohl viele Tätigkeiten, wie Schach, Fußball, World of Warcraft oder Rommé kaum gemeinsame Merkmale haben, werden diese doch der Kategorie SPIEL zugeordnet (vgl. Schwarz & Chur, 2004). Zwar gibt es (proto-)typische Merkmale von Spielen, wie etwa Spaß, Wettbewerbscharakter, oder soziale Aktivität und eben entsprechende Prototypen, wie z.B. Fußball oder Mühle, dennoch lassen sich jeweils Beispiele finden, welche diese Merkmale nicht besitzen (vgl. i.d.S. Waldmann, 2008). Die Prototypensicht wird damit vielen Merkmalen von Alltagsbegriffen, wie *Vagheit, Unschärfe oder dem Vorhandensein von Grenzfällen* gerecht (vgl. Schwarz & Chur, 2004).

Konzepte als Mengen von Exemplaren. Ebenfalls als ähnlichkeitsbasiert werden die *Exemplartheorien* klassifiziert (vgl. Slaney & Racine, 2011; Waldmann, 2008), die davon ausgehen, „dass Kategorien als Menge von im Gedächtnis gespeicherten Exemplaren repräsentiert werden“ (Waldmann, 2006, S. 286). Im Gegensatz zu Prototypentheorien wird keine Mittelung oder Abstraktion bei der Konzeptbildung angenommen (vgl. Waldmann, 2008), sondern die *Abspeicherung der konkret erlebten Exemplare* zusammen mit der Kategorienbezeichnung (vgl. Oberauer, Mayr & Kluwe, 2006; Waldmann, 2006, 2008). Der Ähnlichkeitsvergleich bei der Kategorisierung findet dementsprechend mit *konkreten Exemplaren* statt (vgl. Waldmann, 2008), die quasi als ad-hoc-Prototypen aus dem episodischen Gedächtnis abgerufen werden, ein eigenständiges semantisches Gedächtnis wird nicht angenommen (vgl. Oberauer, Mayr & Kluwe, 2008).

Konzepte als Theorien. Im Gegensatz zu den beiden vorgenannten Theorieansätzen, basiert der Kategorisierungsprozess im Sinne der sog. *Theoriensicht* oder auch Theorie-Theorien nicht auf Ähnlichkeit (vgl. Waldmann, 2006). Vielmehr werden in diesen Ansätzen *Konzepte mit Theorien gleichgesetzt* oder auch als *Elemente von Theorien* verstanden (vgl. Margolis & Laurence, 2011; Machery, 2009). Ähnlich wie Theorien, beinhalten Konzepte bzw. Kategorien demnach „Wissen über funktionale und kausale Relationen zwischen Merkmalen und zwischen Konzepten“ (Waldmann, 2006, S. 288) d.h. so wie sich

theoretische Begriff zu wissenschaftlichen Theorien verhalten, sind Konzepte in die alltagspsychologischen oder –physikalischen Theorien derjenigen eingebettet, welche über das entsprechende Konzept verfügen (vgl. Slaney & Racine, 2011). Konzepte verstanden als Theorien, beinhalten nicht einfach voneinander unabhängige Merkmale, anhand welcher die Zugehörigkeit eines Exemplars zu einer Kategorie bestimmt werden kann, sondern enthalten u.a. auch *funktionale und kausale Annahmen* darüber, wie sich die Merkmale zueinander verhalten (vgl. Machery, 2009). Konzepte als Elemente von Theorien wiederum sind *aufgrund ihrer Erklärungskraft eingebettet in das Gesamtsystem* der Annahmen, die Menschen über die Welt haben (vgl. Slaney & Racine, 2011). Die Anwendung eines Konzeptes auf ein Objekt, d.h. der Kategorisierungsprozess, ist also u.a. abhängig von den *kausalen Theorien*, welche den Rahmen bilden: „So sind wir beispielsweise in der Lage, das Konzept „Betrunkener“ auf eine Person anzuwenden, die auf einer Party in einen Swimmingpool springt, weniger weil dies ein charakteristisches Merkmal von Betrunkenen ist, sondern weil wir eine abstrakte Theorie haben, die solches Verhalten als mögliche Konsequenz des Alkoholpegels erklärt“ (Waldmann, 2006, S. 288). Auf die Bedeutung der auch im Kontext der Theoriensicht zentralen Rolle *funktionaler Merkmale* von Konzepten, weist Miller (1993) hin: „Das Wissen um die Funktion eines Bestandteils [von einem Konzept; H.P.] kann einen Einfluss darauf haben, wo und in welcher Weise man die äußeren Umgrenzungen eines Bestandteils sieht, was man diesem Teil also noch zurechnet und was nicht“ (S. 194).

4.3.3 Allgemeine Annahmen bezüglich Konzepten

In diesem Abschnitt sollen einige schon in den vorigen Abschnitten angerissene, aber auch ergänzende Aspekte der psychologischen Forschung und Theoriebildung thematisiert werden, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit relevant sein könnten.

Nichtsprachlichkeit und Multimodalität. Eine Gemeinsamkeit vieler psychologischer Abhandlungen zum Thema besteht in deren Annahme einer relativen *Sprachunabhängigkeit* bzw. *Nichtsprachlichkeit* von Konzepten (vgl. Slaney & Racine, 2011). So bemerken Zwitserlood und Bölte (2008), dass wir „mithilfe von Konzepten denken und Probleme lösen [können], ohne zu sprechen oder gar die dazugehörigen Wörter zu aktivieren“ (S. 468). Wörter *versprachlichen* Konzepte, sind aber keine „symbolische[n] Äquivalente“ (ebd., S. 469) derselben (vgl. auch Herrmann, 2005). Zudem gibt es Konzepte, für die keine direkte Versprachlichung im Sinne eines Wortes verfügbar ist, sogenannte *Wortschatzlücken*, wie etwa der Zustand, des nicht-mehr-durstig-Seins (vgl. Busch & Stenschke, 2007; Schwarz & Chur, 2004). Verschiedentlich wird in diesem Zusammenhang auf die *Multimodalität* von Konzepten hingewiesen, d.h. deren Zusammensetzung „aus begrifflich-abstrakten, anschaulich-vorstellungshaften, gefühlsmäßig-wertenden und anderen Komponenten“ (Herrmann & Grabowski, 1994, S. 52). Diese Multimodalität von Konzepten ist schon vor dem Hintergrund deren Funktionalität im kognitiven System (s.u.) notwendigerweise anzunehmen (vgl. Hoffmann, 1986).

Funktionen von Konzepten. In ihrer Literaturübersicht weisen Slaney und Racine (2011) darauf hin, dass Konzepten eine Reihe von Funktionen im kognitiven System zugeschrieben werden, die über die bloße *Repräsentation* hinausgehen (vgl. auch Hoffmann, 1986). Mit Repräsentation wird zunächst v.a. die Funktion von Konzepten verbunden, eine gewisse *Ordnung* in das Chaos und die Vielfalt des Wahrgenommenen zu bringen (vgl. i.d.S. Oberauer, Mayr & Kluwe, 2006). Konzepte ermöglichen *Klassifikation*, d.h. die Integration neuer Erfahrungen mit vorhandenem Wissen und damit die Reduktion von Komplexität sowie eine gewisse Vorhersagbarkeit des Geschehens (vgl. Waldmann, 2008). Klassifikation bzw. Kategorisierung ist jedoch zugleich die Basis weiterer Funktionen, wie etwa *Verstehen*, *Lernen* und *Schlussfolgern* (vgl. ebd.). Konzepte erlauben *sparsames Planen* und die *Steuerung von Handlungen*, indem aus dem bezüglich eines bestimmten Vorhabens (z.B. Camping) aktivierten Konzept, Handlungsschritte und typische Elemente dieser Aktivität abgeleitet werden können (vgl. ebd.). Auf die *Kommunikationsfunktion* von Konzepten, die aufgrund deren Verbindung zu sprachlichen Ausdrücken geleistet werden kann, weisen u.a. Medin und Rips (2005) sowie Hoffmann (1996) hin. Die Übernahme dieser unterschiedlichen Funktionen gelingt Konzepten u.a. dadurch, dass sie *ad hoc* bzw. *kontextabhängig gebildet* werden können und *vielfältig kombinierbar* sind (vgl. Waldmann, 2006).

Inhalte und Arten von Kategorien. Insbesondere unter Einfluss der Theoriensicht (s.o.) wendete sich die psychologische Forschung anderen Aspekten von Konzepten zu, u.a. wurden deren Arten und Inhalte eingehender betrachtet (Waldmann, 2006). Längere Tradition hat die Unterscheidung von Konzepten für sog. *natürliche vs. von Menschen geschaffene Arten (Artefakte)* (vgl. ebd.). In aktuellen Diskussionen spielt zudem die mögliche *Domänenspezifität* von Kategorien eine wichtige Rolle (vgl. Medin & Rips, 2005): Kategorien oder Konzepte werden eventuell in Abhängigkeit des Gegenstandsbereichs und der kausalen Rahmentheorie auf unterschiedliche Art repräsentiert, verarbeitet und gelernt (vgl. ebd.). Eine im Kontext der vorliegenden Arbeit besonders relevante Unterscheidung ist diejenige zwischen *konkreten und abstrakten Konzepten*, wobei abstrakte Konzepte selten beforscht wurden und oft von einer Art Analogie zwischen diesen Konzeptarten ausgegangen wurde (vgl. Crutch & Warrington, 2005; Verheyen et al., 2011; Waldmann, 2008). Eine lediglich ausschließende Definition abstrakter Konzepte bietet das oft zur Unterscheidung von konkreten Konzepten herangezogene Merkmal der *Physikalität* („physicality“, Wiemer-Hastings & Xu, 2005, S. 720): „Only concrete concepts represent physical entities, defined by spatial boundaries and perceivable attributes“ (ebd.). Zudem lässt sich das Phänomen, dass Gegenstände als mehr oder weniger abstrakt/konkret wahrgenommen werden, auf Basis des Merkmals Physikalität nicht erklären (vgl. ebd.). Zumeist wird in aktuelleren Publikationen eher von einem *Kontinuum von konkreten hin zu abstrakten Konzepten* ausgegangen (vgl. Crutch & Warrington, 2005; Verheyen et al., 2011). Dabei ist die u.a. *Verarbeitung* abstrakter Konzepte *schwieriger*, sie aktivieren eher *emotionale Erfahrungen*, sind ihrer Natur nach *schematisch*, d.h. gekennzeichnet durch viele unspezifische Merkmale und sind deutlicher *relational*, d.h. verbunden mit einer Vielzahl anderen Konzepte (vgl. Wiemer-Hastings & Xu, 2005).

4.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden Begriffe, Themen und Theorien der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Bedeutung überblicksartig vorgestellt, um eine Basis für die Differenzierung der Ausgangsfrage der Arbeit (s.o., Kap. 1.3) bereitstellen zu können. Dazu wurden in der *Einleitung* (s. 4.1) die *wissenschaftlichen Disziplinen* vorgestellt, die sich mit Semantik (Bedeutungslehre) aus unterschiedlichen Perspektiven befassen (s. Kap. 4.1.1), *zentrale begriffliche Unterscheidungen* eingeführt (s. Kap. 4.1.2) sowie ein erster *Überblick wichtiger Bedeutungstheorien* vermittelt (s. Kap. 4.1.3).

Ausgehend von der Bedeutungstheorie des Strukturalismus, welche die Bedeutung eines Wortes im Wesentlichen als dessen Bedeutungsbeziehungen zu anderen Worten versteht (vgl. Löbner, 2002), wurden in Abschnitt 4.2 die Themen *Bedeutungsbeziehungen und Wortfelder* vertieft. Auf die Thematisierung einer Reihe von *Bedeutungsbeziehungen* (s. Kap. 4.2.1; Bedeutungsübereinstimmung, Mehrdeutigkeit und Hierarchie) folgte die Darstellung ausgewählter *Wortfelder* (s. Kap. 4.2.2; Taxonomien und Mereologien).

Als zweite Perspektive wurde die in weiten Bereichen der wissenschaftlichen Psychologie übliche *Sichtweise, dass Bedeutungen Konzepte seien*, aufgegriffen und eingehender dargestellt (s. Kap. 4.3). In einem einleitenden Abschnitt 4.3.1 wurden dabei zunächst zentrale *Aspekte des Konzeptbegriffs in der kognitiven Psychologie* aufgeführt, welche von Slaney und Racine (2011) in einer intensiven Literaturanalyse herausgearbeitet worden waren. Im folgenden Abschnitt 4.3.2 wurden ggw. weitverbreitete *Theorien der Struktur und Bildung von Konzepten* anhand deren Hauptaussagen vorgestellt. *Allgemeine Annahmen bezüglich Konzepten*, die theorieübergreifend diskutiert werden, waren Thema des abschließenden Abschnittes 4.3.3.

Kap. 5 Therapeutenvariablen

Überblick: Die Inhalte dieses Kapitels sollen eine Basis für die inhaltliche Diskussion der Ergebnisse liefern, indem der Therapeut als Therapieteilnehmer aus theoretischer und empirischer Perspektive beleuchtet wird. Zudem werden einige der im Einstieg genannten Anknüpfungspunkte (s. Kap. 1.2) vertieft. Nach einer kurzen Einleitung (s. Kap. 5.1) werden zu diesem Zweck zunächst theoretische Konzepte des Therapeuten und seiner Rolle im Therapiegeschehen dargestellt (s. Kap. 5.2). Darauf folgt eine Zusammenfassung des die Therapeutenvariablen betreffenden Standes der Psychotherapieforschung (s. Kap. 5.3). Abgeschlossen wird das Kapitel von einer Zusammenfassung (s. Kap. 5.4).

5.1 Einleitung

Eine Vorannahme bezüglich der therapeutischen Haltung, deren Charakterisierung ansonsten erst das Ergebnis der Studie darstellen soll, wird im Hinblick auf diejenigen „Objekte“ gemacht, denen die Haltung quasi als „Eigenschaft“ zugeschrieben werden kann: Ohne dies vertieft zu diskutieren, wird in der vorliegenden Arbeit postuliert, dass es die *Psychotherapeuten* sind, die eine Therapeutische Haltung „haben“ können. Die scheinbare Trivialität dieser Annahme und die Vermutung, dass bezüglich selbiger breite Akzeptanz herrscht, begründet deren Postulierung im Rahmen der Untersuchung. Natürlich ließe sich diese Annahme aus verschiedenen Gründen dennoch hinterfragen, worauf hier allerdings aus pragmatischen Gründen verzichtet werden soll (s. Diskussion, Kap. 14). Da sie also als „Träger“ der Haltung angesehen werden, sollen die Therapeuten als Therapieteilnehmer, denen eine bestimmte Rolle und Funktion im therapeutischen Geschehen zukommt, in diesem Kapitel zum Thema gemacht werden.

Diese Rolle und Funktion wird z.B. in psychotherapeutischen Metamodellen, wie dem „Allgemeinen Modell der Psychotherapie“ (vgl. Orlinsky & Howard, 1986) oder dem „Kontextuellen Modell“ (vgl. Frank & Frank, 1991; Wampold, 2001), aufgegriffen in denen der Therapeut und sein Handeln von zentraler Bedeutung sind. Die *Konzeptualisierung des Therapeuten und seiner Rolle im Therapiegeschehen* wird im Sinne dieser Modelle zu Beginn des Kapitels dargestellt (s. Kap. 5.2). Mit den theoretischen Betrachtungsweisen in Verbindung stehen Bemühungen der Psychotherapieforschung *empirische Zusammenhänge zwischen Therapeutenvariablen und Therapieergebnis* zu untersuchen (s. Kap. 5.3). Abschließend werden die *Inhalte des Kapitels zusammengefasst* (s. Kap. 5.4).

Wie in Kapitel 1 dargestellt (s. Kap. 1.4) wird der Behandlung der *Therapeutischen Haltung in der Fachliteratur* ein gesondertes Kapitel gewidmet, da diese nicht nur im Rahmen eines für wissenschaftliche Arbeiten üblichen Theoriekapitels zusammengefasst, sondern orientiert an den für die Interviews genutzten Forschungsfragen systematisch analysiert werden soll. Dementsprechend werden unter dem Konzept der Therapeutischen Haltung re-

konstruierte Annahmen über Funktion und Rolle des Therapeuten in unterschiedlichen, insbesondere psychodynamisch vs. kognitiv orientierten Verfahren, ebenfalls dort thematisiert.

5.2 Der Therapeut und seiner Rolle im Therapiegeschehen

Ein wesentliches Bestimmungsstück von Psychotherapie als spezifische kulturelle Umgangsform mit psychischem Leid, ist deren *interpersoneller Charakter*: Die meisten Definitionen und Umschreibungen dieses Kulturunternehmens beinhalten eine als „Therapeut“ deklarierte Person, die im Rahmen einer spezifischen sozialen Situation eine andere, meist als „Patient“ oder „Klient“ identifizierte Person im Rahmen einer geeigneten Gesprächsführung zu unterstützen versucht (vgl. Corey, 2009; Lutz, 2010b; Prochaska & Norcross, 2010; Wampold, 2010b; u.v.m.). Der Therapeut ist dabei das „Medium“, durch dessen Wirkung therapeutische Veränderung begünstigt werden soll.

Die therapeutischen „Systeme“ (vgl. Prochaska & Norcross, 2010, Buchtitel) schlagen unterschiedliche Möglichkeiten vor, auf welche Weise sich der Therapeut in diesen Veränderungsprozess einbringen kann und soll. Dabei wird dem Therapeuten u.a. eine *Funktion im Rahmen der verfahrensspezifischen Änderungsmodelle* zugewiesen (z.B. der Therapeut als Lernmodell; vgl. Reinecker, 2005), manchmal zudem auch eine *praktische Rolle im Interaktionsgeschehen*, durch welche die theoretisch postulierte Funktion umgesetzt werden soll (z.B. der Therapeut als aktiver Unterstützer bei Expositionsübungen; vgl. Reinecker, 2009a). Als Gegengewicht zur verfahrensspezifischen Sichtweise und als Übergang zur Darstellung der empirischen Forschung wird die Person des Therapeuten im Folgenden aus der *Perspektive zweier Metamodelle der Psychotherapie* (vgl. Lutz, 2010b) betrachtet, des Kontextuellen (s. Kap. 5.2.1) und des Allgemeinen Modells (s. Kap. 5.2.2). Dabei wird insbesondere dem sog. *Allgemeinen Modell der Psychotherapie* (vgl. z.B. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) viel Raum gegeben, da auf Ideen und Aspekte des selbigen auch bei der Kategorienkonstruktion (s. Kap. 11) zurückgegriffen wurde.

5.2.1 Kontextuelles Modell

5.2.1.1 Vorbemerkungen

Als „contextual models of psychotherapy“ bezeichnet Bruce Wampold (2001, S. 24) eine bestimmte Klasse psychotherapeutischer Meta-Theorien. Meta-Theorie stellt die höchste Ebene der Abstraktion in der Betrachtung von Psychotherapie dar, eine Ebene die Wampold in Ergänzung zu Goldfrieds (1980) konkreteren Ebenen (Techniken, Strategien, Theorien) einführt, um die Frage beantworten zu können, warum Psychotherapien im Allgemeinen effektiv sind (Wampold, 2001). Das berühmteste kontextuelle Modell in diesem

Sinn geht auf die Arbeiten von Jerome Frank zurück (insb. Frank & Frank, 1991) und wird dem „Medical Model“ (Wampold, 2001, S. 10) gegenübergestellt, eine Unterscheidung, die sich seitdem etabliert hat (vgl. auch Lutz, 2010). Im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit ist die Gegenüberstellung der Modelle nicht relevant. Wichtig ist lediglich, dass im kontextuellen Modell der Psychotherapie davon ausgegangen wird, dass die Effektivität psychotherapeutischer Verfahren auf ein Zusammenspiel von Faktoren zurückzuführen ist, die diesen Verfahren gemeinsam sind („Common Factors“, Wampold, 2010a, S. 49).

Ein Faktor, der dort in engem Zusammenhang mit den „common factors“ diskutiert wird (teilweise sogar als „common factor“ bezeichnet wird), ist der Therapeut, dessen Rolle im Sinne des kontextuellen Modells in diesem Abschnitt beschrieben wird. Im Kontext der empirischen Forschung zu den „common factors“ wird er in Kap. 5.3.1 behandelt. Akzentuierte Beschreibungen seines kontextuellen Modells bietet Wampold in verschiedenen Veröffentlichungen (u.a. 2001; 2007). Er beruft sich bei seiner Darstellung insbesondere auf die Monographie „Persuasion and Healing“ von Jerome und Julia Frank (1991). Eine ganz knappe deutschsprachige Zusammenfassung findet sich in Lutz (2010b), eine aktuelle englischsprachige Darstellung in Anderson, Lunnen und Ogles (2010). Die nun folgende Zusammenfassung basiert v.a. auf der Darstellung in Frank und Frank (1991) unter Rückgriff auf Wampold (2001, 2007).

5.2.1.2 Funktion und Rolle des Therapeuten

Vor dem Hintergrund der Annahme eines grundlegenden Bedürfnisses danach, Ereignissen und Erlebnissen aktiv Sinn zu verleihen, wird *Demoralisierung*, i.S. der Unfähigkeit aktuellem Leiden (z.B. unter Zwangsgedanken) Sinn zu geben als zentrales Merkmal von Menschen gesehen, die Psychotherapie aufsuchen (vgl. Frank & Frank, 1991). Die spezifische Aufgabe der Psychotherapie bestehe dementsprechend in der *Remoralisierung* der Klienten und weniger, wie es medizinische Modelle betonen, in der Reduktion von Symptomen (vgl. ebd.).

Erfolgreichen Psychotherapien gelänge diese Remoralisierung, sofern vier Bedingungen realisiert würden (vgl. Frank & Frank, 1991; s. auch Lutz, 2010b; Wampold, 2001): Es besteht erstens eine *vertrauensvolle Beziehung zu einer unterstützenden Person*. Diese Beziehung wird zweitens als „*heilender Kontext*“ („healing setting“, Frank & Frank, 1991, S. 41) deklariert, innerhalb dessen die Rolle des Therapeuten als „Heiler“ hervorgehoben sowie die emotionale Sicherheit des Klienten gewährleistet ist. Drittens liegt eine für Therapeut und Klient *glaubhafte Erklärung (Rational, Mythos) der Beschwerden/Symptome* vor, wobei weniger deren „Wahrheit“ als deren Kompatibilität mit der Weltansicht des Klienten von Bedeutung ist (die, falls nicht vorhanden, durch den Therapeuten herzustellen ist) (vgl. ebd.). Viertens leitet sich aus der Erklärung ein *Vorgehen (Technik, Prozedur, Ritual)* ab, an dessen Durchführung Therapeut und Klient aktiv beteiligt sind und an dessen Effektivität beide glauben (vgl. ebd.). Sind diese Bedingungen erfüllt, können diejenigen Prozesse angeregt werden, die letztlich zur *Remoralisierung* beitragen, wie z.B. die Integration neuer Lernerfahrungen oder die Steigerung von Selbstwirksamkeitserwartungen (vgl. ebd.).

Die Funktion des Therapeuten besteht abstrakt gesehen also darin, *Teil eines „heilenden Kontextes“* zu sein, sowohl als menschlicher, vertrauensvoller Interaktionspartner, als auch als Repräsentant und Vermittler einer glaubhaften Erklärung (vgl. Wampold, 2001, 2007). Dabei sind es weniger die spezifischen Erklärungen und auf diesen basierenden Methoden, d.h. nicht theoretisches Wissen oder methodisches Können, die Therapeuten als effektiv qualifizieren. Therapeuten sind im Rahmen des kontextuellen Modells hilfreich durch das *Ausmaß an Überzeugung* von der von ihnen vertretenen Theorie, durch *allgemeine interpersonelle Kompetenzen*, die es ihnen erlauben vertrauensvolle Beziehungen zu gestalten, sowie durch die *Teilhabe an einem Kontext*, der als „heilendes Setting“ kulturell akzeptiert wird (vgl. Frank & Frank, 1991).

5.2.2 Allgemeines Modell

5.2.2.1 Vorbemerkungen

Eine theoretisch komplexe Repräsentation erfährt der Therapeut im „Generic Model of Psychotherapy“, das von Orlinsky und Howard in der dritten Auflage des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Garfield & Bergin, 1986) zur *Organisation der Prozess-Ergebnis-Forschung* eingeführt wurde. Innerhalb dieses Modells, das den psychotherapeutischen Prozess als *Handlungssystem* (s. Kap. 5.2.2.2) in umfassendere Systeme (Input, Output) einbettet (s. Kap. 5.2.2.3), werden der Therapeut und sein Einfluss auf unterschiedlichen Ebenen berücksichtigt. Das Modell wurde seit seiner Einführung kontinuierlich weiterentwickelt (vgl. Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Knappe und aktuelle deutschsprachige Darstellungen finden sich in Perrez und Baumann (2011b), Lutz (2010b) sowie Hautzinger und Eckert (2007). Die folgende Zusammenfassung basiert v.a. auf Orlinsky, Rønnestad und Willutzki (2004) ebenso wie die Abbildung 5.01 (s.u.), welche die zentralen Variablen und zwischen diesen vermuteten Relationen zeigt.

5.2.2.2 Der Therapeut im Therapieprozess

Das Therapiegeschehen wird im Allgemeinen Modell in *sechs Prozessaspekte* differenziert (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; s.u. Abb. 5.01): organisatorischen (*Therapeutic Contract*), technischen (*Therapeutic Operations*), interpersonellen (*Therapeutic Bond*), intrapersonellen (*Self-Relatedness*), klinischen (*In-Session Impact*) und sequenziellen Aspekt (*Temporal Patterns*). Wie Rolle und Funktionen des Therapeuten innerhalb der ersten fünf dieser Aspekte oder Facetten konzipiert werden, soll unter der Abbildung 5.01 (s.u.) überblicksartig dargestellt werden (Temporal Patterns beinhaltet keine therapeutenbezogenen Variablen).

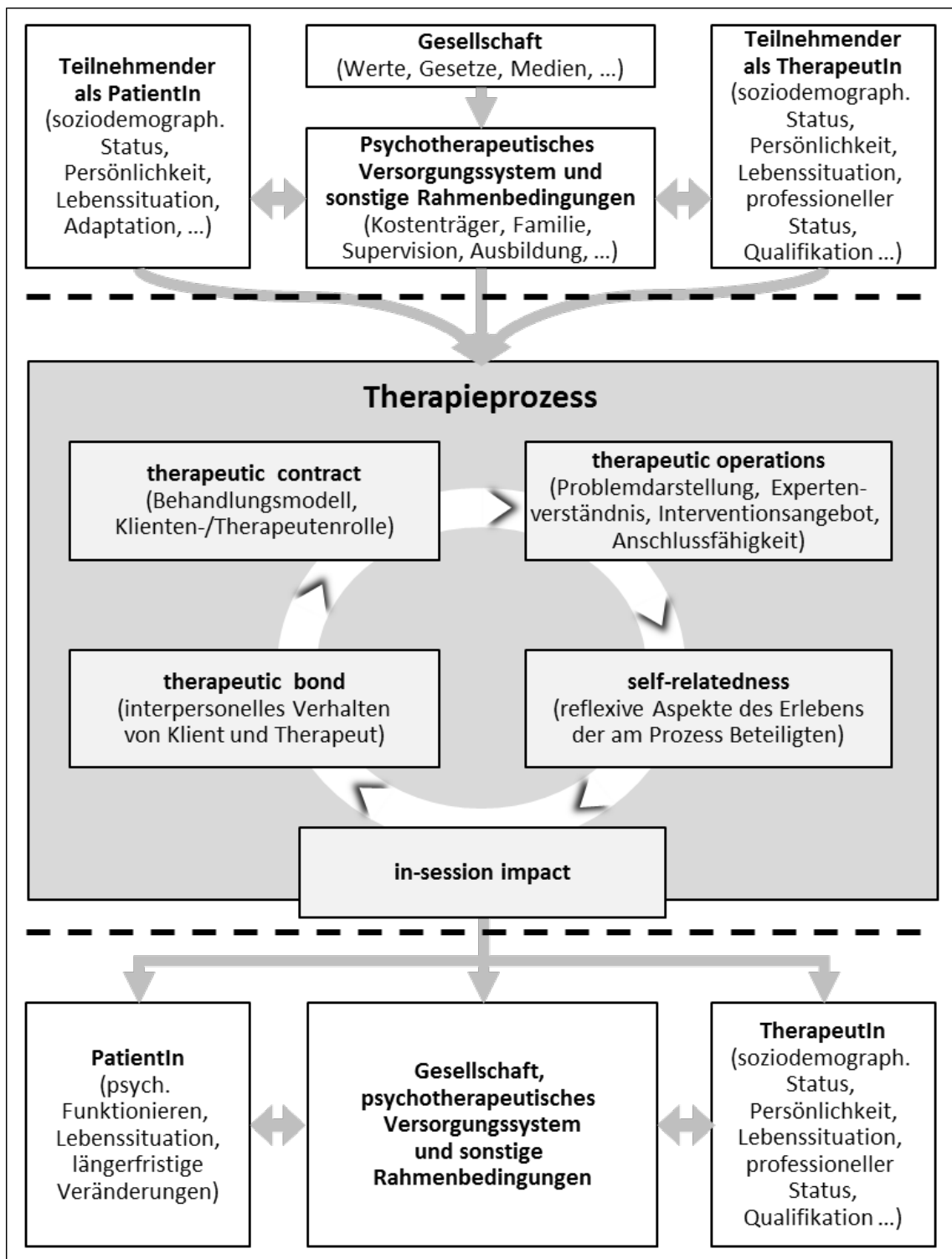


Abb. 5.01. „Allgemeines Modell“ (mod. nach Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004, S. 321); die gestrichelten Linien, welche die Grafik in drei Bereiche gliedern, grenzen Input (oben), Prozess (Mitte/grau hinterlegt) und Output (unten) voneinander ab;

- **Therapeutic Contract.** Unter dem therapeutischen Vertrag verstehen Orlinsky, Rønnestad und Willutzki (2004) die zwischen Klient und Therapeut getroffenen, meist der

theoretischen Orientierung des Therapeuten entsprechenden *Vereinbarungen bezüglich des therapeutischen Rahmens* (z.B. Therapieziele, Sitzungsanzahl, Finanzierung, soziale Rolle, ...) sowie die *Art und Weise deren Umsetzung*. Die potentielle Rolle des Therapeuten kann hier u.a. durch dessen Verfahrenstreue (*adherence*), therapeutische Kompetenz (*skillfulness*), Gesprächsverhalten (*verbal behavior*) oder dessen Bemühungen, Probleme in der therapeutischen Allianz zu beheben (*repairing alliance ruptures*) charakterisiert werden (vgl. ebd.).

- **Therapeutic Operations.** Unter dieser Kategorie werden die *aufeinander bezogenen rollenspezifischen Verhaltensweisen von Klient und Therapeut* zusammengefasst (vgl. ebd.): die Präsentation eines Problems durch den Klienten (*Patient Presentation*), die Entwicklung eines theoriebezogenen Problemverständnisses durch den Therapeuten (*Therapist Expert Understanding*), die darauf basierende, vom Therapeuten initiierte Maßnahme (*Therapist Intervention*) sowie die Aufnahmebereitschaft des therapeutischen Angebots durch den Klienten (*Patient Responsiveness*). Relevante Therapeutenvariablen in diesem Kontext sind v.a. der Aufmerksamkeitsfokus gegenüber dem Klienten sowie Präferenzen bez. therapeutischer Strategien und Verfahren (vgl. ebd.).
- **Therapeutic Bond.** Dieser Aspekt reflektiert die in der persönlichen Beziehung und Kooperation zum Ausdruck kommende Qualität der Mitwirkung der im therapeutischen Prozess beteiligten Personen (vgl. ebd.). Variablen durch welche der Therapeut hier einen Beitrag leisten kann sind u.a. sein persönliches Engagement (*therapist role engagement*), seine Kooperationsbereitschaft (*collaborativ behavior*), sein Bemühen um empathisches Verstehen (*empathic understanding*) und positive Wertschätzung des Klienten (*affirmation*) (vgl. ebd.).
- **Self-Relatedness.** Darunter werden die *reflexiven Aspekte des Erlebens* (Selbstaufmerksamkeit, Selbstkontrolle, ...) der am therapeutischen Prozess Beteiligten verstanden, während sie im Sinne ihrer normativen Rollen (Therapeut, Klient) handeln und die Beziehung gestalten (vgl. ebd.). Die in diesem Kontext relevanten Therapeutenmerkmale (insb. *Openness, Countertransference Management, Self-Critical Reflectivity*) werden als Variablen konzipiert, welche die therapeutenbezogenen Sitzungsauswirkungen (In-Session Impact, s.u.) moderieren, vor dem Hintergrund allgemeiner persönlicher Merkmale und den vorgenannten Prozesskategorien (vgl. ebd.).
- **In-Session Impact.** Diese Prozesskategorie beschäftigt sich mit den *unmittelbaren Auswirkungen der Sitzung auf die Beteiligten* (vgl. ebd.). Als positive bzw. negative Auswirkungen (Ertrag vs. Kosten) sind dies auf Therapeutenseite u.a. *Selbstwirksamkeitserleben vs. Frustration* oder *professionelles Wachstum vs. Burn-out* (vgl. ebd.).

5.2.2.3 Der Therapeut im Gesamtmodell

Im Gegensatz zu verfahrensspezifischen Theorien und dem oben dargestellten Kontextuellen Modell, ist das Allgemeine Modell der Psychotherapie (vgl. Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) *deskriptiver* ausgerichtet. Es werden weniger Funktionen, oder ein bestimmte Rolle hervorgehoben, deren Einnahme/Umsetzung durch den Therapeuten von vornherein als *günstig* erachtet wird. Vielmehr wird das „Hand-

lungssystem“ des psychotherapeutischen Prozesses und dessen Elemente *im Kontext übergeordneter Systeme* beschrieben und potentielle Einflüsse benannt (s.o., Abb. 5.01), um einen Rahmen zur Organisation der Prozess-Ergebnisforschung zu bieten. Der Therapeut ist dabei (wie der Klient auch) als Teil aller Systeme in ein Geflecht wechselseitiger Beeinflussung eingebunden.

Wie in Abbildung 5.01 (s.o.) zu sehen, erscheinen Aspekte des Therapeuten sowohl als *Variablen des therapeutischen Prozesses*, als auch als *Variablen der den Prozess rahmenden Systeme* (Input, Output). Einige Therapeutenvariablen sind somit *indirekt* (Input), andere *direkt* (Prozess) an den Auswirkungen auf Therapeut (Output) und Klient (Outcome) beteiligt. Therapeuten treten als Therapieteilnehmer mit *persönlichem* (z.B. Geschlecht, Alter, Coping-Stil, Lebenssituation, etc.) sowie *professionellem Hintergrund* (z.B. Ausbildungsstand, Expertise, etc.) in den therapeutischen Prozess ein, der durch *wechselseitige Beeinflussungen* mit dem Klienten/Patienten als Therapieteilnehmer gekennzeichnet ist, welche wiederum über die Therapiesitzung hinausgehende Veränderungen (Output) sowohl bezüglich der *beruflichen* als auch *persönlichen Entwicklung* bewirken (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

5.3 Therapeut und Therapeutenvariablen in der Psychotherapieforschung

In der Psychotherapieforschung bemüht man sich darum, den Zusammenhang zwischen Therapeutenvariablen und Therapieergebnis, der in den oben dargestellten theoretischen Modellen mehr oder weniger explizit behauptet wird, *empirisch* zu erfassen. Waren Therapeut und ihm zugeschriebene Charakteristika zunächst von enormem Interesse im Bemühen Therapieergebnisse zu erklären (vgl. Beutler et al., 2004), so dominierten in den letzten Jahrzehnten allerdings andere Themen die Forschungslandschaft (vgl. auch Wampold & Bhati, 2004; Wampold, 2006). Dementsprechend steckt die empirische Forschung in diesem Bereich gewissermaßen noch „in den Kinderschuhen“ (vgl. Baldwin & Imel, im Druck). Unterschiede zwischen Therapeuten werden für einen vergleichsweise großen Anteil an Varianzaufklärung verantwortlich gemacht (vgl. Wampold, 2001; s.u., Kap. 5.3.1), ein Ergebnis das zudem recht robust zu sein scheint (vgl. Wampold & Brown, 2005; Saxon & Barkham, 2012; Baldwin & Imel, im Druck).

Bezüglich der Hintergründe dieser deutlichen Unterschiede in der Effektivität von Therapeuten herrscht allerdings noch immer große Unklarheit (vgl. Baldwin & Imel, im Druck; Beutler et al., 2004; Klug et al., 2008; Wampold et al., 2011). In den folgenden Abschnitten soll der Therapeut als „Wirkfaktor“ aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. In einer ersten Annäherung wird auf die Studienlage bezüglich des allgemeinen Therapeutenbeitrags zum Therapieergebnis eingegangen (s. Kap. 5.3.1). In Abschnitt 5.3.2 werden dann die Forschungsergebnisse bezüglich einzelner Therapeutenvariablen zu-

sammengefasst. Abschließend werden aktuelle Entwicklungen angesprochen und offene Fragen thematisiert (s. Kap. 5.3.3).

5.3.1 *Der Therapeut als „Wirkfaktor“*

5.3.1.1 **Vorbemerkungen**

Auf Basis tausender Studien und hunderter Metaanalysen kann die Frage nach der *allgemeinen Effektivität von Psychotherapie* positiv beantwortet werden (vgl. Wampold, 2001, Lambert & Ogles, 2004; Lambert, 2011). Wie die mittlerweile unbestritten hohe Effektivität vieler psychotherapeutischer Verfahren zustande kommt ist allerdings Gegenstand heftiger Debatten (vgl. z.B. Diskussionen in Norcross, Beutler & Levant, 2006). Insbesondere die Behauptung, dass die Effektivitätsunterschiede zwischen spezifischen Therapieverfahren äußerst gering bzw. nichtsignifikant seien („Dodo Bird Verdict“; e.g. Wampold et al., 1997; Luborsky et al., 2002; Budd & Hughes, 2009), hat zu teils polemischen Auseinandersetzungen geführt (vgl. Barlow, 2010 vs. Wampold, 2010c). Ohne auf diese Streitfragen im Detail eingehen zu können, sollen an dieser Stelle lediglich die Ergebnisse zu den sogenannten „common factors“ (vgl. Wampold, 2010a) mit besonderem Augenmerk auf deren Zusammenhang mit dem Therapeuteneffekt vorgestellt werden.

Als „common factors“ werden diejenigen Aspekte oder Dimensionen der psychotherapeutischen Situation bezeichnet, die verschiedenen Verfahren gemeinsam sind, wie z.B. die Anwesenheit eines Therapeuten oder die Qualität der therapeutischen Beziehung (vgl. Lambert & Ogles, 2004). Von diesen unterschieden werden gewöhnlich die „specific factors“, d.h. Aspekte oder Dimensionen anhand derer sich therapeutische Verfahren unterscheiden, wie spezifische Veränderungstheorien (z.B. Habituation) oder Methoden (z.B. systematische Desensibilisierung). Diese konzeptuelle Trennung wird zunehmend kritisch diskutiert. Zum einen wurde festgestellt, dass es sich bei den „common factors“ um miteinander verwobene Faktoren handle, die sich weder voneinander noch von den „spezifischen Faktoren“ getrennt sinnvoll betrachten ließen (vgl. Anderson, Lunnen & Ogles, 2010; Wampold, 2001, 2010a). Zum anderen wurde die allgemeine Unschärfe der Verwendung des Begriffs „Wirkfaktor“ kritisiert, die zu einiger Verwirrung im Bereich der Psychotherapieforschung geführt habe (vgl. Pfammatter & Tschacher, 2012). Beide Einwände sind bei der Darstellung der folgenden Ergebnisse zu berücksichtigen.

5.3.1.2 **Befunde**

Einer oft zitierten Einschätzung zufolge, lässt sich der Beitrag der „common factors“ zur Varianzaufklärung mit ca. 30% der erklärten Varianz angeben, den „specific factors“ wird hingegen der geringere Wert von 15% beigemessen (s.u., Abb. 5.02, links; vgl. Lambert & Barley, 2008). Innerhalb dieser Darstellungsweise sind Therapeuten- und Klienteneffekte implizit. In einer neueren Veröffentlichung wird diese Einschätzung differenziert und in

Relation zur nichtaufgeklärten Varianz abgebildet (s.u., Abb. 5.02, rechts). Hier werden die „common factors“ als über die therapeutischen Faktoren („therapeutic factors“, Norcross & Lambert, 2011, S. 13) verteilt konzeptualisiert und nicht mehr gesondert dargestellt, allerdings werden nun Schätzungen bezüglich der Therapeuten- und Klientenbeiträge abgegeben.

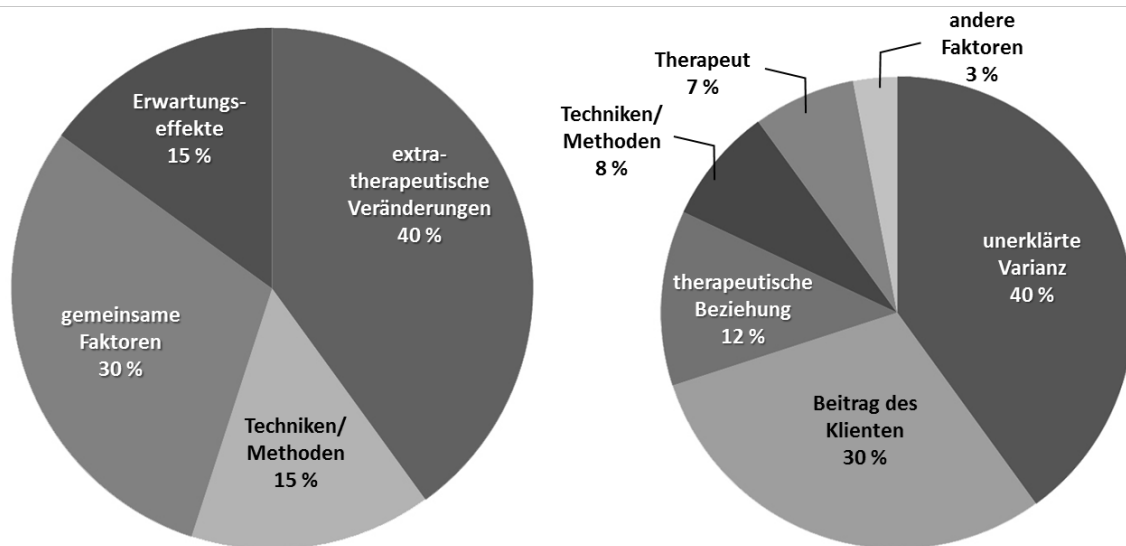


Abb. 5.02. relativer Beitrag „gemeinsamer Faktoren“ zur Varianzaufklärung (links) vs. relativer Beitrag „therapeutischer Faktoren“ zur Varianzaufklärung (rechts); mod. nach Norcross & Lambert, 2011, S. 13; Übersetzung der Legende durch H.P. (aus: *Psychotherapy Relationships that Work 2nd Edition* edited by Norcross (2011) Figs.1.1, 1.2 p.13; by permission of Oxford University Press, USA; www.oup.com).

Im zweiten Modell wird also auch der individuelle Therapeut als Faktor berücksichtigt, dessen *relativer Beitrag zum Therapieergebnis mit 7% angegeben* wird (vgl. Norcross & Lambert, 2011). Bei den Prozentangaben in beiden Konzeptualisierungen therapeutischer Faktoren handelt es sich jedoch nur um *grobe Schätzungen*, die lediglich als Annäherung zu verstehen sind (vgl. Lambert & Barley, 2008; Norcross & Lambert, 2011).

Eine weitere bekannte Angabe zum relativen Beitrag gemeinsamer/allgemeiner Faktoren bietet Wampold (vgl. Wampold, 2001; Wampold et al., 1997). Im Gegensatz zu den oben genannten Schätzwerten, liefert er auf Meta-Analysen beruhende Berechnungen. Seiner Zusammenfassung zufolge, kann davon ausgegangen werden, dass *ca. 6-9% der Gesamtvarianz auf Therapeuteneffekte zurückzuführen* sei (vgl. Wampold, 2001). Dieser Betrag ist insofern beträchtlich, da gleichzeitig davon ausgegangen wird, dass der Gesamtbeitrag der auf Psychotherapie zurückführbaren Effekte bei 13% liegt und der mit Unterschieden zwischen Verfahren zusammenhängende Beitrag mit nur max. 1% angegeben wird (vgl. ebd.). Abbildung 5.03 stellt Wampolds Schätzungen grafisch dar (ergänzt um einen vom Autoren der Grafik, Barry Duncan, angenommenen Feedback-Faktor; vgl. Duncan, 2010).

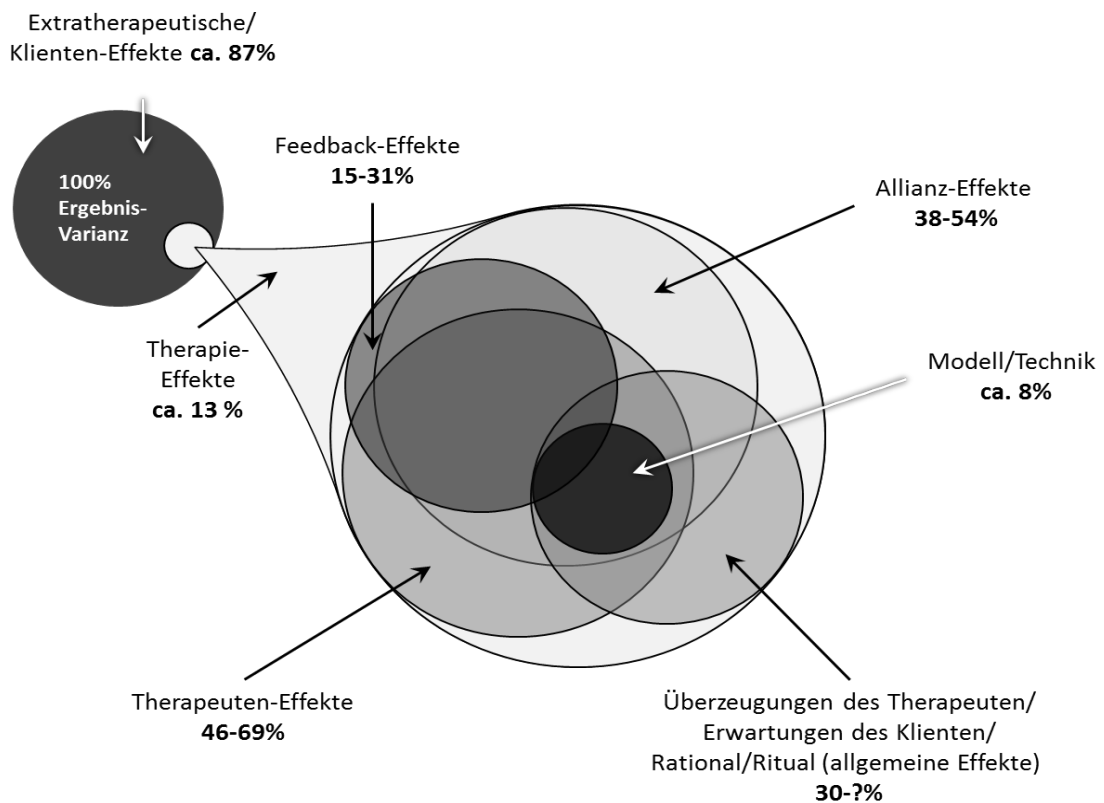


Abb. 5.03. Grafische Darstellung der von Wampold (2001) angenommenen relativen Beiträge therapeutischer Faktoren zur Varianzaufklärung therapeutischer Ergebnisse, mod. nach Duncan (2010, S. 20) (aus: Duncan, B.L. (2010). *On Becoming a Better Therapist*. Washington, DC: APA; adaptiert mit freundlicher Genehmigung durch die APA; Übersetzung durch H.P.; die APA ist nicht verantwortlich für die Richtigkeit dieser Übersetzung)

Die Ergebnisse der in Wampolds Angaben eingehenden Studien (vgl. Crits-Christoph et al., 1991; Project MATCH Research Group, 1998) wurden in neueren Meta-Analysen und Studien (u.a. Huppert et al., 2001; Kim, Wampold & Bolt, 2006; Saxon & Barkham, 2012) gestützt, so dass die *empirisch untermauerte Schätzung (s.o., 6-9%) als robust* angesehen werden kann. Detailliertere Analysen der Daten deuten allerdings auf *systematische Schwankungen der Varianzaufklärung* hin. U.a. werden in naturalistischen bzw. „effectiveness“-Studien größere Therapeuteneffekte berechnet als in „efficacy“-Studien (7% vs. 3%; vgl. Baldwin & Imel, im Druck). Zudem scheinen *Patientenvariablen* den Therapeuteneffekt zu moderieren. Z.B. fanden Saxon und Barkham (2012) in einer aktuellen „efficacy“-Studie Unterschiede der Therapeuteneffekte in direkter Abhängigkeit des *Schweregrades der Problematik der Klienten* zwischen 1-10% (bei einem durchschnittl. Effekt von 6,6%).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Therapeut als Wirkfaktor einen beträchtlichen Anteil der auf Psychotherapie zurückführbaren Varianz aufzuklären vermag: In der 2013 erscheinenden 6. Auflage des *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, im Druck), gehen Baldwin und Imel (im Druck) davon aus, dass 5% der Ergebnisvarianz auf den Therapeuten zurückzuführen seien. Die Therapeuteneffekte scheinen die spezifischen Verfahrenseffekte um ein Vielfaches zu übersteigen. Nachdem nun Hinweise gegeben wurden, dass der Therapeut und im zugerechnete Variablen eine große

Rolle im Therapiegeschehen spielen, widmet sich der nächste Abschnitt der Frage, auf welche Weise die Effektivität des Therapeuten zustande kommt.

5.3.2 Empirische Daten zu Therapeutenvariablen

5.3.2.1 Vorbemerkungen

Mit der Modellierung der Therapeutenvariablen in Orlinskys und Howards „allgemeinem Modell der Psychotherapie“ (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) wurde bereits ein theoretischer Rahmen vorgestellt (s. Kap. 5.2.2), innerhalb dessen vielfältige Ansatzpunkte für die Erforschung von Therapeuteneffekten erkennbar werden. In der vierten Auflage des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Bergin & Garfield, 1994) etablierten Beutler und Kollegen eine Taxonomie in der Psychotherapieforschung untersuchter Therapeutenvariablen (vgl. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Diese Taxonomie wurde in der fünften Auflage des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert, 2004) übernommen, allerdings terminologisch erweitert (vgl. Beutler et al., 2004; s. auch u., Abb. 5.04).

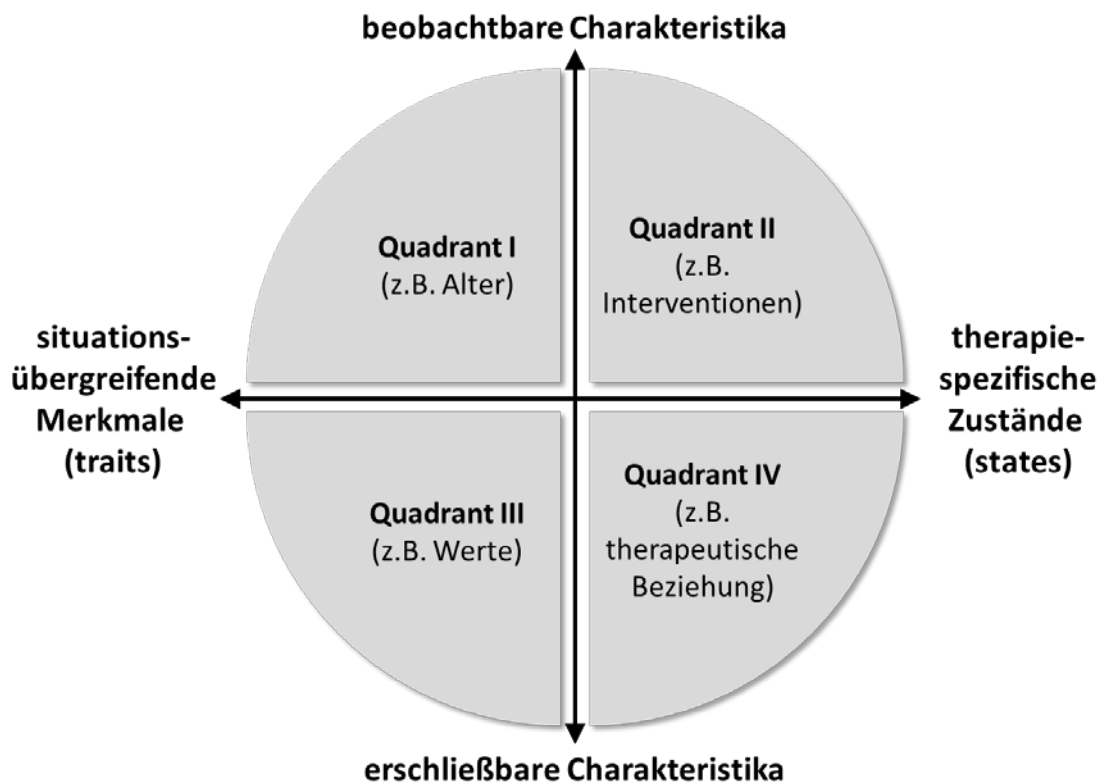


Abb. 5.04. Taxonomie der Therapeutenvariablen (mod. nach Wampold, 2001, S. 185)

Wie in Abbildung 5.04 zu sehen, werden die beforschten Therapeutenvariablen entlang zweier sich überschneidender Dimensionen angeordnet. Die erste Dimension spannt den Raum zwischen *Merkmalen des Therapeuten* auf, die therapieunabhängig, situationsüber-

greifend gegeben sind (i.S. Persönlichkeitseigenschaften/traits) und für die Therapiesituation spezifischeren Zuständen/states. Die zweite Dimension berücksichtigt die *Zugänglichkeit der Therapeutenvariable für Dritte*, d.h. es wird zwischen direkt beobachtbaren und lediglich erschließbaren Variablen unterschieden (vgl. Beutler et al., 2004). Dadurch ergeben sich vier Quadranten bzw. Klassen von Therapeutenvariablen, die mit dem Ergebnis von Therapie in Verbindung gebracht werden können: beobachtbare Persönlichkeitsmerkmale (Quadrant I), beobachtbare therapiespezifische Zustände (Quadrant II), erschlossene Persönlichkeitsmerkmale (Quadrant III) und erschlossene therapiespezifische Zustände (Quadrant IV). Folgende Tabelle gibt einen Überblick der unter diesen Überschriften untersuchten Variablen:

Tab. 5.01. Übersicht der in Beutler et al. (2004) diskutierten Therapeutenvariablen (inhaltliche Beschreibung s.u., Kap. 5.3.2.2-5.3.2.5);

Quadrant I beobachtbare Persönlichkeitsmerkmale	Quadrant II beobachtbare therapiespezifische Zustände
<ul style="list-style-type: none"> • biologisches Geschlecht • Alter • ethnische Zugehörigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung/Training • Professionelle/klinische Erfahrung • Interpersoneller Therapiestil • Behandlungsmethoden • Interventionsklassen
Quadrant III erschlossene Persönlichkeitsmerkmale	Quadrant IV erschlossene therapiespezifische Zustände
<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeit und Bewältigungsmuster • Dominanz • Locus of Control, konzeptuelles Level, Bewältigungsstil • Emotionales Wohlbefinden • Werte, Einstellungen, Grundannahmen • Kulturelle Einstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Beziehung • Theoretische Orientierung

Da dieses Ordnungsschema in der Fachliteratur weite Akzeptanz und Verbreitung gefunden hat (vgl. u.a. Wampold, 2001; Cooper, 2008; Perrez & Baumann, 2011b) wird sich auch der knappe Überblick des gegenwärtigen Wissensbestandes bezüglich der Effekte die auf Therapeutenvariablen zurückgeführt werden daran orientieren. Nach Ansicht der Autoren des Kapitels zu Therapeutenvariablen der demnächst erscheinenden 6. Auflage des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (vgl. Baldwin & Imel, im Druck), haben sich keine wesentlichen Veränderungen im Vergleich zur aktuellen 5. Auflage ergeben. Daher bildet der wohl ausführlichste verfügbare Literaturüberblick von Beutler und Kollegen (2004) die Basis der Übersicht. Sofern nicht gesondert vermerkt, beziehen sich alle Aussagen der folgenden Abschnitte 5.3.2.2-5.3.2.5 auf diesen Überblick.

5.3.2.2 Beobachtbare Persönlichkeitsmerkmale

Vorbemerkungen. In diesen Quadranten (s. Abb. 5.04 bzw. Tab. 5.01) fallen Therapeutenvariablen, die zum einen unabhängig von Selbstauskünften des Therapeuten durch Dritte erhoben werden können und zum anderen situationsübergreifend, auch im „extrathera-

peutischen Leben“ des Therapeuten dauerhaft gegeben sind. Innerhalb der therapeutischen Situation sind diese Variablen also eher zufällig von Bedeutung, stellen aber dennoch einen möglichen Einfluss auf das Ergebnis der Therapie dar (vgl. Beutler et al., 2004). Untersucht wurden in diesem Kontext *biologisches Geschlecht*, *Alter* und *ethnische Zugehörigkeit* des Therapeuten, Merkmale, die auch typischerweise in epidemiologischen Studien erhoben werden (vgl. Wittchen & Jacobi, 2011).

Befunde. In einem älteren Forschungsüberblick stellten Beutler, Machado und Neufeld (1994) fest, dass es nur wenige Hinweise auf unidirektionale Einflüsse beobachtbarer Persönlichkeitsmerkmale auf das Therapieergebnis gebe, lediglich die Betrachtung im Kontext der sog. „aptitude by treatment interaction“ (ATI, Beutler et al., 2004, S. 228) sei vielversprechend (vgl. auch Tyber & McClure, 2000). Was biologisches Geschlecht und Alter betrifft, können Beutler und Kollegen (2004) auch in der aktuelleren Überblicksarbeit *weder stichhaltigen Hinweise auf unidirektionale noch auf ATI-Effekte* finden. Ebenso ernüchternd unergiebig scheint die Datenlage bezüglich des Einflusses der ethnischen Passung zu sein (vgl. ebd.).

5.3.2.3 Beobachtbare therapiespezifische Zustände

Vorbemerkungen. Auch diese Variablen sind „objektiv“ *durch Dritte erhebbar*, allerdings *spezifisch für den therapeutischen Kontext entwickelt/erworben* und nur innerhalb dessen vorhanden bzw. sinnvoll zuschreibbar (vgl. Beutler et al., 2004). Hierunter fallen z.B. der therapeutische Stil, das Ausmaß an Praxiserfahrung/Training oder auch die genutzten Methoden sowie die Nähe zu deren „idealer“ Umsetzung, wie sie etwa in Manualen vorgeschlagen wird (z.B. adherence).

Tab. 5.02. Übersicht der in Beutler et al. (2004) diskutierten beobachtbaren therapiespezifischen Zustände („observable states“; ebd., S. 229)

beobachtbare therapiespezifische Zustände	Training	<i>Profession</i>
		<i>Art und Ausmaß des Trainings</i>
	Professionelle Erfahrung	<i>reziproker interaktiver Stil</i>
	Interpersoneller Therapiestil	<i>verbale Interaktionsmuster</i>
		<i>Muster auf unterschiedlichen Kommunikationsebenen und nonverbale Kommunikation</i>
	Behandlungsmethoden	<i>manualisierte Behandlung</i>
		<i>supervidierte Behandlung</i>
		<i>allgemeine (adherence/compliance) und spezifische Kompetenzen (skills)</i>
	Interventionsklassen	<i>Direktivität der Therapeuten vs. Selbststeuerung durch die Patienten</i>
		<i>Einsichts- vs Symptomorientierung und therapeutische Interpretationen</i>
	<i>emotive vs. unterstützende Interventionen</i>	
	<i>Behandlungsintensität</i>	
	<i>Selbstöffnung</i>	

Befunde. Die Ergebnisse bezüglich *Training, Fertigkeiten, Erfahrung und Stil* scheinen *schwache Prädiktoren* des Therapieergebnisses zu sein, obwohl zwischen den einzelnen berücksichtigten Studien beträchtliche Unterschiede in der Größe der Effekte bestehen (vgl. Beutler et al., 2004, S. 291). Auch was die *Behandlungsmethoden* betrifft, lassen sich *keine, oder höchstens moderate Effekte* berichten, was möglicherweise auf die fehlende Beachtung von Klientenvariablen als moderierende Effekte zurückzuführen sei (vgl. ebd.). Im Folgenden werden die untersuchten Therapeutenvariablen mit den diesbezüglichen Kernaussagen der Forschungsübersicht von Beutler und Kollegen (ebd.) aufgelistet:

- **Training:** Es scheint Hinweise darauf zu geben, dass *psychologische Psychotherapeuten* etwas bessere Ergebnisse erzielen als ihre *psychiatrischen Kollegen*. Die Lage bezüglich des Einflusses eines *professionellen Trainings* ist jedoch widersprüchlich und scheint abhängig von vielen moderierenden Faktoren, wie etwa der Dauer und dem Inhalt der Trainingsmaßnahmen (vgl. ebd.).
- **Professionelle Erfahrung.** Auch in diesem Bereich finden sich widersprüchliche Ergebnisse. Allerdings deutet sich an, dass eher das *Ausmaß an allgemeiner Erfahrung* im klinischen Kontakt, als die *spezielle Erfahrung* mit bestimmten Methoden mit dem Therapieergebnis in Verbindung steht (vgl. ebd.).
- **Interpersoneller Therapiestil.** Als „*freundlich*“, „*positiv*“ und auch als „*komplementär*“ bezeichnete Verhaltensweisen von Therapeuten scheinen, im Gegensatz zu Ihren Gegenpolen, mit erfolgreichen Ergebnissen zusammenzuhängen. Ebenso lassen sich Hinweise finden, dass die *verbale Aktivität* und das *Einbringen von Themen* Therapieerfolg begünstigen oder zumindest Abbruchraten senken. Zudem weist die Forschung darauf hin, dass Korrespondenz zwischen *verbaler und nonverbaler Kommunikation* mit positiveren Therapieergebnissen zusammenhängt (vgl. ebd.).
- **Behandlungsmethoden.** Die Ergebnisse bezüglich des *Nutzens von Manualen* sind widersprüchlich, wobei professionelle Erfahrung in einem inversen Zusammenhang mit der Nützlichkeit der Anwendung von Manualen zu stehen scheint. Die Datenlage zur Relation von *Supervision* zum Therapieergebnis ist dürftig, bisherige Studien fanden keinen Zusammenhang. Geringe positive Korrelationen wurden festgestellt zwischen *spezifischen Kompetenzen* (adherence/compliance) und Therapieerfolg, widersprüchliche Ergebnisse ergaben sich bezüglich der Relation zwischen Therapieergebnis und *allgemeinen Kompetenzen* (Geschicklichkeit bei der Umsetzung von Methoden/Strategien) (vgl. ebd.).
- **Interventionsklassen.** Bezüglich des Einflusses von *Direktivität*, gemessen als unidirektionale Therapeutenvariable, werden widersprüchliche Ergebnisse berichtet, die sich, im Sinne des ATI-Konzeptes (s.o.), möglicherweise auf einen moderierenden Einfluss von Klientenvariablen (u.a. „Widerstand“) zurückführen lassen. Bezüglich der *Verordnung von Aufgaben zwischen den Sitzungen* wird zwar von einem tendenziell positiven Effekt ausgegangen, auch dieser scheint jedoch von Klientenvariablen mediiert zu werden (insb. die Akzeptanz der vom Therapeuten vermittelten Begründung für die Vergabe von Aufgaben). Keine reliablen Differenzen werden zwischen *einsichtsorientierten und symptomveränderungsorientierten Modellen* berichtet, was ebenso auf moderierende Klientenvariablen (insb. Persönlichkeitsmerkmale) zurückgeführt wird.

Auch unter Einbezug von Klientenvariablen lassen sich bisher keine sinnvollen Erklärungen für die deutlich widersprüchlichen Ergebnisse bezüglich der *Nützlichkeit von Interpretationen* finden. Ähnlich unklar scheint die Lage bezüglich der Ergebnisse *emotionsfokussierender gegenüber unterstützender Interventionen*, sowie der *Behandlungsintensität* (Dauer, Frequenz der Sitzungen, ...) zu sein. Im Gegensatz dazu scheint *Selbstöffnung* signifikant einheitlich positiv mit Therapieerfolg assoziiert zu sein, allerdings in einem klinisch unbedeutenden Ausmaß (vgl. ebd.).

5.3.2.4 Erschlossene Persönlichkeitsmerkmale

Vorbemerkung. Wie bei den beobachtbaren wird auch bei den erschlossenen Persönlichkeitsmerkmalen davon ausgegangen, dass diese *situationsübergreifend* und im Therapiekontext damit eher zufällig in Erscheinung treten (vgl. Beutler et al., 2004). Allerdings handelt es sich bei den Therapeutenvariablen dieser Klasse um *lediglich hypothetische Konstrukte*, deren Vorliegen oder Ausprägung aus beobachtbarem Verhalten *erschlossen* werden muss und nicht direkt beobachtet oder erhoben werden kann. In diesen Quadranten fallen u.a. *Persönlichkeitseigenschaften*, *Bewältigungsmuster*, *emotionales Wohlbefinden*, *Werte* oder *kulturelle Einstellungen* von Therapeuten (s. Abb. 5.04 bzw. s.u., Tab. 5.03).

Tab. 5.03. Übersicht der in Beutler et al. (2004) diskutierten erschlossenen Persönlichkeitsmerkmale („inferred traits“; ebd., S. 230)

erschlossene Persönlichkeits- merkmale	Persönlichkeit und Bewältigungsmuster	
	Dominanz	
	Locus of Control, konzeptuelles Level, Bewältigungsstil	
	Emotionales Wohlbefinden	
	Werte, Einstellungen, Grundannahmen	<i>allgemeine Werte und Einstellungen</i> <i>religiöse Grundannahmen</i>
	Kulturelle Einstellungen	<i>Einstellungen bez. sozialem Geschlecht und Alter</i> <i>Einstellungen bez. Ethnizität</i>

Befunde. Die Untersuchung von erschlossenen Persönlichkeitsmerkmalen scheint ein *vielversprechendes*, aber in der Popularität sinkendes Unternehmen zu sein. Im Folgenden werden die für diesem Quadranten berichteten Kernaussagen der Forschungsübersicht von Beutler und Kollegen (2004) aufgelistet:

- **Persönlichkeit und Bewältigungsmuster.** Die Datenlage bezüglich der Frage, ob *Ähnlichkeit oder Unterschiede in der allgemeinen Persönlichkeit* zwischen Klient und Therapeut Therapieerfolg begünstigen, ist ungenügend, weswegen diesbezüglich keine Aussagen getroffen werden können (vgl. ebd.).
- **Dominanz.** *Dominanz* des Therapeuten scheint sich eher negativ auf das Therapieergebnis auszuwirken, insbesondere bei ethnischen Unterschieden zum Klienten (vgl. ebd.).

- **Locus of Control, Konzeptuelles Level und Bewältigungsstil.** Obwohl erste Studien in diesen Bereichen vielversprechende Ergebnisse berichten, scheint die Datenlage zu dürftig, um substantielle Schlüsse ziehen zu können (vgl. ebd.).
- **Emotionales Wohlbefinden.** In Studien zu diesem erschlossenen Persönlichkeitsmerkmal lassen sich einheitlich positive Korrelationen mit Therapieerfolg finden. Es wird vermutet, dass *emotionales Wohlbefinden* von Therapeuten eine versteckte Moderatorvariable in vielen Studien sein könnte. Für Aussagen bezüglich eines möglichen Zusammenhangs zwischen Therapieergebnis und *persönlicher Therapie von Therapeuten* scheint es keine ausreichende Datenbasis zu geben (vgl. ebd.).
- **Werte, Einstellungen und Grundannahmen.** Ganz allgemein finden sich bezüglich des Einflusses der *Werte* von Therapeuten auf das Therapieergebnis uneinheitliche Ergebnisse, eine Feststellung, die ebenfalls für den Bereich *religiöser Annahmen* getroffen wird (vgl. ebd.).
- **Kulturelle Einstellungen.** Auch was *kulturelle Einstellungen* insbesondere bezüglich sozialem Geschlecht und Alter angeht, ist die Studienlage widersprüchlich oder dürftig. Dennoch wird die Vermutung geäußert, dass sexistische ebenso wie altersbezogen abwertende Einstellungen einen negativen Einfluss auf die Entwicklung einer tragfähigen Therapiebeziehung haben. *Kultursensitivität* scheint in positivem Zusammenhang mit Therapieerfolg zu stehen (vgl. ebd.).

5.3.2.5 Erschlossene therapiespezifische Zustände

Vorbemerkung. Ebenfalls nur *erschlossen* werden können diejenigen Therapeutenvariablen, die sich im vierten Quadranten finden (s.o., Abb. 5.04 bzw. Tab. 5.01). Im Gegensatz zu den Persönlichkeitsmerkmalen im dritten Quadranten handelt es sich hierbei aber um Variablen, die *lediglich im therapeutischen Kontext zum Tragen* kommen und damit eher als Zustände (states) denn als situationsübergreifende Personenmerkmale verstanden werden sollten. In diesen Bereich fallen die *Qualität der therapeutischen Beziehung* und die *theoretische Orientierung* des Therapeuten.

Befunde. Die Bedeutung dieser Therapeutenvariablen wird in den letzten Jahren ausgiebig und hitzig diskutiert (vgl. u.a. Beiträge in Norcross, Beutler & Levant, 2006), insbesondere ist das Forschungsinteresse bezüglich der *therapeutischen Beziehungsgestaltung* gestiegen (vgl. u.a. Beiträge in Norcross, 2011). Diese aktuellen Entwicklungen werden unten (s. Kap. 5.3.3) aufgegriffen. Zunächst folgt eine Darstellung der für diesen Quadranten berichteten Kernaussagen der Forschungsübersicht von Beutler und Kollegen (2004):

- **Therapeutische Beziehung.** Ein moderater positiver Zusammenhang zwischen der *Qualität der therapeutischen Beziehung* und dem Therapieerfolg gilt als gesichertes Ergebnis in der Therapieforschung. Dabei scheint das Ausmaß des Zusammenhangs u.a. vom Messinstrument abzuhängen und von Klientenvariablen moderiert zu werden. Es lassen sich Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang finden, inwiefern der Therapeut dazu beiträgt kann nicht berichtet werden (vgl. ebd.).

- **Theoretische Orientierung.** Zwischen dem grundsätzlichen Bezug auf eine *spezifische theoretische Orientierung* und Therapieerfolg lässt sich zwar ein positiver Zusammenhang finden, allerdings scheint es kaum Unterschiede zwischen den spezifischen Orientierungen zu geben (vgl. ebd.).

5.3.3 *Der Therapeut und die therapeutische Allianz*

Ausgehend von der *zusammenfassenden Einschätzung der Datenlage* zu Therapeuteneffekt und Therapeutenvariablen von Beutler und Kollegen (2004) sowie einer *ergänzenden Aktualisierung* (Baldwin & Imel, im Druck) (s. Kap. 5.3.3.1), soll in diesem Abschnitt eine mögliche Erklärung der differentiellen Effektivität von Therapeuten aufgegriffen und diskutiert werden. Es handelt sich dabei um den *Beitrag des Therapeuten zur Allianz*, dem sich Abschnitt 5.3.3.2 widmet.

5.3.3.1 **Zusammenfassende Einschätzung und Aktualisierung**

Beutler und Kollegen (2004) schließen ihren umfangreichen Forschungsüberblick zu Therapeutenvariablen mit einer *kritischen Einschätzung der Datenlage* ab. Insbesondere bemängeln die Autoren den von ihnen wahrgenommenen Rückgang des Interesses an der Erforschung von Variablen, die nicht mit spezifischen Effekten von Behandlungen oder deren Umsetzung in Verbindung stehen (vgl. ebd.). Obwohl das Feld der Persönlichkeitsmerkmale vielversprechende Ergebnisse bezüglich einer Reihe von Therapeutenvariablen bietet, sei insbesondere hier wesentlich weniger Forschungsaktivität zu beobachten. Ein ansonsten wachsendes theoretisches Interesse bezüglich allgemeiner Werte und kultureller Einstellungen von Therapeuten spiegle sich nicht in der Psychotherapieergebnisforschung wider (vgl. ebd.).

Was die oft festgestellte Widersprüchlichkeit der berichteten Ergebnisse betrifft, fällt über viele Untersuchungsbereiche hinweg auf, dass v.a. *Klientenvariablen und Messinstrument als Moderatoren der Therapeuteneffekte* in Betracht gezogen werden müssen (vgl. Beutler, et al., 2004). Gerade im Bereich der von Therapeuten ausgewählten Interventionen und Techniken sei in Zukunft das *Augenmerk auf die Klientenvariablen* zu richten, die für die Kompatibilität der genutzten Maßnahmen verantwortlich gemacht werden können (vgl. ebd.). Wie schon bemerkt, geht das Interesse an Ergebnisforschung bezüglich des Einflusses von Einstellungen und Werten der Therapeuten sowie der Frage der Passung mit Werten und Einstellungen von Klienten zurück. Dem sollte nach Ansicht von Beutler und Kollegen (ebd., S. 292) entgegen gewirkt werden.

Was die Betrachtung des *Beitrages des Therapeuten zur therapeutischen Beziehung* und das *vom Therapeuten genutzte Behandlungsmodell* angeht, kann von einer gesteigerten Forschungsaktivität sowie robuster empirischer Unterstützung ausgegangen werden. Allerdings empfinden die Autoren die anhaltende Debatte, in der die beiden Therapeutenvariablen gegeneinander abgewogen werden, als wenig nützlich und schlagen eine *stärker integrative Forschungsperspektive* vor (vgl. ebd.; s. auch Castonguay & Beutler 2006).

Eine Aktualisierung der Übersichtsarbeit von Beutler und Kollegen (2004) nehmen sich Baldwin und Imel (im Druck) als Autoren des Kapitels zu Therapeuteneffekten in der sich im Druck befindenden 6. Auflage des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Lambert, im Druck) vor. Allerdings sehen sich die Autoren außerstande ein wirkliches „update“ zu liefern, da sich die *Datenlage bezüglich der ursprünglichen Quadranten nicht substanziell verändert* habe (vgl. ebd.). Stattdessen liegt deren Fokus zum einen auf der *allgemeinen Berechnung differentieller Therapeuteneffekte* und diesbezüglicher *methodologischer Probleme*. Zum anderen werden die *therapeutische Allianz* und die *Manualtreue* („adherence“) als potentielle, die Therapeuteneffekte aufklärende Variablen näher betrachtet. Abschließend wird diskutiert, welche *Richtung die Forschung* in diesem Bereich einschlagen sollte. Die Einschätzung der Datenlage bezüglich des Therapeuten als „Wirkfaktor“ wurde bereits a.a.O. referiert (s.o., Kap. 5.3.1). Die Betrachtung methodologischer Probleme würde zu weit führen und soll deshalb hier nicht vertieft werden. Ausgehend von Baldwin und Imels (im Druck) Kapitel, unter Rückgriff u.a. auf Norcross' (2011) aktualisierte Datenübersicht zur therapeutischen Beziehung, soll im Folgenden nur der *Beitrag des Therapeuten zur Allianz im Allgemeinen* thematisiert werden (s. Kap. 5.3.3.2).

5.3.3.2 Der Beitrag des Therapeuten zur Allianz

Ausgangspunkt dieses Abschnittes sind drei in den vorigen Abschnitten hergeleitete Ergebnisse der Psychotherapieforschung:

- Zum einen scheint die *therapeutische Allianz* ein relativ bedeutsamer Wirkfaktor zu sein (ca. 7,8% der Ergebnisvarianz; vgl. Horvath et al., 2011, S. 47), ...
- ebenso der *Therapeut als Person* (ca. 5-8% der Ergebnisvarianz; vgl. Wampold, 2006; S. 204), ...
- drittens ist die Datenlage bezüglich der *Therapeutenvariablen*, auf Basis derer der relativ große und robuste Therapeuteneffekt zustande kommt, noch recht widersprüchlich und unklar (vgl. Beutler et al., 2004).

Metamodelle der Psychotherapie, wie das Kontextuelle (vgl. Frank & Frank, 1991; s.o., Kap. 5.2.1) oder das Allgemeine Modell (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004, s.o., Kap. 5.2.2) legen nahe, dass gerade der *Einfluss des Therapeuten auf die Allianz* der entscheidende Faktor des Therapeuteneffektes sein könnte. Dementsprechend wurde dieser hypothetische Zusammenhang in den letzten Jahren ins Zentrum der Forschung gerückt (vgl. Ackerman & Hilsenroth, 2003; Baldwin, Wampold & Imel, 2007; DelRe et al., 2012; Baldwin & Imel, im Druck), worauf im Folgenden kurz eingegangen wird.

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass die Allianz-Ergebnis-Korrelation auf *drei mögliche Quellen* zurückzuführen ist: den *Therapeuten*, den *Klienten* und die *individuelle Therapeut-Klient-Interaktion* (vgl. Baldwin & Imel, im Druck). Aussagen bezüglich des Therapeutenbeitrags müssen dementsprechend alle Quellen berücksichtigen und separieren, ein methodisch nicht unkompliziertes Unterfangen (vgl. ebd.). In einer groß angelegten Studie unternahmen z.B. Baldwin, Wampold und Imel (2007) den Versuch mittels Mehrebenenanalyse verschiedene Hypothesen bezüglich des Zusammenhangs der Allianz-Ergebnis-

Korrelation mit Patienten- und Therapeutenvariabilität zu testen. Dabei wird der Schluss nahegelegt, dass die *Variabilität der Therapeuten* den zentralen Faktor in der Formung tragfähiger Allianzen darstellt (vgl. ebd.), ein Ergebnis, das in einer neueren meta-analytischen Studie untermauert werden konnte (vgl. Del Re et al., 2012). Die Annahme, dass die Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten einen großen Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Allianz nimmt, worauf wiederum ein großer Anteil der therapeutenbezogenen Aufklärung der Ergebnisvarianz zurückgeführt werden könnte, scheint empirisch also durchaus begründet zu sein (s.o.). Auf welche Weise der Therapeut die Allianz günstig beeinflusst wäre die sich daran anschließende Frage, der sich z.B. Ackerman und Hilsenroth (2003) in einer systematischen Literaturübersicht widmen und eine Liste von *persönlichen Attributen* (z.B. flexibel, erfahren, respektvoll, offen, interessiert, etc.) und *therapeutischen Techniken* (z.B. Reflexion, Unterstützung, Bemerkungen bisheriger Erfolge, Verständnis vermitteln, etc.) zusammenstellen, bezüglich derer in der Literatur ein positiver Zusammenhang mit der Qualität der Allianz berichtet wird.

Eine in diesem Kontext wichtige aktuelle Forschungslinie, die leider nicht vertieft dargestellt werden kann, beschäftigt sich mit der Annahme, dass die Art und Weise, wie Therapeuten *Feedback von Klienten* bezüglich deren Fortschritte (*Ergebnisfeedback*) sowie der Zufriedenheit mit der gemeinsamen Arbeit (*Prozessfeedback*) einholen, einen zentralen Faktor darstellen könnte. Vielversprechende empirische Daten (vgl. z.B. Flückiger et al., 2012; zusammenfassend Lambert & Shimokawa, 2011) bezüglich derer erste theoretische Modelle vorliegen (vgl. Sapyta, Riemer & Bickman, 2005) werden auch zunehmend in *praxisorientierten Veröffentlichungen* aufgegriffen (vgl. Duncan, Miller & Sparks, 2004; Bertolino, 2010; Green & Latchford, 2012; u.v.m.). Im Rahmen der Diskussion wird auf diese Thematik noch einmal eingegangen (s. Kap. 14).

5.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden zwei in Klinischer Psychologie und Psychotherapie etablierte *Metatheorien des psychotherapeutischen Geschehens*, das *Konzeptuelle Modell* nach Frank und Frank bzw. Wampold (s. Kap. 5.2.1), sowie das *Allgemeine Modell* nach Howard, Orlinsky und Kollegen (s. Kap. 5.2.2), im Hinblick auf die dort *dem Therapeuten zukommende Rolle* thematisiert. Zudem wurde, nach einem Resümee zum Therapeuten als „Wirkfaktor“ (s. 5.3.1), eine *Taxonomie der Therapeutenvariablen* vorgestellt (s. 5.3.2), die in der empirischen Psychotherapieforschung zur Organisation der den Therapeuteneffekt potentiell erklärenden Variablen genutzt wird. Im Rahmen der Arbeit sollen die dargestellten Inhalte als Basis der Präzisierung und theoretischen Einbettung der Therapeutischen Haltung im Rahmen der Explikation dienen (s. Kap. 13).

In den beiden Metamodellen kommt dem Therapeuten eine prominente Rolle zu. Im Kontextuellen Modell (s. Kap. 5.2.1) besteht die Funktion des Therapeuten darin, *Teil eines „heilenden Kontextes“* zu sein, als menschlicher, vertrauensvoller Interaktionspartner und als Repräsentant und Vermittler einer glaubhaften Erklärung. Im Allgemeinen Modell (s. Kap. 5.2.2) treten Therapeuten als Therapieteilnehmer mit *persönlichem* sowie *profession-*

nellem Hintergrund (bez. als „Input“-Variablen) in den therapeutischen Prozess ein, der durch *wechselseitige Beeinflussungen* mit dem Klienten/Patienten als Therapieteilnehmer gekennzeichnet ist (bez. als „Prozess“-Variablen), welche wiederum über die Therapiesitzung hinausgehende Veränderungen sowohl bezüglich der *beruflichen* als auch *persönlichen Entwicklung* bewirken (bez. als „Output“-Variablen).

Die *empirische Therapieforschung* (s. Kap. 5.3) liefert Ergebnisse, welche die hypothetische prominente Stellung des Therapeuten in den theoretischen Metamodellen stützen. Ganz allgemein kann der *Therapeut als Wirkfaktor* (s. Kap. 5.3.1), zusammen mit der Qualität der therapeutischen Allianz, den *größten Einzelbeitrag zur Aufklärung der therapiebezogenen Ergebnisvarianz* leisten und scheint damit ein wesentlich bedeutsamerer Faktor zu sein, als z.B. die theoretische Orientierung. Worauf dieses Ergebnis zurückzuführen ist, kann auf Basis der bisher untersuchten, *taxonomisch geordneten Therapeutenvariablen* (s. Kap. 5.3.2) nicht befriedigend erklärt werden. Eine vielversprechende Perspektive deutet sich in der Untersuchung des *Therapeutenbeitrags zur Qualität der therapeutischen Allianz* an (s. Kap. 5.3.3). Dabei wird vermutet, dass sich die oft isoliert erfassten „Therapeut“- und „Allianz“-Effekte mengentheoretisch deutlich überschneiden. Tentative Ergebnisse aus Originalstudien und Meta-Analyse deuten an, dass der *allgemeine Therapeuteneffekt durch den Allianz-Effekt mediiert* wird. Grundsätzlich bleibt der Kontrast zwischen dem in Metamodellen vermuteten und in der Common Factors-Forschung bestätigte allgemeine Therapeuteneffekt zu den Ergebnissen der um kausalanalytische Aufklärung bemühten empirischen Psychotherapieforschung allerdings bestehen.

Kap. 6 Die Therapeutische Haltung in der Fachliteratur

Überblick: Das vorliegende Kapitel soll im Einstiegskapitel angeschnittene Themen aufgreifen und vertiefen, sowie weitere theoretische Anregungen für die spätere Explikation des Begriffs der Therapeutischen Haltung liefern. Nach einigen einleitenden Bemerkungen (s. Kap. 6.1) werden zunächst Durchführung und formale Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zum Begriff der Therapeutischen Haltung vorgestellt und diskutiert (s. Kap. 6.2). Im folgenden Abschnitt 6.3 wird ein kursorischer, an ausgewählten Themen einer Begriffsklärung orientierter Überblick der recherchierten Literatur vermittelt. In Abschnitt 6.4 werden Veröffentlichungen aus einer Arbeitsgruppe vorgestellt, die sich empirisch mit dem der Therapeutischen Haltung nahestehenden Konzept der therapeutischen Identität beschäftigt. Abschließend werden die Inhalte des Kapitels zusammengefasst (s. Kap. 6.5)

6.1 Einleitung

6.1.1 Anliegen des Literaturüberblicks

Schon im Einstiegskapitel war darauf hingewiesen worden, dass vor dem Hintergrund einer ersten groben Literatursuche von einem *Mangel an systematischer wissenschaftlicher Beschäftigung*, sowohl theoretischer als auch empirischer Art, mit dem Begriff der Therapeutischen Haltung auszugehen ist (s. Kap. 1.1.3). Diese Annahme soll im Folgenden weiter untersucht werden, indem der Verlauf und die Ergebnisse einer *systematischen Recherche* vorgestellt (s. Kap. 6.2) und die Inhalte *ausgewählter Veröffentlichungen* berichtet werden (s. Kap. 6.3 und 6.4). Dabei geht es weder darum, die o.g. Annahme eines Mangels an wissenschaftlicher Beschäftigung i.S. einer *Hypothese* zu testen, noch die Literatur i.S. eines *systematischen Reviews* aufzubereiten. Erstes Anliegen wäre eher eine *forschungssoziologische Fragestellung*, im Kontext derer die Art und Weise des wissenschaftlichen Umgangs mit der Therapeutischen Haltung mit der Behandlung anderer, ähnlich komplexer Begriffe der Psychotherapie (wie z.B. der Therapeutischen Beziehung) verglichen werden müsste. Das zweite Anliegen zu verfolgen wäre zwar im Hinblick auf das zentrale Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit sinnvoll, insbesondere im Kontext der *Bedeutungsanalyse*. Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde jedoch ein anderer Schwerpunkt gewählt, um begründete Annahmen über die Verwendung des Begriffs der Therapeutischen Haltung zu gewinnen, nämlich die qualitativ orientierte, *inhaltsanalytische Auswertung von Interviews* mit psychotherapeutischen Experten (s.u., Kap. 9-12).

Dementsprechend soll die folgende Literaturübersicht eher dazu dienen, einen Eindruck des *Umgangs mit dem Thema in der Fachliteratur* zu vermitteln. Zu diesem Zweck werden

der *Recherchevorgang*, sowie dessen *formale Ergebnisse* ausführlicher dargestellt und zudem im Hinblick auf die Annahme eines Mangels an systematischer Forschung diskutiert (s. Kap. 6.2). Auf diesen formalen folgt ein *inhaltlicher Überblick der Literatur mit vertiefter Darstellung ausgewählter theoretischer Perspektiven* (s. 6.3), sowie *empirischer Arbeiten* (s. 6.4) die sich mit dem Thema Therapeutische Haltung befassen. Die Inhalte beider Abschnitte werden an deren Ende gesondert zusammenfassend diskutiert hinsichtlich der Relevanz für eine Begriffsklärung der Therapeutischen Haltung (s. Kap. 6.3.5 und 6.4.4). Die in diesem Kapitel berichteten Inhalte ergänzen zudem die für die Bedeutungsanalyse zentraleren Interviews (s.u., Kap. 9-12).

6.1.2 Annäherung an den Begriff

Eine erste Annäherung an den Begriff der Therapeutischen Haltung bietet der Blick in Lexika der deutschen Sprache. Während „Therapeutische Haltung“ keinen gängigen Begriff darstellt, finden sich in selbigen allerdings Einträge sowohl zu „therapeutisch“ als auch zu „Haltung“. So lassen sich dem *deutschen Universalwörterbuch* (vgl. Dudenredaktion, 2011) drei zentrale Bedeutungen der Haltung entnehmen: Haltung als „*Körperhaltung*“ (ebd., S. 780), als „*innere [Grund]einstellung, die jmds. Denken u. Handeln prägt (...); Verhalten, Auftreten, das durch eine bestimmte innere Einstellung, Verfassung hervorgerufen wird (...); Beherrschtheit, innere Fassung*“ (ebd.) und als „*Tierhaltung*“ (ebd.; Hervorheb. jew. im Orig.). In ähnlicher Weise werden auch in *WAHRIGS deutschem Wörterbuch* (vgl. Wahrig-Burfeind, 2011) drei Bedeutungen unterschieden, nämlich Haltung als „*Halten (von Tieren)*“ (ebd., S. 668), „*Stellung des Körpers od. eines Körperteils*“ (ebd.), oder als „*Benehmen, Verhalten (...), geistige Einstellung, Gesinnung (...), Selbstbeherrschung*“ (ebd.; Hervorheb. jew. im Orig.). Eindeutig wird hingegen „therapeutisch“ mit „*die Therapie betreffend, zu einer Therapie gehörend*“ (Dudenredaktion, 2011, S. 1747; Hervorheb. im Orig.) bzw. mit „*zu einer Therapie gehörend, auf ihr beruhend*“ (Wahrig-Burfeind, 2011, S. 1473; Hervorheb. im Orig.) bestimmt. „Therapie“ wiederum wird ebenso eindeutig als „*Heilbehandlung*“ (Dudenredaktion, 2011, S. 1747; Hervorheb. im Orig.) bzw. „*Heil-, Krankenbehandlung (...), Maßnahme, die eine günstige Wirkung erzielen soll*“ (Wahrig-Burfeind, 2011, S. 1473; Hervorheb. im Orig.) umschrieben.

In spezifischen Lexika zum Vokabular der Psychologie finden sich ähnliche Aussagen zum Begriff Haltung, welche nach dem *kleinen psychologischen Wörterbuch* zum einen eine „[u]mgangssprachliche Bezeichnung für ein körperliches Erscheinungsbild“ (Michael & Novak, 2007, S. 175) bzw. nach *Dorschs psychologischem Wörterbuch* „der gesamtkörperliche (...) Spannungszustand, der einen «Haltetonus» erzeugt“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 410 f.) sei. Zum anderen werde „in der Psychologie (...) der Begriff der Haltung oder auch Werthaltung synonym für \nearrow Einstellung verwendet“ (Michael & Novak, 2004, S. 175) bzw. spreche man „[i].ü.S. (...) auch von seelischen Haltungen (z.B. Werthaltungen, \nearrow Einstellung, \nearrow Gesinnung)“ (Häcker & Stapf, 2009, S. 411). Damit lässt sich annehmen, dass Haltung in derjenigen Bedeutung, die in gängigen Lexika und Wörterbüchern mit dem Verweis auf

die Begriffe *Einstellung*, *Gesinnung*, *Werthaltung*, etc. (s.o.) bestimmt wird, für die Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung von Relevanz sein dürfte.

Während im *Wörterbuch der Psychotherapie* (vgl. Stumm & Pritz, 2000) unter dem Stichwort „Haltung“ ebenfalls lediglich auf das Konzept der „Einstellung“ verwiesen wird (S. 270), lassen sich dort allerdings auch Einträge zu „Grundhaltung, therapeutische“ (Eckert, 2000, S. 251) sowie zu „Phänomenologische Haltung“ (Lleras, 2000, S. 513) finden. Die *therapeutische Grundhaltung* wird gleichgesetzt mit „Basisvariablen, Kernvariablen, klientenzentriertes Beziehungsangebot“ (Eckert, 2000, S. 251), worunter dann im Wesentlichen die bekannten, von Carl Rogers als hinreichend für Persönlichkeitsveränderung bezeichneten Bedingungen auf Therapeutenseite beschrieben werden (Kongruenz, Wertschätzung, Empathie). Unter *phänomenologischer Haltung* wird die „Psychotherapeutische Haltung in der → Existenzanalyse, die in der Offenheit zum Anderen besteht und ihn in seiner Eigenart belässt“ (Lleras, 2000, S. 513) verstanden. Was eine Therapeutische Haltung (oder Grundhaltung) *an sich* ist, wird in beiden Einträgen jedoch nicht thematisiert, diese wird lediglich als Oberbegriff für *spezifische Grundhaltungen* (Kongruenz, Wertschätzung, Empathie; vgl. Eckert, 2000) bzw. für eine *spezifische Haltung* (phänomenologische Haltung/Offenheit; vgl. Lleras, 2000) genutzt.

Zusammenfassung. Für eine Begriffsklärung lassen sich den zitierten Lexikoneinträgen dennoch erste Hinweise entnehmen. So scheinen das Konzept der *Einstellung* und das der *Werthaltung* als dem der Haltung potentiell nahe stehend angesehen zu werden. Da das Adjektiv „therapeutisch“ recht eindeutig bestimmt werden konnte, ließe sich therapeutische Haltung i.d.S. mit *therapeutischer Einstellung* bzw. *therapeutischer Werthaltung* gleichsetzen. Zudem lassen sich erste Annahmen hinsichtlich der kausalen bzw. funktionalen Rolle des Konstrukts der Haltung machen, der eine *prägende Wirkung auf Denken und Verhalten* zugesprochen wird (s.o.), wobei allerdings nicht klar wird ob mit Haltung das prägende Element (i.S. einer unabhängigen Variable) oder der von einer inneren Einstellung geprägte Ausdruck (i.S. einer abhängigen Variable) gemeint ist (oder beides). Weitere für eine Begriffsklärung relevante Aspekte, wie Über- und Unterordnung oder Zuschreibung von Eigenschaften (s. Kap. 4 und Abschn. 6.3.2.2), lassen sich nicht rekonstruieren.

6.2 Recherche zur „Therapeutischen Haltung“

Um zu einer vom Umfang her bearbeitbaren und für die hiesigen Zwecke brauchbaren Quellenauswahl zu gelangen, wurde eine systematische Recherche der größten deutschsprachigen Datenbank *PSYINDEX* des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID, 2012) durchgeführt. Analog zur Stichprobenauswahl für die Experteninterviews (s. Kap. 10.2) wurde auch bei der Recherche darauf geachtet, dass Literaturquellen von Autoren aller großen theoretischen Orientierungen (vgl. z.B. Kriz, 2001; Lutz et al., 2010), insbesondere aber der beiden in Deutschland kassenrechtlich anerkannten *verhaltenstherapeutisch* und *psychodynamisch orientierten Verfahren* (vgl. GBA, 2011), in die kursorische Literaturübersicht mit eingehen. Um sowohl ein orientierungsunabhängig repräsentatives, als auch die genannten Orientierungen abbildendes

Ergebnis zu erzielen, mussten insgesamt *sieben Recherehdurchläufe* vorgenommen werden, deren Ablauf und formalen Ergebnisse in Abschnitt 6.2.1 beschrieben werden. Bei anfänglichen unsystematischen Recherchen (s.o., Kap. 1.1.3) zeigte sich zudem, dass in Lehr- und Handbüchern der Klinischen Psychologie, Psychotherapie (allgemein) oder der psychodynamisch und kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren (im Speziellen) Kapitel oder Abschnitte zur Therapeutischen Haltung enthalten waren. Um diese meist nicht über PSYNDEX recherchierbaren, aber dennoch inhaltlich evtl. ergiebigen Quellen nutzen zu können, wurde eine systematische Recherche in weit verbreiteten *Lehr- und Handbüchern* durchgeführt (Ablauf und Ergebnisse s. Kap. 6.2.2).

6.2.1 Systematische Recherche

Wie oben beschrieben, wurden insgesamt sieben Recherehdurchläufe vorgenommen. Im folgenden Text wird dieses Vorgehen begründet. Tabelle 6.01 zeigt zunächst einen Überblick der zur Recherche genutzten Suchbegriffe. Mittels derer sollten sowohl orientierungsunabhängige (Suchbegriffe **A** und **B**) als auch orientierungsbezogene Artikel (Suchbegriffe **C** bis **G**) identifiziert werden (Beschreibung im Text nach Tab. 6.01):

Tab. 6.01. Übersicht der genutzten Suchbegriffe;

Gruppe	Suchbegriffe
A	Haltung* or Grundhaltung*
B	therapeutisch* Haltung* or psychotherapeutisch* Haltung* or therapeutisch* Grundhaltung* or psychotherapeutisch* Grundhaltung*
C (pd)	analyt* Haltung* or psychoanalyt* Haltung* or psychodynam* Haltung* or analyt* Grundhaltung* or psychoanalyt* Grundhaltung* or psychodynam* Grundhaltung*
D1 (kv)	verhaltenstherap* Haltung* or kognitiv* Haltung* or kognitiv* verhaltenstherap* Haltung* or kognitiv-verhaltenstherap* Haltung* or kognitiv behavioral* Haltung* or kognitiv-behavioral* Haltung* or verhaltenstherap* Grundhaltung* or kognitiv* Grundhaltung* or kognitiv* therap* Grundhaltung* or kognitiv-verhaltenstherap* Grundhaltung* or kognitiv* ral* Grundhaltung* or kognitiv-behavioral* Grundhaltung*
D2 (kv)	Verhaltenstherap* or kognitiv* Therap* or kognitiv* Psychotherap* or kognitiv* behavioral* Therap* or kognitiv* behavioral* Psychotherap*
E (sys)	system* Haltung* or familientherap* Haltung* or system* Grundhaltung* or familientherap* Grundhaltung*
F (kze)	gesprächstherap* Haltung* or gesprächspsychotherap* Haltung* or klientenzentriert* Haltung* or klienten-zentriert* Haltung* or personzentriert* Haltung* or person-zentriert* Haltung* or gesprächstherap* Grundhaltung* or gesprächspsychotherap* Grundhaltung* or klientenzentriert* Grundhaltung* or klienten-zentriert* Grundhaltung* or personzentriert* Grundhaltung* or person-zentriert* Grundhaltung*
G (gt)	gestalttherap* Haltung* or gestalttherap* Grundhaltung*
H	therap* attitud* or psychotherap* attitud* or therap* stance* or psychotherap* stance*

Anmerkungen: Das Symbol „*“ wird in Suchmaschinen genutzt, um variable Endungen bei der Recherche zuzulassen; pd = psychodynam.; kv = kognitiv-verhaltenstherapeutisch; sys = systemisch; kze = klientenzentriert; gt = gestalttherapeutisch;

Recherche I. Eine erste Recherche wurde unter der Nutzung der sechs Suchbegriffsgruppen **B** bis **G** (außer D2, s.u., Recherchen III-VI) durchgeführt (s.o. Tab. 6.01). Dabei wurden

diejenigen Quellen recherchiert, die entweder den Begriff „therapeutische Haltung“ (bzw. potentielle Synonyme, s. Suchbegriffe **B**) oder orientierungsspezifische Haltungsbegriffe (bzw. potentielle Synonyme, s. **C-G**) *im Titel* tragen (insgesamt 48 Treffer, s. u. Tab. 6.02).

Recherche II. Da keine Treffer bezüglich kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierter Verfahren gelandet werden konnten, wurde eine *zweite Recherche* durchgeführt, bei der nach dem gleichzeitigen Vorkommen der Suchbegriffsgruppen **B** bis **G** *im Abstract* und nichtspezifizierter Haltungsbegriffe (Suchbegriffsgruppe **A**) *im Titel* gesucht wurde. Auf diese Weise ergaben sich insgesamt 11 zusätzliche Treffer (s.u. Tab. 6.02), allerdings ebenfalls nicht in den schon in Recherche **I** unterrepräsentierten Bereich. Folgende Tabelle 6.02 fasst die Ergebnisse der ersten beiden Recherchedurchläufe zusammen:

Tab. 6.02. Übersicht der primären Recherchedurchläufe (zuletzt aktualisiert am 26.07.2012);

Durchlauf	Treffer je Begriffsgruppe						Treffer gesamt
	B	C (pd)	D1 (kv)	E (sys)	F (kze)	G (gt)	
Recherche I	25	11*	0	2	8**	2	48
Recherche II	6***	3****	0	1	1	0	11
Gesamt	31	14	0	3	9	2	59

Anmerkungen: B-G = recherchierte Begriffsgruppen s. Tab 6.01; pd = psychodynam.; kv = kognitiv-verhaltenstherapeutisch; sys = systemisch; kze = klientenzentriert; gt = gestalttherapeutisch; * urspr. 12 Treffer, davon aber eine Angabe = Hrsg. Band; ** urspr. 13 Treffer, davon aber Pörtner (2004) auch in alter Auflage (1996), eine Angabe Hrsg. und drei Texte nicht mehr bestellbar; *** urspr. 9 Treffer, davon aber zweimal Hrsg.-Band in zwei Aufl. (darin Beitrag von Wurll, 2011, bereits unter Recherche I, dort 2007), zudem Luderer & Böker (1988) gleichzeitig Treffer in (F); **** urspr. 1 Treffer, davon aber ein Hrsg.-Band (Gerlach et al., 2003) mit drei Artikeln (Gerlach, 2003 und Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2003);

Abbildung 6.01 veranschaulicht die Ergebnisse der systematischen Recherchen **I** und **II** und stellt die 59 Fundstellen in Bezug zur *theoretischen Orientierung der Autoren* dar (so weit anhand von Informationen zu den Autoren im Text oder ergänzender Informationen per Internetrecherche identifizierbar):

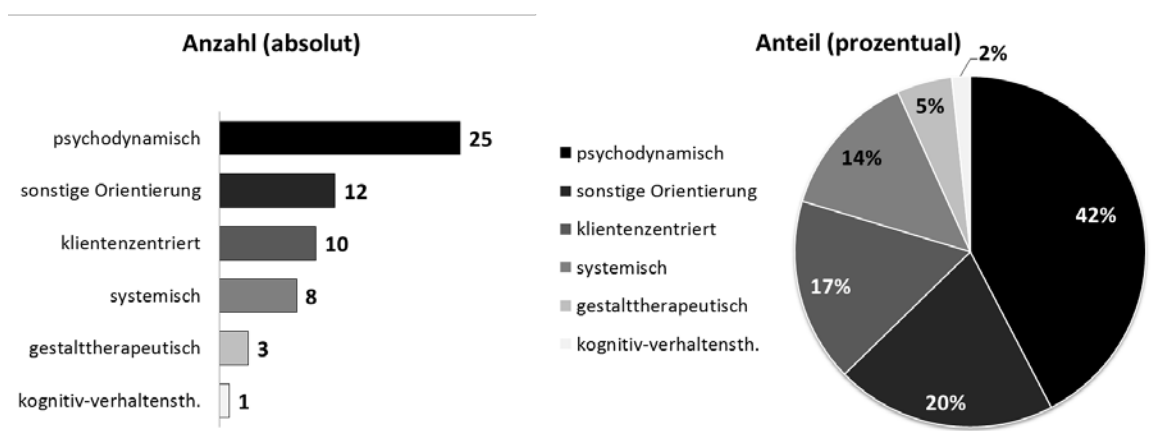


Abb. 6.01. Anzahl der Fundstellen der systematischen Recherchen I und II geordnet nach theoretischer Orientierung der Autoren: absolute Häufigkeiten und prozentuale Anteile;

Recherchen III-VII. Um auch im Bereich der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren Treffer zu erzielen, mussten *vier weitere Reversedurchläufe* unternommen werden, die sich nur auf diese therapeutische Orientierung konzentrierten (Ergebnisse s.u. Tab. 6.03). In Recherche **III** wurde nach Begriffsgruppe **D1** (s.o., Tab. 6.01) in Abstracts gesucht, womit sich allerdings ebenfalls kein Treffer erzielen ließ. Wie aus Tabelle 6.01 (s.o.) ersichtlich, wurde mit **H** eine Gruppe von Suchbegriffen gewählt, mit welcher die in *PSYNDEX* nur englischsprachig verfügbare Schlüsselbegriffssuche möglich ist. Da der deutsche Begriff der Haltung in der psychotherapeutischen Literatur nicht einheitlich übersetzt wird – manchmal wird „attitude“, manchmal „stance“ genutzt – wurden beide englischen Begriffe in Kombination mit „therap*“ bzw. „psychotherap*“ gewählt.

Auch eine Kombination der Recherche mit Key Phrase **H** (s. Tab. 6.01) und der ursprünglichen Auswahl **D1** brachte keine Treffer (Recherche **IV**), weswegen eine alternative Suchbegriffsgruppe **D2** zusammengestellt wurde (s. Tab. 6.01). Diese erzielte in diversen Kombinationen *insgesamt 39 Treffer* (ohne Überschneidung, s.u. Tab. 6.03): sieben Treffer durch Kombination der Suche nach **D2** im Abstract und **A** im Titel (Recherche **V**), 12 Treffer durch Kombination der Suche nach **D2** im Titel und **H** als Key Phrase (Recherche **VI**) und 33 Treffer durch Kombination der Suche nach **D2** im Abstract und **H** als Key Phrase (Recherche **VII**). Nach Durchsicht der Abstracts wurden diejenigen Veröffentlichungen ausgeschlossen, die sich nicht mit der Therapeutischen Haltung beschäftigen, sondern mit Körperhaltung (z.B. in der Schmerztherapie), grundlagenwissenschaftlichen Themen (z.B. lerntheoretische Forschung zu Einstellungsänderungen) oder anderen Anwendungsfeldern (z.B. ärztliche Haltung in der Geburtshilfe). Auf diese Weise konnten schließlich *zehn Quellen* recherchiert werden, die möglicherweise Rückschlüsse, auf die Nutzung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Haltungsbegriffs zulassen. Neun der zehn Quellen lassen sich verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren zuordnen, eine Quelle einer psychodynamisch orientierten Autorengruppe (Klug et al., 2008). Folgende Tabelle fasst die Ergebnisse der ergänzenden Recherchen **III** bis **VII** zusammen:

Tab. 6.03. Übersicht der ergänzenden Recherchen III-VII (zuletzt aktualisiert am 26.07.2012);

Recherche	III	IV	V	VI	VII	gesamt
Anzahl der Treffer	0	0	7	12	33	39 (10)*

Anmerkungen: Erläuterungen zu den Recherchevorgängen im Text; * ohne Mehrfachtreffer eigentlich 39 Treffer, davon allerdings nur 10 im Kontext des Themas Therapeutische Haltung (s. Erläuterungen im Text)

Inwiefern die zahlenmäßigen Verhältnisse, die in diesem Abschnitt berichtet wurden selbst schon Anlass bieten, über die Nutzung des Konzeptes der Therapeutischen Haltung in unterschiedlichen therapeutischen Verfahren zu spekulieren, wird in Abschnitt 6.2.3 diskutiert (s.u.).

6.2.2 Ergänzende Recherche

Es wurden insgesamt 18 weitverbreitete Veröffentlichungen der letzten 10 Jahre aus verschiedenen Verlagen herangezogen. Diese lassen sich zu gleichen Teilen den beiden in dieser Arbeit zentralen theoretischen Orientierungen (psychodynamisch, kognitiv-verhaltenstherapeutisch) sowie einer dritten, die Bereiche Klinische Psychologie und Psychotherapie umfassend, d.h. nicht schulenspezifisch thematisierenden Gruppe zuordnen. Anschließend wurde nach der in Tabelle 6.01 (s.o.) aufgeführten Begriffsgruppe A in den Inhalts- und Stichwortverzeichnissen gesucht. Tabelle 6.04 (s.u.) gibt einen Überblick der so erzielten Treffer je Veröffentlichung.

Tab. 6.04. Ergänzende Recherche – Treffer je Veröffentlichung im Überblick;

Orientierung Quellen	Treffer	Inhaltsverzeichnis, Kapitel	Inhaltsverzeichnis, Abschnitt	Stichwortver- zeichnis (ohne doppelte)
Psychodynamisch orientierte Lehr- und Handbücher				
<i>Hohage (2011)</i>		0	0	4 (2)
<i>Jaeggi & Riegels (2008)</i>		1	1	1
<i>Leichsenring (2006)</i>		0	2	3
<i>Reimer & Rüger (2006)</i>		0	2	1
<i>Rudolf (2010)</i>		0	4	19 (6)
<i>Wöller & Kruse (2010)</i>		0	0	15 (11)
kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Lehr- und Handbücher				
<i>Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2012)</i>		0	0	6 (3)
<i>Leibing, Hiller & Sulz (2010)</i>		0	0	0
<i>Linden & Hautzinger (2011)</i>		0	0	0
<i>Margraf & Schneider (2009)</i>		0	1	0
<i>Wittchen & Hoyer (2011)</i>		0	0	0
<i>Zarbock (2008)</i>		0	0	0
Allgemeine (allg.) Lehr- und Handbücher der Klinischen Psychologie/Psychotherapie				
<i>Herpertz, Caspar & Mundt (2008)</i>		0	0	12 (11)
<i>Lutz (2010)</i>		0	1	0
<i>Perrez & Bauman (2011a)</i>		0	0	0
<i>Reimer et al. (2007)</i>		0	0	6
<i>Senf & Broda (2012)</i>		0	0	3
<i>Strauß, Hohagen & Caspar (2007)</i>		0	4	2

In fünf der 18 Lehr- und Handbücher ergaben die gewählten Rechercheformen *keine Treffer*. Vier davon sind eher dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Spektrum zuordenbar (Leibing, Hiller & Sulz, 2010; Linden & Hautzinger, 2011; Wittchen & Hoyer, 2011, Zarbock, 2008). Das Lehrbuch von Perrez und Baumann (2011a) behandelt den Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie zwar schulübergreifend, zumindest die Herausgeber tendieren jedoch in Richtung einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Orientierung. Folgende Tabelle 6.05 fasst die addierten Treffer je Orientierung zusammen.

Tab. 6.05. Ergänzende Recherche – Treffer je Gruppe im Überblick;

Orientierung	Treffer	Inhaltsverzeichnis, Kapitel	Inhaltsverzeichnis, Abschnitt	Stichwortverz. (ohne doppelte)
psychodynamisch orientiert		1	9	43 (24)
kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert		0	1	6 (3)
allgemein/sonstige		0	5	23 (22)
gesamt		1	15	72 (49)

Wie aus Tabelle 6.05 (s.o.) ersichtlich konnten in den 18 Lehr- und Handbüchern insgesamt *ein Kapitel* und *15 Abschnittsüberschriften* anhand der Durchsicht der Inhaltsverzeichnisse recherchiert werden. Nach Überprüfung doppelter Treffer ließen sich mittels Durchsicht der *Stichwortverzeichnisse/Sachregister* zudem *49 Textstellen* recherchieren (diese überschneiden sich allerdings teilw. mit Abschnittstreffern). Zudem wurden im Rahmen der Stichwortrecherche zusätzliche Abschnittstreffer erzielt, da in manchen der Bücher die Inhaltsverzeichnisse nicht alle Ebenen der Kapitelgliederung wiedergaben.

Die Treffer sind insgesamt *36 eigenständigen Quellen* zuordenbar (da 14 der 18 Veröffentlichungen Herausgeberbände sind), deren Autoren sich wiederum auf theoretische Orientierungen verteilen. Obwohl drei der sechs psychodynamisch orientierten Lehr- und Handbücher Monographien sind (Hohage, 2011; Jaeggi & Riegels, 2008; Rudolf, 2010), im Gegensatz zu nur zwei kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Monographien (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012; Zarbock, 2008), übersteigt die Anzahl der psychodynamisch orientierten eigenständigen Quellen mit 19 von 36, die der kognitiv-verhaltenstherapeutischen mit sieben von 36 um ein Mehrfaches.

Der Eindruck eines *Ungleichgewichts* wird noch dadurch verstärkt, dass die verhaltenstherapeutischen Herausgeberbände im Durchschnitt wesentlich mehr Autoren versammeln. Berücksichtigt man die *theoretische Orientierung der einzelnen Autoren* verschieben sich die Verhältnisse nur geringfügig (s.u. Tab. 6.06) teilweise zugunsten der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Orientierung (drei Abschnitte in Tab. 6.06 statt einem in Tab. 6.05), teilweise zugunsten der psychodynamischen Orientierung (30 Stichworttreffer in Tab. 6.06 statt 24 in Tab. 6.05).

Tab. 6.06. Ergänzende Recherche – Treffer je Gruppe nach Korrektur im Überblick;

Treffer	Anzahl eigenständiger Quellen	Inhaltsverzeichnis, Kapitel	Inhaltsverzeichnis, Abschnitt	Stichwortverzeichnis (ohne doppelte)
psychodynamisch orientiert	19	1	9	30
kognitiv-verhaltensth. orientiert	7	0	3	6
allgemein/sonstige	10	0	3	13
gesamt	36	1	15	49

Die in diesem Abschnitt berichteten Relationen von Quellen und Treffern, die sich Autoren unterschiedlicher theoretischer Orientierungen zurechnen lassen, werden im folgenden Abschnitt zusammen mit den Ergebnissen der systematischen Recherche diskutiert.

6.2.3 Diskussion der formalen Rechercheergebnisse

Wie bereits auf Basis grober Recherchen im Einstiegskapitel vermutet, ist die *Anzahl der Treffer* zur Therapeutischen Haltung eher gering. Lediglich 25 Titeltreffer in der Systematischen Recherche I zum allgemeinen Begriff der Therapeutischen Haltung (Suchbegriff B, s.o., Tab. 6.01), bzw. 59 Fundstellen unter Berücksichtigung weiterer Recherchen (s.o., Tab. 6.02) ließen sich erzielen. Verglichen mit z.B. 335 Treffern für die Begriffe „therap* bez* or therapiebez* or beziehungsgestaltung*“ oder 258 Treffern für „exposition* or kon-

frontation*“ mittels Titelsuche in PSYINDEX (Zugriff 28.12.2012) nimmt sich die Trefferzahl für die Therapeutische Haltung bescheiden aus. Ähnlich gering fällt die Anzahl der Treffer in Inhalts- und Stichwortverzeichnissen der 18 ausgewählten Lehr- und Handbücher aus (s.o., Tab. 6.06): Nur in einer Kapitelüberschrift und 15 Abschnittsüberschriften wurden die Begriffe Haltung oder Grundhaltung genutzt, 49 Textstellen zu diesen Begriffen konnten anhand der Stichwortverzeichnisse identifiziert werden.

Zudem wurden in lediglich acht der insgesamt 105 Quellen (59 aus Recherchen I und II, zehn aus Recherchen III-VII und 36 aus der ergänzenden Recherche in Lehr- und Handbüchern) Umschreibungen der Therapeutischen Haltung geliefert, die sich in Ansätzen als *Definitionen* verstehen lassen (s.u., Kap. 6.3.1.3). In nur 14 der 105 Quellen wurde die Therapeutische Haltung als *allgemeines Konzept* explizit thematisiert, zudem teilweise sehr kurz (s. auch u., Kap. 6.3.1.2). Auf das Vorliegen einer *systematischen Forschung* lässt sich auf Basis der recherchierten Quellen ebenfalls nicht schließen, u.a. sind nur drei der 69 in den Recherchen I-VII gefundenen Quellen *empirische Studien* (Geiss-Mayer et al., 2009; Luderer & Böcker, 1988; Klug et al., 2008).

Vergleicht man die gefundenen Quellen hinsichtlich der *theoretischen Orientierungen* ihrer Autoren, so lässt sich ein recht deutliches Ungleichgewicht in der Nutzung des Begriffs der Therapeutischen Haltung feststellen. Unter den 25 Titeltreffern (Recherche I, Begriffe B, s.o. Tab. 6.01) bzw. 59 Fundstellen (Recherchen I und II gesamt) konnte nur ein Autor mit eindeutig verhaltenstherapeutischer Orientierung ausgemacht werden (Grünbaum, 2005), wohingegen 9 von 25 (bzw. 25 von 59) Autoren mit psychodynamischer Orientierung vertreten sind (s.o., Abb. 6.01). Trotz Vorselektion der Literatur in der ergänzenden Recherche (gleichviele verhaltenstherapeutisch wie psychodynamisch orientierte Publikationen) fällt auch dort ein *Ungleichgewicht hinsichtlich der theoretischen Orientierung* der Autoren auf (s.o., Tab. 6.06): 19 der 36 eigenständigen Quellen lassen sich psychodynamisch orientierten Autoren zuordnen im Gegensatz zu nur sieben, die von verhaltenstherapeutischen Autoren verfasst wurden. Selbst unter Miteinbezug der in den Recherchen III-VII gefundenen Quellen, stellen verhaltenstherapeutisch orientierte Autoren nur eine der acht Definitionen (s. auch u., Kap. 6.3.1.3) sowie drei der 14 Veröffentlichungen, die sich explizit mit der Therapeutischen Haltung als allgemeinem Konzept beschäftigen (s.u., Kap. 6.3.1.2).

Die formalen Ergebnisse der Recherchen *zusammenfassend* lässt sich festhalten, dass diese die Annahme eines Mangels an systematischer Beschäftigung und Forschung zum Konstrukt der Therapeutischen Haltung stützen. Zudem scheint das Konstrukt im psychodynamisch orientierten Bereich weiter verbreitet zu sein als im kognitiv-verhaltenstherapeutischen, worauf unten (s. Kap. 6.3.3) noch einmal eingegangen wird. Meist wird der Begriff der Therapeutischen Haltung als bekannt vorausgesetzt, was zusammen mit den oben dargestellten Ergebnissen dafür spricht, dieses Konzept als *gebräuchlichen*, aber *weder klar definierten, noch in ein wissenschaftliches Begriffssystem eingeführten Terminus* zu verstehen.

6.3 Kursorischer Literaturüberblick

Nachdem im vorigen Abschnitt die Ergebnisse der Recherchen hinsichtlich einiger *formaler Aspekte* dargestellt und diskutiert wurden, sollen in diesem Abschnitt ausgewählte *Inhalte* zusammengefasst werden, die bezüglich einer Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung relevant scheinen. Die für den kursorischen Literaturüberblick genutzten 105 Quellen sind inklusive themenbezogener Informationen (z.B. theoretische Orientierung der Autoren, Verfügbarkeit einer Definition der Haltung) in einer Tabelle im Anhang aufgeführt (s. Anhang A). Auf die Behandlung *ausgewählter Inhalte* vor dem Hintergrund der recherchierten Quellen (s.u., Kap. 6.3.1 und 6.3.2) folgt die *Vertiefung einiger Themen* anhand einer eingeschränkteren Auswahl inhaltlich besonders ergiebig erscheinender Veröffentlichungen (s.u., Kap. 6.3.3 und 6.3.4). In Abschnitt 6.3.5 werden die Inhalte des Literaturüberblicks zusammenfassend *diskutiert*.

6.3.1 Therapeutische Haltung im Allgemeinen

6.3.1.1 Primäre Begriffe

Die 105 Quellen wurden zunächst danach untersucht welcher *spezifische, mit der Therapeutischen Haltung assoziierte Begriff* primär genutzt wurde (s. auch Anhang A). Sofern möglich wurde ein primärer Begriff je Quelle identifiziert, in sechs Quellen wurden aber auch zwei Begriffe gleichwertig, d.h. i.d.R. gleichhäufig im Text genutzt (bei Dirlich-Wilhelm & Maurer, 1998; Eith, 1997; Hoffmann & Hofmann, 2008; Kanfer et al., 2012; Königswieser & Hillebrand, 2006; Kutter, 2003). Eine der Quellen enthielt keinen Begriff, der mit Therapeutischer Haltung assoziiert werden konnte (Dinslage, 1982), bezüglich fünf Quellen wurde bei genauerer Durchsicht festgestellt, dass diese sich nicht mit Haltung im therapeutischen Kontext beschäftigen (z.B. Haltung von Eltern ggü. deren Kindern in Hargens, 2006). Tabelle 6.07 (s.u.) fasst die Ergebnisse überblicksartig zusammen:

Tab. 6.07. Übersicht der primär genutzten Begriffe;

primärer Begriff	Nennungen (%)*
Haltung (des Therapeuten), (Psycho-) Therapeutische Haltung	51 (51,5%)
Grundhaltung (des Therapeuten) bzw. (Psycho-) Therapeutische Grundhaltung	17 (17,2%)
(psycho-) analytische bzw. psychodynamische (Grund-) Haltung	14 (14,1%)
inhaltlich spezifizierte Haltungsbegriffe (z.B. innere Haltung)	13 (12,1%)**
sonstige orientierungsspezifische Haltungsbegriffe (z.B. systemische Haltung)	9 (9,1%)

* die absoluten Angaben addieren sich zu 104 Nennungen; die Prozentangaben beziehen sich auf die 99 Quellen (s. Text); ** Kanfer et al. (2012) nennen zwei Haltungsbegriffe gleichwertig, weswegen die Prozentzahl bezogen auf die Quellen geringfügig kleiner als die absolute Zahl bezogen auf die Nennungen ist;

Unter Berücksichtigung der Ausschlüsse und Doppelnennungen lassen sich den dann 99 Quellen insgesamt 104 primäre Begriffe entnehmen (s.o., Tab. 6.07). Am häufigsten werden die Begriffe *Haltung (des Therapeuten)* bzw. der *(Psycho-) Therapeutischen Haltung*, als primäre Begriffe verwendet (in 51 der 99 Quellen). Diese werden dabei teils im Singular, teils im Plural verwendet, ohne dass sich aus dieser Unterscheidung auch ein Unterschied in der Bedeutung ableiten ließe. Gleiches gilt für die ebenfalls allgemein gehaltenen Begriffe *Grundhaltung (des Therapeuten)* bzw. *(Psycho-) Therapeutische Grundhaltung*, die in 17 der 99 Quellen als primäre Begriffe genutzt werden. 23 Autoren nutzen *orientierungsspezifische Haltungsbegriffe*, wobei solche, die sich der psychodynamischen Orientierung zuordnen lassen (z.B. analytische Haltung) mit 14 von 99 Quellen deutlich häufiger als anderen Orientierungen zurechenbare Haltungsbegriffe (nur insgesamt 9 von 99 Quellen) verwendet werden. In 12 von 99 Quellen (13 unterscheidbare Begriffe) werden vornehmlich *inhaltlich spezifizierte Haltungsbegriffe* (z.B. innere Haltung, provokative Haltung, rationale Haltung, etc.) verwendet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass *allgemein gehaltene Haltungsbegriffe* am häufigsten als primäre Begriffe genutzt werden, relativ häufig werden auch schulenspezifische Haltungsbegriffe verwendet, vornehmlich i.S. einer *psychodynamischen Haltung* (s.o., Tab. 6.07). Letztere Feststellung ist wenig verwunderlich, da insb. psychodynamisch orientierte Autoren sich mit der Therapeutischen Haltung zu befassen scheinen, wie schon bei der Diskussion der formalen Rechercheergebnisse bemerkt (s.o., Kap. 6.2.3).

6.3.1.2 Kontexte der Thematisierung

Zudem wurden die verfügbaren Quellen danach durchgesehen, innerhalb welcher *inhaltlichen Kontexte* die Therapeutische Haltung thematisiert wird. Hierbei lassen sich in den 99 Quellen insgesamt 134 Kontexte identifizieren, da die Haltung in einer Reihe von Fällen im Rahmen von bis zu drei gleichwertigen Themen behandelt wird. Tabelle 6.08 fasst die Ergebnisse überblicksartig zusammen (Erläuterungen im Text u. der Tab.):

Tab. 6.08. Übersicht inhaltlicher Kontexte der Thematisierung des Haltungsbegriffs;

Kontext/inhaltlicher Rahmen der Thematisierung	Nennungen (%)*
Darstellung eines therapeutischen Verfahrens/einer therapeutischen Methode	36 (26,9%)
Klientenmerkmale: Diagnosen (z.B. PTBS) bzw. spez. Zustände (z.B. Suizidalität)	33 (24,6%)
Sonstige Aspekte des psychotherapeutischen Prozesses/der Therapietheorie	29 (21,7%)
Settingaspekte/Makrobedingungen (z.B. Ethik, Migration, Therapie mit Kindern)	24 (17,9%)
Therapeutenaspekte: persönliche/professionelle Entwicklung und Ausbildung	12 (9%)

* die absoluten Angaben addieren sich zu 134 Nennungen; die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl der 134 genannten Kontexte, nicht der Quellen (s. Text);

Wie der Tabelle 6.08 zu entnehmen, wird die Therapeutische Haltung mit 36 von 134 Nennungen (26,9%) am häufigsten im Kontext der *Darstellung eines therapeutischen Ver-*

fahrens (z.B. Verhaltenstherapie, psychoanalytisch-interaktionelle Therapie) oder *spezifischer Strategien/Methoden* (z.B. Monodramatechnik, konfliktaufdeckende Psychotherapie) thematisiert. Innerhalb dieser Themenkategorie lässt sich die Hälfte der Nennungen (18 von 36) der psychodynamischen Orientierung zuordnen. Nahezu ebenso häufig bilden *Aspekte des Klienten* den inhaltlichen Rahmen der Behandlung des Konzepts der Haltung (33 von 134 Nennungen; 24,6%). Dabei handelt es sich in knapp der Hälfte der Nennungen (15 von 33) um als psychische Störungen diagnostizierbare Klientenmerkmale (z.B. somatoforme Störungen), siebenmal bilden Persönlichkeitsakzentuierungen den inhaltlichen Rahmen. In 29 von 134 Fällen (21,7%) lassen sich von Orientierungen unabhängige Kontexte der Thematisierung identifizieren, welche sich mit *allgemeinen Aspekten des Therapieprozesses oder therapeutischer Theorie* befassen. U.a. wird die Therapeutische Haltung hier in gut der Hälfte der Funde (15 von 29) im Kontext bestimmter Therapiephasen (z.B. Diagnostik) oder therapeutischer Aufgaben (z.B. Beziehungsgestaltung) diskutiert.

Etwas seltener als die drei vorgenannten Kontexte bilden Aspekte, die unter den Begriffen *Setting, Makro- oder Rahmenbedingungen* von Psychotherapie gefasst werden können, den inhaltlichen Rahmen (24 von 134 Nennungen; 17,9%). Hierunter fallen z.B. ethische Fragestellungen, aber auch spezifische Settings, wie Therapie mit Kindern, Jugendlichen oder Migranten sowie Familien oder Gruppen. Am seltensten wird die Therapeutische Haltung vor dem Hintergrund von *Therapeutenaspekten*, wie etwa beruflicher Sozialisation, persönlicher Entwicklung oder Selbsterfahrung thematisiert (12 von 134 Nennungen; 9%).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass *Therapeutenaspekte* eher selten den Kontext für die Thematisierung der Haltung bieten (s.o., Tab. 6.08). Dies verwundert insofern als aus verschiedenen Gründen der Therapeut als Person als inhaltlicher Rahmen der Begriffsklärung in der vorliegenden Arbeit gewählt wurde (s. Einstiegskapitel) und auch die Mehrzahl der verfügbaren (rudimentären) Definitionen die Haltung als Therapeutenmerkmal ausweisen (s.u.). Insgesamt scheint die Therapeutische Haltung im Kontext diverser Themen des psychotherapeutischen Bereichs behandelt zu werden, ohne dass sich eine spezielle/systematische „Verortung“ feststellen ließe.

6.3.1.3 Definitionen

Beschreibungen dessen, was unter dem Begriff der Therapeutischen Haltung zu verstehen sei, die *expliziten Definitionen* nahekomen (s.o., 2.2.2.1), oder Verweise auf Definitionen anderer Autoren ließen sich in sechs der 69 recherchierten Artikel finden (Erlanger, 1996; Hoffmann & Hofmann, 2008; Jakobitsch, Kronenburg & Streb, 2000; Klug et al., 2008; Königswieser & Hillebrand, 2006; Pieringer, 1995), sowie in zwei der in der ergänzenden Recherche identifizierten 36 Quellen (Jaeggi & Riegels, 2008; Rudolf, 2010). Tabelle 6.09 fasst die insgesamt acht expliziten Definitionen zur Therapeutischen Haltung im Allgemeinen überblicksartig zusammen:

Tab. 6.09. Definitionen der Therapeutischen Haltung in der Literatur;

Quelle und Definitionsansatz
Erlanger (1996): „Die therapeutische Haltung stellt die Verankerung der Therapie dar, verankert im Therapeuten mit all seinen menschlichen Vorzügen und Schwächen“ (S. 126);
Hoffmann & Hofmann (2008): „Grundhaltungen sind innere Einstellungen, mit deren Hilfe wir die Welt ordnen, an denen wir uns orientieren und unser Verhalten ausrichten (S. 184); „Unter einer inneren Haltung verstehen wir die Bereitschaft, auf ein Objekt oder eine Situation in einer konstanten Weise zu reagieren. Der Begriff ist nur in den Fällen angebracht, bei denen es um relativ überdauernde Stellungnahmen unserer ganzen Person zu ausreichend komplexen und bedeutsamen Sachverhalten geht. (...) Innere Haltungen beinhalten Elemente (...) [a]uf der kognitiven Ebene (...) [a]uf der affektiven Ebene (...) [a]uf der volitionalen Ebene (...) [a]uf der Verhaltensebene“ (S. 78);
Jaeggi & Riegels (2008): „(...) die Haltung des Therapeuten (...), d.h. insbesondere (...) die Art und Weise, wie er dem Patienten begegnet“ (S. 86);
Jakobitsch, Kronenburg & Streb (2000): „Der Begriff „therapeutische Haltung“ beschreibt die Art und Weise der Beziehungsgestaltung bzw. des Beziehung- und Kommunikationsstiles zwischen Therapeut/therapeutischer Bezugsperson und Klient/Patient in einem klinischen oder einem Beratungssetting“ (S. 20); „Die psychotherapeutische Grundhaltung stellt eine spezifische Kommunikationsform dar, deren Ziel es ist ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient/Patient zu etablieren, um mittels Diskurs die Ressourcen und Selbstheilungskräfte anzuregen. (...) Die psychotherapeutische Grundhaltung (...) und die (...) „klassisch-medizinische“ Grundhaltung unterscheiden sich durch unterschiedliche Kommunikationsstile. Wir ordnen beide Grundhaltungen (...) unter den Überbegriff „therapeutische Grundhaltungen““ (S. 21);
Klug et al. (2008): „Werte, Überzeugungen und Haltungen, nach dem Vorschlag von Sandell et al. (2004) als therapeutische Haltung zusammengefasst, können als der persönliche Hintergrund des Therapeuten aufgefasst werden, vor dem sich der therapeutische Prozess während der Behandlung entfaltet“ (S. 1); „Annahmen über die Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess, über die therapeutische Technik, über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit, [werden] zusammenfassend die therapeutische Haltung genannt“ (S. 2);
Königswieser & Hillebrand (2006): „Haltung ist die Art und Weise, wie wir uns zu uns selbst und zu unserer Umwelt in Beziehung bringen, wie wir uns mit unserer Außen- und Innenwelt auseinandersetzen, wie wir Beziehungen gestalten, in welchen »Schienen« wir denken und wahrnehmen. Sie bestimmt letztlich, was wir wahrnehmen (»für wahr nehmen«) oder für falsch halten“ (S. 75).
Pieringer (1995): „Die Grundhaltung, bzw. primäre Grundhaltungen sind bio-psycho-soziale Wirklichkeiten des Menschen und als solche nur perspektivisch beschreibbar“ (S. 116); „Der Begriff „primäre Grundhaltungen“ soll die dem Menschen innesseiende primäre Differenzierungsmöglichkeit seiner bio-psycho-sozialen Wirklichkeit beschreiben und ist damit ein lebendiges Integral von Erkenntnisgehalten, Grundstimmungen, biologischen Organisationen und kreativen Kräften“ (S. 119); „Die therapeutische Grundhaltung ist die bewußt [sic!] reflektierte, persönlich erfahrene, bio-psycho-soziale Wirklichkeit des Menschen“ (S. 120)
Rudolf (2010): „[Therapeutische] Techniken [werden] von einer Therapeutenpersönlichkeit mit ihren subjektiven Eigenschaften und ihrer persönlichen Einstellung zum Patienten angewendet. Diese subjektive Seite (...) soll im Folgenden unter dem Stichwort „ therapeutische Haltung “ diskutiert werden“ (S. 136, Hervorheb. im Orig.);

Anmerkungen: Erläuterungen im Text (s.u.)

Während die Definition von Erlanger (1996) eher abstrakt gehalten ist und über die Verortung der Haltung als *Therapeutenmerkmal* (vgl. auch „der persönliche Hintergrund des Therapeuten“, Klug et al., 2008, S. 1) hinaus wenig klärt, bietet die zwar ebenso knappe Charakterisierung der Therapeutischen Haltung durch Jaeggi und Riegels (2008) als „Art und Weise, wie [der Therapeut] dem Patienten begegnet“ (S. 86) immerhin einen ersten Hinweis auf einen Zusammenhang mit dem Konstrukt der *Therapiebeziehung* (s.o. Tab. 6.09). Diesen Zusammenhang betonen insbesondere Jakobitsch, Kronenburg und Streb (2000), welche die Therapeutische Haltung als „Art und Weise der Beziehungsgestaltung“ (S. 20) und deren Unterform, die psychotherapeutische Grundhaltung, als „spezifische Kommunikationsform“ (S. 21) definieren. Das Bestimmungsstück der Beziehungsgestaltung greifen auch Königswieser und Hillebrand (2006) auf, erweitern dieses aber, indem sie „Außen- und Innenwelt“ (S. 75) zum Objekt der Therapeutischen Haltung erklären.

Andere Autoren rücken eher die *intrapsychische Organisation* in den Mittelpunkt, indem sie die Therapeutische Haltung als „Bereitschaft, auf ein Objekt oder eine Situation in einer konstanten Weise zu reagieren“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 78) definieren und verschiedene beteiligte Verhaltensebenen (kognitiv, affektiv, volitional, ...) als deren Elemente angeben (ebd.). Therapeutische Haltungen werden als grundlegende *kognitive Leistung* verstanden, indem sie als „innere Einstellungen, mit deren Hilfe wir die Welt ordnen, an denen wir uns orientieren und unser Verhalten ausrichten“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 184) oder „dem Menschen inneseiende primäre Differenzierungsmöglichkeit seiner bio-psycho-sozialen Wirklichkeit“ (Pieringer, 1995, S. 119) charakterisiert werden.

Teilweise werden mit „Werte[n], Überzeugungen und Haltungen“ (Klug et al., 2008, S. 1) oder „Annahmen über die Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess, über die therapeutische Technik, über Psychotherapie allgemein und Persönlichkeit“ (ebd., S. 2) auch *kognitive Strukturen* als Bestimmungsstücke angegeben, die typischerweise durch eine gewisse Zeitstabilität gekennzeichnet sind (vgl. „relativ überdauernde Stellungnahmen“, Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 78). Als solche nimmt die Therapeutische Haltung Einfluss darauf „in welchen »Schienen« wir denken und wahrnehmen“, sowie „was wir wahrnehmen (»für wahr nehmen«) oder für falsch halten“ (Königswieser & Hillebrand, 2006, S. 75).

Mit der hinter der Haltung stehenden *Absicht* greifen Jakobitsch, Kronenburg und Streb (2000) einen in anderen Definitionen weniger hervorstechenden Aspekt auf. Nach Ansicht dieser Autoren zielt die Therapeutische Haltung darauf ab, „ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient/Patient zu etablieren, um mittels Diskurs die Ressourcen und Selbstheilungskräfte anzuregen“ (S. 21). Zu erwähnen ist, dass Rudolf (2010) die Therapeutische Haltung als „*subjektive Seite*“ (S. 136; Hervorheb. durch H.P.) dem „technischen Handeln“, das „scheinbar eindeutig versachlicht werden“ (ebd.) könne gegenüberstellt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich *wenige Gemeinsamkeiten* zwischen den in Tabelle 6.09 (s.o.) zusammengestellten und im Text diskutierten Definitionen finden lassen. Relativ häufig wird die *Therapeutische Haltung als Therapeutenmerkmal* behandelt (Erlanger, 1996; Jaeggi & Riegels, 2008; Klug et al., 2008; Rudolf, 2010), manchmal allerdings auch eher als allgemeinmenschliche Möglichkeit (Hoffmann & Hofmann, 2008; Kö-

nigswieser & Hillebrand, 2006; Pieringer, 1995) oder als Merkmal der Beziehungsgestaltung zwischen Klient und Therapeut (Jakobitsch, Kronenburg & Streb, 2000). Weiterhin scheinen die Autoren davon auszugehen, dass mit Therapeutischer Haltung ein *intentionales Konzept* bezeichnet wird, das sich auf ein Objekt, eine Situation oder insbesondere die Klienten bezieht. Viele der zur Umschreibung genutzten Begriffe, wie z.B. Verankerung, Einstellung, Stil, Werte, etc. (s. Tab. 6.09) deuten an, dass von einer gewissen *Stabilität* der Therapeutischen Haltung im Sinne eines *Persönlichkeitsmerkmals* ausgegangen wird.

6.3.2 Merkmale und Bedeutungsaspekte

Neben den drei oben dargestellten Charakterisierungsmöglichkeiten der Literatur zur Therapeutischen Haltung, legen Inhalte der Kapitel zur Wissenschaftstheorie (s. Kap. 2) sowie zur Bedeutung von Wörtern (s. Kap. 4) nahe, die Literatur hinsichtlich potentieller *Merkmale* (Eigenschaften/Dimensionen), zentraler *begrifflicher* sowie *kausaler/funktionaler Relationen* (Bedeutungsaspekte) zu analysieren. Dieses Unterfangen lässt sich auch als eine Vertiefung der in den Definitionen (s.o.) angelegten Charakterisierungen des Begriffs verstehen. Um Aussagen zu Merkmalen und ausgewählten Aspekten der Bedeutung machen zu können, wurde eine pragmatische Auswahl aus den 105 recherchierten Quellen getroffen, da eine komplette Untersuchung den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt hätte. Die Suche wurde auf die 25 Quellen aus *Recherche I mit den Suchbegriffen der Gruppe B* (s.o., Tab. 6.01) sowie die 36 Quellen aus der *ergänzenden Recherche in Lehr- und Handbüchern* (s.o., Tab. 6.06) beschränkt, also zusammen 61 Quellen. Zur Unterstützung der Kategorisierung wurde ein Vorgehen gewählt, das methodisch an die *qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (2010a) angelehnt ist, insbesondere an die *induktive Kategorienbildung*, sowie technisch durch Nutzung der *QDA-Software MAXQDA* (Verbi GmbH, 2004; QDA = Qualitative Data Analysis) unterstützt wurde. Sowohl Methodik als auch technische Umsetzung werden im Zusammenhang der Bedeutungsanalyse detailliert besprochen (s.u., Kap. 9 und 10). An dieser Stelle sei explizit darauf hingewiesen, dass die im Folgenden vorgestellten Analyseergebnissen lediglich an der genannten Methodik *orientiert* erzielt wurden und nicht im Rahmen einer strengen Befolgung methodischer Regeln. Die zu Kategorisierung und Berechnung genutzten MAXQDA-Projekte sowie entsprechenden Excel-Tabellen (Code-Matrix-Browser) können beim Autor der vorliegenden Arbeit auf Anfrage eingesehen werden.

6.3.2.1 Merkmale/Dimensionen

Eine Möglichkeit einen Begriff zu klären ist die Sammlung möglicher *Merkmale* (Eigenschaften, Charakteristika, Dimensionen), anhand derer er beschrieben und taxonomisch eingeordnet werden kann (a. auch Kap. 4). Im Rahmen der Durchsicht der Literatur, konnten insgesamt 305 Textstellen aus 53 der 61 Quellen identifiziert werden, die sich für eine Rekonstruktion eignen. Folgende Tabelle 6.10 gibt zunächst einen Überblick der Merkmale/Dimensionen, die aus den Texten rekonstruiert wurden:

Tab. 6.10. Übersicht der rekonstruierbaren Merkmale/Dimensionen*;

Dimensionen		Anzahl der Textstellen	Anzahl der Quellen
prozess- bezogen	Entlastung/Fürsorge	28	16
	Aktivität	18	13
	Aufmerksamkeit/Achtsamkeit/Präsenz	16	10
	<i>gesamt</i>	<i>127</i>	<i>41</i>
klienten- bezogen	Akzeptanz	22	19
	Empathie/Verständnis	15	14
	Interesse/Neugier	16	12
	<i>gesamt</i>	<i>84</i>	<i>38</i>
wert- bezogen	Neutralität/Wertfreiheit	19	13
	Respekt	13	12
	Abstinenz	10	10
	<i>gesamt</i>	<i>50</i>	<i>28</i>
formal	Förderlichkeit	6	6
	Stabilität	5	5
	Flexibilität	6	4
	<i>gesamt</i>	<i>28</i>	<i>18</i>
Dimensionen gesamt		305	53

* berichtet werden Funde bezüglich der Hauptkategorien sowie derjenigen drei Unterkategorien, bezüglich derer aus den meisten Quellen (Spalte „Anzahl der Quellen“) Aussagen rekonstruiert werden konnten;

Wie der Tabelle 6.10 (s.o.) zu entnehmen, wurden die Merkmale/Eigenschaften als *dimensionale Eigenschaften* rekonstruiert. Dies wurde nicht nur durch die in den Texten genutzten *skalaren Adjektive* nahegelegt wie etwa „respektvoll“, „abstinenz“, „stabil“ oder „distanziert“, sondern auch durch die teils explizit als *Dimensionen* charakterisierten Haltungen. So werden z.B. Pole beschrieben, wie bei Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012), die „rationale/irrationale Therapeutenhaltungen“ (S. 450) als „mehr oder weniger realistische Überzeugungen von sich und der Welt“ (ebd.) bezeichnen. Explizit sprechen Knaier, Lohmer und Meisl (1982) davon, dass die Haltung sich „zwischen zwei gegensätzlichen Polen: dem „Technik“-Pol und dem „Normalisierungs“-Pol“ (S. 145; Hervorheb. im Orig.) bewege. Teilweise wird auch darauf hingewiesen, dass die Therapeutische Haltung „Extreme“ (ebd., S. 146) annehmen könne. Um die auf Basis von jeweils mindestens drei Textstellen (ansonsten Restkategorie) insgesamt 25 induktiv/materialgeleitet konstruierten Dimensionen zu ordnen, wurden vier übergeordnete Kategorien gebildet. Diese umfassen Dimensionen, die sich eher auf den Therapieprozess (*prozessbezogene Dimensionen*) oder

die Person des Klienten beziehen (*klientenbezogene Dimensionen*), die moralische Werte ausdrücken (*wertbezogene Dimensionen*) oder formale Aspekte der Haltung beschreiben (*formale Dimensionen*). In der obigen Tabelle 6.10 werden der Übersichtlichkeit halber jeweils nur die drei Dimensionen pro Kategorie exemplarisch aufgeführt, denen Textstellen aus der größten Anzahl von Quellen zugeordnet werden konnten.

Prozessbezogene Dimensionen. 127 Textstellen aus 41 der 61 Quellen lassen sich Dimensionen zuordnen, die dadurch charakterisiert sind, dass am ehesten *der therapeutische Prozess (insb. die therapeutische Beziehung) als Bezugspunkt* erscheint. Die innerhalb dieser Kategorie aus den meisten Quellen (16 von 61) rekonstruierbare Dimension „Entlastung/Fürsorge“ beinhaltet 28 Textstellen, die potentiell den Aspekt der *Verantwortlichkeit bzw. den Gegensatz von Unterstützung vs. Verantwortungsübergabe im Therapiegeschehen* als Merkmal der Haltung thematisieren. So werden u.a. „Fürsorge“ (Herpertz & Caspar, 2008, S. 77), „Supportivität“ (Jaeggi & Riegels, 2008, S. 94) oder „Fürsorglichkeit“ (Hohage, 2011, S. 36) als Merkmale der Haltung genannt, aber auch „Eigenverantwortung“ (ebd., S. 35) oder „Zumutung der Verantwortung“ (Grande, 2002, S. 240). Vergleichsweise häufig werden auch Charakterisierungen der Haltung vorgeschlagen, die sich im Sinne der „Aktivität“ im Therapieprozess (18 Textstellen aus 13 Quellen), oder dem Ausmaß an „Aufmerksamkeit/Achtsamkeit/Präsenz“ rekonstruieren lassen (16 Textstellen aus 10 Quellen). Weitere Dimensionen, die als prozessbezogen kategorisiert wurden (nicht in Tab. 6.10 aufgeführt; Reihenfolge absteigend bez. Anzahl der Quellen), sind „Deutung/Konfrontation/Provokation“, „Kooperation/verteilte Expertise“, „Involvierung/Distanz“, „Patienten-/ Klienten-/Kundenorientierung“ und „Ziel-/Lösungsorientierung“.

Klientenbezogene Dimensionen. 84 Textstellen aus 38 der 61 Quellen lassen sich Dimensionen zuordnen, die dadurch charakterisiert sind, dass am ehesten *der Klient bzw. dessen persönliche Merkmale als Bezugspunkte* erscheinen. Die innerhalb dieser Kategorie aus den meisten Quellen (19 von 61) rekonstruierbare Dimension „Akzeptanz“ beinhaltet 22 Textstellen, die potentiell den Aspekt der *Akzeptanz (oder Ablehnung) des Gegenüber* als Merkmal der Haltung thematisieren. So lassen sich z.B. die „Akzeptanz des So-Seins“ (Diekmann & Albertini, 2009, S. 169), die Haltung des „Du darfst so bleiben, wie Du bist“ (Eidenschink & Eidenschink, 1992, S. 43), oder schlicht „Akzeptanz“ (u.a. Eith, 1997, S. 65; Holm-Hadulla, 2007, S. 253) hierunter fassen. Ebenfalls recht häufig werden Charakterisierungen der Haltung vorgeschlagen, die sich im Sinne der/des dem Anderen entgegenbrachten „Empathie/Verständnis“ (15 Textstellen aus 14 Quellen), oder dem Ausmaß an „Interesse/Neugier“ rekonstruieren lassen (16 Textstellen aus 12 Quellen). Weitere Dimensionen, die als klientenbezogen kategorisiert wurden (nicht in Tab. 6.10 aufgeführt; Reihenfolge absteigend bez. Anz. der Quellen), sind „Ressourcenorientierung/Zutrauen“, „Wertschätzung/Anerkennung/Wärme“, „Offenheit“ und „Authentizität/Kongruenz“.

Wertbezogene Dimensionen. 50 Textstellen aus 28 der 61 Quellen lassen sich Dimensionen zuordnen, die dadurch charakterisiert sind, dass in diesen *Bezüge zu (moralischen) Grundwerten* zum Ausdruck kommen. Die innerhalb dieser Kategorie aus den meisten Quellen (13 von 61) rekonstruierbare Dimension „Neutralität/Wertfreiheit“ beinhaltet 19 Textstellen, die potentiell den *Aspekt der Einbringung oder Zurückhaltung der Werte oder*

Ziele des Therapeuten als Merkmal der Haltung thematisieren. Charakterisierungen wie „Wertneutralität“ (Grünbaum, 2005, S. 499), „Neutralitätshaltung“ (Hicklin, 1993, S. 194) oder „Neutralität“ (u.a. Döring & Schüßler, 2006, S. 8; Schweitzer, 2012, S. 247) und „Wertfreiheit“ (Streb, 2009, S. 26) lassen sich hier einordnen. Am zweit- bzw. dritthäufigsten werden Eigenschaften der Haltung vorgeschlagen, die sich im Sinne des verlangten Ausmaßes an „Respekt“ (13 Textstellen aus 12 Quellen), oder der Zurückhaltung, was die Befriedigung eigener Bedürfnisse angeht („Abstinenz“; 10 Textstellen aus 10 Quellen) verstehen lassen. Charakterisierungen, die sich in der Dimension „Allparteilichkeit“ abbilden, lassen sich schließlich aus sechs Quellen rekonstruieren.

Formale Dimensionen. Die in den vorigen Kategorien zusammengefassten Dimensionen charakterisieren die Haltung inhaltlich, indem sie die Art und Weise der Bezugnahme auf Objekte (Klient, Werte des Therapeuten, Therapieprozess) thematisieren. Im Gegensatz dazu sind die als formal bezeichneten Dimensionen *auf die Haltung selbst bzw. deren Struktur bezogen* (insgesamt 28 Textstellen aus 18 Quellen). Die Dimension „Förderlichkeit“ fasst z.B. Aussagen zusammen, welche die Haltung als etwas kennzeichnen, das *eine bestimmte Wirkung (günstig oder ungünstig)* haben kann. Ein Beispiel für die insgesamt sechs Textstellen aus sechs der 61 Quellen die dieser Dimension zugeordnet wurden, wäre die Beschreibung einer „wirksame[n] Grundhaltung“ (Schröder, 2007, S. 1062). Unter dem Begriff „Stabilität“ wurden solche Textstellen subsummiert, welche sich als Aussagen über die *zeitliche, situationsübergreifende Stabilität oder Kohärenz der Haltung* verstehen lassen (fünf Textstellen aus fünf Quellen), wie z.B. die Kennzeichnung als „einheitlich“ (Dieckmann & Albertini, 2009, S. 160). Weitere Textstellen lassen sich als die formalen Dimensionen „Flexibilität“, „Dimensionalität“ und „Bewusstheit“ rekonstruieren.

Die induktive Rekonstruktion von Merkmalsdimensionen **zusammenfassend**, lässt sich feststellen, dass in den analysierten Quellen eine *äußerst heterogene Menge an Attributen* zur Beschreibung der Therapeutischen Haltung genutzt wird. Alternativ zu den vier übergeordneten Kategorien (s.o., Tab. 6.10) ließen sich einige der Dimensionen direkt oder indirekt im Sinne der *bedingungslosen positiven Wertschätzung, der Empathie* und der *Echtheit* gruppieren, die als sog. Grundbedingungen meist im Zusammenhang der klientenzentrierten Therapie Carl Rogers genannt werden (vgl. Rogers, 1982; Lutz et al., 2010). Andere Dimensionen, wie *Abstinenz* und *Neutralität*, werden unter gleichem Titel in anderem Kontext auch „als die *differentia specifica* von analytisch begründeten gegenüber anderen Formen der Psychotherapie bezeichnet“ (Hartkamp, 2006, S. 68). Einige Dimensionen, wie *Entlastung/Fürsorge, Aktivität, Interesse/Neugier* oder *Respekt*, sind allerdings weniger mit bestimmten theoretischen Orientierungen verbunden. Zu bemerken ist, dass die hier als Begriffe auf einer hierarchischen Ebene dargestellten Dimensionen, innerhalb der Quellen teilweise als *Gegenpole* oder in einer *Teil-Ganzes-Beziehung* zueinander verwendet werden, allerdings nicht einheitlich. Die *relativ geringe Anzahl als formale Dimensionen rekonstruierbarer Textstellen* kann abschließend als weiterer Hinweis darauf verstanden werden, dass die Therapeutische Haltung als psychologisches Konstrukt eher selten explizites und vornehmliches Thema in der Literatur zu sein scheint.

6.3.2.2 Begriffliche Relationen

Die 61 Quellen wurden auch nach Textteilen durchsucht, die sich als *Aussagen über taxonomische und meronomische Relationen, sowie Bedeutungsübereinstimmungen* rekonstruieren lassen (s. auch Kap. 4.2.2). Folgende Tabelle 6.11 vermittelt eine Übersicht der im Text berichteten Relationen:

Tab. 6.11. Übersicht der rekonstruierbaren begrifflichen Relationen;

begriffliche Relation		Anzahl der Textstellen	Anzahl der Quellen
Bedeutungsübereinstimmung		49	30
taxonomisch (Über-/ Unterordnung)	Überbegriffe	8	5
	Unterbegriffe	38	19
	gleiche Ebene	10	7
	<i>gesamt</i>	56	22
meronomisch (Teil-Ganzes-Beziehung)	Holonyme	4	4
	Teile der Haltung	28	11
	gleiche Ebene	30	17
	<i>gesamt</i>	62	25
begriffliche Relationen gesamt		167	47

Bedeutungsübereinstimmung. Aus rund der Hälfte der Quellen (30 von 61; s.o., Tab. 6.11) lassen sich insgesamt 49 Textstellen als Aussagen über Bedeutungsübereinstimmung, d.h. *Synonymie* oder *Bedeutungsähnlichkeit*, verstehen. Dabei handelt es sich nicht um explizite Nennungen, sondern um Aussagen, die aufgrund der Verwendung der Begriffe *rekonstruiert* wurden: So stellt Eith (1997) beispielsweise einer „familiätherapeutischen Haltung“ (S. 64) eine „medizinale Grundeinstellung“ (ebd.) gegenüber und vergleicht beide anhand gegensätzlicher Eigenschaften. Auf Basis dieser Verwendung der Begriffe „Haltung“ und „Grundeinstellung“ (oder eines vergleichbaren Umgangs mit Begriffen in anderen Texten) wurde auf eine Art der Bedeutungsübereinstimmung *geschlossen*. Neben einer ganzen Reihe von lediglich einmal auftauchenden Begriffen, wie z.B. „therapeutische Ausrichtung“ (Grande, 2002, S. 238), „Werthaltung[en]“ (Grünbaum, 2005, S. 499) oder „professionelles Selbstverständnis“ (Knaier, Lohmer & Meisl, 1982, S. 144), werden zwei Begriffe häufiger scheinbar synonym oder bedeutungsähnlich verwendet. Es handelt sich dabei zum einen um Begriffe aus dem Spektrum *therapeutische Beziehung*, wie z.B. „Beziehungsgestaltung“ (Doering et al., 2008, S. 450) oder „Beziehungsangebot“ (Sporn, 1989, S. 275), die immerhin von 12 der 61 Autoren genutzt werden. Zum anderen handelt es sich um Begriffe aus dem Bereich *Einstellung*, die sich aus 10 der 61 Quellen rekonstruieren ließen, wie z.B. „Therapeuteneinstellung[en]“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012, S. 459) oder „Grundeinstellung“ (Rudolf, 2006, S. 336).

Taxonomische Relationen. Wie in Abschnitt 4.2.2 (s.o.) dargestellt bilden Begriffe typischerweise Hierarchien auf Basis von Hyponymie, sog. *Taxonomien*. Begriffe in Taxonomien können zueinander über-, unter-, oder nebengeordnet sein. Auch im Hinblick auf diese taxonomischen Relationen werden in den untersuchten Quellen keine expliziten Aussagen gemacht, weswegen auch hier Textstellen auf Basis des Kontextes als Über- und Unterbegriffe (Hypero- und Hyponyme) bzw. Begriffe auf gleicher Ebene (Heteronyme) *rekonstruiert* werden müssen (s.o.). In einem Drittel der Quellen (22 von 61) ließen sich insgesamt 56 potentielle Aussagen über taxonomische Relationen finden (s.o., Tab. 6.11).

- Am häufigsten wurden mit 38 Textstellen aus 19 Quellen *Unterbegriffe der Therapeutischen Haltung* identifiziert. Als solche wurden genutzte Begriffe entweder rekonstruiert, wenn ein Haltungsbegriff durch eine theoretische Orientierung spezifiziert wurde (schulenspezifische Haltung: z.B. systemische Haltung, psychodynamische Haltung), oder auf Basis des Kontextes, wenn ein anderweitig spezifizierter Haltungsbegriff (schulenspezifische Haltung: z.B. kreative Haltung, kontextbezogene Haltung) durch weitere Spezifizierungen bzw. Haltungseigenschaften charakterisiert wurde. Dabei konnten der psychodynamischen Orientierung zuzuordnende schulenspezifische Haltungsbegriffe, wie z.B. „analytische Haltung“ (Bürgin, 2002, S. 196) oder „psychodynamische Grundhaltung“ (Wöller & Kruse, 2010b, S. 51), aus 12 der 61 Quellen, sonstige schulenspezifische Begriffe, wie z.B. „traditionell verhaltenstherapeutische Coaching-Haltung“ (Habermeyer et al., 2008, S. 470) oder „Grundhaltung der systemischen Therapie“ (Jakobitsch, Kronenburg & Streb, 2000, S. 28) nur aus vier Quellen rekonstruiert werden.
- Ebenfalls vier Autoren nannten *Begriffe gleicher Ebene*, die sich im Sinne einer medizinisch orientierten Haltung rekonstruieren lassen, wie z.B. „medizinale Grundeinstellung“ (Eith, 1997, S. 64) oder „diagnostische Haltung“ (Rudolf, 2010, S. 83). Dabei ist zu bemerken, dass *Begriffe gleicher Ebene* sowie insbesondere *Überbegriffe* nur selten identifiziert werden konnten (zehn Textstellen aus sieben Quellen bzw. acht Textstellen aus fünf Quellen).

Meronomische Relationen. Eine weitere Möglichkeit der begrifflichen Ordnung bieten Hierarchien auf Basis von Teil-Ganzes-Beziehungen, sog. *Mereologien* (s. auch Kap. 4.2.2). Die entsprechenden meronomischen Relationen festzustellen ist bei konkreten, sinnlich erfassbaren Objekten, wie etwa einem Tisch (z.B. Beine, Tischplatte, ...) oder dem menschlichen Körper (z.B. Kopf, Hals, Rumpf, ...) noch vergleichsweise einfach. Schon bei abstrakten Objekten, wie „Möbel“ oder erst recht bei theoretischen Konstrukten wird es äußerst schwierig, Aspekte dieser Objekte/Konstrukte als „Teile“ aufzufassen. Dennoch lassen sich eine Reihe von Textstellen im Sinne der Nennung meronomischer Relationen interpretieren, wenn z.B. von einem „Element der Haltung“ (Henningsen & Martin, 2008, S. 553) oder von „Aspekte[n] der Haltung“ (Janssen, 1992, S. 788) die Rede ist. Auf diese Weise konnten 62 Aussagen aus 25 der 61 Quellen als meronomische Relationen rekonstruiert werden.

- Nur viermal wurden allerdings Aussagen getroffen, welche sich als *Nennung eines Holonym* (eines Ganzen) zur Therapeutischen Haltung als Meronym (als Teil) verstehen

lassen, wie z.B. von Grünbaum (2005), der „wissensgestützte[s] Können und erfahrungsgebundene[s] Wissen als Ziel der Ausbildung“ (S. 500) bezeichnet, worunter „Haltungen und Werte (...) zu subsumieren“ (ebd.) seien. Hier ließe sich das eben genannte „Können und (...) Wissen“ (ebd.) als Ganzes/Holonym zur Haltung als Teil/Meronym rekonstruieren, neben anderen Teilen (wie z.B. Werten).

- Im Sinne solcher anderer *Teile/Meronyme neben der Haltung* ließen sich 30 Textstellen aus 17 Quellen verstehen, wobei von elf Autoren therapeutische Techniken (oder auch Methoden, Strategien) als Begriffe gleicher Ebene genannt wurden. Von neun Autoren wurden Begriffe genutzt, die sich unter Beziehungsgestaltung subsumieren lassen, wie z.B. „Beziehungsangebot“ (Eidenschink & Eidenschink, 1992, S. 39).
- Weitere 28 Textstellen von elf Autoren lassen sich als Aussagen über *Teile der Therapeutischen Haltung* (als Ganzes) rekonstruieren. 19 dieser Aussagen von elf Autoren beziehen sich auf Gegenstände, die sich als kognitive Strukturen verstehen lassen, wie etwa auf Einstellungen gegenüber den Klienten („Auffassung über Veränderungsmöglichkeiten“, Knaier, Lohmer & Meisl, 1982, S. 144). Dem gegenüber stehen neun Aussagen aus vier Quellen, die teils abstrakte Verhaltensaspekte der Therapeutischen Haltung benennen, wie z.B. „masochistische Unterwerfung“ (Reimer, 2007b, S. 753).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass insgesamt relativ *wenige Aussagen* (insg. 167) aus 47 der 61 analysierten Quellen *zu begrifflichen Relationen* rekonstruiert werden konnten. Wie schon die Definitionen (s.o., Kap. 6.3.1.3) lassen auch die rekonstruierten Aussagen zu begrifflichen Relationen auf ein recht heterogenes Verständnis der Therapeutischen Haltung schließen. Z.B. werden die gleichen Konstrukte (z.B. Annahmen/kognitive Strukturen) als Teil der Haltung, als die Haltung beinhaltendes Ganzes, als Oberbegriff der Haltung, als Unterbegriff der Haltung, oder als Begriff bzw. Teil gleicher Ebene verwendet. Eine Reihe begrifflicher Relationen ließ sich nur sehr selten rekonstruieren, wie z.B. Überbegriffe oder Holonyme (s.o., Tab. 6.11). Innerhalb der Texte werden Bedeutungsbeziehungen oft nicht stringent genutzt, d.h. bestimmte Konstrukte werden beispielsweise sowohl als Teil der Haltung als auch als deren Ausdruck bezeichnet, eindeutige Beziehungszuordnungen („X ist Teil von Y“, „A ist ein B“, „X gehört zu Y“, etc.) werden selten getroffen, eher wird von „Zusammenhängen“ oder „Aspekten“ gesprochen. Da die relevanten, oft vagen Textstellen vor deren Analyse in MAXQDA allerdings paraphrasiert wurden (s. dazu auch Kap. 10.3.2.3), basiert die Zuordnung zu den oben beschriebenen Kategorien auf einem hohen Maß an Interpretation, was bei der weiteren Bewertung der berichteten Bedeutungsbeziehungen zu berücksichtigen ist.

6.3.2.3 Auswirkungen/Funktionen

Entsprechend der Theoriensicht (s.o., Kap. 4.3.2) konstituieren die Annahmen über kausale bzw. funktionale Relationen, in die ein Konzept wie das der Therapeutischen Haltung eingebettet ist, dessen Bedeutung. Für die Psychotherapieforschung scheint insbesondere die Frage von Interesse, welche *Auswirkungen* die Einnahme einer bestimmten Haltung (quasi als unabhängige Variable) im Therapieprozess bzw. auf das Therapieergebnis (als

abhängige Variable) hat. Dieser Perspektive entsprechend wurden die 61 Quellen nach Textstellen durchsucht, die sich als Aussagen über potentielle Auswirkungen der Haltung rekonstruieren lassen. Im Rahmen der an die qualitative Inhaltsanalyse (s.o.; s. auch im Detail unter Kap. 9.3) angelehnten Durchsicht der Literatur, konnten insgesamt 192 Textstellen aus 44 der 61 Quellen identifiziert werden, die sich für eine Rekonstruktion eignen. Folgende Tabelle 6.12 fasst die Ergebnisse überblicksartig zusammen:

Tab. 6.12. Übersicht der rekonstruierbaren Auswirkungen;

„Objekt“ der Auswirkung*		Anzahl der Textstellen	Anzahl der Quellen
Klient	Veränderung/Entwicklung/Fortschritt	19	14
	Wohlbefinden/Sicherheit	21	12
	Exploration/Zugang schaffen	14	9
	<i>gesamt</i>	<i>92</i>	<i>29</i>
Therapieprozess	Umsetzung von Strategien/Methoden	13	11
	Allianz/Beziehung	13	10
	Therapieprozess, allgemein	14	8
	<i>gesamt</i>	<i>53</i>	<i>28</i>
Therapeut	Reaktionen/Verhalten	14	9
	Belastung/Wohlbefinden	10	8
	Annahmen/Überzeugungen/Einstellungen	8	5
	<i>gesamt</i>	<i>44</i>	<i>20</i>
Auswirkungen gesamt		192	44

* berichtet werden Funde bezüglich der Hauptkategorien sowie derjenigen drei Unterkategorien, bezüglich derer aus den meisten Quellen (Spalte „Anzahl der Quellen“) Aussagen rekonstruiert werden konnten;

Wie der Tabelle 6.12 zu entnehmen, wurden drei übergeordnete Kategorien gebildet, um die insgesamt 17 inhaltlich unterscheidbaren, induktiv konstruierten Kategorien (ohne Restkategorien) potentieller Auswirkungen sinnvoll zu ordnen. Angelehnt an das Allgemeine Modell der Psychotherapie (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; s.o. Kap. 5.2.2) wird zwischen Auswirkungen, die den *Klienten*, den *Therapieprozess* und den *Therapeuten* selbst betreffen unterschieden. Klient und Therapieprozess wurden in nahezu gleichvielen Quellen (29 vs. 28 von 61) als „Objekte“ benannt, die von der Wirkung der Therapeutischen Haltung betroffen sind, etwas seltener ließen sich Aussagen als Rückwirkungen auf den Therapeuten selbst rekonstruieren (aus 20 von 61 Quellen).

Klientenbezogene Auswirkungen. Mit 19 Textstellen aus 14 Quellen stellt „Veränderung/Entwicklung/Fortschritt“ die aus den meisten Quellen rekonstruierbare *klientenbezogene* Kategorie dar. Dieser werden Textstellen zugeordnet, die *Veränderungen, Entwicklungen oder allgemeine Fortschritte des Klienten als Wirkungen der Haltung* nennen, ohne

spezifischere Aspekte des Klienten, wie etwa dessen Einstellungen oder bestimmte Kompetenzen als Objekte des Einflusses erkennen zu lassen. So schreiben Dieckmann und Albertini (2009) der Haltung eine förderliche Wirkung auf diverse „Entwicklungsschritte“ (S. 161) zu, Jaeggi und Riegels (2008) sehen es als Aufgabe der Grundhaltung an, „Entfaltung“ (S. 101) oder auch „Wachstum“ (ebd.) zu begünstigen und nach Schweitzer (2007) trägt die Haltung dazu bei, dass „Veränderung selbstorganisiert stattfinden kann“ (S. 273). Aus 12 Quellen lassen sich weitere 21 Textstellen als Wirkung der Haltung auf das *Wohlbefinden bzw. das Sicherheitsgefühl des Klienten* in der Therapie rekonstruieren („Wohlbefinden/Sicherheit“). Eine „ironische Grundhaltung“ (Hohage, 2011, S. 39) trage z.B. in diesem Sinne dazu bei, dass der Klient Aspekte der therapeutischen Arbeit „in nicht beschämender Weise“ (ebd.) erlebt. Auch negative Auswirkungen der Haltung auf das Wohlbefinden werden genannt, wie etwa von Grande und Schauenburg (2007), die darauf hinweisen, dass eine „einseitig konfliktorientierte Haltung Gefahr [läuft], den Patienten zu überfordern“ (S. 315). Neben der aus neun Quellen rekonstruierbaren Kategorie „Exploration/Zugang schaffen“, die Auswirkungen im Sinne der *Aktivierung von Ressourcen, Gefühlen oder der Ermöglichung eines Zuganges zu bisher unbewussten Prozessen* zusammenfasst, lassen sich noch folgende klientenbezogene Auswirkungen identifizieren (nicht in Tab. 6.12 aufgeführt; Reihenfolge absteigend bez. Anzahl der Quellen): „Selbstwert/Selbstwirksamkeit/Selbstbestimmung“, „Förderung von Kompetenzen“, „Erkenntnis/Einsicht“ und „Therapie-/Veränderungsbereitschaft“.

Therapieprozessbezogene Auswirkungen. Der innerhalb der zweiten Kategorie am häufigsten rekonstruierbaren Auswirkung „Umsetzung von Strategien/Methoden“ (13 Textstellen aus 11 Quellen; s.o., Tab. 6.12) werden Aussagen zugeordnet, die einen Einfluss der Therapeutischen Haltung auf die *Art und Weise oder das Gelingen der Umsetzung einer bestimmten Technik, Methode oder Strategie* behaupten. Als abhängige Prozesse werden z.B. Rückfallprophylaxe („Identifikation kritischer Rückfallsituationen“, Mann & Loeber, 2008, S. 507) oder Entwicklung therapeutischer Schritte („zusammen mit dem Patienten nach konkreten Lösungen suchen“, Rudolf, 2006, S. 336) genannt. 13 Textstellen aus zehn Quellen lassen sich als Behauptung einer Auswirkung auf die *Qualität der therapeutischen Beziehung bzw. Allianz* verstehen („Allianz/Beziehung“), wie etwa die Annahme Wöller und Kruses (2010), dass eine „nicht verurteilende Haltung“ (S. 110) einen indirekten Beitrag zu einer „Atmosphäre von Akzeptanz und Respekt“ (ebd.) leisten könne. Aus acht Quellen lassen sich Textstellen als Annahmen bezüglich Einflüssen der Haltung auf den *Therapieprozess im Allgemeinen* („Therapieprozess, allgemein“) verstehen. So bemühen sich z.B. Eidschink und Eidschink (1992) „darzustellen, welche Wirkung die Haltung des Therapeuten (...) auf den therapeutischen Prozeß [sic!] hat“ (S. 39). Weitere therapieprozessbezogene Auswirkungen betreffen das „Therapieergebnis“ oder die „(Rahmen-) Bedingungen“ (nicht in Tab. 6.12 aufgeführt; Reihenfolge absteigend bez. Anzahl der Quellen).

Therapeutenbezogene Rückwirkungen. In der dritten Kategorie, die *Rückwirkungen auf den Therapeuten* umfasst, lassen sich zunächst 14 Textstellen aus neun Quellen als Auswirkungen der Haltung auf die *Art und Weise der verhaltensmäßigen Reaktionen* des Therapeuten gegenüber dem Klienten rekonstruieren („Reaktionen/Verhalten“; s.o., Tab.

6.12). In diesem Sinne geht z.B. Böker (1995) davon aus, dass ein Therapeut „auf der Grundlage seiner Haltung anders reagieren wird“ (S. 24), Rudolf (2010) vertritt die Meinung, „dass bestimmte Haltungen auch zu bestimmten Vorgehensweisen führen“ (S. 138) und Schmidt-Lellek (2005) beschreibt diverse ungünstige Handlungsweisen (u.a. Aufzwingen von Deutungen, technische Interventionen), die aus bestimmten Haltungen folgen. Zehn Textstellen aus acht Quellen lassen sich als Beschreibungen von Rückwirkungen der Haltung auf die *Belastung bzw. das Wohlbefinden des Therapeuten in der Sitzung* verstehen („Belastung/Wohlbefinden“). So beschreibt Diebl-Braune (2006) eine Entlastung des Therapeuten, die aus einer bestimmten Haltung heraus entstehen kann, wohingegen Grünbaum (2005) darauf hinweist, dass bestimmte Haltungen zu inneren Konflikten führen können. Im Sinne von *Auswirkungen auf kognitive Strukturen* („Annahmen/Überzeugungen/Einstellungen“) lassen sich acht Textstellen aus fünf Quellen rekonstruieren, wie z.B. die Entwicklung bestimmter „Arbeitshypothesen“ (Eith, 1997, S. 77) auf Basis einer „Haltung des Familientherapeuten“ (ebd.). Weitere Textstellen wurden als Auswirkungen auf das Einfühlungsvermögen („Empathie“) oder als reziproker Effekt auf die „Haltung selbst“ rekonstruiert.

Die eben dargestellten Annahmen ***zusammenfassend***, scheint die Therapeutische Haltung in nahezu der Hälfte der untersuchten Quellen als Faktor gesehen zu werden, der sich auf den *Klienten* als auch den *therapeutischen Prozess* auswirkt. Aus einem Drittel der Quellen lassen sich Textstellen im Sinne von Rückwirkungen der Haltung auf die *Person des Therapeuten* und deren Handlungen rekonstruieren. Innerhalb dieser übergeordneten Kategorien werden besonders häufig Annahmen darüber gemacht, dass die Therapeutische Haltung die *Entwicklung oder Veränderung des Klienten* begünstige, zu dessen *Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl* in der Therapie beitrage, die *Umsetzung von Strategien und Methoden* im Therapieprozess sowie die *Qualität der therapeutischen Beziehung* und die *Art und Weise der verhaltensmäßigen Reaktionen der Therapeuten* beeinflusse. Die Therapeutische Haltung scheint als therapeutischer Faktor mit breiter, direkter wie auch indirekter Wirkung verstanden zu werden. Wie schon die Darstellung thematischer Kontexte (s. Kap. 6.3.1.2), verfügbarer Definitionen (s. Kap. 6.3.1.3), dimensionaler Merkmale (s. Kap. 6.3.2.1) und begrifflicher Beziehungen (s. Kap. 6.3.2.2), deutet auch die Analyse potentieller funktionaler/kausaler Relationen ein *heterogenes Verständnis der Bedeutung des Begriffs der Therapeutischen Haltung* in der Fachliteratur an.

6.3.3 *Spezifische Haltungstypen*

Im Kontext der Analyse primärer Begriffe (s. Kap. 6.3.1.1), inhaltlicher und formaler Dimensionen (s. Kap. 6.3.2.1), sowie bestimmter begrifflicher Relationen (s. Kap. 6.3.2.2) war bereits angeklungen, dass bestimmte *Haltungstypen* von mehreren Autoren beschrieben werden. Mit „Haltungstypen“ sind spezifische Exemplare, d.h. *Unterbegriffe* (Hyponyme) der Therapeutischen Haltung als Oberbegriff (Hyperonym) gemeint. Wie für eine solche taxonomische Relation üblich, sollte ein Unterbegriff (spezifischer Haltungstyp) die abstrakten Merkmale des Oberbegriffs (Therapeutische Haltung) teilen, sich jedoch hinsicht-

lich der konkreten Ausgestaltung von einer Reihe alternativer Unterbegriffe unterscheiden (vgl. Löbner, 2002). Wie in Abschnitt 6.3.2.1 nahegelegt, bietet es sich an, die Therapeutische Haltung als mehrdimensional beschreibbares Konstrukt zu verstehen, dessen Unterbegriffe sich quasi anhand des *Profils der Positionierung auf den entsprechenden Dimensionen* unterscheiden lassen.

Einem solchen Verständnis kommen insbesondere die *schulenspezifisch bezeichneten Haltungen* nahe. Wie bereits oben bemerkt, wurden in der analysierten Literatur insbesondere Haltungstypen beschrieben, die sich der psychodynamischen Orientierung zuordnen lassen, aber auch systemische und klientenzentrierte Haltung/Grundhaltung waren häufiger auftauchende Begriffe (s. Kap. 6.3.2.2). Trotz intensiver Recherche ließen sich keine Veröffentlichungen finden, die sich primär mit einer als *verhaltenstherapeutisch spezifizierten Haltung* befassen, lediglich in untergeordneter Weise (z.B. bei Jakobitsch, Kronenberg & Streb, 2000; s.u.). Unter den Bezeichnungen *psychodynamische Haltung* und *systemische Haltung* sollen zwei dieser Haltungstypen im Folgenden exemplarisch skizziert werden (s.u., Kap. 6.3.3.1 und 6.3.3.2).

6.3.3.1 Systemische Haltung

Eine als *systemisch* spezifizierte Haltung wurde in zwei Quellen als primärer Begriff behandelt (Königswieser & Hillebrand, 2006; Peltzer, 2011). Ergänzend beschreiben Schweitzer (2012), Schweitzer und Kollegen (2007) sowie Lutz und Kollegen (2010) im Kontext der Darstellung der systemischen Therapie ebenfalls die entsprechende zugehörigen Therapeutischen Haltungen. In den drei letztgenannten Quellen werden übereinstimmend (teils auch sich aufeinander beziehend) *Allparteilichkeit* (bzw. auch „Neutralität“, Schweitzer, 2012, S. 247), *Ressourcenorientierung*, *Lösungsorientierung* und *Kundenorientierung* als Haltungen, die „allen systemischen Ansätzen gemeinsam“ (Lutz et al., 2010, S. 145) seien genannt. Schweitzer (2012) ergänzt *den Möglichkeitsraum vergrößern*, *Achtung vor Selbstorganisation* und *Kultursensibilität* als weitere „therapeutische Haltungen oder Richtlinien“ (S. 247), die sich als „Schnittstelle zwischen systemtheoretischen und erkenntnistheoretischen Grundlagen einerseits und dem konkreten therapietechnischen Vorgehen andererseits“ (ebd.) beschreiben lassen.

Im Sinne der obigen Analysen (s. Kap. 6.3.2.1) stellen diese Haltungen eher *Dimensionen* der Therapeutischen Haltung dar, die im Vergleich zu anderen Dimensionen (z.B. Abstinenz) hervorgehoben werden, bzw. bezüglich derer eine bestimmte Positionierung beschrieben wird. Hinsichtlich der Dimension *Allparteilichkeit* beispielsweise, wird die systemische Haltung anhand einer Position auf demjenigen Pol charakterisiert, der der Dimension die Bezeichnung verleiht (der Gegenpol wäre „Parteilichkeit“). Diese Positionierung gegenüber Personen („soziale Allparteilichkeit“, Schweitzer et al., 2007; Hervorheb. im Orig.), Ideen und Symptomen sowie gegenüber mit letzteren „verbunden[en] (...) Veränderungs- und Nichtveränderungsimpulsen“ (ebd., S. 273; Hervorheb. im Orig.) wird umschrieben als „bewusste[s] Nichtbewerten der Vorgänge, die man in einem System beobachtet“ (ebd., S. 272). Jede der oben genannten Haltungen (bzw. Dimensionen i.S. der hier

genutzten Begrifflichkeit) wird anhand *bestimmter Annahmen* und entsprechender *therapeutischer Interaktionen* beschrieben. In ähnlicher Weise listet Peltzer (2011) „Merkmale“ (S. 41) auf und Königswieser und Hillebrand (2006) nennen diverse „Charakteristika“ (S. 75), um eine „idealtypische“ (ebd.) systemische Haltung zu beschreiben. Dabei werden, neben den schon oben aufgeführten, ergänzende Dimensionen genannt, wie etwa „Narrative Lust“ (Peltzer, 2011, S. 41) oder „Widersprüche gehören zum Leben“ (Königswieser & Hillebrand, 2006, S. 75).

Einen speziellen Aspekt bringt Peltzer (2011) mit dem Konzept der „*Balancekompetenz*“ (S. 43; Hervorheb. durch H.P.) ein, womit er auf die Notwendigkeit hinweist, sich nicht rigide auf den Dimensionen der Therapeutischen Haltung zu positionieren, sondern sich je nach Anforderungen des therapeutischen Prozesses *flexibel* zu bewegen. Diese Balancekompetenz, die unter anderer Begrifflichkeit auch von Königswieser und Hillebrand (2006) anerkannt wird („Paradoxie und Haltung“, S. 80 ff.), kann als Beispiel der oben konstruierten formalen Haltungsdimension *Flexibilität* (s. Tab. 6.10) verstanden werden. Zudem wird damit die Frage aufgeworfen, ob die dort als eigene Dimension konstruierte *Stabilität* den Gegenpol zu *Flexibilität* bildet, oder beide auf unterschiedlichen hierarchischen Ebenen anzusiedeln sind.

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der Darstellungen systemischer Haltung festhalten, dass die Autoren darunter ein sehr *breites, vieldimensionales Konstrukt* beschreiben. Auch bezüglich der zentralen Bedeutung der Dimensionen *Ressourcenorientierung, Allparteilichkeit, Lösungs- und Kundenorientierung* als zentrale Charakteristika besteht weitgehende Einigkeit. Im Kontext einer Begriffsklärung interessant, sind v.a. die Beschreibung der Haltung als *Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis* (vgl. Schweitzer, 2012), sowie die Betonung des *flexiblen Umgangs mit Haltungen*, im Sinne einer übergeordneten formalen Dimension (vgl. Peltzer, 2011; Königswieser & Hillebrand, 2006).

6.3.3.2 Psychodynamische Haltung

Haltungstypen, die sich dieser Kategorie zuordnen lassen, wie z.B. „analytische Haltung“, „psychoanalytische Haltung“ oder „psychodynamische Grundhaltung“, wurden in 14 Quellen als primäre Begriffe genutzt (s.o., Tab. 6.07; s. auch Anhang A), besonders ausführlich von Dantlgraber (1989) und Mertens (1993) sowie knapp und pointiert auch von Klüwer (2003) und Kutter (2003). Zur folgenden Darstellung soll, die recherchierten Quellen ergänzend, auch auf den Lexikoneintrag von Dantlgraber (2000) zu „Haltung, psychoanalytische“ (S. 270) zurückgegriffen werden. Einen detaillierten Überblick einer großen Anzahl von Quellen zur psychodynamischen Haltung bietet die im Rahmen des vorliegenden Projekts verfasste Diplomarbeit von Mohr und Kohler (2012).

Definitionen. Von psychodynamischen Autoren werden *explizite Definitionen* des psychodynamischen Haltungstyps formuliert, die sich allerdings nicht entsprechen. So definiert u.a. Dantlgraber (ebd.) die psychoanalytische Haltung als „alle Gefühle, Denk- und Verhaltensweisen des Psychoanalytikers gegenüber seinem Patienten, (...) die er [der Psychoana-

lytiker] von sich aus in die psychoanalytische Situation einbringt“ (ebd., S. 270). Mertens (1993) hingegen versteht unter analytischer Haltung eine „metareflexive Einstellung (...), die den gesamten Einfühlungs-, Erkenntnis- und Deutungsprozess sowie die damit zusammenhängende Übertragungs- und Gegenübertragungsdimension (...) begleitet“ (S. 20). Konsens bestehe aber laut Kutter (1988; diese Quelle wurde nicht im Rahmen der Recherche identifiziert) bezüglich „folgende[r] *Definition der psychoanalytischen Grundhaltung* (...): die Suche nach Wahrheit und das nie erlahmende Interesse an Menschen und deren unvermeidlichen Konflikten“ (S. 21; Hervorheb. im Orig.).

Allgemeine vs. spezifische Haltung. Innerhalb einiger Veröffentlichungen werden *Haltungstypen unterschiedlicher Allgemeinheit* beschrieben. So differenziert Kutter (2003) die „Psychoanalytische Haltung“ (S. 371) in eine allen psychodynamisch orientierten Schulen gemeinsame „*Grundhaltung*“ (ebd., S. 372; Hervorheb. durch H.P.) bzw. „fundamentale oder basale professionelle Haltung oder Einstellung“ (ebd.) und „*spezielle*, je nach Art der Störung variierende *Haltung[en]*“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.) (vgl. i.d.S. auch Habermeyer, Rudolf & Herpertz, 2008). Die allgemeine Grundhaltung wird mit „gleichschwebende[r] Aufmerksamkeit“ (Kutter, 2003, S. 372) gleichgesetzt. Demgegenüber kann die spezifische Haltung z.B. von „Zurückhaltung und Neutralität (...) bei klassisch neurotischen Störungen“ (ebd.) geprägt sein, oder die gegenüber „unsicher gebundene[n] Patienten“ (ebd.) von „Sicherheit und Zuverlässigkeit“ (ebd.). In ähnlicher Weise unterscheidet Dantlgraber (2000) „konstante von inkonstanten Haltungen“ (S. 270), wobei die *konstante Haltung* als „professionelle Grundhaltung (...) mit wohlwollender Neutralität und Abstinenz“ (ebd.) beschrieben wird, während sich die „*inkonstante Haltung* (...) aufgrund eines bestimmten Falls oder der Einschätzung bestimmter Phasen des psychoanalytischen Prozesses“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.) ergebe.

Merkmale/Dimensionen. Neben *gleichschwebender Aufmerksamkeit*, die sich teils als Haltungstyp, teils als dimensionales Merkmal (s. Kap. 6.3.2.1) verstehen lässt, werden häufig *Neutralität* und *Abstinenz*, aber auch *Offenheit* und *Empathie* i.S. von *Dimensionen der Haltung* genannt (vgl. z.B. Dantlgraber, 1989, 2000; Mertens, 2003; Klüwer, 2003). Besonders ausführlich beschreibt Mertens (2003) *Neutralität*, die er als „genuin psychoanalytische Wahrnehmungs- und Interpretationseinstellung“ (S. 16) bezeichnet. Unter Bezug auf Franklin (1990, nach Mertens, 2003) werden „fünf Dimensionen oder Aspekte psychoanalytischer Neutralität: verhaltensmäßig, einstellungsmäßig, interpersonell, interaktionell und essentiell“ (S. 15) unterschieden. Diese manifestieren sich als abstrakte Reaktions- und Wertungsbereitschaften, wie z.B. „einstellungsmäßige Neutralität (...) als Verzicht auf wertende Urteile und Beeinflussungen“ (ebd.), oder „die Haltung der essentiellen Neutralität“ (ebd.) als Ambiguität (d.h. Wissen um den prinzipiell hypothetischen Charakter von Interpretationen) und entsprechende Offenheit „für weitere tentative Interpretationen“ (ebd.). Im Kontext psychodynamischer Ansätze von persönlichkeitsbedingten bzw. strukturellen Problemen, werden spezifische Haltungen (s.o.) beschrieben, die durch andere Dimensionen gekennzeichnet sind, als die eben genannten. So nennt Grande (2002) u.a. „Objektivierung“ (S. 239), „Prinzip Antwort“ (ebd., S. 240) oder auch eine „sorgende Haltung“ (ebd.) als „Merkmale einer strukturorientierten therapeutischen Haltung“ (ebd., S. 238). Die als

Haltungsdimension rekonstruierbare *sorgende Haltung* gehe beispielsweise einher mit einer „fürsorglichen Einstellung“ (ebd., S. 240), zugunsten derer die „intensiven und oft negativen Gegenübertragungsreaktionen“ (ebd.) zu bewältigen seien.

Bewusstheit. Sowohl konstante als auch inkonstante Haltungen können dem Analytiker *mehr oder weniger bewusst* sein (vgl. Dantlgraber, 2000). Manche Autoren halten Bewusstheit allerdings für ein *konstitutives Merkmal* einer analytischen Haltung (vgl. Köhler-Weisker, 1986 nach Dantlgraber, 1989), wohingegen „[n]icht bewußt [sic!] eingenommene Haltungen“ (ebd., S. 975) verstanden werden als „Übertragungen, die in die Übertragungs-Gegenübertragungsinteraktion einfließen“ (ebd.). Andere Autoren betrachten *auch unbewusste Haltungen als analytische Haltungen*, die durchaus zweitweise hilfreich sein können, weisen aber auf Gefahren hin („Gegenübertragungsneurose“, ebd., S. 989). Im Allgemeinen wird die „Bewußtmachung [sic!]“ (Mertens, 1993, S. 20) und Reflexion der Haltung aber für deren Nutzung als wichtig erachtet (vgl. auch Klüwer, 2003).

Kausale/funktionale Einbettung. Ganz allgemein werden Haltungen des psychodynamischen Typs als für *Therapieprozess und -ergebnis* grundlegend und einflussreich beschrieben (vgl. Dantlgraber, 1989, 2000; Mertens, 1993; Klüwer, 2003). Im Speziellen habe die analytische Haltung „das Ziel, methodische und theoretische Vorgaben permanent zugunsten einer patienten- und prozeßorientierten [sic!] Sichtweise kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verändern“ (Mertens, 1993, S. 20) oder „optimalen Zugang zu den unbewussten aktualisierten Tendenzen des Patienten herzustellen“ (Klüwer, 2003, S. 397). Von Dantlgraber (1989) werden der analytischen Haltung als „Stufe in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Interaktion“ (S. 975) Funktionen im Sinne einer *übergangsweisen externen Emotionsregulation* („Synthese aus »holding« und »containing«-Funktion“, S. 973) zugeschrieben. Entwicklung und Art der Grundhaltung bzw. konstanten Haltung werde beeinflusst von *lebensgeschichtlich erworbenen Eigenheiten der Person* (z.B. Überzeugungen, Werte, Normen), die jeweilige Umsetzung vom *Grad der Bewusstheit und Reflektion* (vgl. Dantlgraber, 2000). Die Einnahme spezifischer bzw. inkonstanter Haltungen wird v.a. als von *Merkmalen der Klienten* (u.a. Störung, Interaktionsauffälligkeiten) abhängig beschrieben (vgl. Mertens, 1993; Dantlgraber, 1989, 2000; Kutter, 2003; Klüwer, 2003).

Die Darstellung psychodynamischer Haltungstypen **zusammenfassend**, lässt sich zunächst feststellen, dass diese, insbesondere als „analytische“ oder „psychoanalytische Haltungen“ bezeichnet, vergleichsweise *etablierte und vieldiskutierte Konzepte* in der psychodynamisch orientierten Fachliteratur zu sein scheinen. Diesen Eindruck hinterlässt auch ein Vergleich mit der Behandlung der systemischen Haltung (s.o.), welche von systemisch orientierten Autoren zwar ebenfalls häufig, aber weniger elaboriert beschrieben wird. Relevante Beiträge zu einer Begriffsklärung liefern u.a. die vergleichsweise *einheitliche Darstellung zentraler Dimensionen* (insb. Neutralität, Abstinenz, gleichschwebende Aufmerksamkeit), die *Unterscheidung von Grundhaltung und spezifischen Haltungen* (konstant, insb. abh. von der Persönlichkeit des Therapeuten vs. inkonstant, insb. abh. von Klientenmerkmalen und Prozessanforderungen), sowie die Diskussion der *Bewusstheit*, welche in der hier gewählten Terminologie als formale Haltungsdimension (s.o., Tab. 6.10) verstanden werden kann.

6.3.4 *Rekonstruktion individueller Konzepte*

Im Verlauf der verschiedenen Analysen (s. Kap. 6.3.1 und 6.3.2) wurden die recherchierten Quellen u.a. danach beurteilt, wie *elaboriert* die Therapeutische Haltung darin thematisiert wird. Aus einer pragmatischen Auswahl von drei in diesem Sinne ergiebigeren Quellen (Hoffmann & Hofmann, 2008; Jakobitsch, Kronenburg & Streb, 2000; Janssen, 1992) sollen die *individuellen Konzepte Therapeutischer Haltung* im Folgenden exemplarisch auf Basis der Art und Weise, wie der Begriff im Text verwendet wird, rekonstruiert werden.

Hoffmann und Hofmann (2008) beschäftigen sich im Kontext des Themas *Selbstfürsorge* mit „Dysfunktionale[n] Therapeutenhaltungen“ (S. 78). Diese werden im Sinne eines Unterbegriffs der übergeordneten „innere[n] Haltungen“ (ebd.) bzw. allgemeiner „Grundhaltungen“ (ebd., S. 184) beschrieben und anhand der Funktionen, die ihnen bei Therapeuten zugeschrieben werden können, spezifiziert. *Innere Haltungen bzw. Grundhaltungen im Allgemeinen*, werden zum einen mit „innere[n] Einstellungen“ (ebd.) gleichgesetzt, „mit deren Hilfe wir die Welt ordnen, an denen wir uns orientieren und unser Verhalten ausrichten“ (ebd.), zum anderen mit einer „Bereitschaft, auf ein Objekt oder eine Situation in einer konstanten Weise zu reagieren“ (ebd., S. 78). Die Autoren weisen explizit auf eine *Nähe des Konzeptes der Haltung zu dem der Einstellung* hin, insbesondere hinsichtlich der Aspekte *Konsistenz* („Stellungnahmen unserer ganzen Person“, ebd.) und *zeitliche Stabilität* („Vorhersagbarkeit von Reaktionen“, ebd.). Dennoch wird die Haltung als *prinzipiell veränderbar* angesehen, sowohl durch Erfahrungen als auch andere Einflüsse (vgl. ebd.). Die „Struktur innerer Haltungen“ (ebd.) wird anhand *konstituierender Elemente* beschrieben, welche zum Konstrukt in einem Teil-Ganzes-Verhältnis zu stehen scheinen: Kognitive Strukturen und Ergebnisse, wie etwa Meinungen oder Erwartungen, bilden die „Informationsbasis“ (ebd.), neben denen entsprechende „gefühlsmäßige Stellungnahmen“ (ebd.) auf affektiver Ebene, „die subjektive Bereitschaft“ (ebd.) auf volitionaler Ebene und die „Realisierung“ (ebd.) auf Verhaltensebene genannt werden. Der *Therapeutenhaltung* als spezifischer innerer Haltung werden *drei Funktionen* zugeschrieben: *Kontrolle* über den therapeutischen Prozess („Bewältigung“, ebd., S. 79), *Orientierung* an einer Idealvorstellung der eigenen Therapeutenrolle („Identitätsarbeit“, ebd.) und „*Positionierung*“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.) hinsichtlich Funktion und Rolle im Therapieprozess sowie hinsichtlich des eigenen Berufs. Dysfunktional werde eine Therapeutenhaltung (z.B. Empathie) dann, wenn sie ins Extreme abgeleitet und übergeneralisiert wird (z.B. „Überidentifikation mit dem Patienten“, ebd., S. 80), was zu Rigidität und haltungskonformer Verzerrungen der Informationsverarbeitung führen könne. Insgesamt werden neun in diesem Sinne dysfunktionale Therapeutenhaltungen beschrieben, u.a. „Identifikation mit der Störung“ (ebd.) als Folge übersteigerten Verständnisses, „Verwöhnhaltung“ (ebd.) infolge eines übertriebenen „Wunsch[es] nach einer guten Arbeitsbeziehung“ oder „Stressanfälligkeit“: aufopferungsvolle Selbstlosigkeit“ (ebd.) als Konsequenz einer übermäßigen Altruismus. Die Konsequenzen dysfunktionaler Haltungen betreffen *alle Ebenen des Verhaltens* (kognitiv, affektiv, volitional, verhaltensbezogen) des Therapeuten und wirken sich langfristig negativ auf dessen *therapeutische Kompetenz* (z.B. Verlust von „Konsequenz und Zielgerichtetheit“, ebd., S. 82) und damit auf das *Wohlergehen der Patienten/Therapie-*

ergebnis aus (z.B. bleiben „zu erledigende Aufgaben und Anpassungsleistungen (...) un bearbeitet“, ebd., S. 85).

Jakobitsch, Kronenburg und Streb (2000) legen eine der wenigen Veröffentlichungen vor, die sich *ausschließlich* mit der Therapeutischen Haltung *als Konzept* beschäftigen. Die Autoren unterscheiden drei zueinander in taxonomischer Relation stehende Haltungskonzepte: die „therapeutische Haltung“ (ebd. S. 20; oder auch „therapeutische Grundhaltung“, ebd., S. 21) die den Überbegriff zu den spezifischeren Haltungstypen „Psychotherapeutische Grundhaltung“ (ebd., S. 20) und „klassisch-medizinische“ Grundhaltung“ (ebd.; oder auch „klinisch-diagnostische“ Grundhaltung“, ebd.) bildet. Bezüglich der *psychotherapeutischen Grundhaltung* werden weitere Haltungstypen im Sinne theoretischer Orientierungen beschrieben, z.B. die „Grundhaltung der systemischen Therapeuten“ (ebd., S. 28), die mit „Allparteilichkeit“ (ebd.) gleichgesetzt wird, oder eine „verhaltenstherapeutische Grundhaltung“ (ebd., S. 29), die „im Einüben von weniger dysfunktionalen Verhaltensmustern [besteht]“ (ebd., 30), wobei der „Therapeut (...) die Rolle als Trainer, Realitätsprüfer und Verstärker ein[nimmt]“ (ebd.). Die *übergeordnete therapeutische Haltung* wird als eine „Art und Weise der Beziehungsgestaltung bzw. des Beziehungs- und Kommunikationsstiles“ (ebd., S. 20) definiert, der „zwischen Therapeut/therapeutischer Bezugsperson und Klient/Patient in einem klinischen oder einem Beratungssetting“ (ebd.) herrsche (s. auch Tab. 6.09). Das diesem Begriff untergeordnete Konzept der „psychotherapeutischen Grundhaltung“ sei als „Sonderfall einer zwischenmenschlichen Kommunikation bzw. Interaktion“ (ebd.) zu sehen, der besonders im psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Bereich anzutreffen sei, im Gegensatz zum alternativen, klassisch-medizinischen Haltungstyp „in der somatischen Medizin“ (ebd.). Jakobitsch, Kronenberg und Streb (2000) gehen davon aus, dass der jeweilige Typ der Therapeutischen Haltung u.a. vom *Setting*, der *Interaktionsfähigkeit* des Gegenüber sowie der *gegenseitigen Rollenzuweisung* geprägt werde. Unterscheiden ließen sich Haltungstypen hinsichtlich der Art der *Informationsgewinnung* (Ausmaß der Strukturierung), der *Fragetechnik* (Ausmaß der Direktivität), der *emotionalen Haltung* bzw. Beziehungsgestaltung (Ausmaß emotionaler Distanz), der *Perspektive auf den Klienten* (Ausmaß der Objektivierung), der *Art der Interventionsgestaltung* (Ausmaß der Steuerung), dem *Verhältnis von Diagnostik zu Therapie* (Ausmaß des Zusammenhangs) sowie der *Art der Zielentwicklung* (Ausmaß der Kooperation) (vgl. ebd.). Die spezifische therapeutische Grundhaltung sei insb. durch *gleichrangige/partnerschaftliche Beziehungsgestaltung* sowie *kooperative Zielentwicklung* und *Interventionsplanung* gekennzeichnet (vgl. ebd.). Zudem wird sie als *zweckrationales* Element des therapeutischen Geschehens beschrieben, das darauf abzielt „ein Arbeitsbündnis (...) zu etablieren und einen Diskurs anzuregen, der (...) Selbstexploration, (...) Ressourcen und Selbstheilungskräfte aktivier[t]“ (ebd. S. 20) bzw. die „Stärkung der Autonomie, der Selbstachtung und der Selbstbestimmung des Patienten“ (ebd., S. 26) erreichen soll. Die rationale Basis einer psychotherapeutischen Grundhaltung stellen bestimmte Annahmen bezüglich therapeutisch hilfreicher Prozesse und Interventionen dar, aber auch ethische Prinzipien, wie die „Achtung der Selbstbestimmung und der Eigeninitiative des Patienten“ (ebd., S. 25).

Janssen (1992) diskutiert die „psychotherapeutische Haltung“ (S. 784) im Kontext von Psychotherapieforschung und Beziehungsgestaltung. Die Haltung als „Therapeutenanteil“ (S. 789) des Veränderungsprozesses leite sich ab „aus der Theorie der psychotherapeutischen Grundorientierung und der experimentellen Psychotherapieforschung“ (ebd., S. 784) sowie „100 Jahren klinischer Erfahrungen mit Psychotherapie“ (ebd.). Darauf basierend sei sie als *überindividuelles Konstrukt* sowohl abgrenzbar von der individuellen „persönliche[n] Philosophie des Therapeuten“ (ebd.), als auch als *empirisch begründetes Konzept* von „irgendeine[r] menschenfreundliche[n] und humane[n] Haltung des Arztes“ (ebd.) zu unterscheiden. Inhalt der psychotherapeutischen Haltung, die auch als „patientenorientiert“ (ebd.) charakterisiert wird, sei die „Vermittlung einer hilfreichen Beziehung“ (ebd.). Wesentliche komplex vernetzte Elemente oder Aspekte der Haltung, betreffen die *Beziehungsgestaltung* (die Vermittlung und Gestaltung einer hilfreichen Beziehung, die Arbeit an der Trennung), *therapeutische Strategien* (klare Kontraktvereinbarung, Exploration, theoriegeleitete Interpretation von psychischen Störungen und Verhalten) sowie *Einschätzungen* des Gegenüber (die Orientierung am Schweregrad der Störung/der Stabilität/der Aufnahmebereitschaft des Patienten) oder der eigenen Person (Offenheit, Bewusstsein der Begrenztheit des therapeutischen Einflusses) (vgl. ebd.). Die Haltung kann vom Patienten internalisiert werden und beeinflusst indirekt (vermittelt über Beziehung, Interventionen, Kontraktschließung, etc.; s.o.) die *Fähigkeit von Patienten* einen „Sinnzusammenhang“ (S. 784) zwischen „Erleben, seiner Persönlichkeit, seiner Lebenssituation, (...) Beschwerden und Beziehungsproblemen“ (ebd.) herzustellen.

Die drei vorgestellten Konzepte **zusammenfassend** fällt zunächst auf, dass Janssen (1992) im Vergleich zu den beiden anderen Autorengruppen die Therapeutische Haltung eher als *von der individuellen Persönlichkeit des Therapeuten relativ unabhängigen* Aspekt des Therapiegeschehens versteht. Er bezeichnet diese zwar als „Therapeutenanteil“ (ebd., S. 789), dessen Ausformung jedoch nicht die „persönliche Philosophie des Therapeuten“ (ebd., S. 784) realisiere, sondern die *objektiven Erkenntnisse der Therapieforschung*, sowie die *theoretischen Annahmen der jeweiligen Orientierung*. Sowohl Hoffmann und Hofmann (2008), als auch Jakobitsch, Kronenberg und Streb (2000) nähern sich dem Konstrukt der Haltung eher auf deskriptivem Weg. Letztere beschreiben die „psychotherapeutische Grundhaltung“ (ebd., S. 20) als abstrakten Haltungstyp, dessen Konkretisierung von diversen *individuellen Variablen* (insb. Setting, Therapeut, Patient) abhängt. Auch Hoffmann und Hofmann (2008) erkennen explizit die *Bedeutung der Persönlichkeit* des Therapeuten an, indem sie bei der Darstellung der Bewältigungs-/Kontrollfunktion der Therapeutenhaltung darauf verweisen, dass *individuelle Annahmen* die Umsetzung prägen. Übereinstimmung herrscht in der Darstellung der Haltung als Konstrukt, das sich im Sinne einer relativ *zeitstabilen* und *komplexen Strukturierung der Informationsverarbeitung* auf allen Verhaltensebenen des Therapeuten äußert und damit *für Prozess und Ergebnis der Therapie hochrelevant* zu sein scheint. Wie schon bei der Darstellung verfügbarer Definitionen bemerkt (s.o., Kap. 6.3.1.3) wird teils die *Nähe zu Einstellungen* (vgl. Hoffmann & Hofmann, 2008), teils zu *Kommunikationsstilen* (vgl. Jakobitsch, Kronenberg & Streb, 2000) betont. Eine eindeutige Abgrenzung des Haltungskonzeptes z.B. zum Konzept der therapeutischen Beziehung oder zu therapeutischen Techniken wird nicht geliefert. Vielmehr scheinen diese Aspekte

des therapeutischen Geschehens auf nicht näher bezeichnete Weise vernetzt und überschneiden sich auf unterschiedliche Art je Quelle (teils auch innerhalb einer Quelle).

6.3.5 *Diskussion des Literaturüberblicks*

In den vorigen Abschnitten wurde die recherchierte Literatur als Einheit hinsichtlich ausgewählter, für eine Begriffsklärung relevanter Themen untersucht (s. Kap. 6.3.1-6.3.3), gefolgt von einer exemplarischen Rekonstruktion individueller/autorenbezogener Haltungskonzepte (s. Kap. 6.3.4). Auf dieser Basis lassen sich zum einen Behauptungen bezüglich des *Umgangs mit dem Thema* in der psychotherapeutischen Fachliteratur formulieren (s. Kap. 6.3.5.1). Zum anderen können der Darstellung *inhaltliche Anregungen für die Explikation* des Begriffs der Therapeutischen Haltung entnommen werden (s. Kap. 6.3.5.2). Abschließend lässt sich eine Reihe von *noch offenen Fragen* formulieren, die sich im Zusammenhang einer Begriffsklärung stellen (s. Kap. 6.3.5.3).

6.3.5.1 **Umgang mit dem Thema**

Verschiedene Aspekte des Literaturüberblicks weisen auf einen eher *geringen Grad der Systematisierung* des Themengebiets hin. U.a. wird die Therapeutische Haltung von nur wenigen Autoren als allgemeines Konzept definiert (s. Kap. 6.3.1.3). Ebenso selten wird sie als Therapeutenmerkmal thematisiert, sondern eher verstreut über unterschiedlichste Kontexte behandelt (s. Kap. 6.3.1.2). Auch die sehr seltene Charakterisierung der Haltung anhand formaler Dimensionen kann als Hinweis auf einen eher rudimentären Stand der wissenschaftlichen Diskussion gedeutet werden (s. Kap. 6.3.2.1). Immerhin scheint es bezüglich der als Haltungstyp bezeichneten psychodynamischen Haltung im Kontext der psychodynamisch orientierten Fachliteratur eine systematischere Behandlung des Themas zu geben, worauf häufigere Definitionsversuche, einheitliche Quellenbezüge und auch Lexikoneinträge hinweisen (s. Kap. 6.3.3.2).

An einigen Stellen wurde zudem bemerkt, dass von einem eher *heterogenen Verständnis des Begriffs* der Therapeutischen Haltung ausgegangen werden kann. Auf diese Annahme lässt sich u.a. vor dem Hintergrund einer sehr breiten Menge an Attributen schließen, die zur Charakterisierung der Haltung genutzt werden (s. Kap. 6.3.2.1), aber auch die Vielzahl kausaler/funktionaler Relationen, die in Abschnitt 6.3.2.3 rekonstruiert wurden, deutet darauf hin.

Damit zusammen hängt die Beobachtung, dass die *Haltungskonzepte* oft *widersprüchlich* erscheinen. Dies gilt insbesondere für den Vergleich der Konzepte verschiedener Autoren, wie im Abschnitt zu den begrifflichen Relationen bemerkt wurde (s. Kap. 6.3.2.2). Dort wurde festgestellt, dass die Therapeutische Haltung zu anderen Begriffen in sich gegenseitig ausschließende taxonomische und meronomische Relationen eingebettet wird. Im Rahmen der exemplarischen Rekonstruktion individueller Haltungskonzepte können diese Widersprüchlichkeiten auch innerhalb des Begriffsverständnisses einzelner Quellen gefunden werden, z.B. wenn Jakobitsch, Kronenberg und Streb (2000) die psychothera-

peutische Haltung als eine Form der Beziehungsgestaltung beschreiben, gleichzeitig aber die Beziehungsgestaltung als eine Möglichkeit der Charakterisierung der Haltung nennen (s. Kap. 6.3.4).

6.3.5.2 Inhaltliche Anregungen

Trotz der eben beschriebenen Heterogenität und Widersprüchlichkeit der Annahmen, lassen sich dem Literaturüberblick dennoch eine ganze Reihe interessanter Anregungen für die Begriffsklärung entnehmen. U.a. wurden an verschiedenen Stellen Ideen entwickelt, wie die *hierarchische Struktur der Therapeutischen Haltung* beschaffen sein könnte. Im Rahmen der Behandlung psychodynamischer Haltungen wird unterschieden zwischen einer konstanten, professionellen Grundhaltung, die im Wesentlichen von lebensgeschichtlich erworbenen Persönlichkeitsmerkmalen (Normen, Werten, Einstellungen) des Therapeuten abhängt und spezifischen, inkonstanten Haltungen, die in Abhängigkeit von Klientenmerkmalen oder Anforderungen des Therapieprozesses eingenommen werden (s. Kap. 6.3.3.2). Die im Kontext des systemischen Haltungstyps (s. Kap. 6.3.3.1) diskutierte Flexibilität der Haltung, von Pelzer (2011) als „Balancekompetence“ (S. 43) bezeichnet, legt eine ähnliche Struktur nahe, insofern sich Flexibilität als eine Art übergeordnete Haltung verstehen lässt, die sich in der anforderungsabhängigen Einnahme untergeordneter Haltungen ausdrücken könnte.

Mit diesen Ideen steht auch das Thema der *zeitlichen Stabilität der Haltung* in Verbindung, das in der Literatur an verschiedener Stelle aufgegriffen wird. Sowohl im Zusammenhang mit den eben genannten konstanten Haltungen, als auch im Rahmen verschiedener Definitionen (s. Kap. 6.3.1.3) wird die Therapeutische Haltung oft im Sinne eines relativ überdauernden Therapeutenmerkmals beschrieben, was z.B. Formulierungen wie „verankert im Therapeuten“ (Erlanger, 1996, S. 126) oder „relativ überdauernde Stellungnahmen“ (Hoffmann & Hofmann, 2008, S. 78) nahelegen. Auch die Annahmen, dass Persönlichkeitsmerkmale einen wichtigen Einfluss auf die Haltung hätten (u.a. Dantlgraber, 2000; Hoffmann & Hofmann, 2008) oder die Haltung eine „Schnittstelle“ (Schweitzer, 2012, S. 247) zwischen Theorie und Praxis darstelle, weisen auf die Annahme zeitlicher Stabilität hin, sofern grundlegende theoretische Annahmen einer Person als eher änderungsträge verstanden werden. Schließlich kann auch die häufige Bezugnahme auf das Konzept der Einstellung zur Umschreibung der Haltung als Hinweis darauf angesehen werden, dass die Therapeutische Haltung als Dispositionsbegriff (s. Kap. 2.2.2.2) verwendet wird.

Was die Merkmale angeht, auf Basis derer sich individuelle Haltungen voneinander unterscheiden lassen, scheint die *Charakterisierung anhand dimensionaler Eigenschaften* eine geeignete Möglichkeit zu sein, die in der Literatur verfügbaren Beschreibungen zu systematisieren (s. Kap. 6.3.2.1). In diesem Sinn wird die Therapeutische Haltung häufig anhand von Dimensionen beschrieben, die den Klienten, den Therapieprozess oder Werte des Therapeuten als Bezugspunkt beinhalten (s.o., Tab. 6.10). Bezüglich der seltener thematisierten formalen Dimensionen, welche sich auf die Haltung selbst beziehen, lassen sich insbesondere der Darstellung spezifischer Haltungstypen Anregungen entnehmen. So

wird im Kontext psychodynamischer Haltungstypen die Bewusstheit und Reflektiertheit der Haltung als wichtige Dimension diskutiert (s. Kap. 6.3.3.2), im Kontext systemischer Haltungstypen die schon genannte Flexibilität (s. Kap. 6.3.3.1).

Die vielen und heterogenen Annahmen bezüglich direkter und indirekter Auswirkungen der Haltung auf die Handlungen der Therapeuten in der Therapie, zentrale Aspekte des therapeutischen Prozesses sowie Klientenmerkmale und Therapieergebnisse, lassen abschließend darauf schließen, dass die *Therapeutische Haltung als eine Art „Breitbandwirkfaktor“* im therapeutischen Geschehen angesehen wird (s. Kap. 6.3.2.3). Wenn auch in geringerem Ausmaß, lassen sich doch auch Annahmen bezüglich verschiedener Rückwirkungen der Haltung auf den Therapeuten finden, was das Thema Psychohygiene angeht weisen hierauf insbesondere Hoffmann und Hofmann (2008) hin (s. auch Kap. 1.2.3).

6.3.5.3 Offene Fragen/anhaltende Unklarheiten

Auch wenn die recherchierte Literatur Hinweise für eine Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung bietet, bleiben doch viele Fragen offen, oder werden gerade durch die Anregungen (s.o.) aufgeworfen. Insbesondere bleibt die begriffliche Beziehung der Therapeutischen Haltung zu anderen zentralen Konzepten des Therapiegeschehens (z.B. zu therapeutische Beziehung, therapeutische Technik) oder der Psychologie (z.B. Einstellungen, Persönlichkeitsmerkmale) unklar. Es lassen sich Fragen formulieren wie: *Drückt sich die Haltung in Beziehungsgestaltung und Technik aus? Sind therapeutische Methoden und Haltung Konzepte auf begrifflich gleicher Ebene? Ist die Haltung als Teil der therapeutischen Beziehung zu sehen? Ist die Therapeutische Haltung ein Persönlichkeitsmerkmal, eine Einstellung oder eine Verhaltensbereitschaft?*

Ebenso ist das Verhältnis der Therapeutischen Haltung zu den hier als Haltungstypen beschriebenen Unterbegriffen sowie den als Dimensionen konzipierten Merkmalen nicht eindeutig, ebenso wenig wie das Verhältnis der Dimensionen untereinander: *Sollte man die als inkonstant bezeichneten Haltungen tatsächlich als eigenständige Haltungen verstehen, oder eher als Positionen auf Dimensionen, welche eine grundlegende, konstante Haltung charakterisieren? Sind Konzepte wie Empathie, Ressourcenorientierung, Neutralität oder Aktivität sinnvollerweise als dimensionale Eigenschaften der Haltung zu sehen, oder handelt es sich eher um Haltungstypen? In welchem Verhältnis stehen inhaltliche zu formalen Eigenschaften? Ist es sinnvoll von einer kohärenten Therapeutischen Haltung zu sprechen (mit eigenen Merkmalen), oder wird damit eine Klasse voneinander relativ unabhängiger Einstellungen bezeichnet, welche lediglich durch den gemeinsamen Kontext (Therapieprozess) zusammenfallen?*

Eine weitere Reihe von Fragen betrifft Themen, hinsichtlich derer die Literatur aus pragmatischen Gründen nicht eingehender analysiert wurde, wie z.B.: *Welche Mechanismen erklären die postulierte Wirkung der Haltung im Therapiegeschehen? Wodurch wird die aktuelle Umsetzung der Haltung beeinflusst? Wie entwickelt sich die Therapeutische Haltung? Woran lässt sich die Haltung eines Therapeuten erkennen? Mit welchen Mitteln lässt sich das Konstrukt der Therapeutischen Haltung erfassen?*

Sicherlich ließen sich noch viele weitere, für eine Begriffsklärung relevante Fragen auf Basis des Literaturüberblicks stellen. Was durch diese Auflistung v.a. verdeutlicht werden sollte, ist die Notwendigkeit einer Begriffsklärung, sofern das Konzept der Therapeutischen Haltung im Sinne der einleitend formulierten Relevanz (s. Kap. 1.2) nutzbar gemacht werden soll. Insbesondere bezüglich der letzten beiden oben formulierten Fragen kann eventuell der nächste Abschnitt erste Antworten liefern, in welchem einer der wenigen empirischen Beiträge zum Thema exemplarisch vertieft dargestellt wird (s.u.).

6.4 Forschung zur Therapeutischen Identität

Wie schon im Kontext des Kapitels zur Therapeutenvariable bemerkt (s. Kap. 5), wird an prominenter Stelle (vgl. Beutler et al., 2004; Baldwin & Imel, im Druck) keine Forschung zu Konstrukten berichtet, deren englische Bezeichnung auf eine Übereinstimmung mit dem deutschen Begriff der Therapeutischen Haltung schließen ließe. Unter der Überschrift „erschlossene Persönlichkeitsmerkmale“ (s. Kap. 5.3.2.4) werden höchstens *Einstellungen* („attitudes“) von Therapeuten u.a. gegenüber Religion oder Alter diskutiert. Merkmale des Therapeuten, die unter den, dem deutschen Begriff „Haltung“ wohl am ehesten entsprechenden englischen Begriffen „stance“ (Wampold, 2010b, S. 45) und „posture“ (De Jong & Berg, 2012, S. 20) behandelt würden, tauchen als beforschte Variablen nicht auf.

Zunächst eher zufällig, im Rahmen der Anwesenheit bei einer Disputation (vgl. Dissertation von Gastner, 2009), stieß der Autor der vorliegenden Arbeit auf einen von einer internationalen Forschergruppe um den schwedischen Psychoanalytiker Rolf Sandell entwickelten Fragebogen zu *therapeutischen Einstellungen* („Therapeutic Attitudes Scale“, TASC; vgl. Sandell et al., 2004). Dieser stellt einen Teil des Fragebogens zur *Therapeutischen Identität* („Therapeutic Identity“, ThId; Grant & Sandell, 2004) dar, der durch Klug und Kollegen (Klug, Huber & Kächele 2007) als „Fragebogen zur therapeutischen Haltung“ (Klug et al., 2008, S. 1; abgekürzt als „ThAt“ für „Therapeutic Attitudes Questionnaire“) ins Deutsche übersetzt wurde.

Eine der mit dem ThId bzw. ThAt durchgeführten und veröffentlichten Studien (Klug et al., 2008) wurden außerdem im Rahmen der systematischen Recherche identifiziert. Deswegen sollen das *Erhebungsinstrument* sowie dessen *Forschungskontext* vorgestellt und hinsichtlich des zugrundeliegenden Begriffs der Therapeutischen Haltung diskutiert werden. Nach einer kurzen Einführung in den forschungspolitischen Hintergrund (s. Kap. 6.4.1), werden Entwicklung und zentrale Merkmale des ThAt thematisiert (s. Kap. 6.4.2). Seit der Entwicklung der ThId und der faktorenanalytischen Fundierung des TASC wurden eine Reihe von Studien u.a. in Schweden und Deutschland unter Nutzung des Instruments durchgeführt. Die Befunde aus vier in Schweden (vgl. Sandell et al., 2004, 2006, 2007; Carlsson et al., 2011) und zwei in Deutschland durchgeführten Untersuchungen (vgl. Klug et al., 2008; Taubner et al., 2010) sollen zur Illustration des Instruments überblicksartig berichtet werden (s. Kap. 6.4.3). Abschließend wird eine Einschätzung des Beitrags vorge-

nommen, den dieses Beispiel empirischer Forschung zur Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung leisten kann (s. Kap. 6.4.4).

6.4.1 *Hintergrund*

Der im Zentrum des hiesigen Interesses stehende Fragebogen ThId bzw. seine deutsche Variante ThAt (s.o.) wurden im Rahmen des 1993 gestarteten *Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis (STOPP)* Projekts konstruiert (vgl. Grant & Sandell, 2004). Das Projekt STOPP wurde zum einen im Zuge gewisser Veränderungen des schwedischen Gesundheitssystems entwickelt, um die von den dortigen Gesundheitsbehörden 1988 beschlossene *Subventionierung psychodynamisch orientierter Therapien* auf eine empirische Basis zu stellen (vgl. Sandell et al. 1999). Zum anderen sollte der Mangel an *Studien zu psychodynamischen Langzeittherapien* behoben werden (vgl. Sandell et al., 2001; Grant & Sandell, 2004). Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Frage gerichtet, inwiefern *Therapeutenvariablen* den Therapieeffekt moderieren, wobei Sandell (2007) ein Merkmal für besonders relevant erachtet, welches er als „therapeutische Milieu“ (S. 476) bezeichnet (s.u. Kap. 6.4.2.1). Zu dessen Erfassung wurden ThId/ThAt und TASC entwickelt und evaluiert (vgl. insb. Sandell et al., 2004; s. Kap. 6.4.2), sowie im Rahmen diverser Studien hinsichtlich unterschiedlichen Fragestellungen eingesetzt (u.a. Sandell et al., 2006, 2007; Klug et al. 2008; Taubner et al., 2010; Carlsson et al., 2011; s. Kap. 6.4.3).

6.4.2 *TASC, ThId und ThAt*

6.4.2.1 **Zur Entwicklung des Instruments**

Wie oben angedeutet, stellt das Konzept des „therapeutischen Milieus“ eine von Sandell (2007, S. 476) als für den Therapieeffekt zentral erachtete Therapeutenvariable dar: „Das therapeutische Milieu ist der Hintergrund, vor dem sich der Therapeut – bewusst oder unbewusst – in Relation zu seinem Patienten langfristig verhält“ (ebd.). Dieses Milieu beruhe „primär auf den professionellen Werten und Überzeugungen des Therapeuten“ (ebd.), aber auch „Faktoren der Persönlichkeit“ (ebd.) spielten eine Rolle. Nach Ansicht Sandells lasse sich dieses Konstrukt gut mit der TASC „einfangen“ (ebd.). Im Folgenden werden kurz die drei in den vorigen Abschnitten erwähnten Instrumente vorgestellt, um diesbezüglichen Verwirrungen vorzubeugen:

- ***Therapeutic Identity (ThId)***. Fragebogen zur Erfassung der „Therapeutischen Identität“, der ursprünglich als Möglichkeit zur *Erfassung des therapeutischen Milieus* im Rahmen des STOPP Projekts entwickelt wurde (vgl. Sandell, 1999; dort noch als „TherId“ abgekürzt). Er umfasst insgesamt *150 Items, aufgeteilt in sechs Bereiche*, mittels derer u.a. ausbildungsbezogene Variablen, Wertvorstellungen und berufsbezogene Grundauffassungen erhoben werden (vgl. Sandell et al., 2001).

- ***Therapeutic Attitudes Scales (TASC)***. Fragebogen zur Erfassung „therapeutischer Einstellungen“, der in neu organisierter Struktur zwei der sechs ursprünglichen Teilbereiche des ThId repräsentiert (vgl. Sandell et al. 2004): Bereich (e) mit Items zu *therapeutischen Wertvorstellungen* und Bereich (f) mit Fragen nach *Grundauffassungen bezüglich Psychotherapie und intrapsychischer Prozesse* (vgl. Sandell et al., 2001).
- ***Therapeutic Attitude Questionnaire (ThAt)***. Titel der deutschen Übersetzung des ThId, bezeichnet als „Fragebogen zur therapeutischen Haltung“ bzw. einfach als „Psychotherapeutische Haltung“, durch Klug und Kollegen (vgl. Klug, Kächele & Huber, 2002; Klug, Huber & Kächele, 2007). In der aktuellen Version 3 (Klug, Huber & Kächele, 2007) hat der ThAt acht, statt der sechs im ursprünglichen ThId unterschiedenen Bereiche (s. Kap. 6.4.2.2).

Abgesehen vom *therapeutischen Milieu*, das durch ThId oder TASC erfasst werden soll, nutzt die internationale Forschergruppe um Sandell mit *therapeutischer Identität*, *therapeutischen Einstellungen* und *psychotherapeutischer Haltung* also noch drei weitere Konstrukte, deren begriffliche Bezüge zueinander allerdings nicht eindeutig definiert werden. Sofern Klug und Kollegen den ThAt als Übersetzung des ThId verstehen (vgl. Klug et al., 2008; s.o.), sollte davon ausgegangen werden, dass diese Forscher *therapeutische Identität* und *psychotherapeutische Haltung* nahezu gleichsetzen, da der Fragebogen damit überschrieben wird. Allerdings weist die Abkürzung des deutschsprachigen Instruments „ThAt“ (Therapeutic Attitudes Questionnaire) eher auf eine angenommene Synonymie von „Haltung“ und „Einstellungen“ hin. Dem entspricht die Aussage, dass „[d]ie therapeutische Haltung (...) mit den Therapeutic Attitudes Scales (TASC) des Therapeutic Attitude Questionnaire (ThAt) erfasst [wird]“ (Klug et al., 2008, S. 3). Ungeachtet dieser begrifflichen Unklarheiten können ThId und ThAt also als *gleiche Instrumente unterschiedlicher Sprache* (englisch, deutsch) gesehen werden, aus Teilbereichen derselben die TASC konstruiert wurde (vgl. Sandell et al., 2004). Bezüglich der theoretischen Hintergründe der Itemkonstruktion der TASC, wie auch des gesamten ThId werden in entsprechenden Veröffentlichungen kaum Angaben gemacht (vgl. z.B. Sandell et al., 2001). Die ausführlichsten methodischen Angaben lassen sich einer faktorenanalytischen Untersuchung durch Sandell und Kollegen (2004) zur Überarbeitung der TASC entnehmen, als Resultat derer dort eine revidierte Version TASC-2 vorgestellt wird (s. Kap. 6.4.2.2).

6.4.2.2 ThAt und TASC im Überblick

Im Kontext der vorliegenden Arbeit ist der ThAt von Interesse, da dieser möglicherweise als Operationalisierung der Therapeutischen Haltung verstanden werden kann (s. auch Kap. 13). Dabei sind insbesondere die Bereiche des ThAt, welche in der TASC zusammengefasst werden relevant. Wie in der englischen werden auch in der deutschen Version des Gesamtfragebogens die 150 Items in Sektionen unterteilt. Im ThAt sind dies acht (vgl. Klug, Huber & Kächele, 2007; Klug et al., 2008, s. Tabelle 6.13):

Tab. 6.13. Sektionen des ThAt (vgl. Klug, Huber & Kächele, 2007; Klug et al., 2008);

Sektion	Bezeichnung
A	Persönlicher und beruflicher Hintergrund
B	Berufliche Erfahrung
C	Selbsterfahrung
D	Theoretische Orientierung
E	Therapeutischer Stil (E1: kurative Faktoren; E2: therapeutischer Stil i.e.S.)
F	Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit
G	freie Assoziationen
H	Kommentare oder Gedanken

Während in den Sektionen A bis D (s.o., Tab. 6.13) eher soziodemographische, ausbildungs- und berufsbezogene Daten erhoben werden und Sektion H der freien Kommentierung dient, beschäftigen sich die Sektionen E und F standardisiert, sowie Sektion G offen mit Aspekten der *Therapeutischen Haltung im engeren Sinn* (vgl. Klug et al., 2008). Die in der Studie von Sandell und Kollegen (2004) faktorenanalytisch untersuchten Sektionen E1, E2 und F bilden zusammen die TASC bzw. TASC-2. Folgende Tabelle 6.14 gibt eine Übersicht der Bereiche (bzw. Sektionen) und Faktoren (bzw. Subskalen):

Tab. 6.14. Bereiche und Faktoren der TASC-2 (vgl. Sandell et al., 2004; Klug et al., 2008);

Sektionen/Subskalen	Fragen und Beispielitems
E1: Kurative Faktoren	<i>Wie sehr tragen Ihrer Ansicht nach die folgenden Techniken oder „Zutaten“ zu einer anhaltenden und stabilen therap. Veränderung bei? → 5-stufiges Rating</i>
1) Anpassung	<i>Dem Patienten konkrete Ziele geben</i>
2) Einsicht	<i>Dem Patienten helfen, die Verbindungen zw. seinen Problemen und seiner Kindheit zu sehen</i>
3) Freundlichkeit	<i>Warmherzig und freundlich sein</i>
E2: Therapeutischer Stil	<i>Was für ein Therapeut sind Sie? Wie sehr stimmen Sie den folgenden Feststellungen zu? → 5-stufiges Rating</i>
4) Neutralität	<i>Ich halte meine persönlichen Meinungen und Verhältnisse völlig aus der Therapie heraus</i>
5) Unterstützung	<i>Ich stelle dem Patienten häufig Fragen</i>
6) Selbstzweifel	<i>Ich kann am besten mit Patienten, die mir ähnlich sind</i>
F: Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit	<i>In diesem Abschnitt geht es um Ihre Ansicht über das Wesen der Psychotherapie und des Menschen → visuelle Analogskalen</i>
7) Irrationalität	<i>Von Natur aus sind Menschen ... rational vs. irrational</i>
8) Kunstfertigkeit	<i>Psychotherapie kann beschrieben werden als ... Kunstform vs. Wissenschaft</i>
9) Pessimismus	<i>Die grundlegenden Gesetzmäßigkeiten menschl. Verhaltens sind ... völlig verstehbar vs. überhaupt nicht verstehbar</i>

Wie in Tabelle 6.14 zu erkennen, wurden insgesamt *neun Faktoren* extrahiert, jeweils drei pro Sektion, welche als Subskalen des TASC beschrieben werden. Items der Sektion „Kurative Faktoren“ werden durch die Subskalen *Anpassung*, *Einsicht* und *Freundlichkeit* abgebildet. Sektion E2 „Therapeutischer Stil“ beinhaltet die Subskalen *Neutralität*, *Unterstützung* und *Selbstzweifel*. Die dritte Sektion F „Annahmen über Psychotherapie und Persönlichkeit“ wird durch die Subskalen *Irrationalität*, *Kunsthfertigkeit* und *Pessimismus* differenziert. Die Faktoren wurden u.a. mit Stichproben schwedischer (vgl. Sandell et al., 2004) und deutscher Psychotherapeuten (vgl. Klug et al., 2008) validiert. In beiden Studien konnte mit nahezu allen Subskalen *zwischen Therapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierung reliabel unterschieden* werden (vgl. Taubner et al., 2010). Auf diese und weitere mittels TASC gewonnene Befunde wird im nächsten Abschnitt 6.4.3 genauer eingegangen.

6.4.3 Ausgewählte Befunde

Die sechs ausgewählten Studien, deren Ergebnisse im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen, lassen sich grob drei Themenbereichen zuordnen. Sandell et al. (2004) sowie Klug et al. (2008) befassen sich insbesondere mit der Frage, inwiefern sich anhand der Subskalenprofile der TASC-2 *Haltungsunterschiede zwischen Psychotherapeuten unterschiedlicher theoretischer Orientierung* abbilden lassen (s. Kap. 6.4.3.1). Sandell et al. (2006) und Sandell et al. (2007) beschäftigen sich mit dem *Zusammenhang der Therapeutischen Haltung und dem Therapieergebnis* (s. Kap. 6.4.3.2). Taubner et al. (2010) und Carlsson et al. (2011) untersuchen schließlich die *Veränderung der Therapeutischen Haltung im Verlauf der Ausbildung* (s. Kap. 6.4.3.3).

6.4.3.1 Therapeutische Haltung und theoretische Orientierung

Im Rahmen der oben schon mehrfach genannten Entwicklungsstudie zur TASC-2 (vgl. Sandell et al., 2004) wurden nicht nur faktorenanalytische, sondern auch *clusteranalytische Untersuchungen* der Stichprobe auf Basis der neu gewonnenen Subskalen des TASC durchgeführt. Für die 227 Psychotherapeuten umfassende schwedische Stichprobe wurde eine Lösung mit *vier Clustern* gewählt. Unter Nutzung der Daten aus therapeutischer Selbstbeschreibung (Sektion D, s.o., Tab. 6.13) und ausbildungsbezogener Angaben (Sektion A, s.o., Tab. 6.13) konnten die Therapeuten, welche sich in den zwei am deutlichsten konträren Clustern befanden, als *psychoanalytisch vs. eklektisch orientiert (kognitiv-behaviorale Tendenz)* identifiziert werden (vgl. ebd.). Die beiden anderen Cluster wurden von Therapeuten mit *kognitiv-behavioraler bzw. eklektischer Orientierung (psychodynamische Tendenz)* gebildet (vgl. ebd.). Die Therapeuten des psychoanalytischen (PA) und des kognitiv-verhaltenstherapeutischen (VT) Clusters unterscheiden sich sehr deutlich in Annahmen bezüglich der kurativen Faktoren *Anpassung*, *Unterstützung* und *Freundlichkeit* (hohe Zustimmung KVT vs. geringe Zustimmung PA), sowie hinsichtlich der Subskala *Neutralität* (geringe Zustimmung KVT vs. hohe Zustimmung PA) (vgl. ebd.).

Mit ähnlichen Zielsetzungen, d.h. Validierung des ThAt (hier: im deutschsprachigen Bereich) und Untersuchung von Haltungsunterschieden zwischen Therapeuten verschiedener theoretischer Orientierung, führten Klug und Kollegen (2008) eine Studie mit 451 Therapeuten durch. Es wurde keine Clusteranalyse zur Unterscheidung von Gruppen mittels TASC-2 gerechnet, stattdessen wurden drei Gruppen anhand Ausbildung und Zulassung gebildet, nämlich *psychoanalytische* (PA) und *psychodynamische Psychotherapeuten* (TFP) sowie *Verhaltenstherapeuten* (VT; vgl. ebd.). Dabei konnten die Ergebnisse der oben berichteten Studie von Sandell et al. (2004) repliziert und erweitert werden: Insbesondere Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten unterschieden sich *hinsichtlich aller neun Skalen* signifikant (vgl. Klug et al., 2008). Besonders deutlich waren die Diskrepanzen hinsichtlich der Annahme der potentiellen Wirkfaktoren *Anpassung* (VT>PA) und *Einsicht* (VT<PA), bezüglich der therapeutischen Stile/Techniken *Neutralität* (VT<PA) und *Unterstützung* (VT>PA), sowie hinsichtlich der Grundannahme der *Irrationalität* (VT<PA). Folgende Abbildung 6.02 veranschaulicht abschließend die Unterschiede:

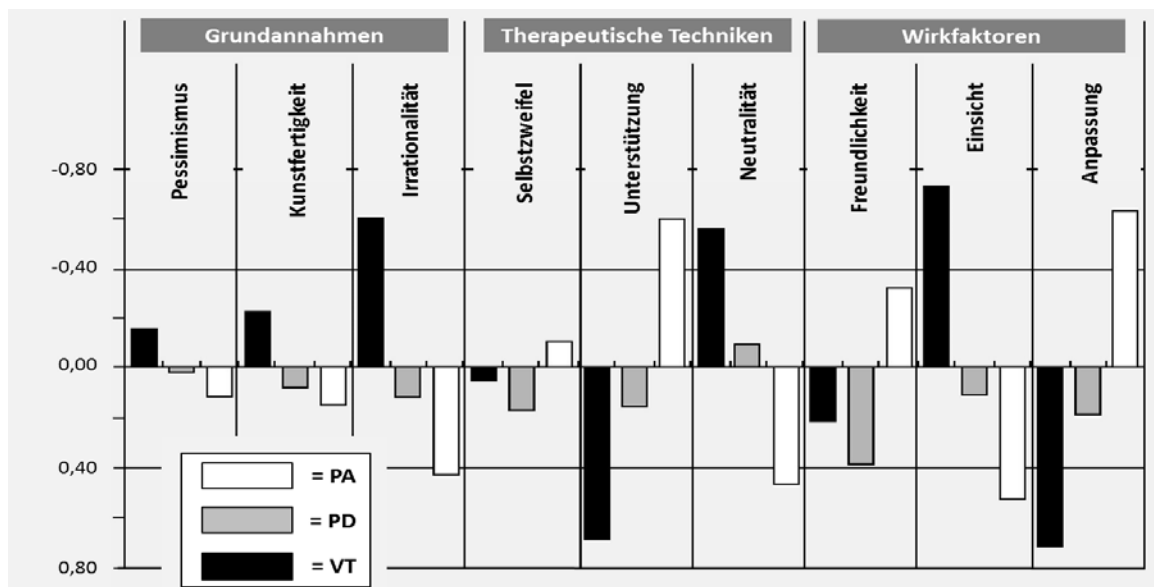


Abb. 6.02. Standardisierte Abweichungen der Mittelwerte der Psychoanalytiker (PA; weiß) der psychodynamischen Psychotherapeuten (PD; grau) und der Verhaltenstherapeuten (VT; schwarz) vom Gesamtmittelwert bezüglich der neun Subskalen des TASC-2 (mod. nach Klug et al., 2008, S. 5; (aus: Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R. & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable: Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*, 53 (2), 83–91, Abb. 1. Adaptation mit freundlicher Genehmigung durch Springer Science+Business Media B.V.;

6.4.3.2 Therapeutische Haltung und Therapieergebnis

Nachdem Sandell und Kollegen (2004) in ihrer ersten Studie den TASC-2 validiert hatten (s.o.), wurden zwei Folgestudien durchgeführt, die insbesondere den *Zusammenhang zwischen Therapeutischer Haltung und Therapieergebnis* untersuchen wollten. In einer quasi-experimentellen Studie (teils Querschnitt, teils Längsschnitt), wurde der Hypothese nachgegangen, dass die Therapeutische Haltung einen *moderierenden Effekt* auf das Therapieergebnis (GSI der SCL-90) während der Therapie habe (Sandell et al., 2007). Anhand ei-

ner Stichprobe von 142 psychodynamisch orientierten Therapeuten (PA und PD) mit 227 Klienten konnte diese Hypothese gestützt werden, wobei sich die Therapeutische Haltung auf Basis der Ergebnisse jedoch nicht nur als *Moderator*- sondern auch tendenziell als *Prädiktorvariable* des Therapieergebnisses interpretieren ließ (vgl. ebd.). Bezüglich der Moderatorhypothese konnten signifikante Effekte (standardisierter multipler Regressionskoeffizient β) auf das Therapieergebnis (GSI) für die Skalen *Freundlichkeit* ($\beta = -.36$), *Neutralität* ($\beta = -.23$) und *Kunstfertigkeit* ($\beta = -.30$) festgestellt werden (vgl. ebd.). Bezogen auf ein *Gesamtmaß* aller neun Skalen betrug die korrigierte $R^2 = .19$, ein Effekt, der im Kontext untersuchter Therapeutenmerkmale als durchaus beachtlich angesehen werden kann (vgl. ebd.).

In einer zweiten Studie mit 327 Therapeut-Klient-Dyaden (167 psychodynamisch orientierte Therapeuten, PA und PD) wurde der moderierende Effekt der Therapeutischen Haltung im Rahmen einer nicht-parametrischen Analyse latenter Klassen (LCA) betrachtet (vgl. Sandell et al., 2006). Dabei wurden die Therapien anhand der GSI-Werte zu acht Messzeitpunkten (von vor der Therapie bis längere Zeit nach der Therapie) sowie der TASC als Kovariate mittels LCA in *fünf sich deutliche unterscheidende Verlaufskluster* unterteilt (vgl. ebd.). Unabhängig der detaillierten Ergebnisse, die an dieser Stelle nicht berichtet werden, konnte in dieser Folgestudie zum einen gezeigt werden, dass Therapien von Psychotherapeuten gleicher Orientierung *äußerst unterschiedlich verlaufen* und zum zweiten, dass die *unterschiedlichen Verläufe teilweise mit Unterschieden in den therapeutischen Einstellungen assoziiert* sind (vgl. ebd.). Insbesondere die TASC-Subskalen *Anpassung*, *Freundlichkeit*, *Neutralität*, *Kunstfertigkeit* und *Pessimismus* korrelieren mit dem Therapieergebnis, allerdings je nach Cluster teils positiv, teils negativ (vgl. ebd.).

6.4.3.3 Therapeutische Haltung und Therapieausbildung

Abschließend sollen noch zwei Studien genannt werden, die sich mit *Unterschieden* (vgl. Taubner et al., 2010) und *Entwicklung* der Therapeutischen Haltungen (vgl. Carlsson et al., 2011) von Ausbildungskandidaten beschäftigen. In der Studie von Taubner und Kollegen (2010) mit 171 Ausbildungskandidaten verschiedener theoretischer Orientierung (PA, PD, VT) und Ausbildungsstadien (am Anfang, in der Mitte, am Ende der Ausbildung) werden Haltungsunterschiede auf Basis von Querschnittdaten berichtet. Bezüglich der *verschiedenen Stadien* lassen sich zwar *keine Unterschiede* finden, jedoch hinsichtlich der Orientierungen (vgl. ebd.). So können Taubner und Kollegen (ebd.) die Ergebnisse von Sandell et al. (2004), sowie Klug et al. (2008) (s. Kap. 6.4.3.1) für die Stichproben der *psychoanalytischen* und *verhaltenstherapeutischen Ausbildungskandidaten* replizieren, die sich hinsichtlich acht der neuen TASC-Subskalen signifikant unterscheiden. Besonders deutlich sind die Differenzen bezüglich *Anpassung* und *Unterstützung* (VT>PA), sowie *Einsicht* und *Irrationalität* (VT<PA) (vgl. Taubner et al., 2010). Die Befunde, dass sich weder Veränderungen der Therapeutischen Haltung über die Ausbildungsstadien, noch Unterschiede im Vergleich mit den Ergebnissen aus Studien mit erfahrenen Therapeuten zeigen, interpretieren Taubner und Kollegen (ebd.) als Hinweis darauf, dass grundlegende Einstellungen im Sin-

ne einer Therapeutischen Haltung schon *vor der Ausbildung* entwickelt werden und sich in deren Verlauf kaum noch verändern.

Einer ähnlichen Fragestellung widmen sich Carlsson et al. (2011), im Gegensatz zum Querschnittsdesign Taubners et al. (2010) aber in einer *Längsschnittstudie*. In dieser wurden insgesamt 46 Kandidaten eines psychodynamisch orientierten Ausbildungsinstitutes gebeten zu Beginn (tatsächliche Antwort: N = 35), nach zwei Jahren (N = 33), am Ende (N = 30) und drei bis fünf Jahre nach Beendigung der Ausbildung (N = 31) den ThId auszufüllen (vgl. Carlsson et al., 2011). 21 beantworteten den Fragebogen zu allen Messzeitpunkten, deren sich so ergebenden vier Profile mit denen ihrer *Supervisoren* (N = 28) sowie denen der *Cluster* aus Sandells et al. (2004) oben vorgestellter Studie (s. Kap. 6.4.3.1) verglichen wurden (vgl. ebd.). Als Ergebnis berichten die Autoren eine *Veränderung der Haltung in zwei Phasen* (vgl. Carlsson et al., 2011): In einer ersten Phase (Messzeitpunkte 1 und 2) überschneiden sich die Profile der Ausbildungskandidaten und der Supervisoren sowie des psychoanalytischen Clusters nahezu, in einer zweiten Phase (3. und insb. 4. Messzeitpunkt) distanzieren sich die Kandidaten bzw. dann ausgebildeten Therapeuten von ihren Supervisoren. Noch deutlicher fällt die *Distanzierung vom psychoanalytischen Cluster* aus, wohingegen eine *Annäherung an das psychodynamisch-eklektische und das kognitiv-verhaltenstherapeutische Cluster* stattfindet (vgl. ebd.). Wie in der Studie Taubners et al. (2010) lassen sich auch im Längsschnitt *keine Veränderungen der Haltung* während der Ausbildung feststellen, aber ab deren Ende (vgl. Carlsson et al., 2011).

6.4.4 *Diskussion der Forschung zur therapeutischen Identität*

In den vorigen Abschnitten wurden forschungshistorischer Hintergrund, Entwicklung und Aufbau der TASC als Teil des ThId (engl.) bzw. ThAt (dt.) vorgestellt, sowie ausgewählte, mithilfe dieses Instruments erhobene Befunde berichtet. In diesem Abschnitt soll darauf basierend der Frage nachgegangen werden, welchen Beitrag die TASC zur Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung leisten kann. Dabei ist zunächst festzustellen, dass die Zusammenhänge zwischen ThId/ThAt, TASC und der Therapeutischen Haltung als Konstrukt *unklar* sind. In englischsprachigen Veröffentlichungen nutzen Sandell und Kollegen meist die Begriffe „therapeutic attitudes“ (z.B. Sandell et al., 2004, S. 469) oder „therapeutic milieu“ (z.B. Grant & Sandell, 2004; S. 99), wenn sie sich auf das mittels TASC erhobene Konstrukt beziehen. In deutschsprachigen Veröffentlichungen sprechen Sandell und Kollegen ebenso von „therapeutischem Milieu“ (z.B. Sandell, 2007, S. 476) und „therapeutischen Einstellungen“ (z.B. Sandell, 1999, S. 328), aber auch von „Haltungen und Einstellungen“ (z.B. Sandell et al., 2001, S. 269), „Grundeinstellungen und Werthaltungen“ (ebd., S. 307) oder „psychoanalytische[r] Haltung“ (ebd., S. 308).

Direkt wird die *TASC als Instrument zur Erfassung der Therapeutischen Haltung* in der Studie von Klug et al. (2008) bezeichnet, sowie auf dem Titelblatt der deutschsprachigen Version des ThId, die mit „Psychotherapeutische Haltung“ (Klug, Huber & Kächele, 2007) überschrieben ist. Definitionen der Therapeutischen Haltung lassen sich den Veröffentli-

chungen nicht entnehmen, auch die Beziehungen zwischen den meistgenutzten Konstrukten *Milieu*, *Identität*, *Haltung* und *Einstellungen* werden kaum explizit geklärt. Diverse Nebensätze und Äußerungen die über die Artikel (insb. Sandell, 1999; Sandell et al., 2001; Sandell, 2007; Klug et al., 2008) verstreut sind, lassen darauf schließen, dass die Begriffe *Therapeutische Haltung* und *therapeutische Einstellungen bedeutungsgleich* verwendet und als *Teilaspekte der therapeutischen Identität* gesehen werden. Die so verstandene Therapeutische Haltung fasse *therapiebezogene Werte* und *Annahmen/Überzeugungen* zusammen (vgl. Sandell et al., 2004) und stelle den „persönliche[n] Hintergrund des Therapeuten“ (Klug et al., 2008, S. 1) dar, „vor dem sich der therapeutische Prozess während der Behandlung entfaltet“ (ebd.).

Nimmt man die Äußerungen von Klug und Kollegen (2008) ernst, so ist es am plausibelsten die *TASC als Operationalisierung der Therapeutischen Haltung* zu interpretieren. Damit ließe sich der Begriff aus Struktur und Items dieses Instruments *rekonstruieren*. Wie oben dargestellt (s. Kap. 6.4.2) wird mittels TASC nach *Annahmen über Sachverhalte* unterschiedlicher Abstraktionsniveaus (u.a. therapeutische Wirkfaktoren, Psychotherapie, Menschenbild), *Selbstbeschreibungen* (u.a. des eigenen Therapiestils und dahinter stehender Absichten) und *Einstellungen* (u.a. ggü. bestimmtem Therapeutenverhalten) gefragt. Es wird allerdings nicht klar, in welchem *Verhältnis* diese unterschiedlichen psychischen Prozesse und Strukturen zur Therapeutischen Haltung verstanden werden.

Zusammenfassend lässt sich der *Begriff der Therapeutischen Haltung*, wie er in den Veröffentlichungen der *Arbeitsgruppe um Sandell* verwendet wird und unter Bezugnahme auf die TASC m.E. folgendermaßen rekonstruieren: Die Therapeutische Haltung ist das *Gesamt der therapiebezogenen Werte, Einstellungen, Selbstbeschreibungen und Überzeugungen von Therapeuten* (vgl. Sandell et al., 2004; Klug, Huber & Kächele, 2007; Klug et al., 2008). Sie lässt sich auch mit den bedeutungsähnlichen Begriffen „therapeutisches Milieu“ (Sandell, 2007, S. 476) oder „persönlicher Hintergrund des Therapeuten“ (Klug et al., 2008, S. 1) umschreiben und wird als dem Therapeuten *nur teilweise bewusst* angesehen (vgl. Sandell, 2007). Die Therapeutische Haltung stelle einen wesentlichen *Teil der therapeutischen Identität* dar (rekonstruiert aus der Einbettung der TASC in den umfassenden ThId) und wirkt sich als *Moderatorvariable* auf das Therapieergebnis aus (empirisch bewährte Annahme im Sinne der Studien von Sandell et al., 2006, 2007). Ob die TASC im Sinne des eben rekonstruierten Begriffs als *alleinige Methode* zur Erfassung der Therapeutischen Haltung dienen kann, ist fraglich, da diese als Selbstbeschreibungsinstrument *unbewussten Aspekten der Haltung gegenüber wenig sensitiv* ist (vgl. auch Klug et al., 2008). Ergänzende *Verhaltensbeobachtungen von Therapeuten in Therapiesituationen* wären geeignet, diesen Mangel auszugleichen und zu einer umfassenderen Erhebung des Konstrukts beizutragen. Zudem wäre eine klare *Einbettung des Begriffs* in die in dessen Kontext häufig genutzten Termini und eine psychotherapeutische Rahmentheorie im Sinn einer *Explikation, die wissenschaftstheoretischen Kriterien genügen soll*, wünschenswert (s. Kap. 2.3.3).

6.5 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden formale und inhaltliche Charakteristika des Umgangs mit dem Thema Therapeutische Haltung in der psychotherapeutischen Fachliteratur aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Dazu wurde in der *Einleitung* (s. Kap. 6.1) zunächst das *Anliegen des Literaturüberblicks* vorgebracht, der insbesondere eine Antwort auf die Frage nach dem Stand der systematischen Behandlung des Themas in der wissenschaftlichen und praxisorientierten Literatur liefern, sowie einen inhaltlichen Beitrag zur Explikation leisten soll (s. Kap. 6.1.1). Darauf folgte eine erste *Annäherung an den Begriff der Therapeutischen Haltung* auf Basis entsprechender Lexikoneinträge (s. Kap. 6.1.2).

Eine erste Perspektive auf die Behandlung des Themas wurde anhand der ausführlichen Darstellung der *Recherche zum Begriff der Therapeutischen Haltung* geboten, in Rahmen derer insgesamt 105 Quellen identifiziert werden konnten (s. Kap. 6.2). Auf die Darstellung der *systematischen Recherche* zum Begriff in PSYINDEX (s. Kap. 6.2.1) folgte die Beschreibung *ergänzender Recherchen* in ausgewählten Lehr- und Handbüchern der Psychotherapie (s. Kap. 6.2.2). In Abschnitt 6.2.3 wurden die *formalen Ergebnisse der Recherche* bezüglich der Frage nach dem allgemeinen Stand der Systematisierung des Themas, im speziellen hinsichtlich der jeweiligen theoretischen Orientierung der Autoren *diskutiert*.

Nach der Einnahme einer formale Aspekte der Recherche beleuchtenden Perspektive wurde im folgenden Abschnitt 6.3 ein *inhaltlicher Überblick der recherchierten Literatur* anhand ausgewählter thematischer Schwerpunkte vermittelt. Dabei wurde zunächst dargestellt, unter Nutzung welcher primären Begriffe und vor dem Hintergrund welcher Themen die Diskussion der *Therapeutischen Haltung im Allgemeinen* geführt wird, worauf in der Literatur verfügbare Definitionen diskutiert wurden (s. Kap. 6.3.1). Lose orientiert an der Methodik der Qualitativen Inhaltsanalyse (im Detail s.u., Kap. 9), wurden anschließend *Merkmale und Bedeutungsaspekte der Therapeutischen Haltung* aus einer pragmatischen Auswahl von 61 der 105 recherchierten Quellen rekonstruiert (s. Kap. 6.3.2) im Sinne dimensionaler Eigenschaften sowie begrifflicher Relationen und kausaler Auswirkungen bzw. Funktionen. In den Abschnitten 6.3.3 und 6.3.4 wurden systemische und psychodynamische Haltung als Exemplare potentieller spezifischer Haltungstypen thematisiert sowie drei individuelle Haltungskonzepte beispielhaft rekonstruiert. Abschließend folgte eine ausführliche *Diskussion des kursorischen Literaturüberblicks* hinsichtlich des systematischen Umgangs mit dem Thema Therapeutische Haltung, inhaltlicher Anregungen für die Explikation und offener Fragen bzw. bestehender Unklarheiten (s. Kap. 6.3.5).

Im letzten Abschnitt (s. Kap. 6.4) wurde ein *Forschungsprojekt zur Therapeutischen Identität* als Beispiel der wenigen empirischen Untersuchungen im Bereich der Therapeutischen Haltung dargestellt. Nach *Hintergrundinformationen zum Projekt* (s. Kap. 6.4.1) wurden Entwicklung und Format der genutzten *Erhebungsinstrumente TASC, ThId und ThAt* vorgestellt (s. Kap. 6.4.2). Auf die Präsentation einer *Auswahl damit erzielter Befunde* (s. Kap. 6.4.3), folgte abschließend die *Diskussion des Forschungsgebietes* im Hinblick auf dessen Beitrag zur Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung (s. Kap. 6.4.4).

Kap. 7 Potentiell nahestehende Konstrukte

Überblick: Die Inhalte dieses Kapitels sollen zur Präzisierung des Begriffs der Therapeutischen Haltung dienen (s. Kap. 13). Zu diesem Zweck werden drei ausgewählte etablierte wissenschaftliche Konstrukte, die dem der Therapeutischen Haltung potentiell nahe stehen, überblicksartig dargestellt. Es handelt sich dabei um die vornehmlich in der Sozialpsychologie thematisierte „Einstellung“ (s. Kap. 7.2.1), das in der Persönlichkeitspsychologie genutzte Konstrukt der „Werthaltung“ (s. Kap. 7.2.2), sowie die Begriffe „Plan“ und „Planstruktur“, wie sie in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Literatur und Praxis verwendet werden (s. Kap. 7.3). Eine Zusammenfassung schließt das Kapitel ab (s. Kap. 7.4).

7.1 Einleitung

Wie in den Abschnitten 1.4.2.2 und 2.3.3 dargestellt, erfordert das Verfahren der Explikation die Einbettung des zu klärenden Begriffs in ein Begriffssystem, idealerweise eine wissenschaftliche Theorie. Zu diesem Zweck wurden in Kapitel 5 einige Metatheorien der Psychotherapie vorgestellt, die als Hintergrund der Einführung des Begriffs der Therapeutischen Haltung dienen können. Allerdings sollte ein solches Konstrukt nicht nur in den Theorien der Anwendungs- sondern auch der *Grundlagenwissenschaften* verankert sein, um die in der Psychotherapie oft geforderte theoretische *Fundierung in der empirischen Psychologie* zu gewährleisten (vgl. Reinecker, 2005). Zudem sollte der Begriff der Therapeutischen Haltung auch *operationalisiert* werden (s. Kap. 3.5). Aus diesen Gründen bietet es sich an, den Begriff in Abgrenzung zu *bereits etablierten Konstrukten der Grundlagenwissenschaften* wissenschaftstheoretisch zu präzisieren (s. Kap. 13.3). Sollten sich gewisse Ähnlichkeiten, Anknüpfungspunkte oder auch Unterschiede feststellen lassen, so könnte man sich bei der Konstruktion von Messinstrumenten zur Erfassung der Therapeutischen Haltung an schon im Kontext der Forschung zu den etablierten Konstrukten *entwickelten und geprüften Messinstrumenten* orientieren bzw. von diesen abgrenzen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit können natürlich nicht alle potentiell der Therapeutischen Haltung nahestehenden Konstrukte behandelt werden. Es werden deswegen lediglich drei ausgewählte Konstrukte thematisiert: die Konzepte der „Einstellung“ und der „Werthaltung“ die in der Persönlichkeitspsychologie den *Bewertungsdispositionen* zugeordnet werden (vgl. Asendorpf, 2007), sowie das Konzept des „Plans“ (bzw. der „Planstruktur“), das in der klinischen Psychologie üblicherweise unter die Kategorie der *kognitiven Strukturen* fällt (vgl. Hilbert, Röhrle & Ehring, 2008). Die hier getroffene Auswahl wird im jeweiligen Abschnitt begründet. Weitere etablierte Konzepte, die als Vergleichskonstrukte bei der Explikation des Begriffs nützlich wären, aber hier nicht diskutiert werden können, sind z.B. die der *Sozialen Repräsentation* (vgl. Howarth, 2006a,b), der *Tugend* (vgl. Potter, 2009), oder des *Schemas* (vgl. James, Todd & Reichelt, 2009; Grawe, 1998).

Um einen sinnvollen Hintergrund für den Vergleich mit dem präzisierten Begriff der Therapeutischen Haltung zu bieten, werden die Konstrukte fokussiert dargestellt, orientiert an Themen des Kapitels 4 zur Bedeutung. Zunächst soll jeweils eine *knappe Definition* des Konstrukts vorgestellt werden, die eine rudimentäre Idee der semantischen Relationen (s. Kap. 4.2) bieten kann, in welche der Begriff eingebettet ist. Danach sollen sofern möglich *Struktur, intra- und interpersonelle Funktionen* thematisiert werden, die dem Konstrukt (ggf. im Rahmen von Theorien; s. Kap. 4.3.2) zugeschrieben werden. Schließlich sollen Informationen zu *Operationalisierung* bzw. gängigen *Messinstrumenten* vermittelt werden.

7.2 Bewertungsdispositionen

Den Begriff der *Bewertungsdisposition* schlägt Asendorpf (2007, S. 249) vor um die etablierten Konzepte der *Einstellung*, der *Werthaltung* und m.E. auch des *Motivs* in einem übergreifenden Ordnungssystem zusammenzufassen. Im Folgenden soll auf Einstellung und Werthaltung genauer eingegangen werden. Das Konstrukt der *Einstellung* wurde hier ausgewählt, da es oft synonym mit dem Begriff der Haltung in der psychotherapeutischen Literatur genutzt (vgl. z.B. Grande, 2002; Eith, 1997), in psychologischen Wörterbüchern unter dem Eintrag „Haltung“ auf Einstellungen verwiesen (vgl. Häcker & Stapf, 2009; Michel & Novak, 2007) und „Haltung“ häufig mit „attitude“ ins Englische übersetzt wird, was in der Rückübersetzung wiederum meist als „Einstellung“ erscheint. Während der Begriff der „Haltung“ selbst nicht systematisiert in der grundlagenpsychologischen Fachliteratur behandelt wird (vgl. auch Kap. 6), finden sich zu dem vom Wortstamm her nahestehenden der „Werthaltung“ u.a. aktuelle Handbucheinträge (vgl. z.B. Bilsky, 2005). Zunächst folgt eine Darstellung relevanter Aspekte des Einstellungsbegriffs (s. Kap. 7.2.1) wonach das Konzept der Werthaltung thematisiert wird (s. Kap. 7.2.2)

7.2.1 *Einstellung*

Von den drei in diesem Kapitel behandelten Konstrukten, ist das der „Einstellung“ wohl am geläufigsten, nicht nur weil es einen Begriff des alltäglichen Gebrauchs darstellt, sondern auch, da es diesbezüglich eine *lange und gut systematisierte Forschungstradition* gibt (vgl. Howarth, 2006a; Prislin & Crano, 2008; Crano, Cooper & Forgas, 2010). Einstellungen sind ein zentrales Thema v.a. der Sozialpsychologie (vgl. Haddock & Maio, 2007; Aronson, Wilson & Akert, 2008), werden aber auch als Konstrukt in der Persönlichkeitspsychologie thematisiert (vgl. Asendorpf, 2007). Dementsprechend ist es möglich, *sehr viele relevante Aspekte für den späteren Vergleich* mit dem Begriff der Therapeutischen Haltung herauszuarbeiten, weswegen der Darstellung der Einstellungen mehr Raum gegeben wird, als der der anderen Konstrukte.

7.2.1.1 Definition

In der Literatur liegen verschiedene Definitionen vor. Eine erste Annäherung bieten z.B. Aronson, Wilson und Akert (2008), die Einstellungen zunächst grob als „Bewertungen von Menschen, Gegenständen und Ideen“ (S. 194) definieren. Einstellungen werden hier unter dem Oberbegriff der *Bewertung* zusammengefasst und durch bestimmte *Bewertungsobjekte* (hier Menschen, Gegenstände und Ideen) spezifiziert. Etwas ausführlicher verstehen Wänke und Bohner (2006) eine „Einstellung (...) als ein kognitives Schema (...), das evaluatives Wissen einer Person über eine Einstellungsobjekt repräsentiert“ (S. 404). In diesem Fall gilt *kognitives Schema* als Oberbegriff, die *Repräsentation bewertenden Wissens bezüglich beliebiger Objekte* als spezifizierendes Merkmal. Eine Definition, die die vorigen weiter differenziert, liefern Crano und Prislín (2006):

Attitude – „Today, most accept the view that an attitude represents an *evaluative integration of cognitions and affects* experienced in relation to an *object*. Attitudes are the *evaluative judgments that integrate and summarize* these cognitive/affective reactions“ (S. 347; Hervorheb. durch H.P.).

Zusammenfassend scheinen v.a. die Elemente der *Bewertung* und der *Bezogenheit auf Objekte* für die Definition der Einstellung zentral (vgl. Kanning, 2011), sowie in etwas geringerem Maß das Element der *Integration affektiver und kognitiver Reaktionen*. Da der Begriff der Einstellungen relativ weit gefasst wird (vgl. Bierhoff, 2006), fallen auch andere Konstrukte diverser Forschungsbereiche darunter, wie z.B. *Vorurteile*, *Selbstwert* oder auch *politische Ideologien* (vgl. Wänke & Bohner, 2006). Dass Einstellungen eher als *isolierte individuelle Merkmale* und nicht als wesentlich *sozialer Natur* konzipiert werden, wird allerdings aus Sicht der *Sozialen Repräsentationstheorie* kritisiert (vgl. Howarth, 2006a).

7.2.1.2 Struktur: Komponenten und Dimensionen

Komponenten. In den drei oben zitierten Definitionen werden die *affektiv-kognitiven Komponenten* des Konstrukts betont, *verhaltensmäßige Reaktionen* jedoch nicht als konstitutiver Bestandteil von Einstellungen genannt. Dies steht im Gegensatz zu dem meist im Kontext der Behandlung der Struktur (oder der Inhalte) von Einstellungen vermittelten *Drei-Komponenten-* bzw. *Multikomponentenmodell* (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011; Haddock & Maio, 2007). Dieses Modell geht davon aus, dass Einstellungen sich aus einer *affektiven* (die gefühlsmäßigen Assoziationen gegenüber einem Gegenstand betreffenden), einer *kognitiven* (die assoziierten Gedanken, Überzeugungen und Eigenschaften beinhaltenden) und einer *verhaltensmäßigen Komponente* zusammensetzen (vgl. Haddock & Maio, 2007). Dabei wird die Verhaltenskomponente meist im Sinne *jeder Verhaltensreaktion* auf ein Einstellungsobjekt beschrieben (vgl. Aronson, Wilson & Akert, 2008; Kanning, 2011), teils eingeschränkt auf *zurückliegende Reaktionen*, anhand derer Menschen zu Selbstbeschreibungen ihrer Einstellungen kommen (vgl. Haddock & Maio, 2007)

Dimensionen. Im Rahmen der Einstellungsforschung wurden ein- und zweidimensionale Modelle entwickelt, um die *positiven und negativen Elemente* einer Einstellung gegenüber einem Objekt abzubilden (vgl. Haddock & Maio, 2007). *Zweidimensionale Modelle* schlagen voneinander unabhängige Dimensionen vor (neutral-positiv und neutral-negativ; vgl. ebd.). Dieser Ansatz eignet sich damit besser zur Erklärung des Phänomens der *Einstellungsambivalenz*, das dann auftritt, wenn eine Person einen Gegenstand gleichzeitig mag und nicht mag (vgl. ebd.). Eine von der Bewertungsrichtung unabhängige Dimension ist die der *Stärke* von Einstellungen, die sich in *Stabilität* (s.u.), *Widerstandsfähigkeit* sowie dem *Ausmaß des Einflusses auf Informationsverarbeitung* und *Verhaltenssteuerung* ausdrückt (vgl. Crano & Prislín, 2006; Haddock & Maio, 2007).

7.2.1.3 Stabilität und Einstellungsveränderung

Stabilität. Empirisch lassen sich sowohl Daten erheben, die auf eine *hohe situationsübergreifende Stabilität* als auch auf eine *starke Kontextabhängigkeit* von Einstellungen hinweisen. Was die Erklärung dieses *scheinbaren Widerspruchs* bezüglich der Stabilität angeht, bestehen gegensätzliche Positionen in der Literatur (vgl. Bohner & Dickel, 2011). Manche heben die hohe Stabilität hervor und erklären diese unter Rückgriff auf die Annahme, dass Einstellungen als *Strukturen des Langzeitgedächtnisses* zu sehen sind (vgl. z.B. Fazio, 2007). Im Gegensatz dazu vertreten andere Autoren eher die These der *temporären Urteilsbildung*, um insbesondere die Kontextabhängigkeit von Einstellungen nachvollziehen zu können (vgl. z.B. Schwarz, 2007). Letztere Position wird auch als „Konstruktionshypothese“ (Wänke, Reutner & Bohner, 2011, S. 214) bezeichnet und vermag den o.g. empirischen Widerspruch aufzuklären, indem darauf verwiesen wird, dass in unterschiedlichen Kontexten *häufig auf ähnliche Informationen zurückgegriffen* wird (vgl. ebd.). Aber auch Theoretiker, die in Einstellungen stabile Gedächtnisstrukturen sehen, bieten Erklärungen an, indem sie auf die *Dimension der Stärke* (s.o., Kap. 7.2.1.2) verweisen (vgl. ebd.): Objekte bezüglich derer *starke Assoziationen* zu evaluativen Zusammenfassungen im Gedächtnis bestehen sind *leichter zugänglich* und produzieren daher situationsübergreifend stabile Bewertungs- und Verhaltensreaktionen (vgl. Fazio, 2007). Dementsprechend bestehen Einstellungen z.B. ggü. zentralen Aspekten der eigenen Person (Selbstkonzept; vgl. Mumme-dey, 2006) ggf. über Jahrzehnte, wohingegen Einstellungen z.B. ggü. Gebrauchsprodukten und Marken ggf. nur kurzfristiger Natur sein mögen (vgl. Kanning, 2011).

Einstellungsbildung und -veränderung. Die konzeptuelle Trennung der Einstellungsbildung von deren Veränderung kann auf Basis eines integrativen Modells, das die Realisierung von Einstellungen als *Zusammenspiel gedächtnis- und kontextabhängiger Einflüsse* konzipiert, nicht gehalten werden, weswegen für beide Perspektiven die gleichen Gesetzmäßigkeiten anzunehmen sind (vgl. Bohner & Dickel, 2011). Unterschieden werden *kognitiv sparsame Veränderungsprozesse*, wie z.B. wiederholte Konfrontation mit dem Objekt (mere exposure), Konditionierung, oder die Nutzung interner Zustände (How-do-I-feel-about-it-Heuristik), von *kognitiv anforderungsreichen Prozessen*, wie etwa das sich bewusste Positionieren angesichts schwach einstellungskonträrer Argumente (Impftheorie) (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011). *Zwei-Prozess-Modelle* der Einstellungsveränderung

postulieren, dass *bei hoher Motivation* und gegebenen Fähigkeiten (Vorwissen) eher *kognitiv aufwendige Prozesse* zur Überprüfung von Informationen aktiviert werden, bei *Desinteresse* der eher *sparsame Verarbeitungsmodus* (vgl. Crano & Prislín, 2006). Aus klassischen Theorien der Sozialpsychologie, wie der Reaktanz- und der Dissonanztheorie, leitet sich zudem die Annahme ab, dass *Verhaltensänderungen* einer Person *Einstellungsänderungen nach sich ziehen* können (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011).

7.2.1.4 Funktion und Wirkung

Funktionen. Einstellungen werden sowohl intra- und interpersonelle als auch gruppenbezogene Funktionen zugeschrieben (vgl. Hogg & Smith, 2007; Haddock & Maio, 2007; Bierhoff, 2006). Eine ganz grundlegende, als *instrumentell* bezeichnete Funktion besteht in der *Regelung des Annäherungs- und Vermeidungsverhaltens* zur Maximierung von Belohnung bzw. Minimierung von Bestrafung (Wänke, Reutner & Bohner, 2011; Haddock & Maio, 2007). Einstellungen als evaluative Wissensbestände über die Umwelt *erhöhen das Sicherheitsgefühl*, verstanden als Schemata übernehmen sie außerdem die Funktion, die *Verarbeitung neuer Information zu erleichtern* (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011; s. auch „Wissensfunktion“, Kanning, 2011, S. 469). Genannt werden auch *Identitäts- und Selbstwertfunktion*, z.B. indem durch die Zurschaustellung einer Einstellung soziale Identität konstruiert und ggf. eine Aufwertung der eigenen Person durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe erlangt wird (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011; Kanning, 2011).

Wirkungen. Zuschriebene Funktionen (s.o.) basieren in hohem Maß auf den vermuteten/rekonstruierten Wirkungen von Einstellungen. Zum einen wird angenommen, dass Einstellungen die Informationsverarbeitung beeinflussen indem sie die *Suche nach Informationen sowie deren Interpretation einstellungskonform verzerren* (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011). Zum anderen ist aber insbesondere der potentielle *kausale Einfluss von Einstellungen auf Verhalten* von Interesse und die darauf basierende Möglichkeit *Verhalten auf Basis erhobener Einstellungen vorherzusagen* (vgl. Crano & Prislín, 2006; Aronson, Wilson & Akert, 2008; Bohner & Dickel, 2011). Die bezüglich eines *direkten Zusammenhangs* zwischen Einstellungen und Verhalten erhobenen Befunde sind allerdings eher enttäuschend, die Korrelation in einer klassischen Meta-Analyse lag bei .38 (Kraus, 1995, nach Haddock & Maio, 2007). Allerdings scheinen verschiedene Randbedingungen, wie die *Zugänglichkeit von Einstellungen* (vgl. Aronson, Wilson & Akert, 2008), die *Dimension der Einstellungsstärke* (vgl. Haddock & Maio, 2007; s.o. Kap. 7.2.1.2) und die *Korrespondenz zwischen dem Spezifikationsgrad von Einstellung und Verhalten* (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011) den Zusammenhang zu moderieren. Im Kontext der Erforschung des Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhangs wurden verschiedene einflussreiche Theorien entwickelt, wie die *Theorie des geplanten Verhaltens* von Ajzen und Kollegen oder das *MODE-Modell (motivation and opportunity as determinants)* von Fazio (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011; Haddock & Maio, 2007), auf die an dieser Stelle lediglich verwiesen sei, um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen.

7.2.1.5 Operationalisierung/Messung

Im Kontext der Operationalisierung und Messung von Einstellungen ist v.a. die *Unterscheidung expliziter/direkter und impliziter/indirekter Einstellungsmaße* von Bedeutung (Schwarz, 2008), auf die im Folgenden genauer eingegangen wird. Eine weitere Möglichkeit der Einteilung von Messverfahren lässt sich *anhand der Objekte* treffen, *auf die sich die Einstellungen beziehen* wie etwa eigene Person vs. Umwelt (vgl. Kanning, 2011).

Direkte/explicite Maße. Direkte Maße erfassen Einstellungen, indem nach diesen *offen* gefragt wird (Selbstbericht), was sowohl *Auskunftswilligkeit* der Befragten als auch *bewusste Zugänglichkeit* voraussetzt (vgl. Bohner & Dickel, 2011) und die *Gefahr der Verzerrung* durch sozial erwünschtes Antwortverhalten birgt (vgl. Wänke, Reutner & Bohner, 2011). Bekannte explizite/direkte Messmethoden sind *Likert-Skalen* (gestufte Befürwortung vs. Ablehnung bestimmter Aussagen) oder *semantisches Differential* (bipolare Adjektivskalen zur Einschätzung des Einstellungsobjekts) (vgl. Haddock & Maio, 2007), aber auch offene Fragen im Rahmen der *Interviewmethode* (vgl. Kanning, 2011). Beispiele direkter Maße sind u.a. die *Rosenberg-Skala* zur Messung des allgemeinen Selbstwertes (dt. Fassung von Ferring & Filipp, 1996) oder der *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)* von Krampen (1991), die beide Einstellungen ggü. der eigenen Person erfassen sollen (vgl. Kanning, 2011).

Indirekte/implizite Maße. Als Alternative zu den lange dominierenden direkten Maßen und um deren methodische Schwächen zu umgehen, wurden diverse indirekte Maße entwickelt (vgl. Schwarz, 2008). *Ohne die betreffenden Personen direkt zu fragen* werden dabei Reaktionen erhoben, von denen vermutet wird, dass sie Einstellungen reflektieren (vgl. Wittenbrink & Schwarz, 2007), wobei „der Person selbst *weder der Zusammenhang der Reaktion und der Einstellung bewusst* sein [muss], noch, dass mit dem Verfahren ihre Einstellung erfasst wird“ (Wänke, Reutner & Bohner, 2011, S. 216; Hervorheb. durch H.P.). Die so erfassten Einstellungen werden oft selbst als *implizit* (im Gegensatz zu den *deliberativen* Einstellungen) oder auch als *spontan* bezeichnet, da sie automatisch zugänglich sind, ohne das Ergebnis elaborierter Informationsverarbeitung widerzuspiegeln (vgl. ebd.). Ein typisches Beispiel indirekter Einstellungsmessung stellt der bekannte *Implizite Assoziations-test (IAT)* dar (vgl. Kanning, 2011), der den auf Reaktionszeit basierenden Verfahren („Response Time Measures“, Schwarz, 2008, S. 51) zugerechnet wird, wie auch das *Evaluative Priming* (vgl. Haddock & Maio, 2007).

7.2.2 Werthaltung

Im Gegensatz zu den Einstellungen ist die Forschung zu den Werthaltungen wesentlich weniger umfangreich und systematisiert (vgl. Kanning, 2011), was auch an der *unklaren begrifflichen Abgrenzung* von anderen Konstrukten der übergeordneten Werteforschung liegen mag (vgl. Six, 1985; Schmuck & Kruse, 2005). Zudem ist der Begriff *nicht eindeutig ins Englische zu übersetzen*, wie unterschiedliche Varianten in den Übersetzungen deutscher Titel von Forschungsarbeiten in PSYNDEX zeigen (u.a. „value orientation“, „personal values“, „basic individual values“), wobei vermutlich „Value Orientations“ (Bilsky, 2005, S.

298) die adäquateste Möglichkeit darstellt. Der folgende Überblick wird sich daher v.a. mit der deutschsprachigen Literatur zum Konstrukt der Werthaltung beschäftigen, ergänzt um einige englischsprachige Arbeiten zu „basic individual values“.

7.2.2.1 Definition

Werthaltung ist ein Begriff der Werteforschung und wird daher meist unter Bezugnahme auf den Begriff des *Wertes* definiert (vgl. Bilsky, 2005; Kanning, 2011). Weiterhin findet oft eine Abgrenzung zu den Konstrukten *Einstellung* und *Interesse* (vgl. Kanning, 2011), *Bewertung*, *Motiv* und *Verhaltensdisposition* (vgl. Asendorpf, 2007), sowie *Norm* (vgl. Bilsky, 2005) statt. Eine vergleichsweise konsensfähige Definition des Wertbegriffs von Bilsky (2005) soll der Definition der Werthaltung vorangestellt werden:

„**Werte** sind *kognitive Repräsentationen* zentraler menschlicher *Ziele* und *Motive*, über die sich Personen im Hinblick auf ihre Verwirklichung verständigen müssen“ (S. 301; Hervorheb. im Orig.).

Definition. Um den Begriff der Werthaltung definieren zu können bedarf es zudem noch der Ergänzung des Konzeptes der *Wertung* (vgl. Bilsky, 2005), womit die *konkreten, subjektgebundenen Realisierungen von Werten* gemeint sind (vgl. ebd.). Werte sind i.d.S. *Abstraktionen* von konkreten Wertungen/Bewertungen (vgl. ebd.). Damit lässt sich nun folgende Definition von Werthaltung formulieren (ebd.):

„**Werthaltungen** [lassen sich] (...) als erworbene und zentrale *Dispositionen* zu Wertungen kennzeichnen“ (S. 301; Hervorheb. im Orig.).

Vor dem Hintergrund dieses Werthaltungsbegriffs wird deutlich, warum sich insbesondere die *Persönlichkeitspsychologie* mit dem Gegenstandsbereich beschäftigt: Werthaltungen repräsentieren im Gegensatz zu allgemeinen Werten die „*individuelle[n] Besonderheiten*“ in der Bewertung wünschenswerter Ziele oder Handlungsdispositionen“ (Asendorpf, 2007, S. 249; Hervorheb. durch H.P.; vgl. auch Kanning, 2011). Durch die Kennzeichnung als Dispositionen erben Werthaltungen zudem wichtige Merkmale der *Persönlichkeitseigenschaften*, werden im Gegensatz zu diesen aber eher *bewusst sich selbst zugeschrieben* und i.S. deren identitätsstiftender Funktion *als verpflichtend erlebt* (vgl. Bilsky, 2005).

7.2.2.2 Abgrenzung und Merkmale

Abgrenzung. Auf Basis obiger Definition kann auch eine weitere Einbettung in den Kontext benachbarter Konzepte bzw. Abgrenzung stattfinden: „Während *Werte* an sich (...) *sozial geteilt* werden, drückt die *Werthaltung* aus, inwieweit ein *Individuum die jeweiligen Werte teilt*“ (Kanning, 2011, S. 471; Hervorheb. durch H.P.). Evaluative Konstrukte, wie

etwa *Einstellung* (s.o., Kap. 7.2.1) oder *Interesse*, sind logischerweise *auf Bewertungsmaßstäbe angewiesen*, welche sozial/gesellschaftlich durch Werte bzw. im individuellen Fall durch Werthaltungen verfügbar werden (vgl. ebd.). Im speziellen werden Einstellungen von Werthaltungen auch unter Hinweis auf die Dimension der *Abstraktheit* abgegrenzt (vgl. ebd.; s. auch Bilsky, 2005): Werthaltungen als abstraktere Konstrukte beziehen sich auf die *Bewertung von Zielen oder Handlungsdispositionen*, Einstellungen auf *Objekte der Anschauung oder Vorstellung* (vgl. Asendorpf, 2007), wobei fließende Übergänge angenommen werden sollten (vgl. ebd.). Gegenüber *persönlichen Normen* sind Werthaltungen durch *geringere Verbindlichkeit* gekennzeichnet, was sich z.B. daran zeigt, dass der Nichtbeachtung persönlicher Normen eher Schuldgefühle folgen (vgl. Bilsky, 2005).

Merkmale. Verschiedene Autoren stimmen bezüglich zentraler Merkmale von Werten überein, die gleichermaßen für Werthaltungen gelten (vgl. Schwartz, 2007; Kanning, 2011). Neben Annahmen bezüglich *Stabilität, Funktionen* und *Wirkungen* auf die unten eingegangen wird (s. Kap. 7.2.2.3), lassen sich Werthaltungen u.a. als Grundannahmen mit starker *emotionaler Komponente* verstehen (vgl. Schwartz, 2007), deren Ausprägung in Relation zur Bedeutung für das Selbstkonzept steht (vgl. Kanning, 2011). Sie repräsentieren *abstrakte/situationsübergreifende Ziele* (vgl. Schwartz, 2007) und stehen untereinander in einer *hierarchischen Organisation* (vgl. ebd.), die individuell sehr unterschiedlich ausfallen kann (vgl. Kanning, 2011).

7.2.2.3 Stabilität, Funktionen und Wirkungen

Stabilität und Veränderung. Als Dispositionen verstanden, lassen sich Werthaltungen durch eine gewisse *zeitliche Stabilität* sowie *situationsübergreifende Konsistenz* kennzeichnen, weswegen sie sich „zur Charakterisierung und zum Vergleich von Personen“ (vgl. Bilsky, 2005, S. 302) eignen, ähnlich den klassischen Persönlichkeitseigenschaften. Die Internalisierung von Werten als Werthaltungen ist dabei *abhängig von den individuellen Erfahrungen* die im Rahmen der Sozialisation gemacht werden, sowie den diesbezüglichen *Reflexionen* (vgl. Kanning, 2011). Schwartz (2007) diskutiert u.a. Einflüsse des *Alters*, der *Bildung* und des *Geschlechts* auf die persönliche Werteorientierung und berichtet von *differenziellen Effekten* auf unterschiedliche Werthaltungen, wobei teilweise (z.B. bez. Bildung) von *reziproken Effekten* auf die *allgemeinen Lebensumstände* auszugehen ist.

Funktion und Wirkung. Die Funktion von Werthaltungen wie auch Werten ganz allgemein liegt in der *Bereitstellung von Maßstäben/Standards* jedweder Bewertung (vgl. Kanning, 2011; Asendorpf, 2007; Schwartz, 2007). Wie schon oben bemerkt (s. Kap. 7.2.2.2) basieren evaluative Konstrukte, wie Interessen oder Einstellungen auf der Verfügbarkeit von Werthaltungen (vgl. Kanning, 2011). Weitere genannte inter- und intrapersonelle Funktionen, wie etwa die der *Erleichterung der Verhaltenssteuerung* in bekannten sozialen Kontexten oder der *selbstkonzeptkonformen Auswahl von Handlungsalternativen* in unbekanntem Kontexten (vgl. ebd.), gleichen sehr den Funktionen von Einstellungen (s.o., Kap. 7.2.1.4). Werthaltungen wirken sich auf *Verhaltensdispositionen* aus, ein Zusammenhang der vermutlich unter Bezug zu *Motiven als vermittelnden Variablen* erklärbar ist (vgl. A-

sendorpf, 2007). Als breiter angelegte/übergeordnete Konstrukte *implizieren Werthaltungen immer entsprechende Einstellungen* (vgl. ebd.).

7.2.2.4 Inhaltliche Struktur

Der prominenteste Versuch zur *inhaltlichen Strukturierung* der vielen unterscheidbaren Werthaltungen stammt von Schwartz und Kollegen (vgl. Bilsky, 2005; Asendorpf, 2007; Kanning, 2011). Es werden insgesamt *zehn Wertetypen* postuliert (u.a. Macht, Leistung oder Selbstbestimmung) und anhand der zugrundeliegenden *motivationalen Ziele* unterschieden (vgl. Schwartz, 2007). Unter Bezug auf die *gegenseitige Kompatibilität* lassen sich die darunter repräsentierten einzelnen Werthaltungen anhand einer *zirkulären Struktur* abbilden (vgl. Bilsky, 2005). Dabei orientiert sich die Position des jeweiligen Wertetyps u.a. an den orthogonalen Dimensionen *Selbst-Verbesserung vs. Selbsttranszendenz* und *Konservativismus vs. Offenheit für Veränderung* (vgl. Kanning, 2011; Schwartz, 2012), was in folgender Abbildung 7.01 veranschaulicht wird:

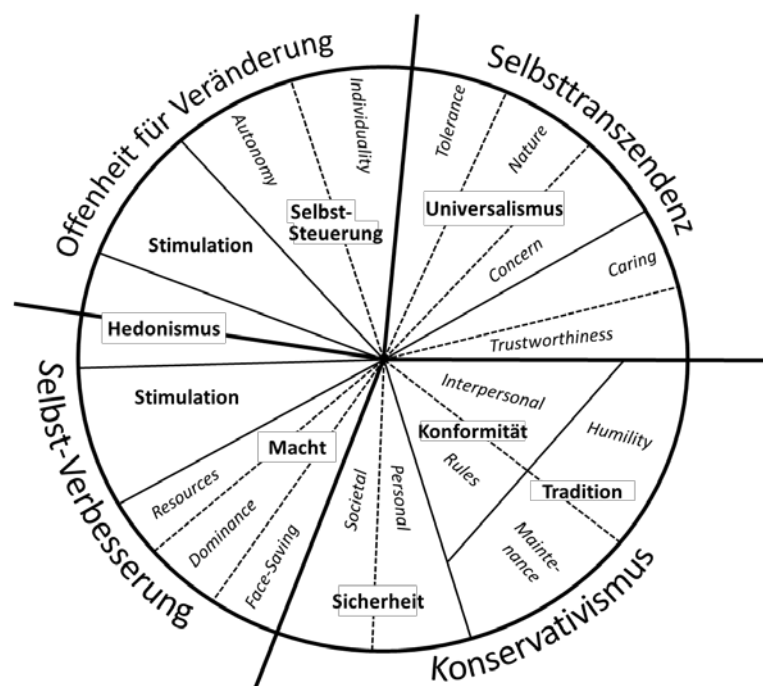


Abb. 7.01. Postulierte Motivationsstruktur von 19 Werthaltungen, zusammengefasst zu 10 Wertetypen, orientiert an zwei Dimensionen (mod. nach Schwartz, 2012, S. 44) (aus: Schwartz, S. H. (2012). Toward refining the theory of basic human values. In S. Salzborn, E. Davidov & J. Reinecke (Eds.), *Methods, theories, and empirical applications in the social sciences* (S. 39-46). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Adaptation mit freundlicher Genehmigung durch Springer Science+Business Media B.V.);

Dabei ist zu beachten, dass von einem *Kontinuum motivationaler Ziele* ausgegangen wird, wobei die Anzahl der Typen letztendlich vom Zweck der jeweiligen Nutzung oder Untersuchung abhängt und mit zunehmender Anzahl konkreter wird (vgl. Schwartz, 2012). So stammen die 19 in Abbildung 7.01 kursiv gedruckten Werthaltungen aus einer groß ange-

legten Studie zur Weiterentwicklung der ursprünglichen Theorie und sollen dazu dienen, die Präzision der Verhaltens- und Einstellungsprognose anhand von Werthaltungen zu verbessern (vgl. Schwartz et al., 2012). Dass die *Auswahl der Werte* immer noch relativ *beliebig* ist, zeigt sich u.a. daran, dass der im deutschsprachigen Raum oft genannte und für wichtig befundene Wert der *Gesundheit* fehlt (vgl. Asendorpf, 2007).

7.2.2.5 Operationalisierung und Messung

Greift man Asendorpfs (2007) Vorschlag auf, Werthaltungen wie auch Einstellungen als Dispositionen zu bestimmten Bewertungen zu verstehen, d.h. als Bewertungen von Zielen und Handlungstendenzen (Werthaltungen) bzw. von konkreteren Objekten der Anschauung oder Vorstellung (Einstellungen), dann wird ersichtlich, dass die bezüglich der Messung von Einstellungen getroffene *Unterscheidung direkter vs. indirekter Maße* (s.o., Kap. 7.2.1.5) auch im Kontext der Messung von Werthaltungen relevant sein dürfte (vgl. z.B. Kanning, 2011). Dennoch wird im Kontext der Forschung zu Werthaltungen v.a. die Nutzung direkter Maße beschrieben (vgl. ebd.). Zwei bekannte Messmöglichkeiten wurden von der Gruppe um Schwartz entwickelt (vgl. Schwartz, 2007; Schwartz et al., 2012). Das historisch ältere Instrument *Schwartz Value Survey (SVS)* basiert auf dem Prinzip der Likert-Skala, wobei in dem Fragebogen 57 Items zu Werthaltungen (z.B. Gleichheit) vorgegeben werden, bezüglich derer die Probanden eine *Einschätzung der persönlichen Wichtigkeit* auf einer neunstufigen Skala abgeben sollen (vgl. Kanning, 2011). Im jüngeren Fragebogen, dem sog. *Portrait Values Questionnaire (PVQ)*, werden den Probanden 40 Items vorgelegt, die kurze Beschreibungen von Personen bieten, die eine Werthaltung zum Ausdruck bringen (vgl. ebd.). Aufgabe des Probanden ist es, die *Ähnlichkeit zur eigenen Person* auf einer sechsstufigen Skala einzuschätzen (vgl. ebd.).

7.3 Pläne und Planstrukturen

Als *kognitive Strukturen* werden in der klinischen Psychologie üblicherweise die „überdauernde[n] Entitäten (...), die die Informationsverarbeitung steuern und beeinflussen“ (Hilbert, Röhrle & Ehring, 2008, S. 134) bezeichnet (vgl. auch Bastine, 1998). In diesem Fachbereich fallen darunter u.a. *kognitive Schemata* (vgl. Beck, 1975), *assoziative Netzwerke* (vgl. Lang, 1979) oder auch *Pläne und Planstrukturen* (vgl. Caspar 2007, 2008a). Inhaltlich überschneiden sich diese Konstrukte mehr oder weniger (z.B. Pläne als Teile von Schemata, vgl. Caspar, 2007), zudem sind sie teils nur metaphorisch an die gleichbenannten Konstrukte der Grundlagenwissenschaften angelehnt (vgl. Hilbert, Röhrle & Ehring, 2008).

Ein im klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Bereich einflussreiches Konzept ist das des „Plans“. Im deutschsprachigen Raum ist dieser Begriff insbesondere durch die *Plananalyse und komplementäre Beziehungsgestaltung* Caspars (2007) bekannt. Aber nicht nur wegen deren Bekanntheitsgrad soll dieses Konzept im Folgenden vertieft darge-

stellt werden, sondern auch aufgrund in der Literatur vorfindbarer Bezüge im Kontext des Themas Therapeutische Haltung: Z.B. formuliert Kaimer (2007) die von ihm vorgeschlagene Haltung in der Supervision im *Imperativ*, was auch in der Plananalyse als geeignete Möglichkeit zur Explizierung hypothetischer Pläne vorgeschlagen wird (vgl. Caspar, 2007). Zunächst wird in Abschnitt 7.3.1 kurz auf die Plananalyse eingegangen, worauf Definition (s. Kap. 7.3.2), Charakteristika (s. Kap. 7.3.3 und 7.3.4), sowie Operationalisierung (s. Kap. 7.3.5) von Plan und Planstruktur thematisiert werden.

7.3.1 *Plananalyse*

Wie oben beschrieben sollen im Folgenden die Konzepte *Plan* und *Planstruktur* im Sinne des klinisch-diagnostischen Verfahrens der *Plananalyse* vorgestellt werden (vgl. Caspar, 2008a). Dieses wurde von Franz Caspar auf Basis der „Vertikalen Verhaltensanalyse“ (ebd., S. 149) Klaus Grawes entwickelt und als *Perspektivtheorie* mit entsprechender Methodik für Forschung und praktische Anwendung ausgearbeitet (vgl. Caspar, 2007). Pläne und Planstrukturen sind die zentralen Konstrukte, die Plananalyse ist das Verfahren zur Rekonstruktion dieser hypothetischen mentalen Strukturen im individuellen Fall (vgl. ebd.). Historischer Hintergrund ist das *TOTE-Konzept* (Test-Operate-Test-Exit) von Miller, Galanter und Pribram (1960, nach Caspar, 2007), theoretische Querverbindungen lassen sich z.B. zur Methode der *Plan-Diagnose* im Kontext der psychodynamisch orientierten *Control-Mastery Theory* (vgl. Silberschatz, 2010; Albani et al., 1999) ziehen. Therapiepraktisch wird die Plananalyse insbesondere als diagnostische Vorbereitung der *komplementären bzw. motivorientierten Beziehungsgestaltung* genutzt (vgl. Caspar, 2008b; Znoj & Grosse-Holtforth, 2010).

Grundsätzlich ist zu bemerken, dass die Begriffe des Plans und der Planstruktur explizit im Sinne einer *pragmatischen Perspektiv-Theorie* genutzt werden, d.h. zweckgebundene „Nützlichkeit“ der Konzepte steht im Vordergrund (vgl. Caspar, 2007). Im Rahmen der Plananalyse bedeutet das, dass Aussagen darüber, ob und in welcher Form Pläne „existieren“ (z.B. als symbolische Konzepte oder neuronale Netzwerke) nicht getroffen werden (vgl. ebd.). Der Wert einer konstruierten Planstruktur besteht letztlich darin als *Heuristik* beim Lösen von Problemen zu dienen (vgl. Caspar, 2007, 2008a, 2010). Damit besteht zwischen Caspars *Plankonstrukt* und den oben behandelten Konzepten der *Einstellung* und *Werthaltung* (s. Kap. 7.2) ein wesentlicher Unterschied, da letztere Konzepte zumindest in der Forschung eher so behandelt werden, als ob sie in irgendeiner Form *Entitäten* seien, die es als *reale Strukturen* „gibt“.

7.3.2 *Definition und Abgrenzung*

Die folgende Darstellung bezieht sich im Wesentlichen auf Caspar (2007), der Definitionen des *Plankonzepts* sowie der *Planstruktur* bietet. Im Verlauf seiner Behandlung des Themas grenzt er das *Plan-* vom *Schemakonstrukt* ab, worauf unten eingegangen wird. Unter Rückgriff auf Miller, Galanter und Pribram (1960) lassen sich Pläne wie folgt definieren:

„«Pläne» sind (...) die zentrale Analyseeinheit für menschliches Handeln schlechthin. Jeder Plan besteht aus einer *Ziel-Komponente* und den *Mitteln*, dieses Ziel zu erreichen, der sogenannten Operationskomponente“ (Caspar, 2007, S. 37; Hervorheb. im Orig.).

Pläne werden ferner u.a. als *mehr oder weniger bewusst*, letztlich *auf Grundbedürfnisse bezogen* sowie *instrumentell funktional* beschrieben (vgl. ebd.), worauf unten (s. Kap. 7.3.4) genauer eingegangen wird. Ein weiteres zentrales Merkmal von Plänen ist, dass diese *mehr oder weniger verhaltensnah* sein können, dementsprechend eine hierarchische *Planstruktur* bilden, die Caspar (ebd.) folgendermaßen umschreibt:

„«Planstruktur» hat zwei Bedeutungen: Der Begriff wird für das *Gesamt des hypothetischen instrumentellen Funktionierens* eines Menschen verwendet, gleichzeitig bezeichnet er ein Produkt der Plananalyse: Die explizite, *graphisch darstellbare Gesamtheit* der *erschlossenen* instrumentellen Zusammenhänge.“ (Caspar, 2007, S. 49; Hervorheb. im Orig.).

Mit der Nutzung der Adjektive „hypothetisch“ und „erschlossen“ wird die „konstruktivistische Grundhaltung“ (Caspar, 2007, S. 49) betont, die besagt, dass Pläne und Planstrukturen „immer den *Charakter von Hypothesen* haben, die zu revidieren man stets bereit sein muss“ (ebd.; Hervorheb. durch H.P.).

7.3.3 Kontext und Struktur

Psychischer Kontext. Pläne sind letztendlich nur im *Kontext des psychischen Geschehens und der Handlungsregulation* nachvollziehbar (vgl. Caspar 2007). Pläne sind logisch verbunden mit konditionalen Kognitionen (wenn-dann-Annahmen), die instrumentelle Beziehungen transportieren (vgl. ebd.). Die *Beziehung zwischen Plänen und Gefühlen ist komplex*, u.a. können Pläne bestimmte Gefühle bedingen und umgekehrt (vgl. ebd.): So bestimmt z.B. das Schicksal eines aktiven Planes (*Gelingen vs. Misslingen der Umsetzung*) die Art der entstehenden Emotion (z.B. *Freude vs. Wut*), ebenso bestimmen aber Emotionen (z.B. *Angst, Stolz*) die Art des aktivierten Plans (z.B. *Vermeidungs- vs. Annäherungsplan*) (vgl. ebd.). Relativ ausführlich werden Pläne außerdem zum *Schema-Konzept* in Beziehung gesetzt, wobei Schemata als die *umfassenderen Strukturen* beschrieben werden, in welche Pläne als *Handlungskomponente* eingebettet sind, neben emotionaler und kognitiver Komponente (vgl. ebd.). Die Analyse von Plänen, ist in diesem Sinn der *zentralste Zugang zur Analyse von Schemata* (vgl. ebd.).

Hierarchische Struktur. Wie oben angedeutet (s. Kap. 7.3.2), wird davon ausgegangen, dass Pläne zueinander in einer *Zweck-Mittel-Relation* stehen und dementsprechend eine hierarchische Ordnung, die *Planstruktur*, bilden (vgl. Caspar, 2007). Gleichzeitig bestehen

„Pläne per definitionem aus *Ziel- und Handlungskomponente*“ (Caspar, 2008a, S. 150; Hervorheb. durch H.P.). Damit ist ein einzelner Plan letztendlich als *relationales Konstrukt* zu sehen, wobei auf der untersten möglichen Ebene *situationsabhängige Verhaltensweisen* als *Mittel* (z.B. „X lächelt, während er eine scheinbar traurige Situation schildert“), auf der obersten möglichen Ebene nicht weiter hinterfragbare *Grundbedürfnisse* als *Ziele* (z.B. Kontrollbedürfnis) angenommen werden (vgl. Caspar, 2007, 2008b). Im Gegensatz zur Zweck-Mittel-Relation die zwischen über- und untergeordneten Plänen besteht hat die *vertikale Ebene* keine psychologische Bedeutung, außer konkreter Verhaltens- und Grundbedürfnisebene sind *keine absoluten Ebenen* vorgesehen (vgl. Caspar, 2007). Ein wichtiges Merkmal der Planstruktur ist das sog. „Prinzip der *Mehrfachbestimmtheit*“ (Caspar, 2007, S. 47; Hervorheb. im Orig.): In der Regel sind für ein konkretes Verhalten (die Handlungskomponente eines Plans) *mehrere Ziele gleichzeitig relevant*, ebenso wie *ein Plan als Mittel mehrerer übergeordneter Pläne* verstanden werden kann (vgl. ebd.). Folgende Abbildung 7.01 veranschaulicht eine Planstruktur auf Basis der Plananalyse des hypothetischen Klienten „David“ (vgl. Caspar, 2010; Watson, 2010):

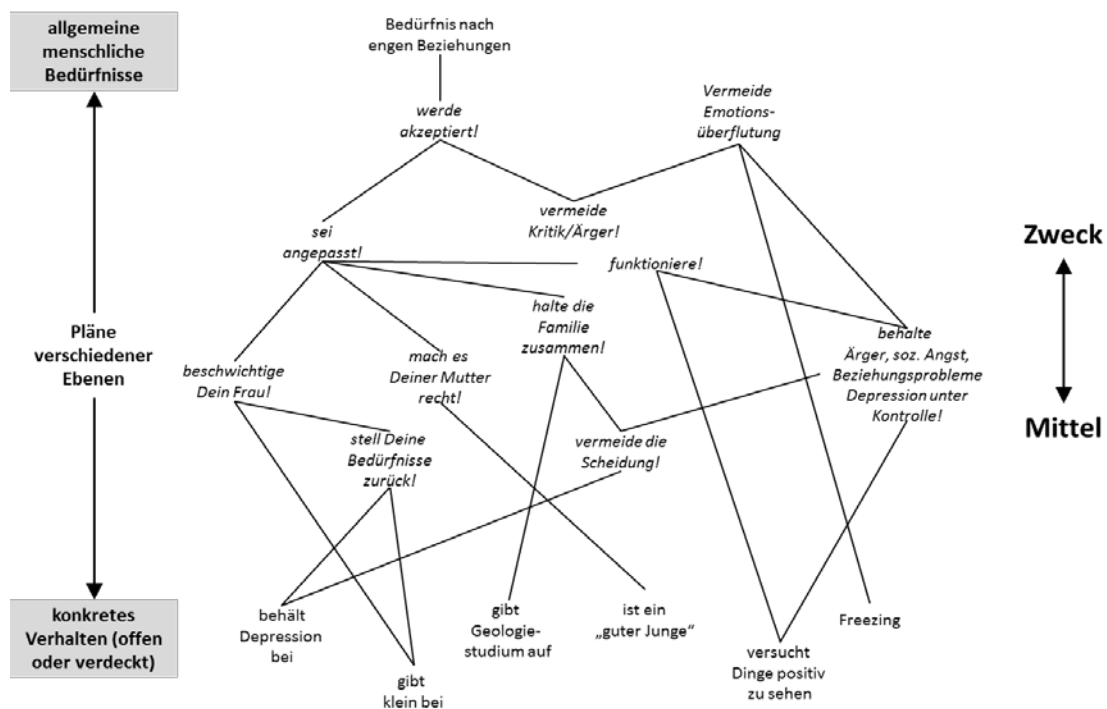


Abb. 7.02. Planstruktur des als depressiv diagnostizierten „David“ (mod. und übersetzt nach Caspar, 2010, S. 66, Figure 1 aus: Caspar, F. (2010). A Plan analysis view of the case of David. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1), 59-71; adaptiert mit freundlicher Genehmigung durch die APA; Übersetzung durch H.P.; die APA ist nicht verantwortlich für die Richtigkeit dieser Übersetzung);

7.3.4 Stabilität und Funktion

Stabilität und Veränderung. Über Stabilität und Veränderung von Plänen i.S. einer entwicklungs- oder persönlichkeitspsychologischen Betrachtung werden kaum explizite Annahmen gemacht (vgl. Caspar, 2007). Allerdings wird grundsätzlich davon ausgegangen,

dass eine gewisse Veränderbarkeit möglich ist, z.B. im Rahmen von Therapie (vgl. ebd.). Aus weiteren Aussagen lässt sich zudem rekonstruieren, dass Pläne insbesondere *in Beziehungserfahrungen gebildet* werden, sowie – als Element von Schemata - lebensgeschichtlich erworbene Strukturen von *gewisser Stabilität* darstellen (vgl. ebd.).

Funktionen. Die individuelle Planstruktur kann verstanden werden als „*Gesamtheit der Strategien*, die ein Mensch im Lauf seines Lebens entwickelt hat, [um] in einer gegebenen, aber auch veränderbaren Umwelt die wichtigsten *Grundbedürfnisse zu realisieren*“ (Caspar, 2007, S. 37; Hervorheb. im Orig.). Die Funktion von Plänen besteht darin, einen *Beitrag zur Bedürfnisregulation* zu leisten. Konzeptionell werden dabei *interaktionelle Pläne* von *intrapyschischen Plänen* unterschieden (vgl. ebd.). *Interaktionelle Pläne*, bei denen die *Wirkung auf anderen Menschen* im Vordergrund steht, „dienen dem interaktionellen Problemlösen (Argyle, 1972), das heißt dem Versuch eines Menschen, in einem wechselseitigen Prozess seine sozialen Fähigkeiten so einzusetzen, dass er seine eigenen Ziele möglichst gut verwirklichen kann“ (ebd., S. 56). *Intrapyschische Pläne* beziehen sich nicht auf Verhalten, das an Objekten der Außenwelt ansetzt, sondern haben die *innere Regulation* im Fokus, d.h. sie sind darauf gerichtet, bestimmte *Aspekte des Selbstkonzepts zu bestätigen*, oder allgemein, bestimmte *Wahrnehmungen zu erzeugen* (vgl. ebd.).

7.3.5 Operationalisierung

Um die Methodik zur Erfassung von Plänen und Planstrukturen nachvollziehen zu können, ist ein weiterer Aspekt dieser Konstrukte relevant. Es wird postuliert, dass Pläne der handelnden Person oft *wenig bewusst* sind, eventuell (je höher die Ebene) sogar *gänzlich bewusstseinsfern* (vgl. Caspar, 2007), eine Annahme, die der plananalytische Ansatz mit dem Planbegriff der psychodynamisch orientierten *Control-Mastery Theorie* gemeinsam hat (vgl. Caspar et al., 2010). Dementsprechend sind insbesondere *indirekte* Verfahren dazu geeignet diese Konstrukte zu erheben. Als *Methode der Datenerhebung* bezüglich Plänen und Planstrukturen, wurde dazu die *Plananalyse* entwickelt (vgl. Caspar, 2008a). Sie kann insofern als indirektes Verfahren bezeichnet werden, als nicht die Person selbst direkte Auskünfte über ihre Pläne gibt, sondern Pläne von geschulten Beobachtern *aus dem Verhalten der Person erschlossen* werden (vgl. ebd.). Aus methodischer Sicht kann das gesamte Verfahren der Plananalyse als Form der *explizierenden qualitativen Inhaltsanalyse* (s. Kap. 9.3.2.2) verstanden werden (vgl. i.d.S. auch Gmelch, 2011).

In der Durchführung einer Plananalyse stehen v.a. *zwischenmenschliche Aktivitäten* im Fokus, was zum einen mit dem Störungsverständnis (psychische Störungen v.a. als Beziehungsstörungen), dem interventionsbezogenen Zweck (motivorientierte Beziehungsgestaltung) des Verfahrens, als auch der allgemein interaktionistischen Sichtweise menschlichen Verhaltens/Handelns zu tun hat (vgl. Caspar, 2007). Basis der Rekonstruktion können dabei *jegliche Verhaltensäußerung* der betreffenden Person sein (vgl. ebd.), wie direkte Interaktionen, Körperhaltungen, Kleidungsstil, geäußerte Gedanken, Ankreuzverhalten in einem Test, Verhaltensmuster wie Pünktlichkeit oder Einsilbigkeit, etc.. Kriterium der Registrierung eines Verhaltens als zu analysierende Einheit ist *Auffälligkeit*, woran sich die

Reflektion der betreffenden Einheit hinsichtlich *Instrumentalität* anschließt (vgl. Caspar, 2008a). Die hypotetisierte Instrumentalität wird dann in Form eines *Imperativs* als Plan formuliert (vgl. ebd.), z.B. „erwirb Anerkennung!“, „zeige gute berufliche Leistung!“, „vermeide Ärger!“, „nimm Dich nicht ernst!“. Auf eine ausführlichere Darstellung unter Berücksichtigung kritischer Aspekte wird hier verzichtet. Zum Einstieg eignet sich Caspar (2008a), zur Vertiefung Caspar (2007), zudem lässt sich ein aktuelles Anwendungsbeispiel in Caspar (2010) finden.

7.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die drei in der wissenschaftlichen Psychologie etablierte Konstrukte „Einstellung“, „Werthaltung“ und „Plan“/„Planstruktur“ behandelt, um diese zur Präzisierung und theoretischen Einbettung der Therapeutischen Haltung im Rahmen der Explikation nutzen zu können. Dazu wurden Definitionen, allgemeine Charakteristika sowie Operationalisierungen thematisiert.

Unter dem Oberbegriff der *Bewertungsdisposition* (s. Kap. 7.2) wurde zunächst das v.a. in der Sozialpsychologie vielbeforschte Konzept der *Einstellung* vorgestellt (s. Kap. 7.2.1). Einstellungen wurden als *Bewertungen beliebiger Objekte*, d.h. der eigenen Person wie auch der Umwelt, definiert, die *kognitive, affektive* und *verhaltensmäßige Komponenten* integrieren. Was die Valenz betrifft wurde eine *zweidimensionale Struktur* (neutral-negative, neutral-positive) angenommen. Zudem variieren Einstellungen in der *Stärke*, was sich wiederum in *Stabilität, Widerstandsfähigkeit* und *Verhaltenswirksamkeit* ausdrückt. Grundsätzlich werden Einstellungen meist als eher *zeitstabile und situationsübergreifende Konstrukte* gesehen, allerdings wird die Stabilität von einer Reihe von Faktoren moderiert. Einstellungen entwickeln und verändern sich im Rahmen mehr oder weniger kognitiv anforderungsreicher Prozesse, von *Konditionierung* bis hin zu *bewusster Abwägung* und Positionierung, in Abhängigkeit von *Motivation* und *Fähigkeiten*. Einstellungen können Funktionen u.a. in der Organisation und Veränderung von *Wissen*, der Konstruktion von *Identität* und der Regulation des *Selbstwerts* übernehmen, indem sie Informationsverarbeitung und Verhaltensantworten *einstellungskonform verzerren*. Erfassen lassen sich Einstellungen *direkt* über Selbstbeschreibungsinstrumente, oder *indirekt* u.a. über auf reaktionszeitbasierte Verfahren.

Als zweites unter die Bewertungsdispositionen fallendes Konstrukt wurde die *Werthaltung* thematisiert (s. Kap. 7.2.2). Werthaltungen wurden als erworbene *Dispositionen zu Wertungen* definiert, d.h. als *individuelle Werte* in Abgrenzung zum Konstrukt der allgemeinen, sozial geteilten Werte und der stärker objektbewertenden Einstellungen. Formal lassen sich Werthaltungen durch relative *Zeitstabilität* und *situationsübergreifende Konsistenz* kennzeichnen, sowie durch eine starke *emotionale Komponente*. Entwicklung und Veränderung findet in Abhängigkeit *individueller Lebenserfahrungen* und deren *Reflektion* statt. Die Funktion im psychischen Geschehen wird insbesondere in der *Bereitstellung von Standards* für evaluative Konstrukte, wie Einstellungen oder Interessen gesehen, die von

Werthaltungen abhängen, sowie in der *Erleichterung der Verhaltenssteuerung* und *Handlungsauswahl*. Inhaltlich lassen sich Werthaltungen nach Abstraktionsniveau im Sinne einer beliebig großen/kleinen Anzahl von *Wertetypen* strukturieren, die anhand von Dimensionen wie z.B. *Selbst-Verbesserung vs. Selbsttranszendenz* und *Konservativismus vs. Offenheit für Veränderung* zu einer zirkulären Motivationsstruktur organisiert werden können. Erfasst werden Werthaltungen i.d.R. mit *Selbstbeschreibungsinstrumenten*.

Als drittes Konstrukt wurde das des *Plans* behandelt (s. Kap. 7.3), das in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Literatur meist zu den *kognitiven Strukturen* gerechnet wird. Das Konstrukt wurde hier im Sinne des diagnostischen Verfahrens der *Plananalyse* verstanden, in welcher Pläne und Planstrukturen die zentralen Analyseeinheiten darstellen. Definieren lassen sich Pläne als *relationale Konstrukte* mit *Ziel- und Mittelkomponente*, die als *Handlungskomponente* in *übergeordnete Strukturen* (z.B. Schemata) eingebettet und zueinander *hierarchisch organisiert* konzeptualisiert werden. Die resultierenden Planstrukturen lassen sich als *organisierte Gesamtheit der instrumentellen*, d.h. auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse abzielenden *interaktionellen oder intrapsychischen Regulationsstrategien* verstehen. Im Gegensatz zur eher „reifzierenden“ Konzeptualisierung von Einstellungen und Werthaltungen in der sozial- und persönlichkeitspsychologischen Forschung werden Pläne und Planstrukturen im Kontext der Plananalyse als *hypothetische Konstrukte* gesehen, die im Rahmen einer pragmatischen Perspektivtheorie eine für Forschung und Praxis *mehr oder weniger nützliche Funktion* einnehmen können. Die Erfassung der Konstrukte erfolgt über das *Verfahren der Plananalyse*, bei der geschulte Beobachter aus konkreten Verhaltensweisen (weiter Verhaltensbegriff, schließt z.B. geäußerte Gedanken mit ein), unter Nutzung der Kriterien der „Auffälligkeit“ und der potentiellen „Instrumentalität“ *auf Pläne schließen*, d.h. die sich ergebende Planstruktur wird als Resultat eines *hypothesengenerierenden Rekonstruktionsprozesses* verstanden.

Allen drei Konstrukten ist gemeinsam, dass von einer gewissen *zeitlichen Stabilität* und *Abstraktheit* ausgegangen wird, d.h. es wird vermutet, dass Einstellungen, Werthaltungen und Pläne nicht selbst konkretes Verhalten darstellen, sondern sich in diesem äußern. Gerade das Verständnis der drei Konstrukte durch Schwarz (2008; Einstellungen), Schwartz (2012; Werthaltungen) und Caspar (2007; Pläne und Planstrukturen) ist eher *pragmatisch*, in dem Sinn, dass sie *formale Festlegungen* auf bestimmte Abstraktionsebenen, oder *inhaltliche Festlegungen* auf thematische Schwerpunkte nicht „in der Natur der Sache“ liegend sehen, sondern als *zweckgebundene Setzungen*, ob nun zur Prognostik oder zur Interventionsplanung.

Kap. 8 Forschungsfragen und Fragestellung

Überblick: In diesem Kapitel soll die im ersten Kapitel (s. Kap. 1.3) aufgeworfene Hauptfrage in eine Reihe von Forschungsfragen differenziert werden. Dazu werden in der Einleitung verschiedene Perspektiven auf die Hauptfrage aus den vorigen Kapiteln abgeleitet (s. Kap. 8.2). Im Sinne dieser Perspektiven werden in den Abschnitten 8.2.1-8.2.2 eine Reihe von differenzierten Forschungsfragen formuliert. Abschnitt 8.3 geht auf einige Nebenfragestellungen ein, worauf eine Zusammenfassung der die Arbeit leitenden Forschungsfragen folgt (s. Kap. 8.4)

8.1 Einleitung

Im Hinblick auf die Fragestellung ist zu bemerken, dass diese Arbeit, im Sinne ihres explorativen Charakters, als *theorie-/hypothesengenerierende Untersuchungen* zu sehen ist (vgl. Mayring, 2010c). Zwar ist die Frage, ob die Bedeutung eines Begriffs im Prinzip eine Form von Theorie darstellt umstritten (s. Kap. 4.3.2). Die Bedeutungsanalyse als Verfahren (s. Kap. 2.3.2) kann jedoch als *hypothesengenerierend* verstanden werden, sofern noch keine Theorie vorliegt, die bestimmte Begriffsverwendungen postuliert und aus welcher Hypothesen über die Verwendung abgeleitet und getestet werden können.

Wie schon im Einstiegskapitel (s. 1.1.3) und auch im Literaturüberblick bemerkt (s. Kap. 6), scheint es keine geeigneten Theorien oder akzeptierte Definitionen der Therapeutischen Haltung zu geben, die eine hypothesentestende Untersuchung erlaubt hätten. Entsprechend diesem explorativen Rahmen, werden *offene Forschungsfragen* formuliert, deren Antworten im Rahmen der Bedeutungsanalyse (Experteninterviews) als *Hypothesen* interpretiert werden können. Zunächst folgt die Darstellung zweier Möglichkeiten, die abstrakte Hauptfrage der Arbeit differenzierter zu betrachten.

8.1.1 Normative vs. deskriptive Antwort

Die vorliegende Arbeit ist vom Design her explorativ ausgerichtet (s. Kap. 3.5): Ein noch recht unbekannter Gegenstandsbereich soll erschlossen werden, indem eine Explikation des zentralen Begriffs „Therapeutische Haltung“ entwickelt wird. In Abschnitt 1.3 war dieses Erkenntnisziel im Sinne einer Hauptfrage formuliert worden:

Hauptfrage: Was ist die Bedeutung des Begriffs der „Therapeutischen Haltung“?

Es wurde darauf hingewiesen, dass diese Hauptfrage *normativ* (i.S. von „Was sollte mit dem Begriff bezeichnet werden?“) und/oder *deskriptiv* (i.S. von „Wie wird der Begriff verwendet?“) verstanden und beantwortet werden kann (s. Kap. 1.3). Entsprechend der in Kapitel 2 als Begriffsklärungsverfahren der Wahl dargestellten *Explikation* ist es notwen-

dig, die Frage zunächst in ihrem deskriptiven Sinn zu beantworten (im Rahmen der *Bedeutungsanalyse*) und dann, die deskriptive Antwort berücksichtigend, nach normativer Lesart anzugehen (im Rahmen der *Präzisierung*).

Diese Schritte bilden sich in der vorliegenden Arbeit in der ausführlichen *qualitativen Inhaltsanalyse von Experteninterviews* (s. Kap. 9-12; deskriptiv) und der *Präzisierung und Einbettung in ein etabliertes Begriffssystem* (s. Kap. 13; normativ) ab. Die Notwendigkeit, die die Arbeit leitende Hauptfrage sowohl normativ als auch deskriptiv zu beantworten, betrifft ebenso die abgeleiteten Forschungsfragen. Wenn also im Folgenden (s. Kap. 8.2) die Forschungsfragen eher „neutral“ formuliert werden, ist die Möglichkeit deren *deskriptiver vs. normativer Beantwortung* immer mitzudenken und wird an geeigneter Stelle dann auch vorgenommen (s. Kap. 12 und 13).

8.1.2 Theoretische Perspektiven auf die Hauptfrage

Neben der Unterscheidung deskriptiver vs. normativer Beantwortung, besteht noch eine Reihe weiterer Ansatzpunkte für eine differenzierte Betrachtung der Hauptfrage, v.a. unter Rückgriff auf den Begriff der Bedeutung, aber auch im Hinblick auf den potentiellen Nutzen eines klaren Begriffs der Therapeutischen Haltung. Die im Folgenden beschriebenen Perspektiven werden zu Beginn des nächsten Abschnittes (s. Kap. 8.2) zusammengefasst.

Wie in Kapitel 4 dargestellt kann „Bedeutung“ sehr unterschiedlich verstanden werden. Eine erste Annäherung an die Bedeutung eines Begriffs kann durch die Angabe der *semantischen Relationen* erfolgen, in die der Begriff eingebunden ist (s. Kap. 4.2). Gerade auch vor dem Hintergrund der postulierten Relevanz eines klaren Haltungsbegriffs für die Therapieforschung (s. Kap. 1.2), scheint zweitens die Einbettung der Haltung in ein *funktionales/kausales Wirkgefüge* im Sinne des von der Theoriensicht nahegelegten Verständnisses von Bedeutung wichtig (s. Kap. 4.3.2).¹ Zudem ist auch drittens die Möglichkeit, verschiedene Therapeutische Haltungen sinnvoll voneinander zu unterscheiden, von großem Interesse: Sowohl um konkretere Aussagen dazu machen zu können, welche Ausprägung/Art der Haltung z.B. mit dem Therapieergebnis zusammenhängt, als auch um einen differenzierten Begriff zur Analyse von theoretischen Orientierungen nutzen zu können. Hierbei geht es letztlich um die *inhaltliche Charakterisierung* der Therapeutischen Haltung anhand von Eigenschaften oder Dimensionen, was sowohl als Aspekt der semantischen Perspektive verstanden werden kann (Angabe von spezifizierenden Merkmalen von Begriffen auf gleicher taxonomischer Ebene, s. Kap. 4.1.3 und 4.2) oder auch der funktionalen Betrachtungsweise (Bestimmung von Dimensionen, die als Variablen mit kausal relevantem Ausprägungsgrad verstanden werden, s. auch Kap. 4.3.2). Schließlich stellt viertens die Betrachtung eines Begriffs im Hinblick auf dessen *Beobachtbarkeit/Erfassbarkeit* eine relevante Perspektive im Hinblick auf den potentiellen wissenschaftlichen und praktischen Nutzen (s. Kap. 1.2) sowie die Bedingung der Präzision (s. Kap. 2.2.3) dar.

¹ Auf eine explizite Unterscheidung von funktionalen und kausalen Beziehungen wird hier verzichtet; im Sinne des Funktionalismus werden die Begriffe als quasi gleichbedeutend verwendet (vgl. Gadenne, 2004, S. 59);

8.2 Perspektiven auf die Hauptfrage

Die Überlegungen aus Abschnitt 8.1.2 zusammenfassend, sollen Forschungsfragen aus folgenden *Perspektiven auf die Hauptfrage* abgeleitet werden:

- I) **Begriffsrelationale Perspektive**
- II) **Funktionale/kausale Perspektive**
- III) **Eigenschaftsbezogene Perspektive**
- IV) **Beobachtbarkeitsperspektive**

Die Differenzierung der Hauptfrage in Forschungsfragen soll zunächst entsprechend der für qualitativ orientierte Forschung oft geforderten *Offenheit* (s. Kap. 3.3.2) gestaltet werden, d.h. die Fragen sollen thematisch *wenig einschränken* und formal *offen* gestellt sein. Dennoch wird gerade im Bereich der Experteninterviews darauf hingewiesen (vgl. Gläser & Laudel, 2009), dass Forschungsfragen *konkret* genug sein sollten, um die Umsetzung in Leitfadenfragen zu erleichtern. Um beiden Forderungen nachkommen zu können, werden jeweils *allgemeine Forschungsfragen* im Sinne der jeweiligen theoretischen Perspektive (s.o.) formuliert, sowie *konkrete Forschungsfragen*, die relevante Themen innerhalb einer Perspektive herausgreifen. Lediglich im Rahmen der eigenschaftsbezogenen Perspektive werden keine konkreten Fragen formuliert, da hierfür keine geeignete theoretische Basis gefunden wurde.

8.2.1 Begriffsrelationale Perspektive

Der Beitrag zur Klärung eines Begriffs durch die Angabe der begrifflichen Relationen, d.h. der Bezüge zu anderen Begriffen, wurde in Kapitel 4 thematisiert. Aus dieser Perspektive auf die Hauptfrage lautet die entsprechende *allgemeine Forschungsfrage*:

allgemeine Forschungsfrage I: In welche semantischen Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?

Als begriffliche Beziehungen wurden in Abschnitt 4.2 u.a. die *taxonomischen Relationen* (Über- und Unterordnung), die *Teil-Ganzes-Relationen* sowie die der *Bedeutungsübereinstimmung* genannt, wobei letztere u.a. Synonymie und Begriffsähnlichkeit einschließt. Da diese drei begrifflichen Relationen auch für das Vorhaben einer Explikation besonders relevant sind, bilden sie die Basis der Ableitung *konkreter Forschungsfragen*:

konkrete Forschungsfrage I.1: In welche taxonomischen Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?

konkrete Forschungsfrage I.2: In welche Teil-Ganzes-Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?

konkrete Forschungsfrage I.3: Welche Begriffe haben eine ähnliche oder identische Bedeutung wie die Therapeutische Haltung?

8.2.2 Funktionale/kausale Perspektive

In Kapitel 4 wurde die Bedeutung eines Begriffs i.S. der Theoriensicht (s. Kap. 4.3.2) als dessen *Einbettung in funktionale/kausale Beziehungen* zu anderen Konzepten (d.h. Objekten, Variablen, Konstrukten, Kategorien, ...) charakterisiert. Aus dieser Perspektive auf die Hauptfrage betrachtet, lautet die entsprechende *allgemeine Forschungsfrage*:

allgemeine Forschungsfrage II: In welche funktionalen bzw. kausalen Relationen ist die Therapeutische Haltung eingebettet?

Funktionale/kausale Abhängigkeiten können grob gesagt in zwei Richtungen bestehen: Ein anderes Objekt (oder eine Variable, ein Prozess) kann von der Therapeutischen Haltung funktional/kausal abhängig sein, steht also unter deren Einfluss. Die Therapeutische Haltung kann aber auch von einem anderen Objekt (einer Variablen, einem Prozess) funktional/kausal abhängig sein. Die Haltung wird im ersten Fall als *unabhängige Variable*, im zweiten als *abhängige Variable* betrachtet (vgl. Bortz & Döring, 2006; Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Betrachtet man die Therapeutische Haltung als abhängige Variable, ist zudem von Interesse, ob die unabhängige Variable eine eher *situative, zeitlich begrenzte Wirkung* auf die Therapeutische Haltung im Sinne eines *Zustandes* („personality state“; Mischel & Shoda, 2008, S. 219) oder eine *nachhaltige, situationsübergreifende Wirkung* auf die Therapeutische Haltung als *relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal* („personality trait“; Asendorpf, 2007, S. 475) ausübt. Im zweiten Fall wird quasi nach der *Entwicklung der Haltung* über eine gewisse Lebensspanne und den dabei wirksamen Einflüssen gefragt. Auf Basis dieser Unterscheidungen lassen sich drei *konkrete Forschungsfragen* zur Differenzierung der Frage II ableiten:

konkrete Forschungsfrage II.1: Auf welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirkt sich die Therapeutische Haltung aus?

konkrete Forschungsfrage II.2: Welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirken sich auf die Therapeutische Haltung (verstanden als State) aus?

konkrete Forschungsfrage II.3: Welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirken sich auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (verstanden als Trait) aus?

8.2.3 Eigenschaftsbezogene Perspektive

Sowohl im Kontext der Definitionen (s. Kap. 2.2.2.2) als auch der Bedeutungstheorien (s. Kap. 4.1.3) kommt *Merkmale und Eigenschaften, die ein Konzept spezifizieren*, eine wichtige Rolle zu. Wie oben bemerkt wurde kein theoretische Basis gefunden, die für die Entwicklung konkreterer und dennoch offener Fragen geeignet erschien. Daher wird aus dieser Perspektive lediglich eine *allgemeine Forschungsfrage* formuliert:

allgemeine Forschungsfrage III: Mit Hilfe welcher Eigenschaften lässt sich der Begriff der Therapeutischen Haltung spezifizieren?

8.2.4 Die Perspektive der Erfassbarkeit

Die *Operationalisierung* wurde als ein wichtiger Aspekt zur Klärung der Therapeutischen Haltung als wissenschaftlich nützlicher Begriff genannt. Wie im wissenschaftstheoretischen Kapitel bemerkt, wurde im Operationalismus die Bedeutung eines Begriffs sogar mit der Angabe von Operationen gleichgesetzt, die dessen Erfassung/Messung ermöglichen (s. Kap. 2.3.4). Auch wenn hier nicht so weit gegangen wird, scheint der Aspekt der *Erfassbarkeit* doch wichtig genug zu sein, um aus dieser Perspektive auf die Hauptfrage, folgende *allgemeine Forschungsfrage* zu stellen:

allgemeine Forschungsfrage IV: Wie kann die Therapeutische Haltung erfasst werden?

Im Kontext der Behandlung des Themas Operationalisierung in methodologischen Lehrbüchern, werden meist Überlegungen darüber angestellt, welche *Indikatoren* auf das Vorliegen oder die Ausprägung eines Konstrukts hinweisen (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011) und mit Hilfe welcher *Methoden* dieses valide und reliabel erfasst werden kann (vgl. Bortz & Döring, 2006; Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Über die Angabe von Indikatoren und Methoden hinaus kann bei einem noch unklaren Begriff, wie dem der Therapeutischen Haltung, zudem die Frage interessant sein, in welchen *situativen Kontexten* diese sich überhaupt zeigt. Unter Rückgriff auf diese drei Aspekte der Erfassbarkeit lassen sich folgende *konkrete Forschungsfragen* zur Differenzierung der Frage IV ableiten:

konkrete Forschungsfrage IV.1: In welchen situativen Kontexten zeigt sich die Therapeutische Haltung?

konkrete Forschungsfrage IV.2: Anhand welcher Indikatoren lässt sich die Therapeutische Haltung erkennen?

konkrete Forschungsfrage IV.3: Mit welchen Mitteln lässt sich die Therapeutische Haltung erfassen?

8.3 Nebenfragestellungen

Im Einleitungskapitel (s. Kap. 1.4.3.1) wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich im Rahmen der Arbeit auch einige Fragen beantworten lassen, die durch das Vorliegen von Daten angeregt werden, die als „Nebenprodukte“ des Vorgehens bei der Beantwortung der oben aufgestellten Forschungsfragen anfallen. Es handelt sich dabei zum einen um Fragen bezüglich der *Relevanz* der Therapeutischen Haltung, zum anderen um Fragen bezüglich potentieller *Unterschiede der Haltungskonzepte in Abhängigkeit personenbezogener Merkmale*. Beide Möglichkeiten ergeben sich aufgrund des Vorliegens von in Kurzfragebögen vor den Interviews erhobener soziodemographischer, ausbildungs-, berufs- und projektbezogener Daten (s. Kap. 10.2.2.1). Die *Nebenfragen* lauten dementsprechend (die Ordnungszahlen der Fragen laufen fort, um Verwechslung zu vermeiden):

Nebenfrage V: Welche Relevanz messen die angeschriebenen Psychotherapeuten dem Begriff der Therapeutischen Haltung bei?

Nebenfrage VI: Inwiefern unterscheiden sich die Haltungskonzepte approbierter Psychotherapeuten hinsichtlich ausgewählter personenbezogener Variablen?

Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, werden die Betrachtungen von Unterschieden pragmatisch auf einige wenige personenbezogene Variablen beschränkt. Aus dem Bereich soziodemographischer Daten wurde die Variable *Geschlecht* gewählt, u.a. da diese mit psychologischen Konstrukten in Verbindung gebracht werden kann, die für beide Nebenfragestellungen möglicherweise bedeutsam sind, wie z.B. Weisheit (vgl. Aldwin, 2009) oder Einstellungen ggü. psychischen Problemen (vgl. Holzinger et al., 2012). Aus dem Bereich der ausbildungsbezogenen Daten wurden die Variablen *Zugangsvoraussetzung zur Therapieausbildung* (Medizin- vs. Psychologiestudium) und *Art der Approbation* (verhaltenstherapeutisch vs. psychodynamisch orientiert) gewählt, die gegenwärtig zentrale Einflüsse auf die Sozialisation und Hürden auf dem Weg zur Ausübung des Psychotherapeutenberufs darstellen (vgl. Dahm, 2012; Kneer-Weidenhammer, 2012; GBA, 2011). Da es sich nur um Nebenfragen handelt, werden beide im Rahmen der Bearbeitung der Hauptfragen mitbeantwortet. Was *Nebenfrage V* (s.o.) angeht, lassen sich die diesbezüglichen Ergebnisse dem Abschnitt 10.2.2.3 entnehmen. In diesem wird die Stichprobe in unterschiedlichen Stadien der Einbindung in die Arbeit hinsichtlich projektbezogener Daten beschreibt, worunter auch Einschätzungen der Relevanz fallen. Ergebnisse hinsichtlich *Nebenfrage VI* werden im Rahmen der Darstellung der Codierungsergebnisse ergänzend berichtet (s. Kap. 12) und in deren Interpretation sowie bei der Hypothesengenerierung (insb. 12.6) mit berücksichtigt.

8.4 Zusammenfassung: Forschungsfragen im Überblick

Im vorliegenden Kapitel wurden auf Basis in vorigen Kapiteln vermittelter Inhalte eine Reihe von allgemeinen und konkreten Forschungsfragen sowie Nebenfragen entwickelt. Dazu wurde in der *Einleitung* (s. Kap. 8.1) zunächst auf die Möglichkeit, die Hauptfrage deskriptiv oder normativ zu verstehen, sowie auf die Relevanz dieser Unterscheidung im Kontext einer *Begriffsexplikation* hingewiesen. Nach der Herleitung unterschiedlicher *zentraler Perspektiven* auf die Hauptfrage der Arbeit (s. Kap. 8.1.2) wurden diesen Sichtweisen entsprechende *allgemeine und konkrete Forschungsfragen* vorgeschlagen, deren Beantwortung in unterschiedlichen Stadien (Bedeutungsanalyse, Begriffspräzisierung, Operationalisierung) der angestrebten Begriffsexplikation hilfreich scheint (s. Kap. 8.2). Zudem wurden zwei *Nebenfragen* formuliert, deren Beantwortung auf Basis von Daten ermöglicht wird, die sich im Rahmen des zur Explikation gewählten methodischen Vorgehens, quasi als „Nebenprodukt“ ansammelten (s. Kap. 8.3). Folgende Tabelle 8.01 fasst die oben entwickelte Fragestellung zusammen:

Tab. 8.01. Fragestellung der vorliegenden Arbeit im Überblick;

Hauptfrage: Was ist die Bedeutung des Begriffs der „Therapeutische Haltung“?
allgemeine Forschungsfrage I: In welche semantischen Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?
<p>konkrete Forschungsfrage I.1: In welche taxonomischen Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?</p> <p>konkrete Forschungsfrage I.2: In welche Teil-Ganzes-Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?</p> <p>konkrete Forschungsfrage I.3: Welche Begriffe haben eine ähnliche oder identische Bedeutung wie die Therapeutische Haltung?</p>
allgemeine Forschungsfrage II: In welche funktionalen bzw. kausalen Relationen ist die Therapeutische Haltung eingebettet?
<p>konkrete Forschungsfrage II.1: Auf welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirkt sich die Therapeutische Haltung aus?</p> <p>konkrete Forschungsfrage II.2: Welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirken sich auf die Therapeutische Haltung (verstanden als State) aus?</p> <p>konkrete Forschungsfrage II.3: Welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirken sich auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (verstanden als Trait) aus?</p>
allgemeine Forschungsfrage III: Mit Hilfe welcher Eigenschaften lässt sich der Begriff der Therapeutischen Haltung spezifizieren?
allgemeine Forschungsfrage IV: Wie kann die Therapeutische Haltung erfasst werden?
<p>konkrete Forschungsfrage IV.1: In welchen situativen Kontexten zeigt sich die Therapeutische Haltung?</p> <p>konkrete Forschungsfrage IV.2: Anhand welcher Indikatoren lässt sich die Therapeutische Haltung erkennen?</p> <p>konkrete Forschungsfrage IV.3: Mit welchen Mitteln lässt sich die Therapeutische Haltung erfassen?</p>
Nebenfrage V: Welche Relevanz messen die angeschriebenen Psychotherapeuten dem Begriff der Therapeutischen Haltung bei?
Nebenfrage VI: Inwiefern unterscheiden sich die Haltungskonzepte approbierter Psychotherapeuten hinsichtlich ausgewählter personenbezogener Variablen?

Kap. 9 Experteninterviews - methodische Grundlagen

Überblick: In diesem Kapitel sollen die Grundlagen der für die Interviewstudien genutzten Methoden vermittelt werden. Nach einer kurzen inhaltlichen Einleitung (s. Kap. 9.1) wird zunächst das leitfadenbasierte Experteninterview (im Text oft kurz: EI) als zentrale Methode der Datenerhebung vorgestellt (s. Kap. 9.2), bevor die Qualitative Inhaltsanalyse (im Text oft kurz: QI) als methodischer Rahmen und zentrale Auswertungsmethode eingeführt wird (s. Kap. 9.3). Eine Zusammenfassung (s. Kap. 9.4) schließt dieses Kapitel ab.

9.1 Einleitung

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt in der qualitativen Forschung, da diese sich insbesondere für explorative Designs empfiehlt (vgl. Mayring, 2010c; Kuckartz, 2012). Da sich aber auch quantitative Analysen sinnvoll an die qualitative Hauptphase anschließen bzw. beide Analysetraditionen sich gewinnbringend verbinden lassen, wurde in Kapitel 3 der sog. Mixed Methods-Ansatz (vgl. Creswell & Plano Clark, 2007; Teddlie & Tashakkori, 2009; Schreier & Odağ, 2010) als passender methodischer Rahmen vorgeschlagen. Die qualitative Inhaltsanalyse (QI) nach Mayring fügt sich hier sehr gut ein, da sie eine Verbindung qualitativer und quantitativer Forschungsschritte ausdrücklich begrüßt (vgl. Mayring, 2010a, S. 20). Als zur QI quasi komplementäre Methode der Datenerhebung kann im Kontext einer explorativen Fragestellung das Interview gesehen werden (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Lamnek, 2010; Mayring, 2010b). Da sich in der Literatur eine große Menge von Beschreibungen unterschiedlicher Interviewformen finden lassen (vgl. Mey & Mruck, 2010), werden in Abschnitt 9.2 zunächst die hier gewählte Form des leitfadenbasierten Experteninterviews begründet und dessen methodische Hintergründe vorgestellt. Die QI wird darauf folgend sowohl als methodischer Rahmen, als auch als zentrale Methode der Datenauswertung vorgeschlagen (s. Kap. 9.3). Wie oben angedeutet, sollen innerhalb der vorliegenden Untersuchung auch quantitative Methoden genutzt werden. Diese werden hier jedoch nicht weiter thematisiert, da davon ausgegangen werden kann, dass die Leser mit den zum Einsatz kommenden Basisstrategien (s. Kap. 12), vornehmlich aus dem Bereich der deskriptiven Statistik, vertraut sein dürften (s. auch Kap. 10.4.5).

9.2 Das Interview als Erhebungsmethode

Zentrale Methode der Datenerhebung dieser Teilstudien ist, wie deren Überschrift „Experteninterviews“ schon verrät, die Befragung in Form leitfadenbasierter, qualitativ orientierter Interviews mit als „Experten“ deklarierten Teilnehmern. Bevor die einzelnen, für die Interviewstudien gewählten Spezifizierungen dieser Datenerhebungsmethode hergeleitet

werden, soll zunächst ein kurzer Überblick in das Thema Befragung, im Speziellen per Interview, den Einstieg bieten (s. Kap. 9.2.1). Anschließend werden methodologische Grundorientierung (qualitative Interviews, s. Kap. 9.2.2) und spezifische Zielgruppe (Experten, s. Kap. 9.2.3) vertieft thematisiert. Abschließend wird die in dieser Arbeit gewählte Form der Datenerhebung begründet und zusammenfassend dargestellt (s. Kap. 9.2.4).

9.2.1 Überblick

In diesem Abschnitt sollen zentrale Charakteristika und Formen des Interviews zunächst benannt und einige davon in Unterabschnitten vertieft erläutert werden. Das Interview wird im Kontext sozialwissenschaftlicher bzw. psychologischer Forschungsmethoden als *mündliche Befragung* der schriftlichen Befragung gegenübergestellt (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 236; Sedlmeier & Renkewitz, 2008, S. 85; Schnell, Hill & Esser, 2011, S. 315). Als *gängige Differenzierungskriterien* nennen Bortz und Döring (2006, S. 238) sowie Lamnek (2010, S. 303) das *Ausmaß der Standardisierung* (s. Kap. 9.2.1.1), den *Autoritätsanspruch bzw. Kommunikationsstil des Interviewers* (weich einfühlend vs. neutral vs. hart, autoritär-aggressiv), die *Art des Kontaktes bzw. Kommunikationsmediums* (s. Kap. 9.2.1.2), die *Anzahl bzw. Struktur der befragten Personen* (Einzel-/Gruppeninterview, Survey), die *Anzahl der Interviewer* (ein Interviewer, Tandem, Hearing), die *Funktion bzw. Intention* (soll Information ermittelt oder vermittelt werden?), die *Art der Fragen* (insb. offen vs. geschlossen) sowie den *Einsatzbereich* (z.B. Personalwesen, Strafvollzug, Massenmedien, etc.). Mey und Mruck (2010) ergänzen die Dimension „*evozierte Textsorte*“ (S. 427; Hervorheb. durch H.P.), wie z.B. Erzählung, Bericht oder Argumentation.

Die Unterscheidung *qualitativ vs. quantitativ orientierter Interviews* (vgl. Bortz & Döring, 2006; Lamnek, 2010) liegt quasi quer zu diesen Kriterien bzw. überspannt diese, da dabei eher anhand von Clustern eben genannter Differenzierungsmerkmale charakterisiert wird, als dass wirklich neue Dimensionen hinzuzufügen wären. Ebenso von den o.g. Kriterien nicht erfasst, ist die Charakterisierung der Interviewform anhand bestimmter *Merkmale der Befragten*, wie es im Fall des *Experteninterviews* (EI) geschieht. Da beide Formen für die vorliegende Arbeit zentral sind, wird auf diese gesondert in den Abschnitten 9.2.2 und 9.2.3 eingegangen. Innerhalb des Abschnittes zu qualitativen Interviews, werden dann auch spezifische Interviewkonzepte thematisiert.

9.2.1.1 Ausmaß der Standardisierung

Das Ausmaß der Standardisierung wird meist in drei Abstufungen angegeben: (*extrem*) *standardisiert bzw. (voll) strukturiert*, *halb-/teilstandardisiert bzw. halb-/teilstrukturiert* und *nicht-standardisiert bzw. unstrukturiert* (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 238 f.; Sedlmeier & Renkewitz, 2008, S. 90 ff.; Lamnek, 2010, S. 303). Teilweise werden jedoch auch ausgearbeitete Interviewstrategien im Sinne einer der Abstufungen benannt, wie z.B. im Fall des „halbstrukturierten Interviews“ nach Groeben und Scheele (2000, nach Mey & Mruck,

2010). Zudem werden manchmal Interviews der Abstufung „nicht-strukturiert“ mit „qualitativ“ gleichgesetzt (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 238).

- Als *standardisiert* gilt ein Interview, wenn „jeder Befragte identische Fragen in einem identischen Kontext bekommt“ (Sedlmeier & Renkewitz, 2008, S. 90), d.h. „*Wortlaut und Abfolge der Fragen [sind] eindeutig vorgegeben und für den Interviewer verbindlich*“ (Bortz & Döring, 2006, S. 238; Hervorheb. durch H.P.). Derartige Interviews sind u.a. *bei klar umgrenzten Themenbereichen, zu denen detaillierte Vorkenntnisse vorhanden* sinnvoll (vgl. ebd.).
- Beim Gegenpol, dem *nicht-standardisierten Interview*, „[weiß] der Forscher weder (...) wen, noch was er in welcher Reihenfolge fragen wird“ (Sedlmeier & Renkewitz, 2008, S. 90). In etwas abgeschwächter Sichtweise werden darunter Interviews verstanden, in denen lediglich der *thematische Rahmen vorgegeben* wird, die *Gesprächsführung offen* bleibt und der gesamte Prozess somit in hohem Maß von der Persönlichkeit des Interviewers abhängt (vgl. Bortz & Döring, 2006). Derart eher wenig strukturierte Formen eignen sich insbesondere im Bereich *explorativer Studien* oder für „*schwierige Themenbereiche, (...) deren Bearbeitung eine einfühlsame Unterstützung durch den Interviewer erfordern*“ (ebd., S. 239; Hervorheb. durch H.P.).
- Im Kontext der vorliegenden Arbeit ist der mittlere Bereich der *teilstandardisierten* Form von besonderem Interesse, da der Themenbereich eher mäßig umreißbar ist, nur geringe Vorkenntnisse vorhanden sind und es sich um eine explorative Studie handelt, d.h. die Voraussetzungen liegen zwischen den eben genannten für die jeweiligen Extrempole.

Als typisch für die teilstandardisierte Form gilt das *Leitfadeninterview*, das oft teils als Beispiel (vgl. Bortz & Döring, 2006; Mey & Mruck, 2010), teils als spezifische Konzepte zusammenfassender Überbegriff (vgl. Flick, 2005) qualitativer Interviewformen thematisiert wird. Dieses unterscheidet sich von der nichtstandardisierten Form durch einen Interviewleitfaden, der *bestimmte Themen anspricht, Fragen vorschlägt*, diese evtl. sogar in *Haupt- und Detaillierungsfragen* differenziert sowie den äußeren *Ablauf des Interviews* festlegt (vgl. Bortz & Döring, 2006; Sedlmeier & Renkewitz, 2008). Von der standardisierten Form unterscheidet sich das Leitfadeninterview, indem „es genügend Spielraum [lässt], spontan aus der Interviewsituation heraus *neue Fragen und Themen* einzubeziehen oder bei der Interviewauswertung auch *Themen herauszufiltern*, die bei der Leitfadenkonzeption nicht antizipiert wurden“ (Bortz & Döring, 2006, S. 314; Hervorheb. durch H.P.).

Für die *Konstruktion von Leitfäden* wurden z.B. von Helfferich (2009) detaillierte Anforderungen (ebd., insb. S. 180) und Konstruktionsschritte („SPSS-Prinzip“, ebd., S. 182) vorgeschlagen, die in Abschnitt 10.3.1 genauer beschrieben werden. Nach Mey und Mruck (2010) können Leitfäden im Vorfeld eines Interviews dabei helfen „das *eigene Wissen zu organisieren*, zu explizieren und mit Teamkolleg/innen zu diskutieren“, sich „[k]urz vor dem Interview (...) die *wichtigsten Fragen(bereiche) nochmals in Erinnerung [zu rufen]*“ und am Ende des Interviews „im Sinne einer *Checkliste* dazu dienen zu prüfen, ob alle wichtigen Fragen gestellt bzw. im Interview angemessen angesprochen wurden“ (S. 430; Hervorheb. durch H.P.).

9.2.1.2 Art des Kontaktes/Kommunikationsmediums

Die übliche Art der mündlichen Befragung stellt das *Face-to-Face-Interview* (im Folgenden kurz: FTF-Interview) dar, bei welchem der Interviewer persönlich anwesend ist (vgl. Bortz & Döring, 2006). Es werden aber in der Literatur noch verschiedene andere Möglichkeiten des Settings beschrieben, wie etwa *Telefon-* und *E-Mailinterview* oder auch *Interviews in synchronen Chatrooms* (vgl. Mey & Mruck, 2010). In die vorliegende Untersuchung gehen per Telefon oder Face-to-Face erhobene Daten ein, weswegen lediglich diese beiden Kontaktarten im Folgenden thematisiert werden.

Die „traditionelle *Face-to-Face-Befragung*“ (ebd., S. 430; Hervorheb. durch H.P.) wird typischerweise als *Dyade* geführt und findet als *Gespräch in geschlossenen Räumen* statt, wobei die Anfertigung einer *Audioaufzeichnung* für die meisten Forschungsfragen als ausreichend angesehen wird (ebd.). Ebenso gehört ein *Postskript*, das „zum Festhalten von Eindrücken, Auffälligkeiten und Befindlichkeiten, die sich auf das Interview selbst und auf die (nicht aufgezeichnete) Zeit vor und nach dem Interview beziehen“ (ebd., S. 431) mittlerweile zum Standard. FTF-Interviews werden insbesondere der Bedeutung des personalen Aspektes gerecht, indem z.B. *visuelle Elemente der Kommunikation* mitberücksichtigt werden können (vgl. Lamnek, 2010). Als Telefoninterviews werden mündliche Befragungen bezeichnet, die zwar – wie auch das FTF-Interview – *zeitlich synchron* stattfinden, bei denen der Interviewer aber *nicht persönlich anwesend* ist, sondern seine Fragen per Telefon an den Interviewten stellt (vgl. i.d.S. Mey & Mruck, 2010).

Die Vorteile von Telefon- gegenüber FTF-Interviews werden u.a. in der *Kosten- und Zeiterparnis* gesehen, da Interviews auch über *große Distanz* ohne aufwendige Reisen durchgeführt werden können (vgl. Mey & Mruck, 2010; Gläser & Laudel, 2009). Themenabhängig kann auch die erlebte *größere Anonymität* und *geringere persönliche Bedrängnis* einen Vorteil darstellen und zu *niedrigeren Verweigerungsraten* führen, auch die *Terminvereinbarung* gestaltet sich beim Telefoninterview einfacher (vgl. Bortz & Döring, 2006). Die Vorteile des Telefoninterviews ggü. dem FTF-Kontakt liegen also v.a. im Bereich der *Forschungsökonomie und -praxis* (vgl. Mey & Mruck, 2010; Christmann, 2009). Allerdings werden auch eine Reihe teils gravierender Nachteile genannt. So weisen Gläser und Laudel (2009) darauf hin, dass sowohl die *Kontrolle über das Gespräch* als auch die *Ausbeute an Information geringer* sei. *Störungen* des Interviewpartners oder *Nebentätigkeiten* werden ggf. nicht bemerkt, *visuelle Informationen* i.S. nonverbaler Gesprächsanteile, die aber evtl. für die Gesprächssteuerung von Bedeutung hätten sein können, gehen verloren, die Herstellung einer *vertrauensvollen Atmosphäre* kann erschwert werden (vgl. ebd.; s. auch Mey & Mruck, 2010; Lamnek, 2010). Auch *potentiell informative Elemente des Gesprächskontextes* können nicht mitberücksichtigt werden wie z.B. die Gestaltung des Wohn- oder Arbeitsraumes des Interviewpartners (vgl. Gläser & Laudel, 2009).

Aufgrund der geschilderten Nachteile des Telefoninterviews plädieren Gläser und Laudel (2009) für den FTF-Kontakt. Andere Autoren weisen allerdings darauf hin, dass *Telefoninterviews durchaus eine Alternative* sein könnten, „wenn die mit ihnen einhergehenden Nachteile an Informationsverlust nicht besonders schwer wiegen“ (Mey & Mruck, 2010, S. 430). Eindeutige Kriterien für eine sinnvolle Entscheidung zwischen beiden Varianten

lassen sich in der Literatur nicht auffinden. Lediglich Christmann (2009) begründet die Entscheidung für die Durchführung von Telefoninterviews in dem von ihr berichteten Forschungsprojekt anhand durchaus plausibler, aber nicht theoretisch oder empirisch fundierter Kriterien. Auf diese sowie die für die vorliegende Untersuchung getroffene Wahl wird in 9.2.4 genauer eingegangen.

9.2.2 *Qualitatives Interview*

9.2.2.1 **Gemeinsamkeiten qualitativer Interviews**

Unter qualitativen Interviews werden Formen der mündlichen Befragung verstanden, die ein mehr oder weniger homogenes Cluster bezogen auf die oben genannten Differenzierungskriterien bilden (vgl. auch Lamnek, 2010). Typischerweise sind qualitative Interviews *nicht- oder halbstandardisiert* und nutzen *eher offene als geschlossene Fragen* (vgl. Bortz & Döring, 2006). Außerdem finden sie meist im Rahmen eines *mündlichen FTF-Kontaktes* statt, wobei der Interviewer einen *eher neutralen bis weichen Kommunikationsstil* pflegt (vgl. Lamnek, 2010). Hervorstechende methodische und forschungspraktische Aspekte sind u.a. auch der Verzicht auf große Fallzahlen zugunsten einer *theoretischen Stichprobenziehung*, höhere Anforderungen an die *kommunikativen Kompetenzen der Interviewer*, eine *längere Dauer* sowie die *Notwendigkeit von Aufzeichnungen* aufgrund der Informationsfülle (vgl. ebd.).

Im Sinne des qualitativen Forschungsparadigmas mit seinem inhaltlichen Interesse an der *tiefgründigen und ausführlichen Rekonstruktion von Alltagsvorstellungen, Bedeutungsmustern und Wirklichkeitsdefinitionen*, scheinen diese Charakteristika von Interviews am ehesten geeignet (vgl. i.d.S. Lamnek, 2010). Auch andere, eher methodologische Forderungen des qualitativen Paradigmas, wie *Offenheit, Kommunikativität, prozesshaftes Forschen, Flexibilität und Reflexivität* (s. Kap. 3) lassen sich im Rahmen einer Auswertungsmethode, die die eben genannten Charakteristika aufweist, gut umsetzen (vgl. ebd.). Insbesondere im Rahmen der *Hypothesengenerierung* bzw. *Theoriekonstruktion* lassen sich qualitative Interviews sinnvoll einsetzen (vgl. ebd.).

9.2.2.2 **Verbreitete Konzepte**

Oft wird die Methode des qualitativen Interviews anhand der Aufzählung und Beschreibung verbreiteter Konzepte erläutert. Auch wenn die Bezeichnungen uneinheitlich verwendet werden (vgl. Helfferich, 2009) sind die meistgenannten Verfahren dabei *narratives, episodisches, biographisches, problemzentriertes, fokussiertes, halbstandardisiertes, ethnographisches* und *Experten-Interview* (vgl. z.B. Flick, 2005; Lamnek, 2010; Mey & Mruck, 2010). Anstelle einer umfassenden Darstellung sollen im Folgenden lediglich narratives und fokussiertes Interview als Beispiele für die standardisierungsbezogene Bandbreite qualitativer Interviews thematisiert werden, da diese u.a. in Lamneks (2010, S. 350) und

Helfferrichs (2009, S. 45) Gegenüberstellungen die gegensätzlichsten Varianten bilden. Das EI wird in Abschnitt 9.2.3 gesondert behandelt.

Das *narrative* oder auch „*narrativ biographische Interview*“ (Mey & Mruck, 2010, S. 424; Hervorheb. durch H.P.) wurde in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts von Fritz Schütze entwickelt (vgl. Lamnek, 2010) und wird insbesondere in der Biographieforschung angewendet (vgl. Flick, 2005; Bortz & Döring, 2006). Ziel dieser Technik ist die Erhebung von Daten in Form von „*Erzähltexten*“ (Lamnek, 2010, S. 327; Hervorheb. durch H.P.), i.d.R. ohne dass dabei ein Leitfaden zum Einsatz kommt (vgl. Mey & Mruck, 2010). Der Befragte soll über ein für ihn relevantes Thema erzählen, bezüglich dessen er sich selbst als Experte erleben kann (vgl. Bortz & Döring, 2006), wie z.B. Ausschnitte der eigenen Lebensgeschichte (vgl. Flick, 2005).

Das Interview gliedert sich in *drei grobe Phasen* (vgl. Mey & Mruck, 2010): die *Eröffnung*, in der die Erzählung durch eine erzählgenerierende Eröffnungsfrage, den sog. „*Erzählstoß*“ (Bortz & Döring, 2006, S. 316) ausgelöst werden soll, den *narrativen Nachfrageteil*, in welchem der Interviewer unklare Passagen oder scheinbar ausgelassene Themen anspricht und zu einer weiteren Erzählung auffordert (vgl. Flick, 2005) und die *Bilanzierung*, in der durch direkte Fragen zu einer abschließenden Bewertung angeregt werden soll (vgl. Bortz & Döring, 2006; Lamnek, 2010). Theoretisch wird davon ausgegangen, dass drei *Zugzwänge des Erzählens*, „*der Gestaltschließungszwang*, *der Kondensierungszwang* und *der Detaillierungszwang*“ (Flick, 2005, S. 150; Hervorheb. im Orig.) zum Funktionieren i.S. der Produktion möglichst realistischer Erinnerungen beitragen (vgl. ebd.). Zentrale Kritikpunkte an dieser Methode sind die fragwürdigen Annahmen „*einer Homologie von Erzähltem und Erlebtem*“ (Mey & Mruck, 2010, S. 424) und der Übertragbarkeit vom Entwicklungskontext (Interviews mit Politikern) auf alle Gruppen potentieller Interviewpartner („*schichtunabhängig vorhandene narrative Kompetenz*“, Lamnek, 2010, S. 329) sowie das forschungspraktische Problem der Ansammlung großer, recht unstrukturierter Textmengen (vgl. Flick, 2005).

Das in den 1950er Jahren von Merton und Kendall entwickelte *fokussierte Interview* gilt als „*Urfassung*“ (Mey & Mruck, 2010, S. 424) *leitfadenbasierter* und als eine der ältesten Formen *qualitativer Interviews* (vgl. Lamnek, 2010), das allerdings im Sinne der oben genannten Charakteristika (s. Kap. 9.2.2.1) *näher an der quantitativen Methodologie* gesehen wird, als andere Formen qualitativer Interviews (vgl. ebd.; s. auch Helfferrich, 2009). Im Kontext der Medienforschung entstanden, soll die *subjektive Reaktion und Sichtweise* auf einen gegebenen Gegenstand (z.B. einen Filmausschnitt), das „*fokussierte Objekt*“ (Bortz & Döring, 2006, S. 316) erhoben werden (vgl. Flick, 2005). Während Flick (2005) die *Hypothesengenerierung* als dessen vorherrschendes Erkenntnisziel nennt, geht Lamnek (2010) davon aus, dass damit eher die *Testung von Hypothesen* beabsichtigt wird, die vom Forscher während der Beobachtung des Gegenstandes aufgestellt wurden, mit dem auch der Befragte konfrontiert wird. Bortz und Döring (2006) erwägen beide Varianten.

Mit der Forderung nach *Nichtbeeinflussung*, *Spezifität/Spezifizierung* und *Tiefgründigkeit* wurden erstmalig Ziellinien (vgl. Mey & Mruck, 2010) bzw. *Kriterien der Interviewführung* (vgl. Flick, 2005) formuliert, die später als allgemeine Kriterien qualitativer Interviews in

ähnlicher Form Verbreitung fanden (Lamnek, 2010). Flick (2005) sowie Bortz und Döring (2006) ergänzen noch ein viertes Kriterium i.S. von *Breite/Offenheit*. Methodisch sollte Nichtbeeinflussung u.a. durch eine *non-direktive Gesprächsführung* und *flexible Handhabung des Leitfadens* erreicht werden, Spezifität u.a. durch *spezifizierende Fragen* bei allgemein gehaltenen Aussagen, Breite/Offenheit u.a. durch das *Zulassen neuer Inhalte* bzw. das *Ansprechen, Wechseln oder Vertiefen von Themen* sowie Tiefgründigkeit u.a. durch die *Fokussierung von Gefühlen*, wozu teilweise allgemeine *Formulierungsvorschläge im Leitfaden* gegeben werden (vgl. Flick, 2005; Lamnek, 2010; Mey & Mruck, 2010). Mit der gleichzeitigen Forderung sowohl nach Breite als auch nach Spezifität und Tiefgründigkeit handelt sich das fokussierte Interview allerdings das Probleme *widersprüchlicher Zielvorgaben* ein (vgl. Flick, 2005). Zudem scheint die Annahme, *objektive Merkmale des Materials* in der Beobachtung feststellen zu können, die dann mit dem im Interview gewonnenen subjektiven Eindruck der Befragten verglichen werden könnten, zumindest *fragwürdig* (vgl. ebd.).

9.2.3 Experteninterview (EI)

Das EI wird meist als Spielart qualitativer Interviews beschrieben (vgl. z.B. Bortz & Döring, 2006; Helfferich, 2009), das im deutschsprachigen Raum zu Beginn der 1990er Jahre von Meuser und Nagel eingeführt wurde (vgl. Meuser & Nagel, 2009; Mey & Mruck, 2010) und heute, „nach langer Zeit unterentwickelte[r] Methodenreflexion“ (Bogner & Menz, 2009b, S. 61), intensiv diskutiert wird (vgl. Pfadenhauer, 2009; Bogner & Menz, 2009a). Die hervorstechendsten Spezifika sind das *besondere Erkenntnisinteresse* und die *Zielgruppe* dieser Interviewform (vgl. Bortz & Döring, 2006; Lamnek, 2010). Der befragte Experte interessiert dabei nicht als Einzelfall, sondern eher als *auskunftsfähiger Repräsentant* einer Gruppe (vgl. Flick, 2005), Organisation oder Institution (vgl. Lamnek, 2010). Dabei sind biographische Aspekte und subjektives Erleben der Interviewpartner im Vergleich zu anderen qualitativen Interviews weniger zentral als das den Experten zugeschriebene *Spezialwissen* und deren Rolle „als Akteure in dem von ihnen repräsentierten Funktionskontext“ (Mey & Mruck, 2010, S. 427; i.d.S. auch Flick, 2005).

Dementsprechend nimmt die Beantwortung der Frage, wer eigentlich als Experte gelten kann, im Rahmen der Diskussion um das EI viel Raum ein (vgl. Bogner & Menz, 2009b; Gläser & Laudel, 2009; Lamnek, 2010; Liebold & Trinczek, 2009; Meuser & Nagel, 2009; Mey & Mruck, 2010), worauf im ersten Abschnitt 9.2.3.1 genauer eingegangen wird. Danach wird ein kurzer Überblick unterscheidbarer Formen des EI gegeben (s. Kap. 9.2.3.2). Methodische Grundlagen und charakteristische Aspekte der Forschungspraxis werden im folgenden Abschnitt 9.2.3.3 thematisiert, woran sich eine kurze Diskussion typischer Probleme und Schwierigkeiten anschließt (s. Kap. 9.2.3.4).

9.2.3.1 Wer ist Experte?

Bezüglich der Frage, wer als Experte zu sehen ist, herrscht in der Literatur keine Einigkeit. Einen eher *weiten Begriff* vertreten Gläser und Laudel (2009), die Expertise als „spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte“ (S. 12) definieren. Dieses Spezialwissen kann Bereiche betreffen, bezüglich derer üblicherweise von Expertenwissen gesprochen wird (wie Naturwissenschaften, Politik, Gutachten, ...), aber auch die jeweiligen sozialen Kontexte, in denen Menschen alltäglich agieren (vgl. ebd.). Diese rein *forschungspragmatische Perspektive*, die Expertise als *vom Forscher verliehener Status* konzipiert, wird jedoch kritisiert den Expertenbegriff zu verwässern (vgl. Mey & Mruck, 2010) und weder eine Handhabe für die Differenzierung von Experten vs. Nicht-Experten zu bieten, noch letztlich einen Unterschied zwischen EI und anderen Interviewformen zuzulassen (vgl. Meuser & Nagel, 2009).

Ein vergleichsweise *engerer Begriff* wird von Pfadenhauer (2009; unter Rückgriff auf Hitzler, 1994) vorgeschlagen, die Experten als Typus von Wissenden versteht, der „einen *Überblick* über das auf einem Gebiet insgesamt gewusste Wissen, d.h. einen Überblick über einen *Sonderwissensbereich* hat“ (Pfadenhauer, 2009, S. 452; Hervorheb. im Orig.). Damit lasse sich das Wissen von Experten von demjenigen von Spezialisten abgrenzen, da letztere eher aufgabenbezogenes Teil-Wissen innerhalb eines Sonderwissensbereiches hätten (vgl. ebd.). Während der Spezialist insbesondere über (Handlungs-)Wissen zur Problemlösung verfüge, sei der Experte auch „zur Erkenntnis und Begründung sowohl von Problemursachen als auch Lösungsprinzipien befähigt“ (ebd., S. 452). Zudem sei auch die *Zuständigkeit und Verantwortung für Empfehlungen und Entscheidungen* bezüglich des jeweiligen Expertisebereichs maßgeblich (vgl. ebd.), die „institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit“ (Hitzler et al., 1994, nach Meuser & Nagel, 2009, S. 467).

Im Sinne dieser *wissenssoziologischen Perspektive* gilt Expertise als gesellschaftlich für notwendig befundenes *Sonderwissen bezüglich definierter Sonderprobleme* und wird dementsprechend oft *an die Berufsrolle gebunden* verstanden, in wachsendem Maße aber auch im außerberuflichen Kontext verankert (vgl. ebd.). Ein zentrales Kriterium für die Qualifikation eines Wissens als Expertenwissen sehen Meuser und Nagel (2009) in der *aktiven Partizipation*, d.h. in der Ausübung einer auf ein bestimmtes Problem explizit (und ggf. auch problemlösend intendiert) bezogenen Tätigkeit (vgl. ebd.). Quasi als Kompromiss schlagen Meuser und Nagel (2009) vor, den Expertenbegriff im Rahmen des EI in seiner *doppelten Bedeutung* zu verstehen. In Berücksichtigung der forschungspragmatischen Perspektive, sei „[d]er Expertenstatus bestimmt (...) zum einen in *Abhängigkeit vom jeweiligen Forschungsinteresse*“, zum anderen bezöge er sich aber, entsprechend der wissenssoziologischen Bestimmung, „notwendig auf eine im jeweiligen Feld *vorab erfolgte (...) Zuschreibung*“ (ebd., S. 470; Hervorheb. durch H.P.).

Durch welche *Form von Wissen* zeichnen sich also Experten aus? Expertenwissen liegt sowohl in *systematisierter, reflexiv zugänglicher Form*, aber auch als *Praxis-, Handlungs- oder Routinewissen* vor (vgl. Pfadenhauer, 2009; Lamnek, 2010). Bogner und Menz (2009b) unterscheiden hier drei Dimensionen des Expertenwissens: *technisches Wissen*, d.h. Fachwissen i.e.S., das „explizit verfügbar und damit im Interview unmittelbar kommunizierbar

ist“ (Meuser & Nagel, 2009, S. 470), *Prozesswissen*, d.h. „praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext“ (Bogner & Menz, 2009b, S. 71) und *Deutungswissen*, in das subjektive Bewertungen, Regeln und Interpretationen eingehen (vgl. ebd.). Eine Ergänzung wird von Meuser und Nagel (2009) vorgenommen, die zwischen *Betriebswissen*, das die institutionellen Maximen und Regeln des eigenen Handelns betrifft und *Kontextwissen*, das sich auf die Kontextbedingungen des Handelns anderer bezieht.

9.2.3.2 Formen von Experteninterviews

Bogner und Menz (2009b) unterscheiden *drei Formen des EI*. Diese unterscheiden sich anhand der den *Experten zugewiesenen Rollen* sowie der *erkenntnisleitenden Funktionen bzw. Zielsetzungen* (vgl. Lamnek, 2010). Auch bezüglich der *Forschungspraxis* lassen sich systematische Unterschiede bemerken (vgl. Bogner & Menz, 2009b).

- **Explorative Experteninterviews** streben die *thematische Strukturierung eines Untersuchungsgebiets* sowie die *Generierung von Hypothesen* an (vgl. ebd.). Der Experte kann dabei selbst als *Teil der Zielgruppe* der Untersuchung oder als komplementäre *Informationsquelle über eine Zielgruppe* dienen (vgl. ebd.). Die Gestaltung des Gesprächs ist möglichst *offen*, dennoch sollte ein *Leitfaden zur groben Strukturierung* genutzt werden. Inhaltlicher Schwerpunkt ist die *thematische Sondierung*, die Vergleichbarkeit, Standardisierbarkeit oder Vollständigkeit ist dabei nicht von Interesse (vgl. ebd.). Sowohl *Kontext-* als auch *Betriebswissen* i.S. der Wissensbegriffe Meuser und Nagels (2009) kann im Fokus dieser Interviewform stehen.
- **Systematisierende Experteninterviews** zielen auf die *systematische und lückenlose Erhebung reflexiv verfügbaren und spontan kommunizierbaren Handlungs- und Erfahrungswissens* ab (vgl. ebd.). Der Experte wird hier als *Person mit Aufklärungsfunktion* im Hinblick auf die Forschungsfragen gesehen, die „über ein bestimmtes, dem Forscher nicht zugängliches Fachwissen verfügt“ (ebd., S. 65). Im Rahmen dieser EI-Form wird typischerweise auf *ausdifferenzierte Leitfäden* zurückgegriffen, die *thematische Vergleichbarkeit der Daten* steht hier im Vordergrund (vgl. ebd.).
- **Theoriegenerierende Experteninterviews** zielen „im Wesentlichen auf die kommunikative Erschließung und analytische Rekonstruktion der „subjektiven Dimension des Expertenwissens“ (ebd., S. 66), d.h. *subjektive Handlungsorientierungen und implizite Entscheidungsmaximen* (vgl. Lamnek, 2010). „Ausgehend von der *Vergleichbarkeit* der Expertenäußerungen, die methodisch im *Leitfaden* und empirisch durch die gemeinsame organisatorisch-institutionelle Anbindung der Experten gesichert ist“ (Bogner & Menz, 2009b, S. 66; Hervorheb. durch H.P.), sollen Theorien über die meist impliziten Wissensbestände und Routinen der Experten *generiert* werden. Im Fokus dieser Interviews steht eher das *Betriebswissen* i.S. der Wissensbegriffe Meuser und Nagels (2009). Mit Bezugnahme auf grundlegende Probleme aller Interviewmethoden bezüglich der Rekonstruktion von Routinewissen, empfiehlt Pfadenhauer (2009) allerdings Experteninterviews lediglich zur *Rekonstruktion von explizitem Wissen* zu nutzen.

9.2.3.3 Methodische Gemeinsamkeiten

Als gemeinsames Ziel von EIs wird zwar die *Rekonstruktion von Expertenwissen* angesehen (vgl. Pfadenhauer, 2009). Entsprechend der unterschiedlichen Erkenntnisinteressen (und interessierenden Wissensformen (s. Kap. 9.2.3.1) kann es aber keine uniforme Methodik des EI geben, weswegen u.a. Bogner und Menz (2009b) in diesem Zusammenhang einen *methodischen Pluralismus* propagieren. Dennoch werden einige, zumindest grobe Gemeinsamkeiten genannt, die z.B. den *Leitfadeneinsatz* und die *Stichprobenwahl* betreffen und im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen. Was konkretere methodische Überlegungen zum EI angeht, sei an dieser Stelle auf Kapitel 10 verwiesen, im Verlauf dessen an geeigneter Stelle Bezug zu methodischen Empfehlungen (insb. nach Gläser & Laudel, 2009) genommen wird.

Die meisten Veröffentlichungen zum EI diskutieren dieses als *Leitfadeninterview* (vgl. Flick, 2005; Gläser & Laudel, 2009; Lamnek, 2010; Liebold & Trinczek, 2009; Meuser & Nagel, 2009). Der Leitfaden habe in diesem Kontext eine *doppelte Funktion* (vgl. Flick, 2005): Auf der einen Seite soll die Selbstdarstellung des Forschers als *kompetentes Gegenüber* unterstützt werden (vgl. ebd.), was eine intensive Auseinandersetzung mit dem Handlungsfeld in der Vorbereitungsphase voraussetzt (vgl. Lamnek, 2010), auf der anderen Seite soll der Leitfaden im Sinne einer *Steuerungsfunktion* dazu dienen das Thema zu begrenzen bzw. das Gespräch auf das Sonderwissen zu konzentrieren (vgl. ebd.). Allgemein wird für einen eher *offenen Umgang* mit dem Leitfaden plädiert (vgl. Meuser & Nagel, 2009; Liebold & Trinczek, 2009), so dass sich im Interview neu ergebende Themen oder alternative Übergänge möglich bleiben (vgl. Gläser & Laudel, 2009). Die *Stichprobenbildung* sollte so erfolgen, dass das Spektrum unterschiedlicher Expertenperspektiven abgebildet wird (vgl. ebd.). Flick (2005) empfiehlt in diesem Zusammenhang eine *schrittweise Auswahl von Fällen*, orientiert am „theoretischen Sampling“ (ebd., S. 102), das für die Methodologie der Grounded Theory (vgl. Howitt, 2010). Im Zentrum stehen dabei die *theoretischen Vorüberlegungen* (vgl. Gläser & Laudel, 2009) und das *Forschungsinteresse* (vgl. Littig, 2008) vor dem Hintergrund des vertretenen Expertenbegriffs (s. Kap. 9.2.3.1). Die Stichprobenbildung unterscheidet sich damit deutlich von der in quantitativ orientierter Forschung, für die *Repräsentativität* als zentrales Kriterium gilt (vgl. Howitt, 2010).

9.2.3.4 Herausforderungen und Schwierigkeiten

Als typische Herausforderung beim EI wird die besondere Gesprächssituation genannt, die u.a. im Zusammenhang mit *speziellen Merkmalen der Kommunikation von Experten*, wie z.B. der Nutzung von Fachjargon (vgl. Pfadenhauer, 2009), oder auch dem für viele Expertengruppen *charakteristischen Zeitmangel* gesehen werden kann (vgl. Liebold & Trinczek, 2009). Sowohl wird vom Interviewer gefordert eine möglichst der *alltäglichen Kommunikation* des Experten ähnliche Gesprächssituation herzustellen, als auch *zielgerichtet und effizient* vorzugehen (vgl. ebd.). Eine weitere Schwierigkeit wird in der methodologischen Zwischenposition des EI gesehen, das auf der einen Seite durch das im Leitfaden manifestierte Forschungsinteresse *strukturiert* bestimmte Wissensbestände erfragen will (vgl. Liebold & Trinczek, 2009). Auf der anderen Seite soll es aber *offen genug* bleiben, um von

den Befragten eröffnete Themen zu integrieren, weswegen hier auch von einer „Gratwanderung zwischen Strukturierung und Offenheit“ (ebd., S. 38) gesprochen wird. Oft werden auch *spezifische Interaktionseffekte* als Herausforderung für den Interviewer genannt, wie etwa der Rollenwechsel zwischen Experte und Privatmensch (vgl. auch Flick, 2005) oder der „Eisbergeffekt“ (Lamnek, 2010, S. 657). Bei letzterem antwortet der Interviewte „desinteressiert und zögerlich“ (ebd.), eventuell da er fälschlicherweise als Experte angesprochen wurde und gar nicht auskunftsfähig ist. Trotz geforderter intensiver Beschäftigung mit dem Wissensbereich des befragten Experten (vgl. Liebold & Trinczek, 2009), erlangt der Interviewer aber allenfalls den „Status eines *Quasi-Experte[n]*“ (Pfadenhauer, 2009, S. 454, Hervorheb. im Orig.). Das bietet allerdings auch Vorteile: So erspart er dem Interviewten sich in einer zwischen Experten sonst oft implizit oder explizit bestehenden Konkurrenzsituation zu sehen, die mit entsprechendem Mangel an Offenheit einhergehen könnte (vgl. ebd.).

9.2.4 *Das leitfadenbasierte Experteninterview als Methode der Datenerhebung*

Wie in den vorigen Abschnitten (insb. im Kontext der Diskussion um das Expertentum, s. Kap. 9.2.3.1) erwähnt, leitet sich die konkrete Form des Experteninterviews aus dem Forschungsinteresse ab, wie auch die Wahl der Datenerhebungsmethoden im Allgemeinen. Die methodologische Richtung wurde in diesem Sinn bereits in Kap. 3 begründet. Aufgrund der Differenzierung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit (s. Kap. 8) lässt sich nun, auch vor dem Hintergrund der methodischen Grundlagen von Interviewverfahren, die Form der Datenerhebung begründen (diese Begründung betrifft nur die Interviewstudien, nicht die anderen Teilstudien). Das Forschungsinteresse im Bereich der Interviewstudien besteht in einer umfassenden *Exploration der alltäglichen Verwendung* des Begriffs der „Therapeutischen Haltung“. Dieser Begriff ist allerdings kein allgemeiner Alltagsbegriff, sondern wird nur in einem bestimmten *Sondergebiet* – der psychotherapeutischen Forschung und Praxis – von einer *spezifischen Population* – den psychotherapeutisch Tätigen oder in diesem Bereich Forschenden – genutzt. Zudem scheint es bisher keine Studien zur Verwendungspraxis zu geben, lediglich eine mehr oder weniger ausführliche, aber nicht systematisierte Thematisierung in der Fachliteratur (s. Kap. 6). Daher wäre eine möglichst *gegenstandsbezogene Herangehensweise* von Vorteil, um potentielle Ergebnisse nicht im Vorhinein schon unnötig zu begrenzen.

Aufgrund der genannten Merkmale des Forschungsinteresses (alltägliche Verwendungspraxis, Sondergebiet mit potentielltem Sonderwissen, gegenstandsbezogene Herangehensweise) muss eine sinnvolle komplementäre Interviewmethode auf die *Rekonstruktion von Sonderwissen* ausgerichtet sein und damit sowohl *qualitativ orientiert*, als auch *leitfadenbasiert*. Das Experteninterview, wie es in Abschnitt 9.2.3 dargestellt wurde, erfüllt diese Kriterien am ehesten. Im Sinne der dort ausgeführten Unterschiede dieser durchaus heterogenen Methodengruppe, lässt sich die hier gewählte Form weiter als *Mischform* i.S. der Typologie von Bogner und Menz (2009b, s. Kap. 9.2.3.2) beschreiben: Zum einen soll

ein Untersuchungsgebiet, die Verwendungsweise des Begriffs der Therapeutischen Haltung, strukturiert und Hypothesen generiert werden (typisch für *explorierende* EIs); zudem soll ein nur den Befragten zugängliches Wissen systematisch erfasst werden, wobei Vergleichbarkeit und eine gewisse Repräsentativität von Bedeutung ist (typisch für *systematisierende* EIs); nicht zuletzt sollen zwar keine kompletten Theorien, aber doch Hypothesen über die Begriffsverwendung als eine Art „Betriebswissen“ der Befragten generiert werden (ähnlich den *theoriegenerierenden* EIs).

Bis hierher stehen damit *Zielgruppe* (Experten), *Grad der Standardisierung* (halbstandardisiert, leitfadenbasiert) und *methodologische Orientierung* (qualitativ, erkenntnisbezogene Mischform) als Merkmale der gewählten Interviewform fest. Bezüglich weiterer Differenzierungsmerkmale, die in den Abschnitten 9.2.2.2 und 9.2.3.2 genannt wurden, werden eher forschungsökonomische Gründe herangezogen. Aus Kosten- und Zeitgründen soll ein Großteil der *Interviews per Telefon* durchgeführt werden. Dies wird in der Literatur zum EI (vgl. Gläser & Laudel, 2009) und zum qualitativen Interview im Allgemeinen (vgl. Lamnek, 2010) zwar mit Skepsis betrachtet, allerdings weisen einige Autoren darauf hin, dass die Entscheidung von der Fragestellung der Untersuchung (vgl. Christmann, 2009) und der Einschätzung der Bedeutung des potentiellen Informationsverlustes abhängen (vgl. Mey & Mruck, 2010). Letzterer scheint im Kontext der angestrebten Interviewstudie gering, da – zumindest vordergründig – nicht nach intimen persönlichen Meinungen, potentiell schambesetzten Themen oder ähnlichen Aspekten der Expertise gefragt wird, bei denen eine besonders vertrauensvolle Atmosphäre von Vorteil wäre, die sich sicherlich im FTF-Kontakt leichter herzustellen ließe (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Lamnek, 2010). Um diesen Schwerpunkt der telefonischen Datenerhebung allerdings kritisch diskutieren zu können, soll eine Teilgruppe der Interviewpartner im FTF-Kontakt befragt werden. Ebenfalls aus pragmatischen Gründen werden die Interviews von *jeweils einem Interviewer* durchgeführt, wobei hier eine andere Form der Befragung, z.B. Tandem, theoretisch auch wenig plausibel scheint. Weitere methodische Details werden im Rahmen der Beschreibung des konkreten Vorgehens genannt (s. Kap. 10).

9.3 Die qualitative Inhaltsanalyse (QI)

Als *zentrale Auswertungsmethode der Experteninterviews* wird die QI genutzt. Daher soll in diese Methode in den folgenden zwei Abschnitten überblicksartig eingeführt werden. Abschnitt 9.3.1 wird die QI in den *historischen und methodologischen Kontext inhaltsanalytischer Sozialforschung* einbetten, wonach in Abschnitt 9.3.2 die spezifische Version der *QI nach Mayring* (2010a, 2010b) detaillierter vorgestellt wird.

9.3.1 Die Methode der Inhaltsanalyse

9.3.1.1 Definition und historische Entwicklung

Die Inhaltsanalyse ist ein sozialwissenschaftliches Verfahren zur Erfassung von in Texten verfügbaren Aussagen, Bedeutungen oder Botschaften (vgl. Rustemeyer, 1992, S. 2) und nimmt damit Bezug auf ein Verständnis des Menschen als „bedeutungs- bzw. sinngenerierender Organismus“ (Groeben & Rustemeyer, 2002, S. 233). Die zunächst v.a. im Rahmen quantitativ-empirischer Sozialforschung genutzte und methodisch weiterentwickelte Inhaltsanalyse geriet in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts zunehmend in die Kritik latente Bedeutungsebenen von Texten nicht ausreichend zu berücksichtigen (vgl. Kuckartz, 2012). Im Anschluss entspannte sich eine jahrzehntelange Kontroverse, in der sich Vertreter quantitativ und qualitativ orientierter Perspektiven gegenüberstanden (vgl. Rustemeyer, 1992). Ob diese methodologische Debatte tatsächlich ad Acta gelegt wurde, wie Rustemeyer (1992) schreibt, oder noch immer und durchaus polemisch geführt wird, wie Mayring (2010a) meint, soll hier nicht weiter thematisiert werden. Für die vorliegende Arbeit ist lediglich wichtig, dass mit der QI eine ausgearbeitete Methodik der Datenauswertung vorliegt, die sich insbesondere zur Analyse umfangreicher Interviewtranskripte eignet (vgl. Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012).

Im deutschsprachigen Raum liegen eher „qualitativ orientierte“ (Mayring, 2010b, S. 604) inhaltsanalytische Konzepte z.B. von Oevermann et al. (1983, nach Lamnek, 2010), Rustemeyer (1992) und Mayring (2010a) vor. Teils auf der QI nach Mayring aufbauend, teils sich von dieser abgrenzend bieten u.a. Steigleder (2008), Gläser und Laudel (2009) oder auch Kuckartz (2012) hilfreiche Ergänzungen und Differenzierungen. Die vorliegende Arbeit orientiert sich insbesondere an dem von Mayring (2010a, 2010b) vorgeschlagenen Vorgehen, weswegen dieses unten (s. Abschn. 9.3.2) gesondert beschrieben wird. Sofern von Mayrings Methodik abgewichen wurde, wird dies an geeigneter Stelle in der Beschreibung des konkreten methodischen Vorgehens bemerkt (vgl. Kap. 10).

9.3.1.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Gemeinsames Ziel wissenschaftlicher Inhaltsanalysen ist „die Analyse von Material, das auf irgendeine Weise menschliches Verhalten und soziales Handeln repräsentiert“ (Lamnek, 2010, S. 438) um schließlich „Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen“ (Mayring, 2010a, S. 13; vgl. i.d.S. auch Groeben & Rustemeyer, 2002). Die „fixierte Kommunikation“ (Mayring, 2010a, S. 13), die damit in „reproduzierbarer Form“ (Lamnek, 2010, S. 441) vorliegt, wird dabei *systematisch, d.h. regel- und theoriegeleitet analysiert* (vgl. i.d.S. auch Groeben & Rustemeyer, 2002). Allerdings lassen sich auch einige Unterscheidungsmerkmale qualitativer von quantitativer Analyse im Allgemeinen (vgl. Mayring, 2010a; Lamnek, 2010) sowie zwischen QI und anderen Formen qualitativer Datenanalyse im Speziellen feststellen (vgl. Kuckartz, 2012). Auf Unterschiede, die sich v.a. auf die Grundsatzdebatte zwischen qualitativem und quantitativem Forschungsparadigma zurückführen lassen, wie z.B. Hypothesentestung vs. Hypothesengenerierung oder Fokus-

sierung unterschiedlicher Skalenniveaus, wird hier nicht eingegangen, da darauf bereits in Kapitel 3 eingegangen wurde.

Dass die „Zuordnung einer Kategorie zur Textstelle (...) nie automatisch, sondern (...) als *regelgeleitete Interpretation* [geschieht]“ (Mayring, 2010b, S. 603; Hervorheb. durch H.P.), sei „die entscheidende Abgrenzung [der QI] zur rein quantitativen Inhaltsanalyse“ (ebd.). Weitere spezifische Unterschiede bestehen z.B. hinsichtlich der genutzten *Grundtechniken*. So lassen sich klassische Inhaltsanalyseverfahren nach Mayring (ebd.) in vier Gruppen einteilen: Einfache und komplexe Häufigkeitsanalysen, Kontingenzanalysen sowie Valenz- und Intensitätsanalysen (nähere Ausführungen dazu in Mayring, 2010a; s. Lamnek, 2010 für eine alternative Unterteilung). Als typische Techniken der QI hingegen nennt Mayring (2010b) Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung, auf die unten noch etwas genauer eingegangen wird. Der in der klassischen Debatte genannte Unterschied, dass die QI die *latente Bedeutung* untersuchen möchte, wohingegen sich die quantitative Inhaltsanalyse lediglich mit den *manifesten Inhalten* zu befassen habe, wird heute eher kritisch gesehen (vgl. Rustemeyer, 1992, S. 20; Lamnek, 2010, S. 460).

Gegenüber anderen qualitativen Analyseformen zeichnet sich die QI dadurch aus, dass *Kategorien zentral für die Analyse* sind, das *Vorgehen systematisch und klar geregelt* ist, das *gesamte Material* kategorisiert und klassifiziert wird, Techniken der *Kategorienbildung am Material* eingesetzt werden, *über Material und Entstehungszusammenhang reflektiert* wird, *Gütekriterien anerkannt* und eine *Übereinstimmung der Codierer* angestrebt werden (vgl. Kuckartz, 2012, S. 39).

9.3.1.3 Grundbegriffe der QI

Einige Begriffe, die teilweise schon in den vorigen Abschnitten aufgetaucht sind, scheinen besonders charakteristisch und bedeutsam im Kontext unterschiedlicher Versionen der QI und werden auch in der vorliegenden Studie häufig genutzt. Der Begriff mit dem die Inhaltsanalyse „steht und fällt“ (Kuckartz, 2012, S. 40) ist der der *Kategorie* (vgl. ebd.; vgl. auch Mayring, 2010a, S. 48). Weitere wichtige Begriffe sind *Einheit* und *Codierer* (vgl. Kuckartz, 2012) sowie *Basismethode/qualitative Technik* (vgl. Mayring, 2010a), wobei letzter in Abschnitt 9.3.2.2 gesondert bedacht werden. Im Folgenden wird eine kurze Erläuterung der Begriffe Kategorie bzw. Kategoriensystem, Einheit und Codierer bzw. Codierung gegeben:

- **Kategorie/Kategoriensystem.** Wie Mayring (2010a) bemerkt, stehen „Kategorien im Zentrum der Analyse“ (S. 49), sie dienen der *Intersubjektivität des Vorgehens* sowie der *Abschätzung der Reliabilität der Analyse* (vgl. ebd.). „Im sozialwissenschaftlichen Kontext wird der Begriff meist im Sinne von „Klassen“ benutzt, d.h. *eine Kategorie ist das Ergebnis der Klassifizierung von Einheiten*“ (Kuckartz, 2012, S. 41; Hervorheb. durch H.P.). Kategorien werden auch teilweise mit *Konzepten* gleichgesetzt (vgl. Kuckartz, 2012), wobei letztere als eher vages Stadium der Begriffsbildung vor der Verfügbarkeit wissenschaftlicher *Konstrukte* verstanden werden (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011). Kategorien ähneln zudem den in der Methode der *Grounded Theory* (vgl.

Charmaz & Henwood, 2008; Howitt, 2008) genutzten *Codes*, die dort jedoch weniger genau definiert sind (vgl. Kuckartz, 2012), ebenso ist der Zuordnungsprozess in der QI klarer geregelt (vgl. Mayring, 2010b). Gebündelt werden die Kategorien, die einen *mehr oder weniger hohen Grad an Komplexität* aufweisen können (vgl. Kuckartz, 2012) in einem *Kategoriensystem* das bestimmten Kriterien zu genügen hat (vgl. Rustemeyer, 1992). Wurden die Kategorien teilweise oder vollständig induktiv erstellt, so kann das entsprechende System nicht nur als Instrument, sondern auch als Ergebnis der Analyse verstanden werden (vgl. Mayring, 2010).

- **Einheit.** Verschiedene Typen von Einheiten gelten als Grundbausteine der QI (vgl. Kuckartz, 2012). Aus der quantitativ orientierten Analyse von Zeitungstexten stammend, bezeichnet der Begriff der *Auswahleinheit* die physischen Grundeinheiten der Inhaltsanalyse, wie z.B. ein Exemplar einer bestimmten Zeitung an einem bestimmten Tag (vgl. ebd.). Mit dem Begriff der *Analyseeinheit*, werden diejenigen Bereiche innerhalb der Auswahleinheit bezeichnet, die zur weiteren Analyse tatsächlich genutzt werden, wie z.B. alle Artikel zu einem bestimmten aktuellen politischen Thema (vgl. ebd.). *Kodier-* und *Kontexteinheit* legen dabei den kleinst- bzw. größtmöglichen Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie geordnet werden darf (vgl. Mayring, 2010a). Abschließend nennt Mayring (ebd.) noch die *Auswertungseinheit*, die festlegt, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.
- **Codierer/Codierung.** Codierer sind diejenigen Personen, die den Vorgang der Zuordnung von Material zu Kategorien, die Codierung, vornehmen (vgl. Kuckartz). In der QI ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Codierer über eine gewisse „Interpretationskompetenz“ (Kuckartz, 2012, S. 48) verfügen sollten, d.h. sich mit Fragestellung, theoretischen Konstrukten und Bedeutung der Kategorien gut auskennen sollten (vgl. ebd.). Die *Reproduzierbarkeit* als spezifisches inhaltsanalytisches Gütekriterium, wird über die Übereinstimmung der Codierungen gleicher Kodier- bzw. Kontexteinheiten durch verschiedene Codierer bestimmt (vgl. Mayring, 2010a). Typischerweise geschieht dies durch Trainings und das sog. „konsensuelle Codieren“ (Kuckartz, 2012, S. 49), ein prozedurales Vorgehen, das Nicht-Übereinstimmungen durch Diskussionen und Entscheidungen im Forschungsteam einzuschränken sucht (vgl. ebd.). Oft wird die Reproduzierbarkeit auch durch die Berechnung von *Reliabilitätskoeffizienten*, wie Cohens Kappa (vgl. Wirts & Caspar, 2002) oder insb. Krippendorffs Alpha (vgl. Krippendorff, 2004; Hayes & Krippendorff, 2007; s. Kap. 10.4.4), zu belegen gesucht (vgl. Mayring, 2010a).

9.3.1.4 QI als Methode der Datenauswertung

Manche Methodenlehrbücher der empirischen Sozialforschung (z.B. Schnell, Hill & Esser, 2011) sehen in der Inhaltsanalyse ein Verfahren bzw. eine Technik zur Datenerhebung. Dieses (Miss-)Verständnis wird von Kuckartz (2012, S. 34) mit der auch o.g. geschilderten geschichtlichen Herkunft der Inhaltsanalyse in Verbindung gebracht. Andere, ebenfalls eher quantitativ orientierte Lehrbücher (z.B. Bortz & Döring, 2006) weisen der QI aber eher den Platz im Forschungsprozess zu, den auch zentrale Befürworter dieses Verfahrens, wie

Mayring (2010a) oder Kuckartz (2012), für die QI vorgesehen haben, nämlich als Verfahren der Datenauswertungs- bzw. -analyse. Auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die *QI als Verfahren zur Datenauswertung* verstanden und genutzt (s. Kap. 10.4). Die „Rohdaten“, d.h. die subjektiven Konzepte Therapeutischer Haltung von Interviewteilnehmern, werden mittels der Methode des leitfadenbasierten Experteninterviews (s. Kap. 10.3.1) erhoben, mittels Transkription und Paraphrasierung aufbereitet (s. Kap. 10.3.2) und dann in einer ersten qualitativen Phase der Analyse, unter Nutzung regelgeleiteter Interpretationsschritte in ein neues, auf die Forschungsfragen (s. Kap. 8) bezogenes Ergebnisformat gebracht. Diese interpretierende Umstrukturierung der Daten, die das Kernstück der QI ausmacht, kann schwerlich als „Datenerhebung“ bezeichnet werden. In einem weiten Sinn kann die QI allerdings auch als methodischer Rahmen, der Annahmen über Datenerhebung, -aufbereitung und -analyse beinhaltet, gesehen werden (s. Kap. 9.3.2.4).

9.3.1.5 Inhaltsanalytische Gütekriterien

Allgemeine klassisch-quantitative sowie alternativ formulierte qualitative Gütekriterien wurden bereits in Kapitel 3 thematisiert (s. Kap. 3.3.3). An dieser Stelle sollen lediglich die von Mayring (2010a, S. 118-122) in Anlehnung an Krippendorff dargestellten, spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien genannt werden (s.u., Abb. 9.01).

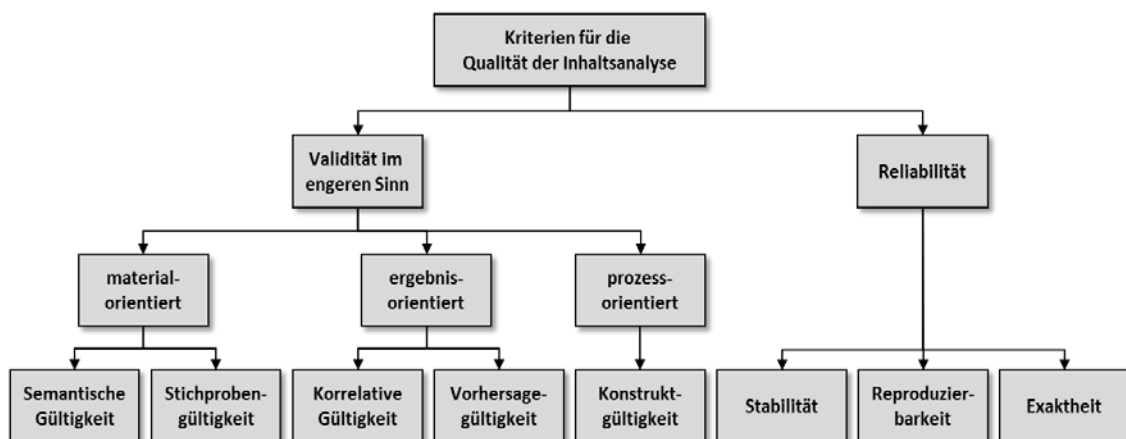


Abb. 9.01. Inhaltsanalytische Gütekriterien bei Krippendorff (1980, mod. nach Mayring, 2010a, S. 119)

Validität im engeren Sinne, lässt sich nach Krippendorff (1980, nach Mayring, 2010a; s.o. Abb. 9.01) über *material-, ergebnis- oder prozessorientierte Gütekriterien* repräsentieren. Dabei bezieht sich das Kriterium der *semantischen Gültigkeit* auf die „Richtigkeit der Bedeutungskonstruktion des Materials“ (Mayring, 2010a, S. 119), die sich in der Angemessenheit von Kategoriendefinitionen ausdrückt. Die *Stichprobengültigkeit* betrifft die üblichen Kriterien exakter Stichprobenziehung (vgl. ebd.; s. auch u., Kap. 10.2). *Korrelative Gültigkeit* lässt sich über den Vergleich (Übereinstimmung oder Abgrenzung) mit einem Außenkriterium überprüfen, das idealerweise in Form mittels anderer Methoden gewonnener Ergebnisse vorliegt (vgl. ebd.). Als *Vorhersagegültigkeit* wird ein sehr aussagekräftiges Kriterium bezeichnet, das allerdings nur dann anwendbar ist, wenn die Erstellung von Prognosen aus dem Material überhaupt sinnvoll erscheint (vgl. ebd. S. 120). Für die Über-

prüfung der *Konstruktvalidität* nennt Mayring mehrere Möglichkeiten, wie u.a. „Erfahrungen mit dem Kontext des vorliegenden Materials“ (ebd., S. 120).

Reliabilität wird über drei weitere Gütekriterien spezifiziert. Die Reliabilität im engeren Sinn wird über das Kriterium der *Stabilität* realisiert, d.h. „durch nochmalige Anwendung des Analyseinstruments auf das Material“ (Mayring, 2010a, S. 120) durch den gleichen Codierer. Das entsprechende Maß wird als *Intracoderreliabilität* bezeichnet (vgl. ebd.). *Reproduzierbarkeit* soll die Objektivität des Vorgehens sichern, d.h. „den Grad, in dem die Analyse unter anderen Umständen, anderen Analytikern zu denselben Ergebnissen führt“ (ebd., S. 120) und der mittels *Intercoderreliabilität* gemessen wird. *Exaktheit* setzt die beiden anderen Reliabilitätsmaße voraus und „meint den Grad, zu dem die Analyse einem bestimmten Standard entspricht“ (ebd., S. 121).

9.3.2 Die QI nach Mayring

9.3.2.1 Theoretische Hintergründe

Die spezifische Version der QI, die von Mayring seit Mitte der 80er Jahre in Deutschland vertreten wird, nimmt für ihre Entwicklung Anleihen aus verschiedenen Wissenschaftstraditionen (vgl. Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012). Diese werden im Folgenden stichpunktartig vorgestellt. Sofern im Rahmen der vorliegenden Arbeit von Bedeutung werden sie an geeigneter Stelle in diesem oder im folgenden Kapitel 10 wieder aufgegriffen und vertieft:

- Die Forderung nach einem *systematischen*, an *Gütekriterien* überprüfbares Vorgehen, nach Einordnung des Materials in ein *Kommunikationsmodell*, sowie die Betonung des *Kategoriensystems* als „Zentrum der Analyse“ (Mayring, 2010a, S. 29) entspringt der Auseinandersetzung mit *kommunikationswissenschaftlicher Inhaltsanalyse* (vgl. ebd.).
- Aus *hermeneutischer Tradition* wird die Forderung nach einer *genauen Quellenkunde*, der *Explikation des theoretischen Vorverständnisses* sowie der Berücksichtigung der „*latenten Sinngehalte*“ (Mayring, 2010, S. 32; Hervorheb. im Orig.) abgeleitet (vgl. ebd.).
- Dem *interpretativen Paradigma der qualitativen Sozialforschung* werden Grundsätze der wissenschaftlichen „*Orientierung am Alltag*“ (Mayring, 2010a, S. 38; Hervorheb. im Orig.), der „*Übernahme der Perspektive des anderen*“ (ebd., S. 38; Hervorheb. im Orig.), sowie der *prinzipiellen Unabgeschlossenheit der Interpretation* entnommen (vgl. ebd.).
- Die Berücksichtigung *semiotischer Grundbegriffe* zur Präzision der Analyserichtung, die Annahme einer *pragmatischen Bedeutungstheorie*, die Nutzbarmachung von *Interpretationsregeln der strukturalen Textanalyse*, sowie die Erfassung des pragmatischen Aspektes durch die *Interpretation einzelner Sprechakte* gehen auf Anleihen aus den *Literaturwissenschaften* zurück (vgl. Mayring, 2010a, S. 43).

- Da die systematische Zusammenfassung sprachlichen Materials ein wichtiges Ziel der QI darstellt, können diverse *Makrooperatoren reduktiver Prozesse*, wie sie die *Psychologie der Textverarbeitung* beschreibt, zur Ableitung von Regeln dienen (vgl. Mayring, 2010a).

9.3.2.2 Grundtechniken der QI

Mayring (2010b) unterscheidet drei wesentliche Umgangsformen mit Texten, die er als „Grundtechniken“ (S. 602) bezeichnet. Steigleder (2008) spricht in diesem Zusammenhang von „*Grundformen des Interpretierens*“ (S. 28; Hervorheb. im Orig.). *Zusammenfassung* und *Strukturierung* nähern sich Texten mit zunächst konträren Zielsetzungen: Mittels erstgenannter Technik sollen wesentliche Kernaussagen eines Textes quasi entdeckt, mittels zweiter Technik hingegen bestimmte, im Rahmen einer vorbestehenden Theorie/ Annahme interessierende Inhalte herausgefiltert werden. Bei der Zusammenfassung werden die Kategorien dementsprechend induktiv, materialgeleitet entwickelt, im Rahmen der Strukturierung wird der Text im Sinne vorab theoriegeleitet, deduktiv gebildeter Kategorien systematisiert bzw. werden die Kategorien deduktiv angewendet (vgl. ebd.). Die Strukturierung kann sich dabei auf formale Eigenschaften des Textes (*formale Strukturierung*), auf inhaltliche Aspekte (*inhaltliche Strukturierung*), auf die Extraktion markanter Bedeutungsgegenstände (*typisierende Strukturierung*) oder, in Anlehnung an die Valenz-/ Intensitätsanalysen der quantitativen Tradition, auf die Einschätzung des Materials im Sinne einer Skala (*skalierende Strukturierung*) beziehen (vgl. Mayring, 2010a). Die *Explikation* als dritte Grundtechnik setzt schließlich an Textstellen an, die dem Rezipienten noch unklar sind und versucht diese durch Rückgriff auf andere Stellen im Text (*enge Kontextanalyse*) oder zusätzliches Material (*weite Kontextanalyse*) verständlich zu machen (vgl. ebd.).

Typischerweise werden im Rahmen einer Untersuchung unterschiedliche Techniken kombiniert (vgl. Kuckartz, 2012). Die resultierenden Mischformen lassen sich auch als „*deduktiv-induktive Kategorienbildung*“ (ebd., S. 69; Hervorheb. im Orig.) bezeichnen, da in unterschiedlichen Schritten des Ablaufmodells verschiedene Techniken zum Einsatz kommen können. Im Kontext der Forderung, dass der Gegenstandsbezug beim Umgang mit den Grundtechniken zu berücksichtigen sei, weist Mayring (2010a) außerdem explizit darauf hin, dass die „vorgeschlagenen Verfahren immer auf die konkrete Situation hin modifiziert werden müssen“ (ebd., S. 50).

9.3.2.3 Ablaufmodell der QI

Um Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit der gesamten Durchführung zu begünstigen schlägt Mayring (2010a) ein für alle Grundtechniken der QI gültiges Ablaufmodell vor (s.u., Abb. 9.02). Dieses dient zu Orientierung und gilt quasi als Rahmen spezifischer Ablaufmodelle der einzelnen Techniken. Im Zusammenhang der Vermittlung der Grundlagen soll hier nur kurz das *allgemeine Ablaufmodell* skizziert werden. Im Abschnitt 10.1.1 wird dann die Entwicklung des spezifischen, in dieser Arbeit zum Einsatz kommenden Modells – un-

ter Rückbezug insbesondere auf Mayrings (2010a), aber auch Rustemeyers (1992), Steigleders (2008), Gläser und Laudels (2009) und Kuckartz' (2012) Spezifizierungen – detailliert beschrieben.

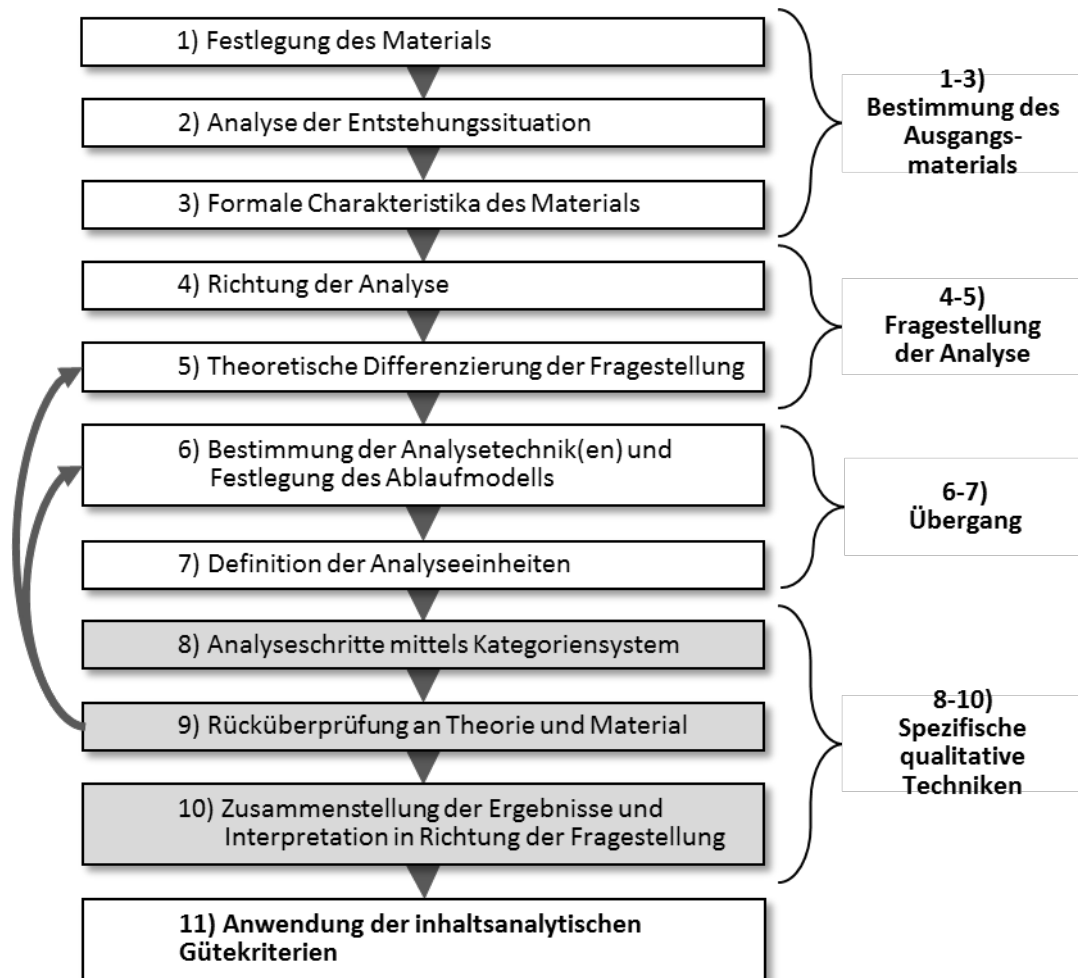


Abb. 9.02. Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell, untergliedert in 11 Schritte (in Anlehnung an Steigleder 2008, S. 24; leicht modifiziert und ergänzt von H.P.)

Im allgemeinen Ablaufmodell der QI nach Mayring (2010a; s.o. Abb. 9.02) lassen sich fünf übergeordnete Phasen identifizieren, deren Differenzierung zu insgesamt elf unterscheidbaren Schritten führt (s. auch Steigleder, 2008). Da die QI im Kern eine Methode zur Analyse/Auswertung schon vorhandenen Materials darstellt muss dieses anfangs begutachtet werden. Bei dieser sog. „Bestimmung des Ausgangsmaterials“ (Mayring, 2010a, S. 52; Hervorheb. durch H.P.) wird das Material zunächst festgelegt (**Schritt 1**), wobei die Grundgesamtheit genau definiert, der Stichprobenumfang i.S. von Repräsentativität und Ökonomie bestimmt und die Stichprobe nach einem ausgewählten Modell gezogen wird (vgl. ebd., S. 53). Ebenso wird eine genaue *Analyse der Entstehungssituation* des Materials durchgeführt (**Schritt 2**), d.h. es „muss genau beschrieben werden, von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde“ (ebd., S. 53). Zudem sollte eine Beschreibung der *formalen Charakteristika des Materials* erfolgen (**Schritt 3**), was z.B. die Angabe von Protokollierungs- oder auch Transkriptionsregeln einschließt, sofern das Material im Rahmen

von Interviews erhoben wurde (vgl. ebd.). Daran schließt sich die genaue Bestimmung der *Fragestellung der Analyse* an, d.h. man muss sich fragen, „was man eigentlich [aus dem Ausgangsmaterial] herausinterpretieren möchte“ (Mayring, 2010a, S. 56). Dabei wird zunächst die *Richtung der Analyse* bezogen auf ein inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell festgelegt (**Schritt 4**), also der Aspekt des Kommunikationsprozesses bestimmt, der interpretiert werden soll. Anschließend findet eine *theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung* statt (**Schritt 5**), womit eine präzise theoretische Begründung i.S. der Anbindung an den bisherigen Forschungsstand und Differenzierung der Haupt- in Unterfragestellungen gemeint ist (vgl. ebd., S. 58).

In zwei Zwischenschritten wird dann der *Übergang* zur Nutzung konkreter qualitativer Techniken vorbereitet. Ausgehend von der differenzierten Fragestellung werden die zur Beantwortung geeignet scheinenden *Analysetechnik(en) bestimmt* und das entsprechende *Ablaufmodell* (**Schritt 6**) sowie die dem Material angepassten *Analyseeinheiten* (Kodier-, Kontext-, Auswertungseinheit; s.o., Kap. 9.3.1.3) *festgelegt* (**Schritt 7**) (vgl. Mayring, 2010a, S. 59). Aus den *spezifische qualitative Techniken* realisierenden Ablaufmodellen lassen sich auch drei allgemeine Schritte abstrahieren. Zunächst werden die der jeweiligen Technik (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung; s.o. Kap. 9.3.2.2) entsprechenden *Analyseschritte mittels des Kategoriensystems* durchgeführt (**Schritt 8**), worauf die *Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material* erfolgt (**Schritt 9**). Wenn dies erfolgt ist, kann die *Interpretation der Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung* vorgenommen werden (**Schritt 10**). Den Abschluss bildet die *Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien* (**Schritt 11**; s. Kap. 9.3.1.5).

Ein wichtiges Merkmal des allgemeinen Modells, wie auch dessen spezifischer Umsetzungen besteht in der Berücksichtigung und Betonung der *Zirkularität des Forschungsprozesses* (vgl. Mayring, 2010b, 2010c; Kuckartz, 2012). Rückkopplungsschleifen werden u.a. bei der Festlegung der Kategoriendefinitionen als zentral erachtet (vgl. Mayring, 2010b), wie auch die rekursiven Pfeile in Abb. 9.02 (s.o.) verdeutlichen sollen. Zudem weist Mayring (ebd.) darauf hin, dass der *Ablauf der gesamten Analyse an die Fragestellung angepasst* werden muss, wie schon oben (s. Kap. 9.3.2.2) bezüglich der Grundtechniken bemerkt.

9.3.2.4 QI als methodischer Rahmen

Wie besonders am obigen Ablaufmodell (s. Abb. 9.02) zu sehen, geht die Beschreibung der QI durch Mayring (2010a) über die Darstellung eines reinen Verfahrens zur Datenauswertung hinaus. Vielmehr werden unterschiedliche Varianten der QI als Datenauswertungsverfahren in einen kompletten methodischen Rahmen gestellt, wobei dieser im Bereich der Datenerhebung und ergänzender quantitativer Schritte eher vage bleibt (vgl. Steigleder, 2007), bzw. nur deren genaue Beschreibung im Rahmen der QI fordert. Es wird ein umfassender Vorschlag eines qualitative und quantitative Forschungsschritte potentiell integrierenden Designs gemacht, das dem in Kapitel 3 beschriebenen Mixed-Methods Ansatz durchaus gerecht wird (vgl. i.d.S auch Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012). In diesem Sinn bietet es sich an, den gesamten Ablauf der Interviewstudie im Rahmen des qualitativ

inhaltsanalytischen Ablaufmodells zu beschreiben, was in Abschnitt 10.1.1 überblicksartig und in den darauf folgenden Abschnitten 10.2-10.5 detailliert vorgenommen wird.

9.3.2.5 Kritische Anmerkungen zur QI nach Mayring

An dieser Stelle soll nur kurz auf die wichtigsten Kritikpunkte an Mayrings methodischen Ideen hingewiesen werden, die sich in den Arbeiten von Steigleder (2007) sowie Gläser und Laudel (2009) finden. Inwiefern die darauf basierenden Verbesserungsvorschläge (s.u.) dieser Autoren in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung finden, wird Thema im folgenden Kapitel 10 sein.

Im Rahmen einer Dissertation unterzog Steigleder (2008) die spezifische Technik der strukturierenden QI nach Mayring einer intensiven methodologischen Analyse, um die in der deutschsprachigen Fachliteratur selten gesuchte kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit der QI anzuregen. Steigleders (ebd.) Kritik betrifft insbesondere die *methodische Unschärfe des Revisionsschrittes* (neunter Schritt im allgemeinen Ablaufmodell, s.o., Abb. 9.02). Diese sei problematisch, da Mayrings Anliegen, eine streng regelgeleitete Auswertungsmethodik zur Strukturierung zu bieten, gefährdet würde (vgl. ebd.). Im Rahmen Ihrer Arbeit schlägt die Autorin dann eine *methodische Präzisierung des Revisionsschrittes* vor, die sich auch in einer *Ausdifferenzierung des Ablaufmodells strukturierender QI* niederschlägt (vgl. ebd.).

Auch Gläser und Laudel (2009) konstruieren ihr inhaltsanalytisches Vorgehen aufbauend auf und in Abgrenzung zu Mayrings spezifischer Technik der Strukturierung. Ansatzpunkt der Kritik ist dabei die Forderung Mayrings, bei strukturierenden Analysen das Kategoriensystem nach dem Abgleich an ca. 30-50% des Materials unverändert auf den Rest des Materials anzuwenden (vgl. ebd.). Noch kritischer sehen die Autoren, „dass das Mayring-sche Verfahren letztlich Häufigkeiten analysiert, anstatt Informationen zu extrahieren“ (ebd., S. 199). Um den vermuteten *Widerspruch zwischen der Forderung nach gegenstandsbezogener Offenheit des Vorgehens und dessen Theoriegeleitetheit* aufzuheben, schlagen Gläser und Laudel (2009) vor, etwaige *Merkmalsausprägungen von Kategorien nicht vorab festzulegen*, sowie das *System während des gesamten Codierungsprozesses für Veränderungen offen* zu lassen (vgl. ebd., S. 205).

9.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden die methodischen Grundlagen der bei Bedeutungsanalyse zum Einsatz kommenden Erhebungs- und Auswertungsmethode vermittelt. Dazu wurde in der *Einleitung* zunächst die Wahl der Methoden vor dem Hintergrund des in Kapitel 3 vorgestellten Designs begründet (s. Kap. 9.1).

Als zentrale Methode der Datenerhebung wurde anschließend das *Interview* thematisiert (s. Kap. 9.2). Auf einen einführenden *Überblick* verschiedener Charakterisierungsmöglich-

keiten der Interviewmethode (s. Kap. 9.2.1), folgte eine vertiefte Darstellung des *qualitativen Interviews* (s. Kap. 9.2.2). Das im Vergleich zu vorigem noch spezifischere *Experteninterview*, wurde anhand des Expertenbegriffs, spezifischer Unterformen und deren methodischer Gemeinsamkeiten sowie Herausforderungen und potentieller Schwierigkeiten bei der Durchführung in Abschnitt 9.2.3 vorgestellt. Die Behandlung des Interviews abschließend, wurde das *leitfadenbasierte Experteninterview* als adäquate Methode der Datenerhebung im Rahmen der vorliegenden Arbeit festgelegt (s. Kap. 9.2.4).

Sowohl als Auswertungsmethode als auch als methodischer Rahmen wurde anschließend die *Qualitative Inhaltsanalyse* (QI) behandelt (s. Kap. 9.3). Im Kontext einer ausführlichen Einführung in die Methode der *Inhaltsanalyse* (s. Kap. 9.3.1), wurde insbesondere auf die QI als deren Unterform eingegangen. Die spezifische Variante der *QI nach Mayring* (vgl. insb. Mayring, 2010a), an welcher sich die in den folgenden Kapiteln 10-12 dargestellte Bedeutungsanalyse orientiert, wurde in Abschnitt 9.3.3 eingeführt und v.a. anhand deren Theorie, Grundtechniken und Ablaufmodell vertieft thematisiert.

Kap. 10 Experteninterviews - methodisches Vorgehen

Überblick: In diesem Kapitel wird das konkrete methodische Vorgehen beschrieben, das für Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten in den Experteninterviews gewählt wurde, um Informationen zur Einschätzung der methodischen Qualität der Interviewstudie zu vermitteln. Dazu werden einleitend das gewählte Ablaufmodell sowie die Organisation des Projekt-Teams beschrieben (s. Kap. 10.1). Auf einen Überblick der Stichprobengewinnung und relevanter Aspekte zu deren Beschreibung (s. Kap. 10.2) folgt ein Abschnitt zur Erhebung und Aufbereitung der Daten (s. Kap. 10.3), in welchem u.a. die Entwicklung des dazu notwendigen Instruments, der Interviewvorgang sowie die genutzte Technik dargestellt werden. An Ausführungen zur qualitativ-inhaltsanalytischen und quantitativ-statistischen Auswertung (s. Kap. 10.4) schließen sich Bemerkungen zur Darstellung der Ergebnisse an, die v.a. in den Kapiteln 11 und 12 sowie knapp auch in Kapitel 13 erfolgt (s. Kap. 10.5). Abgeschlossen wird das Kapitel von einer Zusammenfassung des methodischen Vorgehens (s. Kap. 10.6).

10.1 Einleitung

Im Rahmen der Interviewstudien wurden *Stichproben aus zwei Populationen* gezogen (niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeuten in Ausbildung), die zudem im Rahmen unterschiedlicher Interviewmodalitäten (Telefon- und face-to-face-Interview) befragt wurden. Da für beide Gruppen bezüglich der Mehrzahl der Schritte ein *identisches Vorgehen* geplant war, wird dieses in den folgenden Abschnitten für Telefon- und face-to-face-Interview gemeinsam beschrieben. Überall dort, wo *relevante Abweichungen im Vorgehen* bestanden, wird dies gesondert hervorgehoben. Sofern möglich werden Inhalte nicht vertieft, die für das Verständnis des Vorgehens nicht unbedingt nötig scheinen. Bei weitergehendem Interesse wird an betreffenden Stellen auf die *in das Projekt eingegliederten Diplomarbeiten* verwiesen, in welchen die Schritte detaillierter dargestellt werden (vgl. Hümmer & Kuraszkiwicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012).

10.1.1 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (IAM)

Im vorigen Kapitel 9 wurden die QI nach Mayring (2010a) und das *allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell* (im Folgenden kurz: AIAM; s. Abb. 9.02) beschrieben. Im Sinne der Prinzipien qualitativ orientierter Forschung (s. Kap. 3) und der Vorschläge zum Ablauf der QI (s. Kap. 9.3.2.3) ist das *konkrete inhaltsanalytische Ablaufmodell* (im Folgenden kurz: KIAM) dem jeweiligen Gegenstand anzupassen. Diese Anpassung des AIAM soll zunächst anhand eines *Ablaufschemas* (s.u., Abb. 10.01) veranschaulicht und anschließend überblicksartig beschrieben werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die inhaltsanalytische

Auswertung der Experteninterviews als *methodische Umsetzung der Bedeutungsanalyse* in das in Kapitel 1 (s. Abb. 1.01) dargestellte und in den Kapiteln 2 und 3 begründete *Ablaufschema der Gesamtstudie* eingebettet ist.

Wie aus Abbildung 9.02 (s. Kap. 9.3.2.3) ersichtlich, beginnt das AIAM mit der *Festlegung des Materials*. Bezüglich der logischerweise vorgeordneten *Datenerhebung und -aufbereitung* werden keine direkten methodischen Vorschläge entwickelt, da die QI v.a. als *Auswertungsmethode* gilt (vgl. Mayring, 2010a). Indirekt wird auf Datenerhebung und -aufbereitung aber in den folgenden Schritten des AIAM eingegangen, da in diesen eine ausführliche *Analyse der Entstehungssituation* (Schritt 2) sowie genaue *formale Charakterisierung des Materials* (Schritt 3) gefordert wird. Dennoch erscheint es im Kontext einer Studie deren Daten unter Berücksichtigung der Forschungsfragen erst „produziert“ (d.h. erhoben und aufbereitet) werden müssen, sinnvoller, das KIAM sowie die Darstellung des Vorgehens der *chronologischen Abfolge* der Arbeitsschritte anzupassen und den *Erhebungs- und Aufbereitungsprozess* deutlicher miteinzubeziehen. Abbildung 10.01 soll zunächst einen Überblick des KIAM der Interviewstudien bieten:

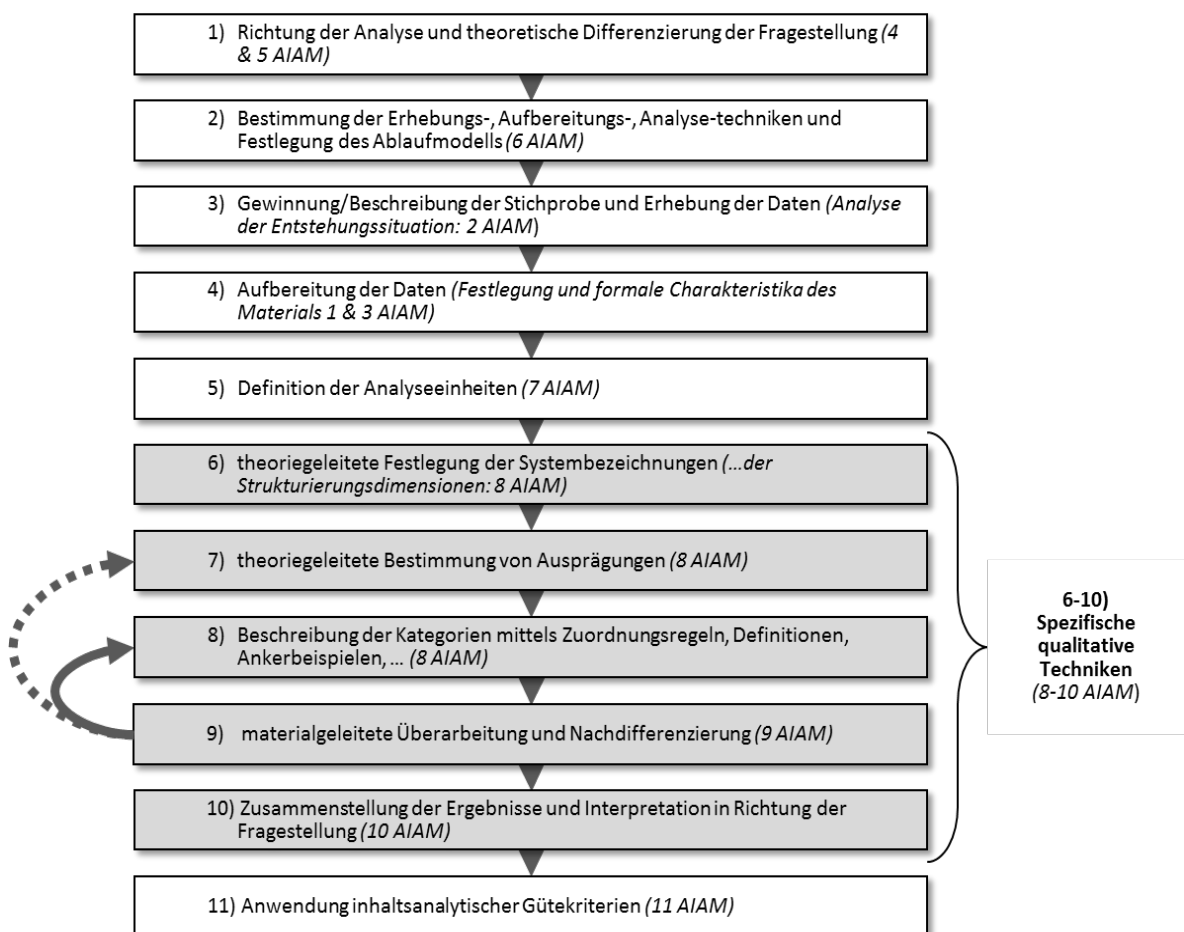


Abb. 10.01. Konkretes inhaltsanalytisches Ablaufmodell (KIAM) der Interviewstudien; die kursiv gedruckten Zahlen (in Klammern) geben den jeweiligen Schritt im allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell (AIAM, s. Abb. 9.02) ggf. mit dortiger Bezeichnung an;

Die Gesamtanzahl der Schritte (s.o., Abb. 10.01) des KIAM entspricht mit elf der des AIAM, was sich lediglich zufälligerweise so ergeben hat. Die einzelnen Schritte sollen im Folgenden kurz beschrieben, sofern nötig vom AIAM abgegrenzt und mit der Gliederung des vorliegenden Kapitels bzw. der Arbeit in Zusammenhang gebracht werden.

1) Richtung der Analyse und theoretische Differenzierung der Fragestellung. Den methodischen Rahmen der Arbeit bildet das Begriffsklärungsverfahren der Explikation (s. Kap. 2.3.3), innerhalb derer die *Bedeutungsanalyse* eine zentrale Position einnimmt. Bedeutungsanalysen in Form empirischer *Untersuchungen des Sprachgebrauchs* (s. Kap. 2.3.2) geben die *Richtung der Analyse* bereits vor: Bezogen auf das inhaltsanalytische Kommunikationsmodell (vgl. Mayring, 2010a, S. 57) sollen die Aussagen der Kommunikatoren (Experten) insbesondere hinsichtlich deren *kognitiven Hintergrundes* (subjektive Konzepte der Therapeutischen Haltung) analysiert werden. Da das Material noch nicht vorliegt, wird damit zugleich die *Form der Datenerhebung* vorgegeben (s.u., Schritt 2 des KIAM). Bezüglich des Konzeptes der Therapeutischen Haltung ist das Vorgehen theoriearm, den eigentlichen theoretischen Hintergrund der *Differenzierung der Fragestellung* i.S. des AIAM bilden im KIAM insb. die in Kapitel 4 dargestellten Inhalte zum Konzept der Bedeutung. Die Fragestellung der Interviewstudien deckt sich im Wesentlichen mit der in Kapitel 8 abgeleiteten Fragestellung der Gesamtstudie. Es bedarf lediglich der auf die Bedeutungsanalyse abgestimmten Umformulierung im Sinne der *deskriptiven Beantwortung* (s. insb. Kap. 12). Die Hauptfrage der Studie („Was ist die Bedeutung des Begriffs der „Therapeutische Haltung?“; s. Tab. 8.01) lautet im Sinne der Gebrauchsanalyse dann: „In welcher Bedeutung wird der Begriff der „Therapeutische Haltung“ verwendet?“.

2) Bestimmung der Erhebungs-, Aufbereitungs-, Analysetechniken und Festlegung des Ablaufmodells. Richtung der Analyse sowie theoretische Differenzierung der Fragestellung lassen nicht nur die Bestimmung der *Analysetechniken* zu (wie im AIAM beschrieben), sondern die Entscheidung für die gesamte *methodische Umsetzung der Bedeutungsanalyse*. Die Begründung für die Wahl des leitfadengestützten Experteninterviews als Datenerhebungs-, sowie der QI als Datenauswertungsmethode wurden allerdings bereits in Kapitel 9 ausführlich beschrieben, weswegen an dieser Stelle lediglich darauf verwiesen sei. Als zentrale *inhaltsanalytische Techniken* sollen Strukturierung und induktive Kategorienbildung genutzt werden (vgl. Mayring, 2010a; s.u. Schritte 6-10), das *Ablaufmodell* wird im aktuellen Abschnitt festgelegt (KIAM), beschrieben und anhand eines Ablaufschemas (s.o., Abb. 10.01) veranschaulicht.

3) Gewinnung/Beschreibung der Stichprobe und Erhebung der Daten. Die Gewinnung und Beschreibung der Stichprobe wird im AIAM v.a. im Rahmen der *Analyse der Entstehungssituation* als einer der ersten Schritte vorgenommen. Im KIAM ist sie aus oben angeführten Gründen den Schritten 1-2 nachgeordnet und wird in Abschnitt 10.2 beschrieben.

4) Aufbereitung der Daten. Der vierte Schritt des KIAM wird in Abschnitt 10.3 beschrieben und entspricht inhaltlich im Wesentlichen den Schritten *Festlegung des Ausgangsmaterials* und *formale Charakterisierung des Materials* des AIAM.

5) Definition der Analyseeinheiten. Die *Festlegung der Analyseeinheiten* wird in Abschnitt 10.4.1 beschrieben und ist im Vergleich zum AIAM nur verschoben (s. Abb. 10.01).

6) Theoriegeleitete Festlegung der Systembezeichnungen. Dieser sechste Schritt des KIAM stellt den *ersten Schritt der Strukturierung* als spezifischer qualitativer Technik dar (vgl. Mayring, 2010a) und markiert gleichzeitig den Beginn der *Analyse mittels Kategoriensystem* (Schritt 8 im AIAM). Schritt 6 wird in Abschnitt 10.4.2 thematisiert.

7) Theoriegeleitete Bestimmung von Ausprägungen. Auch Schritt 7 wird als *zweiter Schritt der Strukturierung* (vgl. Mayring, 2010a) in Abschnitt 10.4.2 thematisiert.

8) Beschreibung der Kategorien. Die *Beschreibung der Kategorien* anhand von Zuordnungsregeln, genauen Definitionen und Ankerbeispielen wird im folgenden Kapitel (s. Kap. 11.2) vorgenommen, räumlich näher an der Darstellung der Kategoriensysteme (auch dieser Schritt wird im AIAM unter Schritt 8 gefasst).

9) Materialgeleitete Überarbeitung und Nachdifferenzierung. Im Kontext der spezifischen Technik der Strukturierung als auch des AIAM (dort ebenfalls Schritt 9) soll der bisherige Stand der Kategoriensysteme am Material (und ggf. auch an der Theorie) überprüft werden. *Überarbeitung und Nachdifferenzierung* werden in den Abschnitten 10.4.2.2 und 10.4.2.3 beschrieben und kombinieren die bis zu diesem Schritt dominierende Technik der theoriegeleiteten Strukturierung mit Elementen der *induktiven Kategorienbildung*. Wie mittels durchgezogenem Pfeil von Schritt 9 zu Schritt 8 (s. Abb. 10.01) angedeutet, wird der bisher lineare Ablauf des KIAM im Fall der induktiven Kategorienbildung von einem ersten *rekursiven Prozess* unterbrochen. Dies ist notwendig, da im Rahmen der Überarbeitung neugebildete Kategorien mit gleicher Sorgfalt beschrieben werden müssen, wie theoriegeleitet/deduktiv konstruierte. Der mittels gestricheltem Pfeil von Schritt 9 nach Schritt 7 angedeutete zweite rekursive Prozess betrifft den Spezialfall der *Rückbindung materialgeleitet gebildeter Kategorien an theoretische Grundlagen* und wird ebenfalls in Abschnitt 10.4.2.2 anhand eines Beispiels beschrieben.

10) Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung. Dieser Schritt wird in Abschnitt 10.5 genauer beschrieben. *Ergebnisdarstellung* und *Interpretationen* sind über die Kapitel 11 und 12 verteilt. Eine *zusammenfassende Interpretation* der Ergebnisse erfolgt im Rahmen der *Begriffsexplikation* (s. Kap. 13.2).

11) Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien. Dieser letzte Schritt im KIAM wird v.a. im Diskussionskapitel (s. Kap. 14) beschrieben. Dort wird das Vorgehen hinsichtlich verschiedener qualitativer und spezifisch inhaltsanalytischer *Gütekriterien* beurteilt. Lediglich die Ergebnisse der für einen Großteil der Systeme durchgeführten Berechnungen zur *Inter-Coder-Reliabilität* (ICR) werden in diesem Kapitel berichtet (s. Kap. 10.4.4).

10.1.2 Zur Organisation des Projekt-Teams

Bevor das methodische Vorgehen im Detail und die entsprechenden Ergebnisse in den folgenden Kapiteln dargestellt werden, soll in diesem Abschnitt auf das *Projekt-Team und die Art der Zusammenarbeit* eingegangen werden. Während andere Schritte der vorliegen-

den Untersuchung ohne assoziierte Abschlussarbeiten zustande kommen, waren an den Teilstudien im Rahmen der Bedeutungsanalyse insgesamt drei Diplomarbeiten beteiligt (vgl. Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012). Da die Einzelbeiträge im Gesamtprojekt zur *empirischen Basis der Bedeutungsanalyse* zusammengefasst werden, war eine koordinierte Zusammenarbeit im Team notwendig. Folgender Abschnitt beschreibt die Koordination des Teams und vermittelt einen Überblick der jeweiligen Arbeitsschwerpunkte.

Austauschmöglichkeiten. Um möglichst ökonomisch arbeiten und Synergieeffekte nutzen zu können, starteten die drei Teilstudien zur Bedeutungsanalyse *zeitgleich* im Frühjahr 2011. Alle logisch aufeinander folgenden Phasen der Experteninterviews, von der Akquise der Teilnehmer (s. Kap. 10.2.1) bis zur qualitativ-inhaltsanalytischen Auswertung, wurden gemeinsam durchlaufen und vom Autor der vorliegenden Arbeit koordiniert. Um eine Plattform zum zeitnahen Austausch von Fragen, Ideen und relevanten Daten zu bieten, wurde ein *passwortgeschützter Kurs* im virtuellen Campus (VC) der Universität Bamberg mit themenbezogenen Foren angelegt, in welchem u.a. Literatur, Positionspapiere oder auch Zeitpläne für alle Projektmitarbeiter verfügbar waren. Zusätzlich wurden *regelmäßige Teambesprechungen* im Abstand von 2-4 Wochen abgehalten, ergänzt um *anlassbezogene Termine* zur Klärung wichtiger Fragen oder Durchführung spezieller Schritte. Schließlich bot sich auch die Nutzung von *E-Mail-Ketten* an, um die Überarbeitung, Kommentierung und Ergänzung von gemeinsam genutzten Dokumenten (z.B. Transkriptionsregeln, Kategoriensysteme, ...) möglichst unkompliziert koordinieren, Protokolle der Teambesprechungen verschicken oder alle Projektbeteiligten betreffende Entscheidungen mitteilen zu können.

Betreuung und Leitung. Die *Betreuung des Projekt-Teams* wurde vom Autor der vorliegenden Arbeit übernommen, womit organisatorische und inhaltliche Aufgaben verbunden waren. Organisatorische Aufgaben bestanden im Wesentlichen in der *Koordination der Austauschmöglichkeiten* (d.h. Terminvereinbarungen, Erstellen und Sammeln von Tagesordnungspunkten, Diskussionsleitung, etc.), *Organisation von Räumlichkeiten* (Büro für Interviews, Gestaltung des VC-Kurses), *Beschaffung von technischen Hilfsmitteln* (Rechner, spezifische Software, Aufnahmetechnik, etc.) sowie der *Kontaktanbahnung* zu potentiellen Interviewteilnehmern (im Fall der face-to-face-Interviews). Inhaltliche Aufgaben bestanden in der *Vermittlung von Hintergrundwissen* (u.a. bezüglich therapeutischer Praxis, potentieller theoretischer Grundlagen der Teilprojekte, etc.), dem *Treffen von inhaltlichen Entscheidungen* in allen Phasen der gemeinsamen Arbeit (z.B. bezüglich der Auswahl von Leitfragen, der Festlegung von Transkriptionsregeln, der Konstruktion von Kategorien, etc.) sowie der *formalen Gestaltung gemeinsam genutzter Dokumente* (u.a. Anschreiben an potentielle Teilnehmer, Kurzfragebogen, Interviewmanual, etc.). Über die Leitungsfunktion hinaus ging die *Nachdifferenzierung* (s. Kap. 10.4.2.3), im Rahmen derer 1.889 der 6.801 von den Team-Mitgliedern codierten Paraphrasen (ca. 28% der Gesamtcodierungen) aus übergeordneten Kategorien in differenzierende Unterkategorien eingeordnet wurden. Die *Einbettung der Interviewstudien in ein theoretisches Gesamtkonzept*, sowie die

von den Interviews unabhängigen Schritte der vorliegenden Arbeit wurden ausschließlich vom Autor und nicht im Projekt-Team vorgenommen.

Praktische Umsetzung. Die fünf in drei Teilprojekten organisierten Diplomandinnen beteiligten sich in allen Phasen der Bedeutungsanalyse an *Planungen*, sowohl inhaltlicher wie auch organisatorischer Art. Im Rahmen der drei Teil-Studien (vgl. Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012) übernahmen sie aber insbesondere einen Großteil der *praktischen Umsetzung* der im Team geplanten sowie vom Autor koordinierten und inhaltlich festgelegten Untersuchungen: *Akquise* der Teilnehmer (Anschreiben versenden, Nachtelefonieren, Terminvereinbarung), Durchführung der *Interviews*, *Transkription*, *Paraphrasierung* und *Codierung* (s. Kap. 10.3). Ergänzend zur vorliegenden Arbeit, in welcher die Interviews auf Gesamtstichprobenebene ausgewertet werden, beschäftigten sich die Diplomandinnen in ihren Arbeiten auch mit *Einzelfalldarstellungen* und qualitativen *Vergleichen von Teilstichproben* vor dem Hintergrund der aus Fragebögen (KFB, s. Kap. 10.2.2.1) verfügbaren personenbezogenen Informationen.

10.2 Stichprobengewinnung und -beschreibung

Im Folgenden werden *Gewinnung* und *Merkmale* der Stichproben beschrieben. Bezüglich aller hier vermittelten Informationen finden sich in den entsprechenden Kapiteln der in das Projekt eingebetteten Diplomarbeiten vertiefende oder ergänzende Ausführungen (vgl. Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012). Für *Kontextinformationen zur Stichprobe* ambulant tätiger Psychotherapeuten sei auf dementsprechende Überblicksliteratur verwiesen, wie etwa zu *Ausbildungssituation* (vgl. u.a. Hautzinger, 2007; Laireiter, 2011; Zimmer, 2011), *beruflicher Entwicklung* (vgl. u.a. Hermer, 2012; Klein, Bernard & Schermer, 2011), *rechtlichen* und *sozialen Rahmenbedingungen* (vgl. u.a. Dahm, 2012; Kneer-Weidenhammer, 2012) sowie *allgemeinen Berufsbedingungen* (vgl. u.a. Best, 2010; Willutzki et al., 2005; Wöller & Kruse, 2010). Kurze Zusammenfassungen dieser Kontextbedingungen finden sich in den oben genannten Diplomarbeiten.

10.2.1 Akquise der Stichprobe

10.2.1.1 Inhaltliche Anforderungen

Bevor potentielle Teilnehmer der Studie angesprochen werden können, gilt es festzulegen, wer im Zusammenhang der Thematik als Experte anzusehen ist (vgl. Bogner & Menz, 2009b; s. Kap. 9.2.3.1). Dies lässt sich nur unter Bezug zu den zentralen Themen und Forschungsfragen bestimmen (vgl. Littig, 2008). Die potentiellen Experten sollten u.a. in der Lage sein relevante Informationen präzise und bereitwillig zu geben (vgl. Gläser & Laudel, 2009). Da sich die Interviewstudien als Teilstudien des Gesamtprojekts mit der Verwendungsweise des Ausdrucks „Therapeutische Haltung“ und den damit assoziierten subjek-

tiven Bedeutungen beschäftigt, grenzt sich der Kreis potentieller Experten auf diejenigen Menschen ein, von denen zu erwarten sein dürfte, dass sie *mit dem Bereich der psychotherapeutischen Praxis in besonderem Ausmaß vertraut* sind. Diese Voraussetzung erfüllen Personen, die hauptberuflich als Psychotherapeuten tätig sind augenscheinlich am ehesten, sowohl was das zeitliche Ausmaß angeht, in welchem sie mit dem Kontext Psychotherapie konfrontiert sind, als auch was die persönliche Beteiligung betrifft (vgl. Orlinsky & Rønnestad, 2005; Rønnestad & Orlinsky, 2005). Dieses doppelte, zeitliche wie auch persönliche Engagement qualifiziert *praktizierende Psychotherapeuten* u.a. gegenüber Klienten (die nur eine auf ihre eigene Therapie begrenzte Zeit am psychotherapeutischen Prozess beteiligt sind) oder auch Psychotherapieforschern (die durch ihren wissenschaftlich-analytischen Anspruch emotional weniger am Geschehen beteiligt sein dürften). Allerdings ist die „Population“ der praktisch tätigen Psychotherapeuten schwer zu bestimmen, nicht zuletzt da viele Personen, die nicht unter der in Deutschland geschützten Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ firmieren (vgl. PsychThG; Stellpflug, Pucher-Matzner & Holzberger, 2009), Tätigkeiten ausüben, die Kernelemente psychotherapeutischer Arbeit enthalten, wie z.B. theologische Seelsorger, sozialpädagogische Berater, philosophische Praktiker, Persönlichkeitscoaches, u.v.m.. Um hier eine gewisse Klarheit schaffen zu können, die aus pragmatischen Gründen (zeitlicher/personeller Rahmen des Projekts) vonnöten ist, beschränkt sich die Auswahl der Stichproben auf zwei Zielpopulationen (s.u.):

Approbierte Psychotherapeuten mit Kassenzulassung für Erwachsenenpsychotherapie. Diese Einschränkung erlaubt einen recht unkomplizierten Zugriff auf Kontaktdaten über Register der kassenärztlichen Vereinigungen (s.u.) und garantiert dennoch eine vergleichsweise geringe Begrenzung der berücksichtigten theoretischen Orientierungen. Denn obwohl bisher nur die VT und zwei psychodynamisch orientierte Verfahren (TFP/PA) sozialrechtlich anerkannt sind, haben viele ältere Therapeuten, die im Rahmen von Übergangsregelungen ihre Zulassungen erhalten haben, zuvor Ausbildungen in anderen Verfahren, wie z.B. klientenzentrierter oder systemischer Therapie, absolviert (vgl. Dahm, 2012). Therapeuten, die ihre Approbation als Abschluss einer Ausbildung in einem kassenrechtlich anerkannten Verfahren erhalten haben, machen zudem (wie natürlich auch viele ihrer älteren Kollegen) oft zusätzliche Ausbildungen im Anschluss an ihre erste.

Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. In einer Teilstudie (Diplomarbeit von Sauer, 2012) wurden „angehende Experten“ interviewt um Hypothesen bezüglich der Veränderung und Entwicklung des Begriffs der Therapeutischen Haltung konstruieren zu können, angeregt durch die in Kapitel 1 (s. Kap. 1.2.3) angesprochenen Befunde zur persönlichen Entwicklung von Therapeuten. Aufgrund der räumlichen Nähe eines Ausbildungsinstitutes bietet diese Population zudem die Möglichkeit, die Variante des face-to-face-Interviews zu nutzen, um Hinweisen auf potentielle Nachteile der Telefonvariante (vgl. Gläser & Laudel, 2009) nachzugehen und diskutieren zu können.

10.2.1.2 Methodische und formale Anforderungen

Für Stichproben im Bereich explorativer Studien gelten gemeinhin geringe Anforderungen (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 71). Zwar wurde auch für die vorliegende Arbeit ein exploratives Design gewählt, dennoch soll von methodischen Anforderungen, wie sie für hypothesentestende Untersuchungen üblich sind, nicht zu weit abgewichen werden. Was die *Stichprobengröße* angeht, wurden allerdings keine methodenbezogenen Anforderungen realisiert (s. Diskussion, Kap. 14). Bezüglich der Methodik des Experteninterviews wird auch eher von „Fallauswahl“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 95 ff.) gesprochen, da dort weniger Repräsentativität, als die *spezifischen Wissensbestände der Interviewten* von Interesse sind. In der vorliegenden Arbeit wird das *Expertentum* inhaltlich allerdings über die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe und nicht über individuelle Qualitäten definiert (s. Kap. 10.2.1.1), weswegen eine gewisse *Repräsentativität* dennoch relevant scheint. Ebenso legt der wissenschaftstheoretische Rahmen einer Bedeutungsanalyse eine gewisse Repräsentativität nahe.

Telefonische Interviews. Im Rahmen der telefonischen Experteninterviews sollten daher *möglichst repräsentative* Stichproben akquiriert werden. Zu diesem Zweck wurde die Technik der *geschichteten Stichprobenziehung* genutzt (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 425 ff.; Rost, 2007, S. 89), bei der die Population anhand ausgewählter Merkmale in künstliche Teilpopulationen zerlegt wird. Schon vor der Kontaktaufnahme, wurde darauf geachtet, dass bestimmte „Schichten“, d.h. definierte Merkmale, gleichmäßig verteilt waren. Als Variablen der Schichtung wurden *Geschlecht* (m/w), *Kassenzulassung* (VT vs. TFP/PA) und *berufliche Voraussetzung der Ausbildung* (Psychologie- vs. Medizinstudium) gewählt, auf welche sich die potentiellen Teilnehmer gleich verteilen sollten. Auf diese Weise ergeben sich acht mögliche Merkmalskombinationen bzw. entsprechende Untergruppen. Die Schichtung wurde auf die Berücksichtigung von drei Merkmalen (acht Kombinationen) beschränkt, da von einer erwünschten Anzahl von ca. 40-60 Interviews (10-15 Interviews pro Interviewer) ausgegangen wurde. Bei einer Anzahl von minimal 40 Interviews könnte auf diese Weise mit Teilgruppengrößen gerechnet werden, die hypothetische Verallgemeinerungen von Gruppenunterschieden zumindest plausibel machen, was im Gegensatz zum Gesamtprojekt, im Rahmen der Teilprojekte (Diplomarbeiten) von Interesse war. Die o.g. drei Merkmale wurden zudem gewählt da u.a. Geschlecht und Ausbildung als günstige Schichtungsmerkmale in human- und sozialwissenschaftlicher Forschung gelten (vgl. ebd.) und anhand der Namen und Arztregisterinformationen leicht im Vorhinein zu erheben sind (s. Kap. 10.2.1.3). Um bezüglich sonstiger personenbezogener Merkmale einer *Zufallsverteilung* nahe zu kommen, sollte die weitere Auswahl nach dem Alphabet vorgenommen werden. Die *Berücksichtigung der Schichtung* erfolgte an zwei Stellen der Akquise: zunächst bei der Auswahl zu kontaktierender Experten und abschließend bei der Bestimmung der in die Auswertung eingehenden Interviewpartner (s. Kap. 10.2.1.3).

face-to-face Interviews. Die Stichprobe der face-to-face-Interviews wurde nach *forschungsökonomischen Gesichtspunkten* erhoben, u.a. konnte die Rekrutierung über das Ausbildungsinstitut (CiP Bamberg) ökonomisch sparsam erfolgen. Schließlich gilt auch die „Verfügbarkeit“ potentieller Informanten als Kriterium der Stichprobenauswahl für Exper-

teninterviews (vgl. Gläser & Laudel, 2009, S. 117). Aufgrund des verfolgten Zweckes dieser Teilstudie, war Repräsentativität für die entsprechende Population weniger zentral als bei den Telefoninterviews. Dennoch wurde auch hier eine *geschichtete Stichprobe* hinsichtlich des Merkmals *Geschlecht* kontaktiert. Die Auswahl erfolgte aber ansonsten nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern nach *Verfügbarkeit* und zu erwartender *Teilnahmebereitschaft* der Studienteilnehmer. Die Generalisierbarkeit etwaiger Ergebnisse ist damit eingeschränkt (s. auch Diskussion).

10.2.1.3 Kontaktaufnahme

Für die Telefoninterviews wurde eine Stichprobe von *400 approbierten Psychotherapeuten* kontaktiert, die sich entsprechend der oben genannten Schichtung (s. Kap. 10.2.1.2) zu gleichen Teilen aus Männern und Frauen, Psychologen und Ärzten sowie für VT und TFP/PA zugelassenen Therapeuten zusammensetzte. Die Anzahl ergab sich aus der Annahme einer Teilnahmebereitschaft von 10-15% aller potentiell zum Interview infrage kommenden Personen. Im Rahmen von vier am Projekt beteiligten Diplomarbeiten (vgl. Hümmer & Kuraszkiwicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012) schien es vertretbar, 100 Personen pro Arbeit zu kontaktieren und anschließend 10-15 ca. 30-60 minütige Interviews durchzuführen sowie auszuwerten. Die Gewinnung der entsprechenden Adressen erfolgte über die online-Datenbanken der bayrischen und baden-württembergischen *kassenärztlichen Vereinigungen*. Die Auswahl wurde nach dem Alphabet vorgenommen (Zufallsverteilung hinsichtlich sonstiger Merkmale), z.B. wurden alle für VT zugelassenen männlichen Psychologen ihrem Nachnamen nach in eine aufsteigende alphabetische Ordnung gebracht, worauf die ersten 50 Personen kontaktiert wurden. Entsprechend wurde mit den anderen sieben möglichen Untergruppen umgegangen (s. auch u., Abb. 10.02). Zur Kontaktaufnahme wurde ein *zweiseitiges Anschreiben* entworfen (s. Anhang B). In diesem werden potentielle Teilnehmer knapp über die Ziele und Anliegen der Studie (Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung), den vom Angeschriebenen erbetenen Beitrag (Auskunft als Experte/Sachverständiger), sowie das konkrete Vorgehen bei Teilnahmeinteresse (Kontakt Daten, Rücksendefrist) und den vorgesehenen Datenschutz (s. Kap. 10.2.1.5) informiert (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Bortz & Döring, 2006). Das Anschreiben wurde zusammen mit einem *Kurzfragebogen* (KFB, s. Kap. 10.2.2.1) an die potentiellen Teilnehmer gesendet, mit der Bitte den ausgefüllten KFB im beiliegenden frankierten Umschlag innerhalb einer Frist zurückzusenden. Diejenigen Angeschriebenen, die den KFB nicht zurückgesendet haben wurden nach Ablauf der Frist *telefonisch kontaktiert*, um potentielle Interessenten an die Rücksendung der KFBn zu erinnern.

10.2.1.4 Teilnahmebereitschaft

Telefoninterviews. Von den 400 angeschrieben und telefonisch an das Anschreiben erinnerten Therapeuten wurden *insgesamt 90 verwertbare KFBn* zurückgeschickt. Gründe für die Ablehnung am Interview teilzunehmen, oder zumindest den KFB ausgefüllt zurückzuschicken wurden nicht systematisch erhoben (s.a. Diskussion, Kap. 14). Die Diplomandin-

nen berichteten, dass der ihrer subjektiven Einschätzung nach am häufigsten genannte Grund für eine Absage *Zeitmangel* gewesen wäre, gefolgt von fehlender finanzieller Aufwandsentschädigung und Desinteresse am Thema (vgl. Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012). Von den 90 Therapeuten, die einen ausgefüllten KFB zurückgeschickt hatten erklärten sich 56 zur *Teilnahme am Interview bereit*. Von diesen 56 durchgeführten Interviews gingen schließlich 40 in die *qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung* ein. Die folgende Abbildung 10.02 vermittelt einen Überblick der Kontaktaufnahme und Teilnahmebereitschaft bezüglich dreier Stadien:

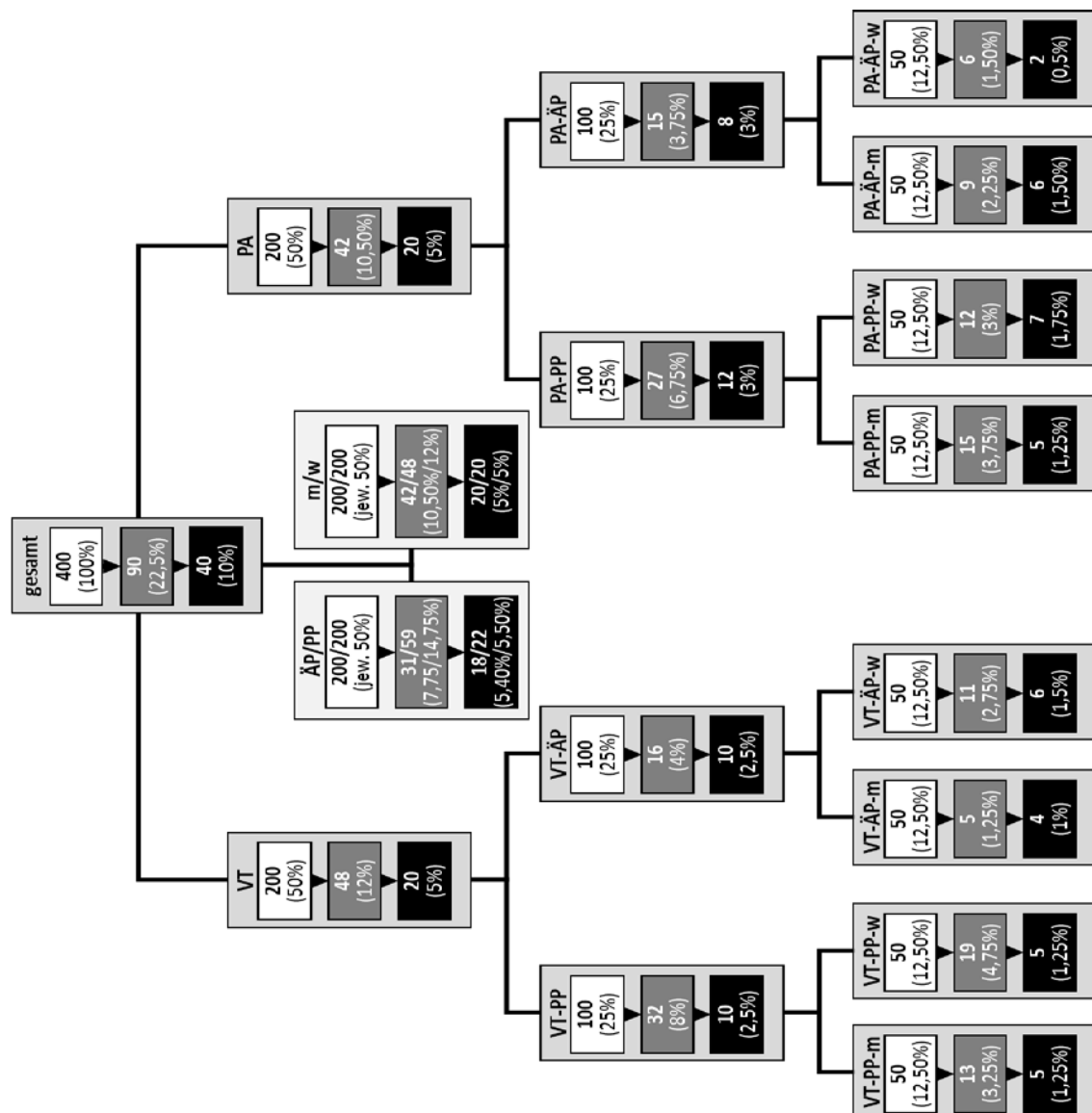


Abb. 10.02. Übersicht der Kontaktaufnahme und Teilnahmebereitschaft in drei Stadien: *Anschreiben* (weiße Kästen, schwarze Schrift), *auswertbare KFBn* (dunkelgraue Kästchen, weiße Schrift), *ausgewertete Interviews* (schwarze Kästchen, weiße Schrift); absolute Zahlen fettgedruckt, prozentualer Anteil bezogen auf die 400 ursprünglichen Kontakte in Klammern; Abkürzungen: VT = Kassenzulassung für Verhaltenstherapie; PA = Kassenzulassung für tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie; ÄP = ärztl. Psychotherapeut; PP = psychol. Psychotherapeut; m = männlich; w = weiblich;

face-to-face-Interviews. Von den 18 vom Autor persönlich per Mail angeschriebenen Ausbildungskandidaten wurden insgesamt 14 verwertbare KFBn zurückgeschickt, wovon 12 als Bekundung der Bereitschaft am Interview teilzunehmen verstanden werden konnten. Die sechs Angeschriebenen, die entweder den KFB nicht ausfüllen, oder zumindest am Interview nicht teilnehmen wollten, begründeten dies mit *Zeitmangel*. Dementsprechend wurde eine *Durchführung von 12 Interviews* vereinbart von denen schließlich 10 in die *qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung* eingingen (detailliertere Beschreibung der Akquise in Sauer, 2012).

10.2.1.5 Datenschutz

Der Datenschutz der Teilnehmer soll gewährleistet werden, indem potentielle Studienteilnehmer auf dem Deckblatt des KFB (s. Kap. 10.2.2.1; s. auch Anhang C) dazu aufgefordert werden, einen *individuellen, 6-stelligen Code* (Großbuchstaben) zu generieren. Nach Abschluss der Auswertung der Daten wird das Deckblatt, das neben dem Code auch noch identitätsbezogene Daten (Name, Adresse, ...) abfragt, *vom KFB abgetrennt und vernichtet*. Fortan lässt sich der Bezug zwischen sonstigen KFB-Daten und interviewbezogenen Daten nur noch über den für beide Datensätze genutzten Code herstellen. Der Code selbst lässt wiederum *keinen Rückschluss auf identitätsbezogene Daten* zu.

10.2.2 Beschreibung der Stichproben

Bevor in den Abschnitten 10.2.2.2 und 10.2.2.3 die Stichproben beschrieben werden, wird in Abschnitt 10.2.2.1 zunächst die Konstruktion des zur Erhebung diverser interessierender Personencharakteristika konstruierten KFB thematisiert. Die Beschreibung der Stichprobe erfolgt anhand weniger ausgewählter Merkmale in Tabellenform, da eine umfassende Beschreibung den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Zudem werden insgesamt vier Teilstichproben beschrieben, bzw. an geeigneten Stellen voneinander abgegrenzt bzw. verglichen:

- die Gesamtstichprobe der Teilnehmer, von welchen auswertbare Fragebögen vorliegen (N = 104, incl. 14 KFBn von Ausbildungskandidaten)
- die Teilstichprobe der Teilnehmer, deren Interviews mit in die inhaltsanalytische Auswertung eingingen (N = 50, incl. 10 Ausbildungskandidaten)
- die Teilstichprobe der Teilnehmer am telefonischen Interview (N = 40)
- die Teilstichprobe der Teilnehmer am face-to-face-Interview (N = 10)

Die *Teilnahmebereitschaft zum Interview* (N = 68, davon 12 Ausbildungskandidaten) wurde als Variable berücksichtigt, wird an dieser Stelle aber nicht weiter berichtet.

10.2.2.1 Konstruktion eines Kurzfragebogen (KFB)

Um die Erhebung von Rahmendaten zu den Teilnehmern und Faktenwissen im Interview möglichst knapp zu halten, wurde ein *Kurzfragebogen* (KFB, siehe Anhang C) konstruiert

(vgl. Christmann, 2009; Helfferich, 2009). In diesem sollten typische *soziodemographische* Daten, wie etwa Alter und Geschlecht (vgl. Cone & Foster, 2006), aber auch *ausbildungs- und berufsbezogene* Daten erhoben werden, die u.a. in den späteren Einzelfalldarstellungen (Diplomarbeiten) zur hypothetischen Erklärung markanter individueller Besonderheiten herangezogen werden könnten. Zudem sollten über den KFB auch *projektbezogene* Informationen, d.h. Aussagen bezüglich des Themas „Therapeutische Haltung“ erhoben werden, um ergänzende Aussagen zur Relevanz des Themas im Kontext persönlicher Merkmale diskutieren zu können (s. Kap. 10.2.2.3). Schließlich erlaubt die Erhebung zusätzlicher Daten auch die *Bildung alternativer Untergruppen*, die in sich an das Forschungsprojekt anschließenden Analysen herangezogen werden könnten.

Methodisch gesehen werden im KFB unterschiedliche Antwortschemata, von *dichotomen ja/nein* Ankreuzmöglichkeiten über *gestufte Ratings* und *visuelle Analogskalen* bis hin zu *offenen Antwortmöglichkeiten*, kombiniert (s.u.). Da der KFB lediglich als zusätzliche Möglichkeit Rahmeninformationen zu erheben gedacht war, wurde auf eine explizite Fragebogenkonstruktion nach strengen methodischen Kriterien verzichtet. Nachfolgend werden die Inhalte und Konstruktionsüberlegungen der einzelnen Sektionen des KFB kurz vorgestellt. Der komplette KFB findet sich im Anhang C. Eine detailliertere Beschreibung der Konstruktion, auf die hier aus Gründen des Platzmangels verzichtet wird, bieten Hümmer und Kuraszkiwicz (2012). Viele Entscheidungen für bestimmte Items wurden aufgrund der Beschäftigung mit den oben skizzierten Kontextinformationen getroffen (s. Kap. 10.2.1), teilweise auch auf Anregungen aus der TASC hin (s. Kap. 6.4.2), auf die hier lediglich verwiesen sei.

Deckblatt: Das Deckblatt dient der Erklärung des vorliegenden KFB, sowie der Erhebung von Daten, die zur Kontaktaufnahme bei Teilnahmeerklärung genutzt und die Zuordnung der KFB-Daten zu Interviews nach der Anonymisierung garantieren sollten. Dementsprechend werden Namen der Teilnehmer und Adressen deren Praxen erfasst, sowie Informationen und Instruktionen zum KFB gegeben. Abschließend wird das Anonymisierungsverfahren dargestellt und um die Angabe von Zeiten gebeten, in denen der Teilnehmer günstig zu erreichen ist.

Soziodemographische Daten (Sektion A): Diese Sektion beinhaltet insgesamt 9 *Items*, teils zu typischen soziodemographischen Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, ...) zur Beschreibung der Stichprobe, teils zu Informationen, die zur einzelfallbezogenen Darstellung der Interviews relevant sein könnten (z.B. eventuelle Zweitsprachen, bilinguale Erziehung, ...). Letztere Items wurden gewählt, da diese zusätzliche Einschätzungen erlauben ob z.B. formale sprachliche Auffälligkeiten im Interview eventuell mit Besonderheiten der sprachlichen Sozialisation in Verbindung stehen.

Ausbildungsbezogene Daten (Sektion B): Sektion B fasst 14 *Items* zum Bildungsweg der Teilnehmer zusammen. Dabei werden potentielle, der Ausbildung zum Psychotherapeuten vorausgehende Bildungserfahrungen (v.a. in den Items B.1-B.6), wie auch die Ausbildung betreffende Informationen (v.a. Items B.7-B.14) erfasst. Die Items B.12 und B.14 sollen die Einschätzung der theoretischen Orientierung von Selbsterfahrung und Supervision ermöglichen (vgl. Laireiter, 2011; Zimmer, 2011), weswegen diese im Rahmen von 6-stufigen

Ratingskalen das Ausmaß des Einflusses spezifischer theoretischer Orientierungen erkunden. In diesem Fall diene Sektion D des ThAt (Sandell et al., 2007) als Orientierung, in der die theoretische Orientierung in ähnlicher Weise erfasst wird. Das dortige 5-stufige wurde allerdings zugunsten eines 6-stufigen Ratings verändert, da so eine gewisse „Positionierung“ jenseits eines mittigen Ankreuzverhaltens „erzwungen“ wird (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 180). Inhaltlich wurde die Anzahl der abgefragten theoretischen Orientierungen auf die typischerweise unterschiedenen zentralen Gruppen (vgl. u.a. Lutz et al., 2010; Kriz, 2007) reduziert und um eine inhaltlich offene Ratingskala zu etwaigen anderen Orientierungen ergänzt.

Berufsbezogene Daten (Sektion C): In Sektion C werden berufsbezogene Daten anhand von 12 Items erfasst. Item C.1 erhebt die Dauer der bisherigen psychotherapeutischen Tätigkeit, die Items C.2-C.7 erfragen Daten zur Gestaltung des Berufsalltags (wie z.B. die Regelmäßigkeit der Teilnahme an Intervisionsgruppen), wohingegen mit den Items C.8-C.11 wissenschaftliche und stationäre Tätigkeit thematisiert werden. Entsprechend des Formats der in Sektion B erfragten theoretischen Orientierungen (s.o.) wird mittels Item C.12 abschließend die theoretische Orientierung der gegenwärtigen Arbeit erfasst.

Projektbezogene Daten (Sektion D): Die 5 Items der Sektion D fragen schließlich nach Erfahrungen und Meinungen rund um projektbezogene Inhalte. Die bisherige Konfrontation mit dem Thema Therapeutische Haltung sowie dessen subjektiv empfundene Relevanz werden anhand von zwei Items (D.1, D.2) mit sechs visuellen Analogskalen erfasst (auch „grafisches Rating“, vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 177 ff.), davon fünf thematisch festgelegt und eine offen. Items D.3 und D.4 fragen nach einer Einschätzung des Stellenwertes der Thematik in der Ausbildung und dessen Angemessenheit. Das dichotome Item D.5 fragt nach der bisherigen Teilnahme an einer Studie zum gleichen Thema.

Den Kurzfragebogen abschließend erhalten die Angeschriebenen, entsprechend dem Grundsatz der *freiwilligen und informierten Einwilligung* (Gläser & Laudel, 2009, S. 50), die Möglichkeit sich für oder gegen eine telefonische Kontaktierung im Rahmen der Interviewstudien zu entscheiden. Folgender Ausschnitt (s. Abb. 10.03) veranschaulicht die Form des KFB anhand einiger Items der Sektion C (C.1-C.5):

C) Berufsbezogene Daten	
C.1)	Psychotherapeutische Tätigkeit Beginn: (Jahr) Gesamtdauer: (Jahre) davon in Teilzeit: (Jahre)
C.2)	Beschäftigungsverhältnis: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> abhängige Beschäftigung
C.3)	Praxisorganisation: <input type="checkbox"/> allein arbeitend <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis mit TherapeutInnen
C.4)	Teilnahme an einer Intervisionsgruppe im letzten Berufsjahr (durchschnittlich): <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> einmal pro Quartal <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie
C.5)	Teilnahme an Supervision (Gruppe u./o. Einzel) im letzten Berufsjahr (durchschnittlich): <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> einmal pro Quartal <input type="checkbox"/> seltener <input type="checkbox"/> nie

Abb. 10.03. Ausschnitt des Kurzfragebogens (KFB; Gesamtversion s. Anhang C)

10.2.2.2 Charakterisierung der Stichprobe

Soziodemographische Merkmale. Tabelle 10.01 charakterisiert die vier genannten (s. Kap. 10.2.2) Teilstichproben anhand ausgewählter *soziodemographischer Daten*:

Tab. 10.01. Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter soziodemograph. Merkmale

Variable	Stichprobe				
	KFB N = 104	Interview N = 50	Telefon-Int N = 40	face-to-face N = 10	
Geschlecht	weiblich	56	25	20	5
	männlich	48	25	20	5
Alter	MW	50,38	49,12	53,23	32,70
	SD	9,96	10,89	7,61	4,47
	Min	26	26	38	26
	Max	70	70	70	41
Familienstand	verheiratet	59	29	26	3
	geschieden	15	4	3	1
	verwitwet	2	2	2	0
	ledig	7	3	2	1
	liiert	21	12	7	5
praktizierte Religiosität/Spiritualität	nein	32	19	14	5
	gelegentlich	43	20	15	5
	ja	27	9	9	0
Migrationshintergrund	nein	94	45	36	9
	ja	10	5	4	1

Anmerkungen: KFB = Kurzfragebogen; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum;

Wie sich obiger Tabelle 10.01 entnehmen lässt, sind die Tn, entsprechend der Selektionsstrategie (s.o., Kap. 10.2.1), bezüglich des dichotomen Merkmals *Geschlecht* gleichverteilt. Der zu erwartende Mittelwertunterschied bezüglich des Merkmals *Alter* zwischen Tn des Telefon- (MW = 53,23 Jahre) und des face-to-face-Interviews (MW = 32,70 Jahre) von 20,53 Jahren ist signifikant ($Z = -4,809$; $p < .0001$; $\phi = .68$).

Ausbildungsbezogene Merkmale. Auch anhand einer Reihe von *ausbildungsbezogenen Daten* lassen sich die vier Stichproben charakterisieren (s.u., Tab. 10.02). Einige der genannten Zahlen lassen sich bereits der Abbildung 10.02 (s. Kap. 10.2.1.4) entnehmen. Bezüglich der ausbildungsbezogenen Daten (s.u., Tab. 10.02) ist zu bemerken, dass 33 der 104 Tn der KFB-Stichprobe (32%), also ca. ein Drittel, die *erste reguläre Ausbildung* in einem Verfahren durchgeführt hat, das gegenwärtig nicht sozialrechtlich anerkannt ist (vgl. Dahm, 2012), wie etwa in klientenzentrierter Psychotherapie.

Ebenso viele Tn der KFB-Stichprobe (36 von 104, d.h. 35%) haben drei oder mehr *zusätzliche psychotherapeutische Aus-, Fort- oder Weiterbildungen* (z.B. EMDR, Psychoonkologie, etc.) gemacht. Lediglich eine Minderheit von 25 Tn (24%) der KFB-Stichprobe gibt an kei-

ne weitere Aus-, Fort- oder Weiterbildungen durchlaufen zu haben, wobei nahezu die Hälfte dieser Personen (9 Tn) der face-to-face-Stichprobe (Ausbildungskandidaten) entstammt. In der Telefonstichprobe berichten sogar 33 von 40 Tn (83%) eine oder mehrere weitere Aus-, Fort- oder Weiterbildungen absolviert zu haben.

Tab. 10.02. Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter ausbildungsbez. Merkmale;

Variable	Stichprobe				
	KFB N = 104	Interview N = 50	Telefon-Int N = 40	face-to-face N = 10	
Erststudium	Medizin	29	17	17	0
	Psychologie	65	29	20	9
	Pädagogik	4	1	1	0
	sonstige	6	3	2	1
Promotion	nein	65	28	21	7
	ja	39	22	19	3
Verfahren laut KV	verhaltensth.	62	30	20	10 (PPiA)
	psychodynam.	42	20	20	0
erste reguläre PT-Ausbildung	keine	5	1	1	0
	verhaltensth.	46	25	15	10 (PPiA)
	psychodynam.	25	17	17	0
	klientenzentr.	11	2	2	0
	gestalttherap.	10	4	4	0
	systemisch	4	0	0	0
Jahre seit Abschluss der ersten PT-Ausbildung	sonstige	3	1	1	0
	MW	14,41	13,02	16,54	0
	SD	9,62	9,70	7,77	0
	Min	0	0	5	0
sonstige Aus./Fort./Weiterbildungen	Max	3	36	36	0
	keine	25	15	6	9
	eine weitere	26	13	12	1
	zwei weitere	16	9	9	0
Profession laut KV	drei oder mehr	36	12	12	0
	Psych. PT/PPiA	73	32	22	10
	Ärztlicher PT	31	18	18	0

Anmerkungen: KFB = Kurzfragebogen; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum; PPiA = Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung; PT = Psychotherapeut;

Berufsbezogene Merkmale. Zudem wurden im KFB Informationen zu *berufsbezogenen Daten* erhoben. Folgende Tabelle 10.03 charakterisiert die Stichproben anhand ausgewählter Merkmale:

Tab. 10.03. Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter berufsbezogener Merkmale;

Variable	Stichprobe				
	KFB N = 104	Interview N = 50	Telefon-Int N = 40	face-to-face N = 10	
Jahre seit Beginn der PT-Tätigkeit	MW	14,41	16,86	20,26	3,25
	SD	9,62	11,02	9,63	1,44
	Min	0,00	0,50	3,00	0,50
	Max	36,00	38,00	38,00	6,00
Teilnahme an Intervention	nie	8	2	2	0
	selten	6	4	4	0
	quartalsmäßig	12	6	5	1
	monatlich	56	27	21	6
	14-tägig	18	10	7	3
	wöchentlich	4	1	1	0
vornehmliche theoretische Orientierung der eigenen Arbeit	verhaltensth.	31	17	10	7
	psychodynam.	27	13	13	0
	klientenzentr.	5	2	1	1
	gestalttherap.	1	0	0	0
	systemisch	5	3	2	1
	sonstige	0	0	0	0
	mehrere gleich*	35	15	14	1
theoretische Orientierung an mehreren Verfahren**	nein	21	11	11	0
	zwei Richtungen	25	14	12	2
	drei Richtungen	24	12	7	5
	vier oder mehr	34	13	10	3

Anmerkungen: KFB = Kurzfragebogen; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum; PPiA = Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung; PT = Psychotherapeut;

* „mehrere gleich“ bedeutet, dass im entsprechenden Rating mehrere Verfahren parallel den höchsten vergebenen Wert aufwiesen;

** Annahme der theoretischen Orientierung an einem Verfahren ab der Ratingantwort „manchmal“ oder höher auf die Frage nach dem Ausmaß der Orientierung (nie-selten-manchmal-häufig-meistens-immer)

Hinsichtlich des Merkmals *Jahre seit Beginn der PT-Tätigkeit* unterscheiden sich Telefon- ($Mdn = 20,5$) und face-to-face-Stichprobe ($Mdn = 3$) erwartungsgemäß deutlich ($Z = -4,602$; $T = .995$; $p < .005$; $\varphi = .65$). Bemerkenswerte Unterschiede ergeben sich bezüglich des Merkmals *theoretische Orientierung an mehreren Verfahren*, sofern man die *erste angegebene reguläre Therapieausbildung* (ausbildungsbezogenes Merkmal, s.o. Tab. 10.02) als Merkmal zur Unterscheidung der drei Gruppen *verhaltenstherapeutische*, *psychodynamische* und *ggw. nicht sozialrechtlich anerkannte Verfahren* (d.h. alle anderen möglichen Ausprägungen des Merkmals) nutzt. Folgende Tabelle 10.04 zeigt die MW-Unterschiede:

Tab. 10.04. MW-Unterschiede bez. des Merkmals *theoretische Orientierung an mehreren Verfahren*;

Variable (bez. auf KFB-Stichprobe, N = 104)	theoretische Orientierung an mehreren Verfahren**				
	MW	SD	95%-Konfidenzintervall		
			Untergrenze	Obergrenze	
erste reguläre PT-Ausbildung	verhaltensth. (N = 46)	1,76	1,079	1,44	2,08
	psychodyn. (N = 25)	1,00	1,080	,55	1,45
	andere (N = 33)	2,09	1,042	1,72	2,46

Anmerkungen: PT = Psychotherapie; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung;

** Annahme der theoretischen Orientierung an einem Verfahren ab der Ratingantwort „manchmal“ oder höher auf die Frage nach dem Ausmaß der Orientierung (nie-selten-*manchmal*-häufig-meistens-immer); es ergibt sich eine Variable auf Nominalniveau mit den Ausprägungen: 0 = nein, 1 = zwei Richtungen, 2 = drei Richtungen, 3 = vier oder mehr Richtungen;

Bei weiteren Analysen zeigt sich zudem, dass die gefundenen Unterschiede zwischen denjenigen Tn, die eine *psychodynamische Ausbildung* als erste reguläre Ausbildung absolviert haben und den *beiden anderen Möglichkeiten* signifikant sind. Diese Unterschiede lassen sich so verstehen, dass Teilnehmer, die eine *psychodynamische Ausbildung* als erste reguläre Therapieausbildung absolviert haben, tendenziell dem eigenen Verfahren theoretisch „treu“ bleiben und die therapeutische Arbeit seltener an unterschiedlichen Therapietheorien orientieren. Dieser Unterschied besteht, obwohl sie tendenziell (nicht-sign.) sogar häufiger weitere Aus-, Fort- und Weiterbildungen absolvieren, als diejenigen Tn, die eine verhaltenstherapeutische Ausbildung als erste reguläre Ausbildung angeben. Folgende Tabelle 10.05 führt die Mehrfachvergleiche mit entsprechenden Signifikanzen auf:

Tab. 10.05. Mehrfachvergleiche bez. des Merkmals *theoretische Orientierung an mehreren Verfahren*;

Variable A	Variable B	Mehrfachvergleiche bez. <i>theoret. Orientierung (mehrere)**</i>	
		mittlere Differenz (A-B)	Signifikanz
verhaltensth.	psychodynam.	,761*	,020
	anderes Verf.	-,330	,440
psychodynam.	verhaltensth.	-,761*	,020
	anderes Verf.	-1,091*	,001
anderes Verf.	verhaltensth.	,330	,440
	psychodynam.	1,091*	,001

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant ($F(2,101) = 7,648$; $eta^2 = .14$)

** Annahme der theoretischen Orientierung an einem Verfahren ab der Ratingantwort „manchmal“ oder höher auf die Frage nach dem Ausmaß der Orientierung (nie-selten-*manchmal*-häufig-meistens-immer); es ergibt sich eine Variable auf Nominalniveau mit den Ausprägungen: 0 = nein, 1 = zwei Richtungen, 2 = drei Richtungen, 3 = vier oder mehr Richtungen;

10.2.2.3 Projektbezogene Daten

Die folgende Charakterisierung der Stichprobe anhand *projektbezogener Daten* kann damit zugleich als Ergebnisdarstellung bezüglich der allgemeinen Nebenfrage V („*Welche Relevanz messen die angeschriebenen Psychotherapeuten dem Begriff der Therapeutischen Haltung bei?*“, vgl. Tab. 8.01, Kap. 8.4) verstanden werden. Bei den in der letzten Sektion des

KFB erhobene Daten, handelt es sich um anhand 10 cm langer *visueller Analogskalen* abgegebene Urteile *bezüglich bisherigem Kontakt* mit der „Therapeutischen Haltung“, persönliche Einschätzungen der *Wichtigkeit* des Themas, sowie Einschätzungen bezüglich des Umgangs (*Stellenwert, Angemessenheit*) mit dem Thema in der Therapieausbildung. In unten folgender Tabelle 10.06 werden v.a. *Mittelwerte* berichtet, lediglich bezüglich der Einschätzung des Stellenwertes und der Angemessenheit des Themas in der Ausbildung werden weitere statistische Kennwerte aufgeführt. Bezüglich der dort genannten Werte lassen sich Gemeinsamkeiten und Gruppenunterschiede bemerken, die teils, trotz geringer Stichprobengröße, signifikante Effekte bemerkenswerter Größe produzieren. Zum einen unterscheiden sich Einschätzungen bezüglich der Merkmalsgruppen *bisherige Konfrontation mit der ThHa als Thema* und *Wichtigkeit der ThHa für die PT* weder in Abhängigkeit der *Profession* (ärztliche Psychotherapeuten vs. psych. Psychotherapeuten vs. PPIA), des *Geschlechts*, der *ersten psychotherapeutischen Ausbildung* (verhaltenstherap. vs. psychodyn. vs. andere), noch der *Kassenzulassung* (psychodyn. vs. verhaltensth. incl. PPIA). Diejenigen Tn, die lediglich einen KFB zurückschickten und *nicht am Interview teilnehmen wollten* (N = 35) schätzten die *Wichtigkeit der ThHa für die PT-Forschung* geringer ein (MW = 6,94, SD = 2,69) als diejenigen, die *Interesse an einer Interviewteilnahme* zeigten (N = 67; MW = 7,99, SD = 2,00) ($t(100) = -2,232; p < .05; g = .45$).

Tab. 10.06. Charakterisierung der Stichproben anhand ausgewählter projektbezogener Merkmale;

Variable*	Stichprobe				
	KFB N = 104	Interview N = 50	Telefon-Int N = 40	face-to-face N = 10	
bisherige Konfrontation mit der ThHa als Thema	Literatur/Medien	4,15	4,24	4,73	2,25
	kolleg. Gespräche	6,55	6,68	6,74	6,44
	Inter-/Supervision	6,90	6,91	7,05	6,35
	Aus-/Fortbildung	5,60	5,31	5,79	3,41
	Kongr./Tagungen	3,35	3,41	4,15	0,51
Wichtigkeit der ThHa für die PT	Praxis	9,02	9,01	9,01	9,04
	Theorie	7,47	7,47	7,30	8,17
	Ausbildung	8,49	8,46	8,60	7,90
	Outcome	8,61	8,66	8,65	8,69
	PT-Forschung	7,63	7,89	7,76	8,37
Stellenwert der ThHa in der Ausbildung	MW	5,60	5,21	5,84	2,68
	SD	2,91	2,80	2,57	2,28
	Min	0,00	0,00	1,00	0,00
	Max	10,00	10,00	10,00	7,50
Angemessenheit der Behandlung in der Ausbildung	MW	5,34	4,96	5,67	2,17
	SD	3,29	3,39	3,21	2,63
	Min	0,00	0,00	0,00	0,00
	Max	10,00	10,00	10,00	7,10

Anmerkungen: KFB = Kurzfragebogen; ThHa = Therapeutische Haltung; PT = Psychotherapie;

* Die Einschätzung erfolgte mittels 10cm langer visueller Analogskalen, dementsprechend können die Werte in einem Bereich zwischen 0 und 10 liegen (s. KFB, Anhang C);

Grundsätzlich stehen über alle Teilstichproben und wichtige personen-, ausbildungs- und berufsbezogen Merkmale (u.a. Geschlecht, Alter, Profession) hinweg einer hohen, der ThHa in verschiedenen Bereichen beigemessenen *Wichtigkeit der ThHa* (gesamt) geringe Werte im Bereich der Merkmale *bisherige Konfrontation mit der ThHa* (gesamt), *Stellenwert der ThHa in der Ausbildung* und *Angemessenheit der Behandlung der ThHa in der Ausbildung* gegenüber. Folgende Tabelle 10.07 stellt die Mittelwerte der *Wichtigkeit* denen von *Konfrontation*, *Stellenwert* und *Angemessenheit* gegenüber:

Tab. 10.07. Mittelwerte der Merkmale Wichtigkeit, Konfrontation, Stellenwert und Angemessenheit;

Variable	Mittelwerte/Mediane der Stichprobe ¹			
	KFB N = 104 (MW)	Interview N = 50 (MW)	Telefon-Int N = 40 (Mdn)	face-to-face N = 10 (Mdn)
Wichtigkeit gesamt²	8,24	8,30	8,52	8,36
Konfrontation gesamt	5,32 ($d = 1.55^{**}$)	5,24 ($d = 1.55^{**}$)	5,58 ($\varphi = .84^{**}$)	3,79 ($\varphi = .89^*$)
Stellenwert	5,60 ($d = .90^{**}$)	5,20 ($d = 1.01^{**}$)	5,65 ($\varphi = .67^{**}$)	3 ($\varphi = .89^*$)
Angemessenheit	5,34 ($d = .84^{**}$)	4,93 ($d = .9^{**}$)	6,3 ($\varphi = .55^{**}$)	1,5 ($\varphi = .89^*$)

Anmerkungen:

1) In den Klammern hinter den Mittelwerten werden die jeweiligen *Effektstärken* des Mittelwertvergleichs der Variable *Wichtigkeit gesamt* angegeben;

2) Der in *T*-Test bzw. *Wilcoxon*-Test genutzte MW bzw. Mdn für *Wichtigkeit gesamt* variiert in den Vergleichen aufgrund *fehlender Werte* und entspricht nicht dem in der Spalte angegebenen MW/Mdn, der für die jeweilige Gesamtstichprobe berechnet wurde;

* $p < .01$; ** $p < .001$

Alle in Tabelle 10.07 ablesbaren MW-Unterschiede zwischen *Wichtigkeit (gesamt)* und einer der anderen Variablen sind für alle berichteten Stichproben signifikant. Damit lässt sich festhalten, dass die Relevanz der Therapeutischen Haltung zwar als hoch eingeschätzt wird (8,24 von 10 in der *Gesamtstichprobe*), der diesem Thema in der Ausbildung beige-messene Stellenwert sowie dessen Angemessenheit als nur durchschnittlich. In der Stichprobe der *face-to-face-Interviews* sind die Diskrepanzen noch deutlicher, da dort einer *hohen Wichtigkeit* (Mdn = 8,36) ein *niedrig empfundener Stellenwert* (Mdn = 3) gegenübersteht, der als *wenig angemessen* (Mdn = 1,5) eingeschätzt wird.

Wie aus Abbildung 10.04 (s.u.) ersichtlich, ergaben sich deutliche MW-/Mdn-Unterschiede bezüglich der Merkmale *Stellenwert der ThHa in der Ausbildung* und *Angemessenheit der Behandlung der ThHa in der Ausbildung* zwischen den Tn mit Kassenzulassung für Verhaltenstherapie (incl. PPIA) und denjenigen mit Zulassung für psychodynamisch orientierte Verfahren. Tn mit *Zulassung VT* schätzten den *Stellenwert* mittels visueller Analogskala (Wertebereich zw. 0 und 10) signifikant geringer ein ($MW = 4,87$; $SD = 2,83$) als ihre psychodynamisch orientierten Kollegen ($MW = 6,60$; $SD = 2,74$) ($t(99) = 3,04$; $p < .005$; $g = .62$), die *Angemessenheit der Behandlung der ThHa in der Ausbildung* ebenfalls ($MW = 4,59$; $SD = 3,4$ vs. $MW = 6,42$; $SD = 2,84$) ($t(99) = 2,84$; $p < .005$; $g = .59$).

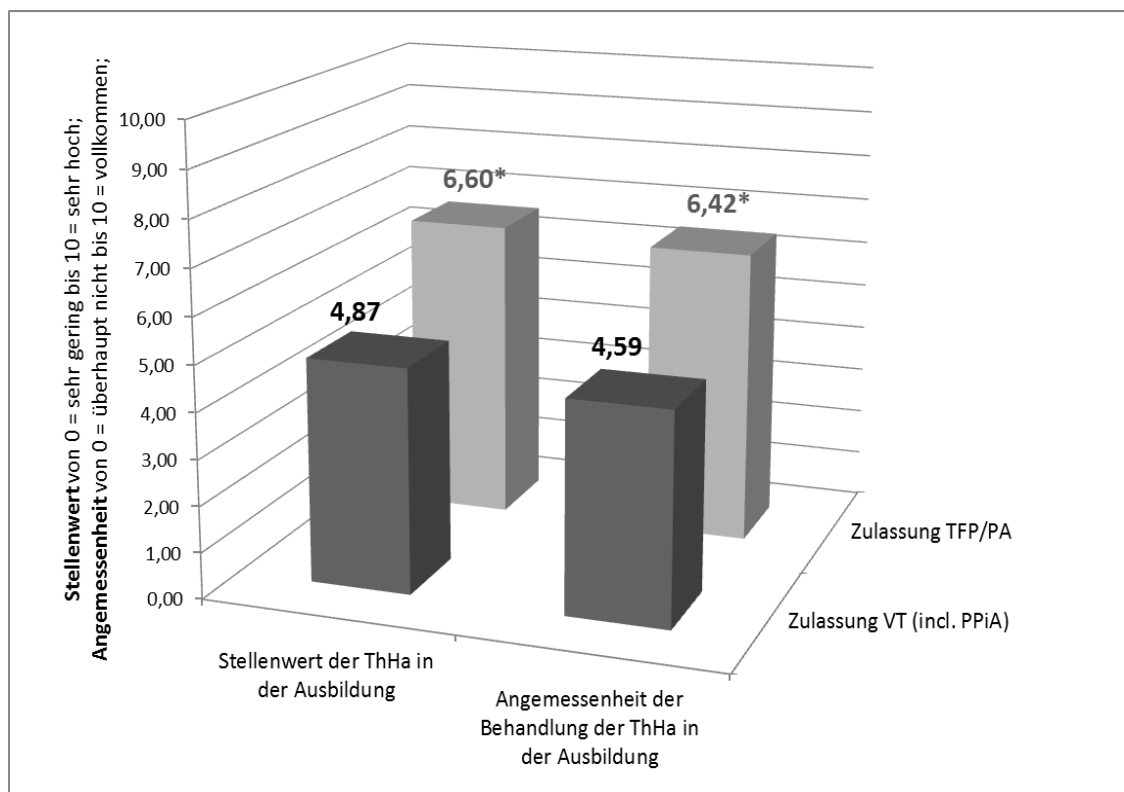


Abb. 10.04. Stellenwert der ThHa und Angemessenheit der Behandlung der ThHa in der Ausbildung in Abhängigkeit der ausbildungsbezogenen Variable *Zulassung*; gemessen anhand 10 cm langer visueller Analogskalen; *Differenz zwischen den Zulassungen hochsign.: $p < .005$; Beschreibung im Text (s.o.);

10.3 Datenerhebung und -aufbereitung

Die im Kontext von Interviews als Methode zur *Datenerhebung* entstehenden Texte können als *Rohdaten* der späteren Analyse verstanden werden (vgl. Gläser & Laudel, 2009). Um die Auswertung, ob qualitativ oder quantitativ, durchführen zu können, bedarf es allerdings einer *Aufbereitung der Daten*. Beide Schritte werden im Folgenden dargestellt (s. Kap. 10.3.1 und 10.3.2).

10.3.1 Erhebung der Rohdaten

Die Erhebung der Daten geschieht mittels der Methode des *leitfadenbasierten Experteninterviews* (s. Kap. 9.2.4). Dazu müssen die auf den Forschungsfragen basierenden *Interviewfragen konstruiert* und in einem *Leitfaden* festgehalten werden (s. Kap. 10.3.1.1 und 10.3.1.2). Der Leitfaden wird eingebettet in ein *Manual*, das zur Orientierung während Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Interviews dient (s. Kap. 10.3.1.3). Abschnitt 10.3.1 wird abgeschlossen durch die Darstellung *relevanter statistischer Informationen* rund um den Interviewvorgang (s. Kap. 10.3.1.4).

10.3.1.1 Konstruktion des Interviewleitfadens (ILF)

Die relevanten Gründe für die Nutzung eines ILFs wurden bereits in Abschnitt 9.2.4 geliefert. An dieser Stelle soll nur kurz auf zentrale Prinzipien und das in der Arbeit gewählte Vorgehen bei der Leitfadenkonstruktion eingegangen werden. Methodisch Bezug genommen wurde insbesondere auf Empfehlungen von Gläser und Laudel (2009), Helfferich (2009) und Lamnek (2010). Eine ausführliche und gut nachvollziehbare Beschreibung des Konstruktionsprozesses bieten Hümmer und Kuraszkiwicz (2012), auf deren Diplomarbeit bei vertieftem Interesse verwiesen sei. Der gesamte ILF findet sich in Anhang D, eingebettet in das Interviewmanual (IML, s. Kap. 10.3.1.3).

Inhaltliche Basis der Fragen. Zentrale Basis der ILF-Fragen sind die in Kapitel 8.4 aufgeführten *Forschungsfragen*. Diese schienen spezifisch genug, um auf den von Gläser und Laudel (2009) vorgeschlagenen Zwischenschritt der Entwicklung von *Leitfragen*, die zwischen Forschungs- und ILF-Fragen vermitteln sollen, verzichten zu können. Zur Übersetzung der Forschungsfragen in *für die zu Befragenden anschlussfähige ILF-Fragen* wurde auf *Kontextinformationen* über deren beruflichen Alltag zurückgegriffen, wie sie oben (s. Kap. 10.2.1) skizziert wurden. Diese Anpassung der Fragen stellt einen wichtigen Zwischenschritt dar, um die Informationen zu erhalten, die für die Beantwortung der Forschungsfragen benötigt werden (vgl. ebd.). Des Weiteren wurden Fragen entwickelt, die v.a. der *günstigen Gestaltung der Interviewsituation* dienen sollten, indem sie z.B. einen möglichst natürlichen Gesprächsfluss ermöglichen (s.u.).

Vorgehen bei der Konstruktion des ILF. Dabei wurde insbesondere das sog. „SPSS-Prinzip“ (Helfferich, 2009, S. 182 ff.) berücksichtigt. Demnach sollen zunächst möglichst viele Fragen gesammelt (*Sammeln*), die entstandene Fragenliste unter Rückgriff auf Vorwissen und bei Beachtung des Prinzips der Offenheit durchgegangen und reduziert (*Prüfen*), die verbleibenden Fragen nach inhaltlichen Gesichtspunkten und/oder potenzieller zeitlicher Abfolge geordnet (*Sortieren*) und schließlich unter sog. „Erzählaufforderungen“ (ebd., S. 185) *subsumiert* werden (vgl. ebd.). Übergeordnete Erzählaufforderungen sind dabei danach zu wählen, ob darunter möglichst viele Einzelfragen, Stichpunkte, Aspekte geordnet werden können, um den Leitfaden sparsam zu halten (vgl. ebd.). Die Fragen selbst sollten v.a. offen sowie klar, verständlich und neutral (d.h. nicht suggestiv) formuliert sein (vgl. Gläser & Laudel, 2009).

Diese Schritte wurden im Projekt-Team im Rahmen mehrerer Treffen und über mailbasierte Kommentierung der jeweiligen Stadien realisiert (s. Kap. 10.1.2). Nachdem der ILF fertiggestellt war, wurde dessen Umsetzung zunächst in *Rollenspielen* geprobt, woran sich eine empfohlene *Pilotphase* anschloss (vgl. ebd.), in der der Leitfaden mit realen Interviewkandidaten getestet wurde (hier: zwei Durchgänge pro Interviewer). In Rollenspielen und Pilotphase auftauchende Schwierigkeiten wurden im Team diskutiert und entsprechende Veränderungen vorgenommen, die allerdings nur bezüglich unwesentlicher Details des ILF notwendig waren.

10.3.1.2 Aufbau des Interviewleitfadens (ILF)

Der ILF ist in *sieben Sektionen* aufgeteilt (Abschnitt C des IML, C.1 bis C.7; s. Anhang D), wobei die zentralen Inhalte in den Sektionen C.2 bis C.6 erfragt werden. Diese sind, wie u.a. von Gläser und Laudel (2009) vorgeschlagen, eingebettet in einen *Anfangspart* (C.1) mit Anwärm- und Eröffnungsfrage sowie einen *Schlusspart* (C.7) u.a. mit abschließenden Fragen zu offenen Themen. Um einen möglichst fließenden Verlauf zu ermöglichen wurden die Fragen der unterschiedlichen Themenblöcke (Sektionen) mit vorformulierten Vorschlägen für *Überleitungen* versehen. Folgende Überleitung von Sektion C.4 (Folgen der ThHa) zu Sektion C.5 (Erfassbarkeit der ThHh) soll zur Veranschaulichung dienen:

Überleitung: *Wir haben jetzt schon viel darüber gesprochen, wie die ThHa ist, sein sollte, wie sie sich entwickelt hat usw. Uns interessiert auch, woran man die ThHa eigentlich erkennen kann und wie man sie erfassen könnte ...* [→ anschließend folgt die nächste Hauptfrage]

Innerhalb der Sektionen wurden verschiedenen *Fragetypen* gewählt, entsprechend der Relevanz der Frage. Offene *Hauptfragen* sollen zu Erzählungen bezüglich zentraler Inhalte anregen, *obligatorische Nachfragen* sind meist auch offen gestellt, allerdings thematisch fokussierend, *potentielle Nachfragen* sind gebunden an bestimmte antizipierte Antwortverläufe (z.B. spärliche Antwort). Schließlich werden mehrere *Umformulierungen* aufgeführt, falls der Interviewte die Hauptfrage/Nachfrage inhaltlich nicht verstanden haben sollte. Folgende Fragen aus Sektion C.4 veranschaulichen die unterschiedlichen Typen:

Hauptfrage: *Was könnten ganz allgemein Effekte oder Folgen einer ThHa sein?*

Obligatorische Nachfrage: *Was meinen Sie, was könnten ganz allgemein Rückwirkungen auf Therapeuten sein?*

Potentielle Nachfrage: *Wenn „Wo ist denn der Unterschied zur Frage nach dem Nutzen ...“ [hier wird Bezug auf eine andere, zuvor gestellte Hauptfrage genommen] → In der Frage nach dem Nutzen ging es eher um beabsichtigte Wirkungen/Folgen, jetzt würde uns interessieren, welche nicht intendierten Folgen/Wirkungen die ThHa haben könnte?*

Als zeitlich vertretbarer Rahmen des Interviews wurde eine *Dauer von 30-60 Minuten* festgelegt, die auch im Anschreiben an die Teilnehmer in Aussicht gestellt wurde (s. Anhang B). Diesem Zeitrahmen entsprechend wurde die Anzahl der Fragen gewählt. Tabelle 10.08 gibt einen Überblick der Sektionen des ILF und der Anzahl der Fragen je Format (Hauptfrage vs. obligatorische Nachfrage), die darunter folgende Tabelle 10.09 fasst die Hauptfragen je Sektion zusammen:

Tab. 10.08. Sektionen des Interviewleitfadens (ILF) und Anzahl der Fragen je Typ;

Sektion C (ILF) des Interviewmanuals	Anzahl Hauptfragen	Anzahl obligatorische Nachfragen
C.1) Anwärm- und Eröffnungsfrage	2	-
C.2) Eigene ThHa	3	-

Fortsetzung der Tabelle siehe nächste Seite

Tab. 10.08. Sektionen des Interviewleitfadens (ILF) und Anzahl der Fragen je Typ;

Sektion C (ILF) des Interviewmanuals	Anzahl Hauptfragen	Anzahl obligatorische Nachfragen
C.3) Einflüsse auf die ThHa	3	1
C.4) Folgen der ThHa	2	1
C.5) Erfassbarkeit der ThHa	1	1
C.6) Expliziter Begriff der ThHa	2	1
C.7) Abschluss des Interviews/Nachfragen	1	-

Tab. 10.09. Hauptfragen des Interviewleitfadens (ILF) im Überblick;

Hauptfragen je Sektion des ILF
<p>C.1) Anwärm- und Eröffnungsfrage Anwärmfrage: <i>Was hat Sie (eigentlich) dazu bewegt, am Interview teilzunehmen?</i> Eröffnungsfrage: <i>Was fällt Ihnen spontan zum Begriff „Therapeutische Haltung“ ein?</i></p>
<p>C.2) Eigene ThHa Hauptfrage: <i>Wie würden Sie Ihr Ideal der ThHa beschreiben?</i> Hauptfrage: <i>Wie würden Sie eine Haltung charakterisieren, die Sie persönlich ablehnen?</i> Hauptfrage: <i>Wie würden Sie Ihre eigene ThHa ggw. charakterisieren?</i></p>
<p>C.3) Einflüsse auf die ThHa Hauptfrage: <i>Was war wichtig für die Entwicklung Ihrer ThHa, wie Sie sie eben beschrieben haben?</i> Hauptfrage: <i>Was könnten weitere/sonstige Einflüsse auf die Entwicklung einer ThHa im Allgemeinen sein?</i> Hauptfrage: <i>Wodurch wird Ihre ThHa in verschiedenen, aktuellen Situationen beeinflusst?</i></p>
<p>C.4) Folgen der ThHa Hauptfrage: <i>Was möchten Sie mit Ihrer ThHa erreichen?</i> Hauptfrage: <i>Was könnten ganz allgemein Effekte oder Folgen einer ThHa sein?</i></p>
<p>C.5) Erfassbarkeit der ThHa Hauptfrage: <i>Wie zeigt sich eine ThHa, woran lässt sie sich erkennen?</i></p>
<p>C.6) Expliziter Begriff der ThHa Hauptfrage: <i>Wie würden Sie diesem Ausbildungskandidaten [→ hier wird auf eine Überleitung Bezug genommen] erklären, was unter ThHa zu verstehen ist?</i> Hauptfrage: <i>Welche Begriffe sind für Sie bedeutungsgleich mit der ThHa, oder sehr ähnlich?</i></p>
<p>C.7) Abschluss des Interviews/Nachfragen <i>Gibt es Punkte zum Thema „Therapeutische Haltung“, die Sie gerne noch ansprechen möchten?</i></p>

Einige Sektionen und Interviewfragen (s. Tab. 10.09) korrespondieren vergleichsweise direkt mit Forschungsfragen (z.B. C.3 und C.4 mit Forschungsfrage II und II.1-II.3, s. Tab. 8.01). Andere Forschungsfragen erschienen zu abstrakt, wie z.B. die Fragen zu den semantischen Relationen (Forschungsfragen I und I.1-I.3), weswegen hier anhand von Erzählauforderungen im Rahmen der Eröffnungsfrage und der Sektion C.6 Antworten angeregt werden sollten, aus welchen sich Aussagen im Sinne der Forschungsfragen rekonstruieren

lassen. Zudem wurde versucht die Abfolge der Fragen einem *inhaltlich naheliegenden Gesprächsablauf* anzupassen, sowie eine Beeinflussung des Antwortverhaltens durch zuvor gestellte Fragen zu vermeiden (vgl. Gläser & Laudel, 2009).

10.3.1.3 Durchführung der Interviews nach Manual

Interviewmanual (IML). Um den Ablauf des Interviews von den Kontextbedingungen her so störungsfrei und gleichmäßig wie möglich zu halten, wurde der ILF in ein *Interviewmanual* (IML) eingebettet (s. Anhang D). Die Nutzung eines Manuals empfiehlt sich insbesondere dann, wenn mehrere Interviewer beteiligt sind (vgl. Mey & Mruck, 2010). In diesem Manual wurden üblicherweise vorgeschlagene Rahmenbedingungen (vgl. Gläser & Laudel, 2009) in Form einer *Checkliste* festgehalten, an der sich jeder Interviewer orientieren konnte. Das IML umfasst vier Sektionen: *Sektion A* regelt die formale Vorbereitung des Interviews (Arbeitsumgebung, Technik, ...), *Sektion B* sammelt relevante Anweisungen zu inhaltlicher Vorbereitung und Kontaktaufnahme (z.B. Notizen zum KFB, Hinweis darauf, sich für Teilnahme zu bedanken, ...), *Sektion C* besteht aus dem eigentlichen ILF (s.o., Kap. 10.3.1.1), *Sektion D* regelt die organisatorische und inhaltliche Nachbereitung (z.B. Audio-datei auf Notebook speichern, Notizen zur Stimmungslage, ...). Folgende Abbildung 10.05 zeigt den Kopf des IML mit einem Ausschnitt der Sektion A zur Veranschaulichung:

Manual		Projekt „Therapeutische Haltung“	
<p>Projekt „Therapeutische Haltung“ Manual zum Experteninterview</p>			
<p>Code des Interviewpartners:</p>			
1	2	3	4
5	6		
<p>A) Vorbereitung des Interviews</p>			
A.1) Vorbereitung der Arbeitsumgebung	Check		
• „Bitte nicht stören!“-Schild an der Tür?	<input type="checkbox"/>		
• Standtafel mit Aufschrift „Bitte Ruhe! Interviewaufzeichnung“ aufgestellt?	<input type="checkbox"/>		
• Glas mit Wasser?	<input type="checkbox"/>		
• Taschentücher?	<input type="checkbox"/>		
• Notizblock?	<input type="checkbox"/>		
• Stifte (incl. roter Stift für Ergänzungen des KurzFB)?	<input type="checkbox"/>		
• Uhr auf dem Tisch?	<input type="checkbox"/>		
• Extrablatt für Mailadresse (falls Feedback gewünscht werden sollte)?	<input type="checkbox"/>		
• KFB des jeweiligen Tn mit Notizen (auf Rückseite des KFB) für das Interview?	<input type="checkbox"/>		
<p>Telefonnr.: 0951-863-1880 (Hans Preß); Mailadresse: forschung.klinpsych@uni-bamberg.de</p>			

Abb. 10.05. Kopf und Ausschnitt des Interviewmanuals (IML; gesamtes Manual s. Anhang D)

Telefonische Interviews. Detaillierte Beschreibungen der Durchführung der telefonischen Interviews lassen sich den Diplomarbeiten von Hümmer und Kuraszkiewicz (2012) und Mohr und Kohler (2012) entnehmen, sowie anhand des IML rekonstruieren (s.o.; s. auch Anhang D). Insgesamt wurden 56 *Telefoninterviews* durchgeführt (s. Kap. 10.2 und 10.3), teilweise von einem Büro des Lehrstuhls Klinische Psychologie/Psychotherapie, teils aber auch von den Privatwohnungen der Interviewer aus, da die nötige Technik transportabel war (s.u., Kap. 10.3.2.1) und sich so die Terminvereinbarung mit den Teilnehmern einfacher gestalten ließ (z.B. zwei Interviews zur gleichen Zeit möglich). Neben den im oben beschriebenen Manual festgehaltenen Vorgaben, wurden einige *Regeln zur Gesprächsführung* auch in den Teambesprechungen festgelegt, u.a. bezüglich adäquater Reaktionen bei *Verständnisproblemen* des Interviewten (→ Schuld für Verständnisprobleme auf sich nehmen, um keine Reaktanz zu erzeugen), oder auch bei *kritischen Einwänden* zu bestimmten Fragen (→ Hinweis auf Vergleichbarkeit der Interviews). Daneben galt die Orientierung an *allgemeinen Regeln des Interviewverhaltens*, wie z.B. aktives Zuhören, ausreden lassen, nicht werten, etc. (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Lamnek, 2010).

Face-to-face-Interviews. Auch bezüglich der face-to-face-Interviews lassen sich detaillierte Beschreibungen der entsprechenden Diplomarbeit von Sauer (2012) entnehmen, sowie anhand des IML rekonstruieren (s.o.; s. auch Anhang D). Es wurden insgesamt 12 *face-to-face-Interviews* durchgeführt, teilweise im schon oben angesprochenen Büro des Lehrstuhls, teilweise aber auch in den Beratungsräumen der Psychotherapeutischen Forschungsambulanz der Universität Bamberg aufgrund der dortigen technischen Möglichkeiten (s. Kap. 10.3.2.1). Bei der Durchführung galten die gleichen Regeln zur Gesprächsführung wie bei den Telefoninterviews (s.o.).

10.3.1.4 Statistische Informationen

Zur Durchführung der Interviews lassen sich einige deskriptiv statistische Informationen geben, wobei diese hier nur bezüglich der in die inhaltsanalytische Auswertung (s.u., Kap. 10.4) mit eingehenden Teilnehmer vermittelt werden (50 der 68 durchgeführten Interviews, davon 10 face-to-face). Diese Einschränkung wird gemacht, da nur von diesen Interviews Daten bezüglich des Interviewerverhaltens vorliegen. Durchgeführt wurden die Interviews zwischen 05. Mai und 27. Juli 2011. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 44 Minuten (gerundet), mit einem Range von 22 bis 111 Minuten und einer Standardabweichung von 15 Minuten (gerundet). Bezüglich keiner der in Tabelle 10.10 (s.u.) aufgeführten Variablen konnten signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten gefunden werden.

Folgende Tabelle 10.10 zeigt die Dauer (incl. statistischer Kennwerte) der Interviews in Abhängigkeit der drei Akquise-Variablen Profession, Fachrichtung (Zulassung) und Geschlecht (s.o., Kap. 10.2.1), sowie in Abhängigkeit der Person des Interviewers als Variable:

Tab. 10.10. Interviewdauer in Abhängigkeit der Variablen Profession, Fachrichtung, Geschlecht, Interviewender;

Variable	Dauer in Minuten				
	M	SD	Minimum	Maximum	
Profession	ÄP	42	9	23	56
	PP	43	11	22	67
	PP (iA)	50	26	27	111
Fachrichtung	TFP/PA	42	12	23	67
	VT	43	8	22	56
	VT (iA)	50	26	27	111
Geschlecht	w	43	12	22	67
	m	45	17	23	111
Kürzel Interviewer	I01	37	10	23	56
	I02	44	10	22	56
	I03	47	12	30	67
	I04	41	7	32	55
	I05	50	26	27	111
Durchschnitt (alle Interviews)		44	15	27	69

Anmerkungen: ÄP = ärztl. Psychotherapeut; PP = psychol. Psychotherapeut; iA = in Ausbildung; TFP/PA = psychodynamisch orientiert; VT = verhaltenstherapeutisch orientiert; w = weiblich; m = männlich; I01-I05 = Kürzel der Interviewenden;

10.3.2 Datenaufbereitung

Um der qualitativ-inhaltsanalytischen Auswertung zugeführt werden zu können, müssen die Daten auf verschiedene Weise aufbereitet werden, worauf nach einigen kurzen Bemerkungen zur *digitalen Aufzeichnung* (s. Kap. 10.3.2.1) eingegangen wird. Als erster der beiden darauf folgend dargestellten Schritte stellt die *Transkription* eine übliche und notwendige Vorgehensweise im Kontext von Interviewstudien dar (s. Kap. 10.3.2.2), die inhaltsanalytisch ausgewertet werden sollen (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012). Die anschließende *Paraphrasierung* der transkribierten Interviews ist allerdings nicht unbedingt nötig und wurde in der vorliegenden Studie aufgrund der Nutzung computergestützter Datenanalyse („*Computer Assisted Qualitative Analysis Software*“, Kuckartz & Rädiker, 2010, S.734; Hervorheb. im Orig.) und der Arbeit im Projekt-Team vorgenommen (s. Kap. 10.1.2). Bezüglich beider Schritte sei an dieser Stelle auf deren ausführliche Beschreibung in Hümmer und Kuraszkiwicz (2012) verwiesen.

10.3.2.1 Digitale Aufnahme

Alle telefonischen Interviews wurden mit einem *digitalen Aufnahmegerät* (Olympus DM-450) aus einem professionell zusammengestellten Set für die Aufnahme und Transkription von Interviews digital aufgezeichnet (Interview-Set „Science“, dr. dresing & pehl GmbH). Das Aufnahmegerät wird dazu zwischen Telefon und Hörerkabel geschaltet, der Interviewer kann wie gewohnt telefonieren. Die Aufzeichnung erfolgt in der hier genutzten Stan-

dardeinstellung im *mp3-Format*. Die face-to-face-Interviews wurden entweder ebenfalls mit o.g. Gerät aufgenommen, oder, sofern sie in den Beratungsräumen der Psychotherapeutischen Forschungsambulanz der Universität Bamberg durchgeführt wurden, über die dort installierte Videoanlage auf Festplattenrekorder aufgezeichnet. Aus der *digitalen Videoaufzeichnung* wurde anschließend die *Tonspur im mp3-Format* extrahiert.

10.3.2.2 Transkription

Die Umwandlung von im Audioformat vorliegenden Daten in ein schriftliches Format mittels *Transkription* (vgl. Dresing & Pehl, 2010) wird in qualitativ-inhaltsanalytischen Untersuchungen standardmäßig vorgenommen und in entsprechenden methodischen Lehrbüchern beschrieben (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012). Da allgemein akzeptierte Transkriptionsregeln ggw. nicht vorliegen (vgl. Kuckartz, 2010, 2012), wurde sich in der vorliegenden Arbeit an Empfehlungen und Regeln von Gläser und Laudel (2009), Dresing und Pehl (2010), Kuckartz (2010) oder auch Kuckartz und Kollegen (2008) orientiert. Neben allgemeinen Verfahrensregeln, wie der vollständigen Transkription des Audiomaterials oder der Anonymisierung aller Aussagen, die zur Identifikation des Interviewpartner führen könnten, wurden spezielle Transkriptionsregeln incl. erläuternder Kommentare in einem Regelwerk festgehalten, das im Anhang E eingesehen werden kann. Einige Beispielregeln sollen das Regelwerk veranschaulichen:

- Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Bspw. wird aus „Er hatte noch so’n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
 - Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
→ **Kommentar:** *Personennamen wenn möglich durch die Relation zum Interviewten oder Berufsbezeichnung bzw. einen Namensplatzhalter zu ersetzen (wird auf bestimmte Personen mehrfach rekurriert, so sollten diese alphabetisch durchnummeriert werden, also A, B, C, ...):*
 - aus „Professor Reinecker“ wird einfach „Professor [Name],
 - aus „mein Supervisor Peter Kaimer“ wird „mein Supervisor [Name]“
 - aus „Eva hat gesagt“ wird „[Tochter] hat gesagt“
 - aus der mehrfach erwähnten Kollegin „Johanna“ wird „[Kollegin A]“
- Was Altersangaben angeht, Zeitspannen festlegen die in eckigen Klammern gesetzt geschrieben werden: ... , [31-40],[41-50],[51-60], ... aus „ich bin ja schon 60 Jahre alt“ wird dann eben „ich bin ja schon [51-60] Jahre alt“*

Orientiert an diesen Regeln transkribierten die Interviewenden die von ihnen durchgeführten Interviews selbst. Zur Erleichterung des Transkriptionsvorganges wurde die Software *f4* genutzt (dr. dresing & pehl GmbH, 2007) kombiniert mit einem Fußschalter zur Steuerung des Abspielvorgangs der Audiodatei, der im oben schon angesprochenen Interview-Set *Science* enthalten ist (s.o., ebenfalls dr. dresing & pehl GmbH). Die Transkription geschah *zeitnah* zum Interview und wurde in einem *aktuellen Textverarbeitungsprogramm* (z.B. Microsoft Word 2010) vorgenommen. Nach Korrekturlesen und Anonymisierung wurden die Transkripte gespeichert, wobei der Dateiname die Zuordnung zu Interviewer, Interviewpartner und Verarbeitungsstand (hier: Transkription)

kenntlich machen soll (alle Transkripte sind auf Anfrage beim Autor einsehbar). Folgender Ausschnitt soll zur Veranschaulichung des Transkriptionsvorganges dienen (vgl. B3-04_KAEDKA_trans.docx, S. 3; Erläuterungen darunter):

(...)

I3-04: Ok. (...) Gut, und jetzt abgesehen so von den speziellen Bedingungen, die die Entwicklung Ihrer persönlichen Haltung beeinflusst haben. Was könnten denn jetzt weitere oder sonstige Einflüsse auf die Entwicklung von einer ThHa im Allgemeinen sein? 00:06:15-9

B3-04: (*atmet laut aus*) (...) Ja, ich würde sagen, grundsätzlich erst mal die Erziehung, das Aufwachsen (I3-04: Mhm (*interessiert*)) (...). Die Entwicklung von Ansichten, verbunden mit entsprechenden Erfahrungen im Laufe des Lebens. (...) Also jetzt unabhängig vom Arbeitsbereich auch im ganz privaten, persönlichen Bereich. 00:06:43-5

(...)

Die jeweiligen Kürzel I3-04 bzw. B3-04 lassen eine eindeutige Zuordnung jeder Aussage zu Interviewer (I3-04) und Befragtem (I3-04) zu, sowie erlauben im laufenden Transkript die Unterscheidung beider Beteiligten („I“ steht vor Äußerungen des Interviewers, „B“ vor Äußerungen des Befragten). Die hinter den Absätzen stehenden Zahlenkombinationen (z.B. „00:07:26-6“) werden von der Software *f4* (dr. dresing & pehl GmbH, 2007, s.o.) automatisch erzeugt und geben die Position an, welche die Audiospur zeitgleich zur Transkription einnimmt.

10.3.2.3 Paraphrasierung

Das Paraphrasieren wird in der QI nach Mayring (vgl. 2010a) als eine zentrale Technik der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* dargestellt (s. Kap. 9.3.2.2). Insofern wäre es inhaltlich ebenso plausibel diesen Abschnitt im Kontext der Datenauswertung aufzuführen. Allerdings bestand der primäre Zweck der Paraphrasierung in der vorliegenden Arbeit nicht in einer Reduktion des Textmaterials im Sinne der Zusammenfassung. Vielmehr wurde darauf zurückgegriffen, da sich zum einen in Besprechungen des Projekt-Teams schon zu Beginn der Codierarbeiten Schwierigkeiten andeuteten, welche die *Konsensfindung in der Zuordnung von Aussagen zu Kategorien* betrafen. Diese Schwierigkeiten ließen sich eingrenzen, indem nicht transkribierte Aussagen direkt, sondern in Form von aus diesen gebildeten Paraphrasen codiert wurden. Zum anderen ließen *Anforderungen der zum Einsatz kommenden QDA-Software MAXQDA* (Verbi GmbH, 2004; s.u., Kap. 10.4.3) den Zwischenschritt der Paraphrasierung als günstig erscheinen. Aufgrund der eher *methodisch-praktischen Gründe* für diesen Schritt wird die Paraphrasierung im Kontext der Datenaufbereitung thematisiert. Eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bieten Hümmer und Kuraszkiwicz (2012) in ihrer Diplomarbeit. Im Folgenden werden nur die wesentlichen Aspekte des hier gewählten Vorgehens beschrieben. Nach der pragmatischen Entscheidung, die QI nicht auf Basis der ursprünglichen Transkripte durchzuführen, wurde auf Mayrings (2010a) Ausführungen zur *zusammenfassenden* und auch zur *explizierenden Inhaltsanalyse* zurückgegriffen (s. auch Kap. 9.3.2.2), um eine methodische Orientierung bei

der Paraphrasierung nutzen zu können. Um die Überführung von transkribierten Aussagen in Paraphrasen nachvollziehbar und einheitlich zu gestalten, wurde im Projekt-Team eine Reihe von Regeln festgelegt. Ein Teil dieser Regeln ist angelehnt an Mayrings (2010a) Interpretationsregeln im Kontext der *Zusammenfassung* (s.u. Tab. 10.11):

Tab. 10.11. Interpretationsregeln bei der Paraphrasierung – Teil 1;

- Textteile, deren Inhalte gar nicht mit der Therapeutischen Haltung in Verbindung gebracht werden können, sollen nicht paraphrasiert werden („Streiche alle nicht (...) inhaltstragenden Textbestandteile (...) !“, ebd., S. 70);
- Paraphrasen sollen so kurz wie möglich sein („grammatikalische Kurzform“, ebd.);
- Paraphrasen sollen als deskriptive Aussagen formuliert werden („einheitliche Sprachebene“, ebd.);

Andere Regeln wurden unter Bezugnahme zur Technik der *engen und weiten Kontextanalyse* (Mayring, 2010a) aufgestellt, die als Varianten der *explizierenden Inhaltsanalyse* gelten (vgl. ebd.). Bei diesen Techniken sollen bestimmte Textstellen inhaltsanalytisch analysiert werden, indem auf *andere Textstellen des selben Materials* (z.B. des selben transkribierten Interviews) oder auf *Material bezüglich der Entstehungssituation des Textes* (z.B. Aussagen im KFB, s. Kap. 10.2.2.1) zurückgegriffen wird, womit dann eine inhaltliche Erklärung geboten werden kann. Folgende Regeln orientieren sich an diesem Vorgehen (s. Tab. 10.12):

Tab. 10.12. Interpretationsregeln bei der Paraphrasierung – Teil 2;

- Paraphrasen dürfen unter Rückgriff auf weitere, im näheren räumlichen Kontext stehende Aussagen des selben Transkripts gebildet werden;
- Paraphrasen dürfen unter Rückgriff auf verfügbares Material zur Entstehungssituation des betreffenden Interviews gebildet werden (z.B. KFB, Interviewnotizen, ...);
- Die Bezugnahme bei der Explikation muss dokumentiert werden;

Schließlich wurden auch einige Regeln festgelegt, die sich ohne weiteren methodischen Bezug im Rahmen der Teambesprechungen ergaben (s. Tab. 10.13):

Tab. 10.13. Interpretationsregeln bei der Paraphrasierung – Teil 3;

- Paraphrasen sollen so nah wie möglich am transkribierten Text bleiben;
- Paraphrasen müssen nicht für sich allein vollständig verständlich sein, sie dürfen Inhalte voriger Paraphrasen aufgreifen/darauf verweisen;
- Fragen der Interviewer und Antworten der Befragten werden als inhaltliche Einheit verstanden, Themenwechsel werden durch Absätze gekennzeichnet;
- Die Fragen und Gesprächsbeiträge der Interviewenden werden nicht paraphrasiert;

Um das Vorgehen möglichst transparent zu machen, wurden *gesonderte Dokumente* erstellt (auf Anfrage beim Autor einsehbar). Diese Dokumente sind in Tabellenform gestaltet und enthalten, neben dem ursprünglichen transkribierten Textmaterial, in einer zweiten Spalte die daraus gebildeten Paraphrasen. In einer dritten Spalte sind etwaige explizierende Erklärungen aufgeführt. Folgende Tabelle 10.14 veranschaulicht den Aufbau der Paraphrasendokumente“, wobei der Lesbarkeit halber Spalten und Zeilen der Ursprungstabelle (Dokument B4-02_TUERNU_basis.doc, auf Anfrage beim Autor einsehbar) vertauscht wurden:

Tab. 10.14. Beispiel für die formale Struktur der Basisdokumente (B4-02_TUERNU_basis.doc, S. 4);

Interview	<p>I4-02: Also würden Sie jetzt sagen, dass die Situation damals Sie schon stark in Ihrer Entwicklung mit beeinflusst hat? Eben die Situation am Anfang Ihrer Ausbildung.</p> <p>B4-02: Das ist wahrscheinlich bei jedem sehr bedeutsam, die ersten Erfahrungen. Vor allem wenn es krasse Erfahrungen sind. Also das waren, auch jetzt im Rückblick gesehen, waren das natürlich die allerschwierigsten Fälle. Da waren Borderline-Patienten, die die meiste Zeit ihres Erwachsenenlebens auf geschlossenen Stationen verbracht haben. Und dieses Kaliber. Also, das hat man dann später nicht mehr wieder gehabt, Gott sei Dank.</p>
Paraphrasen	<ul style="list-style-type: none"> • Die ersten Erfahrungen im Berufsleben sind wahrscheinlich für jeden sehr bedeutsam für die Entwicklung einer ThHa, vor allem wenn es krasse Erfahrungen sind. • Krasse Erfahrungen sind die allerschwierigsten Fälle, wie Borderline-Patienten, die die meiste Zeit ihres Erwachsenenalters auf geschlossenen Stationen verbracht haben. • Diese Erfahrungen hat man dann später außerhalb des Akutklinikkontextes nicht mehr.
Explikationen	<p>In diesem Absatz werden Paraphrasen in Bezugnahme auf die Nachfrage, ob die Situation damals (in der Klinik) stark die Entwicklung der ThHa beeinflusst hat, konstruiert.</p> <p>Zu Paraphrase 3: Es ist davon auszugehen, dass der Teilnehmer sich auf die Zeit nach der Klinikarbeit bezieht. Der Teilnehmer selbst ist Psychotherapeut mit eigener Praxis.</p>

Die der Darstellung in Tabelle 10.14 (s.o.) entsprechenden Dokumente bilden die *Basis der Extraktion* der in die Datenauswertung eingehenden *Paraphrasendokumente*. Daher tragen erstere das Kürzel „basis“ (vgl. „B4-02_TUERNU_basis.doc“) im Dokumentenname, zweite stattdessen „para“ (vgl. „B4-02_TUERNU_para.rtf“) für „Paraphrasendokumente“. Beide Dokumentengruppen sind auf Anfrage beim Autor einsehbar, ebenso wie die durch das Kürzel „trans“ (vgl. „B4-02_TUERNU_trans.rtf“) gekennzeichneten Transkripten der Interviews.

10.4 Qualitativ-inhaltsanalytische und quantitativ-statistische Auswertung

Wie in Abbildung 10.01 (s. Kap. 10.1.1) dargestellt, besteht die qualitativ-inhaltsanalytische Auswertung im Wesentlichen in der *theoriegeleiteten Konstruktion und materialgeleiteten Überarbeitung des Kategoriensystems* (vgl. Rustemeyer, 1992; Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012). Vor dem eigentlichen Konstruktions- und Codierungsprozess sind dem Ablaufschema entsprechend zunächst die *Analyseeinheiten* festzulegen (s. Kap. 10.4.1.1). Wie schon bei Transkription und Paraphrasierung (s.o., Kap. 10.3.2) werden zudem eine Reihe von *Regeln* expliziert (s. Kap. 10.4.1.2), welche im Konstruktionsprozess zu beachten sind. Der eigentliche *Konstruktionsprozess* (s. Kap. 10.4.2) wird hier in den drei Schritten *theoriegeleitete Konstruktion, materialgeleitete Überarbeitung und Nachdifferenzierung* beschrieben. Der *Codiervorgang* und die dabei relevanten Regeln werden im Zusammenhang mit der genutzten *Software* (MAXQDA, Verbi GmbH, 2004) dargestellt (s. Kap. 10.4.3). Abgeschlossen wird Abschnitt 10.4 mit Bemerkungen zur sich an die qualitative anschließenden *quantitativ-statistischen Auswertung* (s. Kap. 10.4.5).

10.4.1 *Analyseeinheiten und Konstruktionsregeln*

10.4.1.1 **Festlegung der Analyseeinheiten**

Um die Genauigkeit der QI zu erhöhen schlägt Mayring (2010a) vor Analyseeinheiten festzulegen, d.h. insbesondere *Codiereinheit, Kontexteinheit* und *Auswertungseinheit* (s.o., Kap. 9.3.1.3). Kuckartz (2012) ergänzt zudem die *Auswahleinheit*, womit sich die Analyseeinheiten wie in Tabelle 10.15 zusammengefasst festlegen lassen (s.u.):

Tab. 10.15. Festlegung der Analyseeinheiten;

- **Auswahleinheit.** Die Grundeinheiten der Inhaltsanalyse ist das jeweilige paraphrasierte Interview, das in Form eines Paraphrasendokuments vorliegt.
- **Kontexteinheit.** Was den „größten Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann“ (Mayring, 2010a, S. 59) angeht, wurde beschlossen kein Maximum an zusammenhängenden Paraphrasen festzulegen. So könnte zwar im Extremfall ein gesamtes Interview unter eine Kategorie fallen, was jedoch aufgrund der Erfahrungen der Interviewer sowie der thematischen Vorstrukturierung durch den ILF (s. Kap. 10.3.1.1) als höchst unwahrscheinlich eingeschätzt wurde und auch nicht annähernd vorkam.
- **Codiereinheit.** Den kleinsten möglichen unter eine Kategorie fallenden Textbestandteil bildet die einzelne Paraphrase.
- **Auswertungseinheit.** In der Regel wurden die einzelnen Textbestandteile dem chronologischen Ablauf des Interviews und damit auch der Abfolge im Paraphrasendokument entsprechend ausgewertet (bis auf bestimmte Ausnahmen, s.u., Kap. 10.4.3.2).

Für die Codierung der *Gesprächsanteile der Interviewer* zur Überprüfung potentieller systematischer Verzerrungen wurden andere Einheiten gewählt. Da für die hiesige Darstellung aber v.a. die o.g. Einheiten von Bedeutung sind, sei auf die Diplomarbeit von Hümmer und Kuraszkiwicz (2012) verwiesen, die beide Analyseeinheiten gegenüberstellen.

10.4.1.2 Allgemeine Konstruktionsregeln

Einige *allgemeine Konstruktionsregeln* für Kategoriensysteme lassen sich den Ausführungen Rustemeyers (1992) entnehmen, insbesondere die Forderungen nach Vollständigkeit (bzw. Erschöpfung) und Saturiertheit der Kategorisierung, sowie nach Disjunktheit der Kategorien eines Systems. Mit *Vollständigkeit* ist gemeint, dass „alle Textteile durch Kategorien abgedeckt sein sollen“ (ebd. S. 104), das Prinzip der *Saturiertheit* fordert, dass „alle Kategorien durch Texteinheiten ausgefüllt sein sollen“ (ebd.) und *Disjunktheit* bedeutet hier, dass „die Zuordnung von Textteilen nur zu **einer** (Unter-)Kategorie und nicht zu mehreren gleichzeitig erfolgen darf“ (ebd., S. 107; Hervorheb. im Orig.). Diese drei Regeln wurden in folgender Weise berücksichtigt (s.u., Tab. 10.16):

Tab. 10.16. Allgemeine Konstruktionsregeln;

- **Vollständigkeit.** Da die in den Paraphrasendokumenten vorhandenen Textteile auf Grund der Paraphrasierungsregeln schon relevant im Sinne der Forschungsfragen sein sollten, wurde das Prinzip der Vollständigkeit übernommen. Zu diesem Zweck wurden, wie von Rustemeyer (1992) beschrieben, Restkategorien gebildet, bezüglich derer darauf geachtet werden sollte, dass sie möglichst wenige Codierungen enthielten. Einzelheiten zu den Restkategorien und insbesondere zum System „Irrelevantes“ (einer Art übergeordneten Restkategorie) werden an geeigneten Stellen in Kapitel 11 berichtet.
- **Saturiertheit.** Dieses Prinzip ist bei einer rein materialgeleiteten Inhaltsanalyse im Sinne der zusammenfassenden QI mit induktiver Kategorienbildung sinnvoll, weniger aber bei einer gemischten QI, die v.a. strukturierend arbeitet. Saturiertheit wurde für die vorliegende Systemkonstruktion dementsprechend nur in den Bereichen der materialgeleiteten Überarbeitung (s.u., Kap. 10.4.2.2) und Nachdifferenzierung (s. Kap. 10.4.2.3) berücksichtigt. Im Bereich der theoriegeleiteten Kategorienkonstruktion (s. Kap. 10.4.2.1) wurde darauf verzichtet, da auch das Ausbleiben einer theoretisch zu erwartenden Nennung bestimmter Kategorien ein relevantes Ergebnis darstellen kann (s. Kap. 12).
- **Disjunktheit.** Diese Regel wurde übernommen um die Präzision bei der Kategorienexplikation zu erhöhen, die Codierarbeit zu erleichtern und die Voraussetzungen für die Nutzung eines anspruchsvollen Maßes der Inter-Coder-Reliabilität (Krippendorffs Alpha; s.u. Kap. 10.4.4) zu gewährleisten.

Spezielle Konstruktionsregeln, die eher die *Explikation einzelner Kategorien* (vgl. Rustemeyer, 1992) als die Konstruktion der Systeme betreffen, werden im Zusammenhang mit der Darstellung der Kategoriensysteme als Ergebnis der QI berichtet (s.u., Kap. 11).

10.4.2 Konstruktion der Kategoriensysteme

Im Rahmen der Bedeutungsanalyse, die auf der Auswertung der Interviews basiert, wurden insgesamt *sieben Kategoriensysteme* konstruiert, die als erstes Teil-Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse in Kapitel 11 beschrieben werden. In den folgenden Abschnitten wird das *methodische Vorgehen bei der Konstruktion* dargestellt. Wie schon im Ablaufmodell (s.o., Kap. 10.1.1) bemerkt, wurden die beiden Techniken der *inhaltlichen Strukturierung* und der *induktiven Kategorienbildung* (vgl. Mayring, 2010a) kombiniert. Ausgehend von vorläufigen, *theoriegeleitet konstruierten Systemen* (s. Kap. 10.4.2.1) wurde mit dem Codierungsprozess begonnen und *materialgeleitet Veränderungen am System vorgenommen* (s. Kap. 10.4.2.2), die teilweise an verfügbare Theorien zurückgebunden wurden. Dieses Vorgehen entspricht der *rekursiven Grundidee qualitativer Datenanalyse*, wie sie in Abbildung 3.02 (s. Kap. 3.3.4) von Miles und Huberman (1994) veranschaulicht und in den Ablaufschemata Mayrings (2010a, 2010c) oder Kuckartz' (2012) berücksichtigt wird.

10.4.2.1 Theoriegeleitete Konstruktion

Am Beginn des Konstruktionsprozesses steht die theoretische Festlegung von „grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen“ (Mayring, 2010a, S. 92) bzw. „thematischen Hauptkategorien“ (Kuckartz, 2012, S. 79). Als Basis hierfür werden in der vorliegenden Arbeit insbesondere die *Forschungsfragen* genutzt, die ihrerseits aus den in den vorigen Kapiteln dargestellten theoretischen Inhalten abgeleitet wurden (s. Tab. 8.01, Kap. 8.4).

Die *allgemeinen Forschungsfragen* repräsentieren verschiedene „Perspektiven“ auf die Hauptfrage der Arbeit (s. Kap. 8.1.2), weswegen aus diesen auch *mehrere* Kategoriensysteme abgeleitet werden. Sie lassen sich *nicht* als Basis von Oberkategorien¹ eines einzelnen Kategoriensystems nutzen, da dieses die Forderung der Disjunktheit (s.o., Tab. 10.16) nicht sinnvoll erfüllen könnte: So wie der Begriff der „Perspektive“ impliziert, dass ein und derselbe Gegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann, kann *ein und dieselbe Paraphrase* Antworten auf verschiedene allgemeine Forschungsfragen bieten. Sie muss dementsprechend mehrfach codiert werden dürfen, was innerhalb eines einzigen Systems nicht zulässig wäre.

Disjunkte Oberkategorien der jeweiligen Systeme lassen sich allerdings aus den *konkreten Forschungsfragen* ableiten, da diese sich zu den allgemeinen Forschungsfragen wie Teile zu einem Ganzen verhalten. Auf diese Weise lässt sich der von Mayring (2010a) geforderte Schritt der theoriegeleiteten „Bestimmung der Ausprägungen“ (S. 93) realisieren. Die diesem Konstruktionsprozess entspringenden vier inhaltlich besonders relevanten Systeme (s.u., Kap. 11.3.1-11.3.4) werden ergänzt durch v.a. *materialgeleitet* konstruierte Systeme und ein *auf Basis methodisch-praktischer Überlegungen* entwickeltes System, das die Gesprächsanteile der Interviewer erfassen soll (s. Kap. 11.3.5). Letzteres ist größtenteils the-

¹ Oberkategorien sind diejenigen Kategorien, welche in der hierarchischen Ordnung eines Kategoriensystems die Kategorien der höchsten Abstraktionsebene bilden (s. 11.2.2).

oretisch konstruiert in dem Sinn, dass die meisten Oberkategorien mit Fragetypen des ILF (s.o., Kap. 10.3.1.1) korrespondieren, erweitert um einige materialgeleitete Kategorien.

10.4.2.2 Materialgeleitete Überarbeitungen

Mayring (2010a) schlägt vor die Überarbeitung des Kategoriensystems nur für einen *Teil des Textmaterials* vorzunehmen (10-50 %, vgl. ebd., S. 84) und den Rest des Materials mit unverändertem Kategoriensystem durchzugehen. Gläser und Laudel (2009) kritisieren dies und empfehlen das System bis zur vollständigen Codierung *für Veränderungen offen* zu lassen. Im Projekt-Team wurde eine Zwischenlösung in Form eines *Zeitkriteriums* beschlossen, nach welchem keine weiteren Überarbeitungen mehr stattfinden sollten, wobei aber ein Großteil des Textmaterials bis dahin durchgegangen sein sollte.

Im konkreten inhaltsanalytischen Ablaufmodell der vorliegenden Untersuchung (s.o., Abb. 10.01), wie auch in den Ablaufmodellen bei Mayring (2010a), Steigleder (2008) oder Kuckartz (2012) sind Überarbeitungsschritte vorgesehen, die insbesondere die *induktive Bildung von (Unter-)Kategorien* beinhalten. Von Beginn des Konstruktionsprozesses an wurden in regelmäßig stattfindenden Treffen die Stände der individuellen Codierungsprozesse zusammengetragen, Vorschläge für materialgeleitete Kategorien gesammelt und im Team entschieden, welche davon letztendlich weiter genutzt werden sollten. Anlass für die materialgeleitete Konstruktion von Unterkategorien war dabei typischerweise die Ansammlung zunehmend unüberschaubar werdender Mengen von Codierungen in einer der schon theoriegeleitet vorliegenden Oberkategorien.

Im Gegensatz zum Vorschlag Mayrings (2010a), bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das *Abstraktionsniveau* vorab festzulegen, wurde eher den Empfehlungen Kuckartz (2012) entsprechend auf eine Vorabfestlegung verzichtet, zugunsten des pragmatischen „Kriterium[s] der Sparsamkeit und Überschaubarkeit: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig“ (S. 84). Um die dadurch drohende Gefahr von Beliebigkeit und Willkür bei der Auswahl einzugrenzen, wurde versucht, falls möglich, induktiv gebildete Kategorien *an vorhandene Theorien rückzubinden* und wiederum von diesen ausgehend, falls möglich, deduktiv weitere Kategorien zu bilden, unter welche sich die restlichen Codierungen subsumieren lassen.

Zur Veranschaulichung dieses Vorgehens soll ein Vorgriff auf die Konstruktion des Systems 3 „Inhaltliche Dimensionen“ dienen (s. im Detail Kap. 11.3.3): System 3 korrespondiert mit der allgemeinen Forschungsfrage III („*Mit Hilfe welcher Eigenschaften wird der Begriff der Therapeutischen Haltung spezifiziert?*“), die sich allerdings mangels geeigneter theoretischer Grundlagen zunächst nicht in weitere konkrete Forschungsfragen differenzieren ließ (s.o., Kap. 8), aus welchen sich Oberkategorien hätten ableiten lassen. Schon zu Beginn sammelten sich in diesem System aber viele Codierungen (bei Abschluss insg. 1.677 Codierungen in 50 Interviews, s.u., Kap. 12.4), weswegen sehr früh im Konstruktionsprozess auch eine große Anzahl *materialgeleitet* gebildeter Oberkategorien konstruiert wurde (nach Abschluss des Konstruktionsprozesses 23 inhaltlich interpretierbare Kategorien gleicher Ebene, s.u., Kap. 11.3.3). Daher wurde es als sinnvoll erachtet eine neue Ebe-

ne von Oberkategorien zu bilden unter welche die bisherigen Ober- nun als Unterkategorien fallen sollten.

In Diskussionen im Team wurde zudem festgestellt, dass ein Teil der Unterkategorien Eigenschaften der Therapeutischen Haltung zu bezeichnen schien, die den Klienten als Bezugspunkt der Haltung benannten (z.B. Respekt, Akzeptanz, ...). Von dieser Beobachtung ausgehend wurde nach einer geeigneten Theorie gesucht, an welcher sich die Konstruktion von Oberkategorien orientieren könnte. Diese fand sich im in Kapitel 5 beschriebenen *Allgemeinen Modell der Psychotherapie* (s. Kap. 5.2.2, vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004), aus welchem sich grob die theoriegeleitete Unterscheidung *klientenbezogener, therapeutenbezogener* und *prozessbezogener Haltungsdimensionen* begründen ließ. Das *theoriegeleitet* konstruierte System 3 „Inhaltliche Dimensionen“ wurde also zunächst durch eine Vielzahl *materialgeleitet/induktiv* gebildeter Kategorien differenziert und schließlich durch eine kleine Anzahl von drei *theoriegeleitet* gebildeten Oberkategorien in eine sinnvolle Ordnung gebracht.

Um die Theorieteile und Literaturverzeichnisse der Diplomarbeiten bzw. der vorliegenden Dissertation nicht zu überladen, wurde zudem vereinbart, dass während des Konstruktionsprozesses zusätzlich herangezogene Theorien nur in der *Definition der jeweiligen Kategorie* im Codierleitfaden (s. Anhang H) kurz erläutert bzw. zitiert und die entsprechenden Literaturangaben ebenfalls nur dort vermerkt werden sollen (außer es wird im laufenden Text der jeweiligen Arbeit Bezug darauf genommen).

10.4.2.3 Nachdifferenzierung

Die oben beschriebene Zwischenlösung bezüglich der Überarbeitung der Systeme war im Rahmen der Teamarbeit notwendig und sinnvoll, bringt aber den Nachteil mit sich, dass auch nach der für alle Codierer gültigen Festlegung der Systeme, noch einige Kategorien vorhanden waren, die für sich genommen *nicht per se aussagekräftig* sind (z.B. Kategorie 1.1.1. „Oberbegriffe der ThHa“) oder *zu viele Codierungen* enthalten, so dass eine weitere Differenzierung inhaltlich geboten war (z.B. 244 Codierungen in der im Team nicht weiter differenzierten Kategorie 2.1.1.1. „Innerhalb der Therapie“).

Aus diesem Grund wurde vereinbart, dass die entsprechenden Kategorien in den einzelnen Diplomarbeiten unabhängig vom Team *nachdifferenziert* werden konnten, die Inter-Coder-Reliabilität (ICR) aber nur für die zuvor festgelegten Kategorien berechnet werden sollte. Zudem wurde bei diesen Nachdifferenzierungen auf eine *Kategoriendefinition* im Sinne der in Abschnitt 11.2.3 dargestellten Schritte verzichtet, um den zeitlichen Rahmen der Teilstudien und des Gesamtprojekts nicht zu sprengen. In den individuellen Ergebnisdarstellungen war dies kenntlich zu machen, um auf die *geringere Interpretierbarkeit* der nicht per ICR überprüften und nicht definierten Kategorien hinzuweisen.

Auch vom Autor der vorliegenden Arbeit wurden 1.889 der 6.801 von den Teammitgliedern codierten Paraphrasen (= ca. 28% der Gesamtcodierungen) aus übergeordneten Kategorien in *differenzierende Unterkategorien* eingeordnet. Da die entstehenden UKn

nicht im Codierleitfaden (s. Anhang H) definiert sind, wurde darauf geachtet, dass zumindest die Bezeichnungen der Kategorien inhaltlich bereits möglichst aussagekräftig sind. Außerdem nutzte der Autor den zusätzlichen Kategorientyp *Fehlcodierungen* je nachdifferenzierter Kategorie, um diejenigen Codierungen, die nach subjektivem Eindruck a.a.O. codiert werden sollten zu kennzeichnen. Dadurch entstehen, neben der unten aufgeführten ICR (s. Kap. 10.4.4), weitere Kennzahlen zur Einschätzung der Interpretierbarkeit der Codierungsergebnisse.

In der Darstellung der Kategoriensysteme (s. Kap. 11) wie auch der weiteren Ergebnisse (s. Kap. 12) wird an relevanten Stellen darauf hingewiesen, ob eine Kategorie im Rahmen der Nachdifferenzierung konstruiert wurde. In denjenigen Dokumenten, welche sich auf die Kategoriensysteme beziehen (insb. Ergebnistabelle, MAXQDA-Gesamtprojekt; auf Anfrage beim Autor einsehbar), sind die nachdifferenzierten Kategorien zudem daran zu erkennen, dass sie (außer den jeweiligen Anfangsbuchstaben) in *kleinen Lettern* geschrieben werden, wohingegen die in Teamwork entwickelten Kategorien dort durchgängig in *Großbuchstaben* angegeben werden (nicht aber im laufenden Text).

10.4.3 Computerunterstützte Datenanalyse

Die gesamte Konstruktion der Kategoriensysteme wurde unterstützt durch die QDA-Software *MAXQDA* (Verbi GmbH, 2004; QDA = Qualitative Data Analysis) durchgeführt. Die Nutzung derartiger Software ist Standard im Bereich der empirischen, qualitativ orientierten Forschung (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2010; Mayring, 2010a; Kuckartz, 2012). An dieser Stelle sollen nur die wichtigsten Informationen zur computergestützten Codierung vermittelt werden (s. Kap. 10.4.3.1). Für detailliertere Beschreibungen sei zum einen auf die am Projekt beteiligten Diplomarbeiten verwiesen (Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012), zum anderen auf das ausführliche, online frei verfügbare Manual zum Programm (vgl. VERBI Software, 2011) sowie einschlägige Veröffentlichungen (vgl. Kuckartz, 2010, 2012). Auch die allgemeinen Codierregeln werden in diesem Zusammenhang dargestellt, da diese immer wieder auf die Nutzung der QDA-Software abgestimmt werden mussten (s. Kap. 10.4.3.2).

10.4.3.1 Codierung mittels MAXQDA

Bevor mit der Codierung im Programm begonnen werden kann, müssen zunächst die Dokumente eingelesen werden. Zu diesem Zweck wurden lediglich die Paraphrasendokumente (s. Kap. 10.3.2.3) in das Programm überführt. In *MAXQDA* (Verbi GmbH, 2004) besteht die Möglichkeit hierarchisch strukturierte Kategoriensysteme anzulegen, Paraphrasen aktivierter Dokumente zu markieren und per Maus (Ziehen und Ablegen) bestimmten Codes zuzuordnen (Codes in *MAXQDA* entsprechen Kategorien). Das Zuordnen, Umordnen, Neubilden und Löschen von Kategorien, d.h. der gesamte *Vorgang der Konstruktion eines Kategoriensystems* incl. Codierung wird durch QDA-Software wesentlich erleichtert, obwohl die Nutzung auch zu methodologischen Diskursen geführt hat (vgl. Kuckartz &

Rädiker, 2010), auf die hier allerdings nicht eingegangen werden soll. Um einen Eindruck der *Nutzeroberfläche* zu bekommen zeigt folgende Abbildung 10.06 einen Screenshot des geöffneten Gesamtdokuments (s. Text unten):

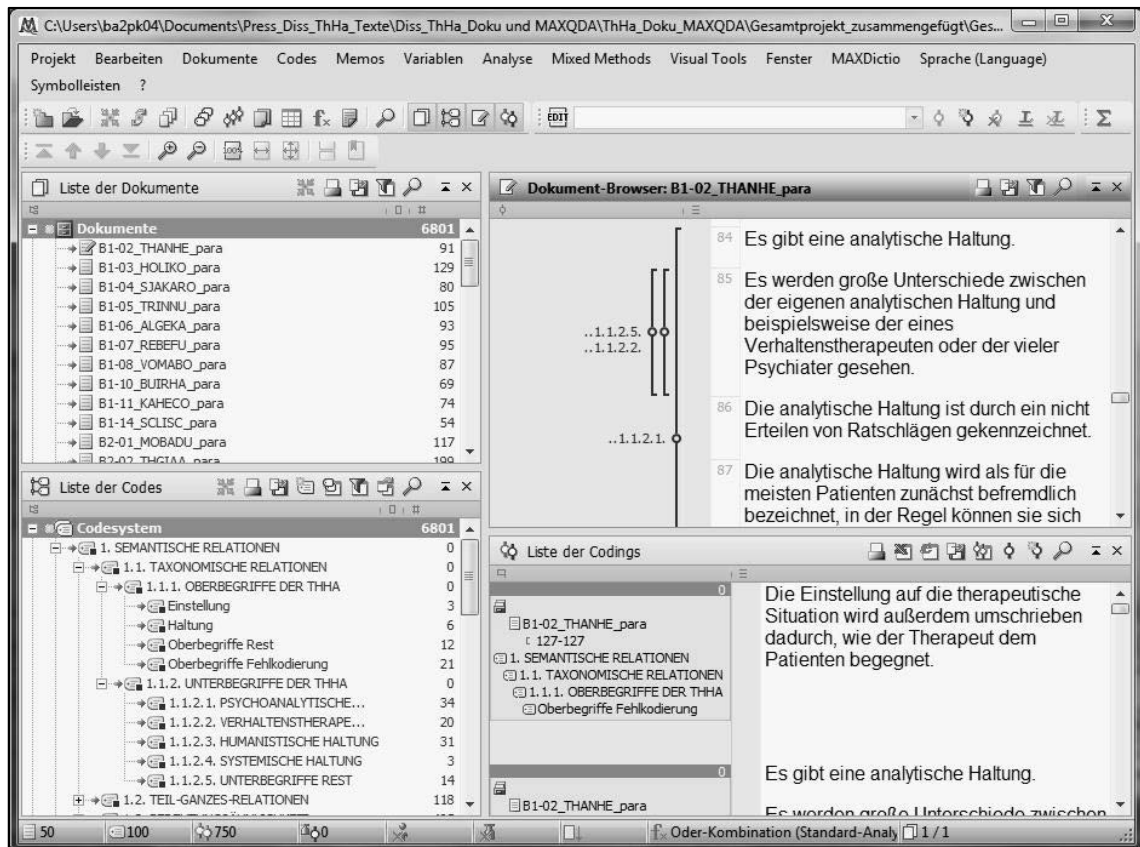


Abb. 10.06. Screenshot zur Veranschaulichung der Nutzeroberfläche von MAXQDA (Verbi GmbH, 2004);

Wie in Abbildung 10.06 (s.o.) zu erkennen ist der Bildschirm in vier Fenster unterteilt, wobei das Fenster links oben die *Liste der importierten Dokumente*, das Fenster links unten die *Liste der Codes* (d.h. das Kategoriensystem), das Fenster rechts oben *ein aktiviertes Dokument* und das Fenster rechts unten die unter aktivierte Codes fallenden *Textpassagen* anzeigt. Das Programm bietet, wie andere gängige QDA-Software auch, eine große Bandbreite gestalterischer Möglichkeiten, u.a. die Erstellung von *Memos* oder die *farbliche Kennzeichnung* von Codierungen (vgl. auch Kuckartz & Rädiker, 2010). Für die vorliegende Arbeit waren insbesondere Funktionen bedeutsam, die eine Arbeit im Team an einem Kategoriensystem ermöglichten, wie der *Export und Import von Kategorien* (incl. Subcodes, d.h. Unterkategorien), die unkomplizierte *Zusammenführung von Projekten* verschiedener Team-Mitglieder, sowie die *Überführbarkeit der Datenmatrix* in Excel (Microsoft Corporation, 2010) bzw. SPSS (IBM SPSS Statistics, Version 20, 2010) zur quantitativen Weiterverwertung der Daten.

10.4.3.2 Allgemeine Codierregeln

Wie schon für Transkription (s. Kap. 10.3.2.2) und Paraphrasierung (s. Kap. 10.3.2.3), wurden auch bezüglich des Codiervorgangs *allgemeingültige Regeln* konstruiert und während der Kategorienkonstruktion überarbeitet, um für eine *möglichst hohe Vergleichbarkeit* der Ergebnisse zu sorgen. Zudem sollen sie die *Umsetzung der allgemeinen Konstruktionsregeln* (s. Kap. 10.4.1.2) gewährleisten. *Spezifische Codierregeln*, im Sinne der kategorienspezifischen Zuordnungs- und Abgrenzungsregeln werden im folgenden Kapitel (s. Kap. 11) thematisiert. Die genutzten Regeln werden hier nur stichpunktartig aufgeführt (s. Tab. 10.17 und 10.18) bzw. in Abbildungen (s. Abb. 10.07 und 10.08) veranschaulicht. Für eine detaillierte Darstellung mit Begründung der Regeln sei auf Hümmer und Kuraszkiewicz (2012) verwiesen.

Tab. 10.17. Allgemeine Codierregeln – Teil 1;

- Kategorien dürfen innerhalb eines Dokuments mehrmals vergeben werden;
- Die mehrfache Vergabe einer Kategorie für aufeinander folgender Paraphrasen ist möglich, sofern diese unterschiedliche inhaltliche Aspekte der Kategorie ansprechen;
- Sofern aufeinanderfolgende Paraphrasen keinen inhaltlichen Aspekt hinzufügen, müssen sie als Block codiert werden, d.h. die Kategorie wird nur einmal vergeben;
- Eine Paraphrase darf innerhalb eines Kategoriensystems nur einmal codiert werden;
- Eine Paraphrase darf mehrfach codiert werden, sofern jede Codierung in einem anderen Kategoriensystem erfolgt;

Einige Regeln mussten aufgrund der Anforderungen von MAXQDA (Verbi GmbH, 2004) konstruiert werden und betreffen insbesondere Unterbrechungen von Blockcodierungen durch andere Codierungen im gleichen Kategoriensystem. Da diese Regeln ausschließlich sprachlich schwer darzustellen sind (s.u., Tab. 10.18), wurden vom Autor unterstützende Graphiken erstellt, die unterhalb der Formulierung der Regeln dargestellt sind (s.u. Abb. 10.07 und 10.08).

Tab. 10.18. Allgemeine Codierregeln – Teil 2;

- Wird eine Codierung (A in Abb. 10.07, s.u.) durch eine oder mehrere Codierungen (B, U, C in Abb. 10.07) des selben Kategoriensystems unterbrochen, muss dies in MAXQDA in einem Textmemo dokumentiert werden;
- Unterbrechen sich zwei oder mehrere Codierungen eines Systems abwechselnd, wird nur die jeweils erste Paraphrase des Blocks codiert (A1a und A2a in Abb. 10.08, s.u.), die zur selben Codierung gehörenden folgenden Paraphrasen (A1b und A2b) allerdings nicht, was in MAXQDA in einem Textmemo dokumentiert werden muss;

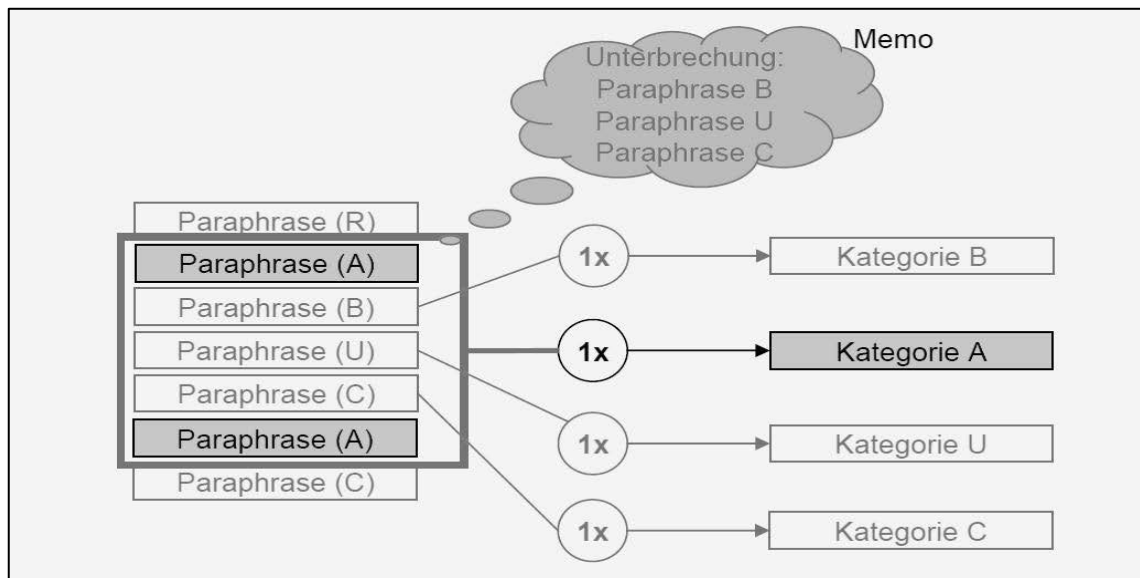


Abb. 10.07. Graphik zur Codierregel bei einfacher Unterbrechung (s.o., Tab. 10.18);

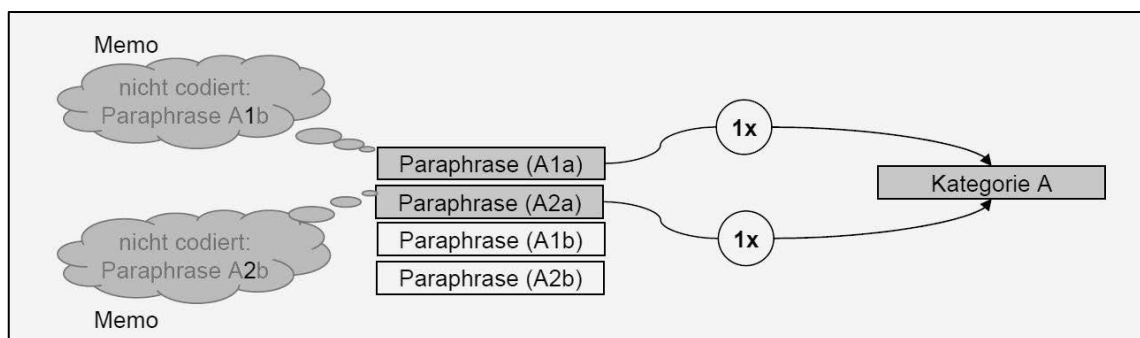


Abb. 10.08. Graphik zur Codierregel bei wechselseitiger Unterbrechung (s.o., Tab. 10.18);

10.4.4 Inter-Coder-Reliabilität (ICR)

Da die Berechnung der ICR in engem thematischen Zusammenhang zum Codier- sowie Konstruktionsprozess steht und die in den folgenden Kapiteln 11 und 12 dargestellten Ergebnisse direkt betrifft, wird dieses spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterium (vgl. Mayring, 2010a) schon hier berichtet. Die sonstige Betrachtung des Vorgehens im Sinne der allgemeinen qualitativen sowie spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien, wie sie im 11. Schritt des KIAM (s.o., Abb. 10.01) vorgesehen ist, erfolgt in Kapitel 14.

Kategoriensysteme, wie die in dieser Arbeit entwickelten, sollen ein bestimmtes Ausgangsmaterial in sinnvoller Weise neuordnen und/oder reduzieren. Die Güte solcher Systeme hängt u.a. davon ab, wie *zuverlässig* die Zuordnung von Textstellen zu Kategorien unabhängig der speziellen Umstände oder Anwender bewerkstelligt werden kann. Eine Möglichkeit dieses als „Reproduzierbarkeit“ (Mayring, 2010a, S. 120) bezeichnete Gütekriterium zu prüfen, besteht in der Berechnung eines Maßes zur *Übereinstimmung zwischen Codierern* (vgl. Wirtz & Caspar, 2002). Diese Kennzahl wird als „Inter-Coder-Reliabilität“

(Kuckartz, 2012, S. 49) bezeichnet, ist insbesondere angebracht, wenn *mehrere Codierer* an einem Kategoriensystem arbeiten (vgl. ebd.) und wird üblicherweise in Form von *Reliabilitäts-Koeffizienten* wie *Cohens Kappa*, *Fleiss' K* oder *Scotts Pi* berechnet (vgl. Witz & Caspar, 2002). Voraussetzung für eine solche Berechnung ist die Erfüllung der o.g. Konstruktionsregeln für Kategoriensysteme (*Erschöpfung* und *Disjunktheit*, s. Kap. 10.4.1.2; vgl. ebd.).

Im Bereich der QI wird mit *Krippendorffs Alpha* (im Folgenden kurz: α) ein spezifischer Koeffizient vorgeschlagen, der im Kontext der Anforderungen dieser Methodik besonders passend erscheint (vgl. Mayring, 2010a) und zudem vergleichsweise leicht zu berechnen ist (vgl. Hayes & Krippendorff, 2007). In allgemeiner Form lässt sich α wie folgt definieren (vgl. Krippendorff, 2004, S. 222):

$$\alpha = 1 - \frac{D_o}{D_e} = 1 - \frac{\text{beobachtete Nicht-Übereinstimmung}}{\text{zufällig zu erwartende Nicht-Übereinstimmung}}$$

Die konkrete Berechnung von α bei *zwei Codierern* und *mehreren nominalen Kategorien* wird von Krippendorff (2004) in drei Schritten beschrieben, welche auch im Projekt-Team nachvollzogen wurden. Dabei wird (1) eine Tabelle der *Codierer-mal-Kategorien Datenmatrix* erstellt aus welcher (2) durch Addition der entsprechenden Kontingenz- und der invertierten Kontingenzmatrix eine *Koinzidenz-Matrix* konstruiert wird aus deren Rand- und Gesamtsummen (3) schließlich der *Reliabilitäts-Koeffizient* berechnet werden kann (vgl. ebd.). Veranschaulichungen anhand von Ausschnitten der jeweiligen Matrizen finden sich in der Diplomarbeit von Mohr und Kohler (2012). Die endgültige Formel für die Berechnung von α lässt sich wie folgt beschreiben (das tiefgestellte c steht für den jeweiligen Randsummenwert, cc für den jeweiligen Wert in der Diagonale der Koinzidenz-Matrix und n für die Summe der Randsummen):

$$\alpha = 1 - \frac{D_o}{D_e} = 1 - (n - 1) \frac{n - \sum_c o_{cc}}{n^2 - \sum_c n_c^2}$$

Die Berechnung wurde *vor der Nachdifferenzierung* bezüglich der inhaltlich besonders relevanten *Systeme 1-4* (s.u., Kap. 11) durchgeführt. Die berichteten Koeffizienten gelten also weder für die Systeme 5-7, noch für die in der vorliegenden Arbeit berichteten Codierungen im Rahmen der Nachdifferenzierung (s.o., Kap. 10.4.2.3). Insgesamt wurde die Berechnung anhand jeweils 10% der Codierungen eines Systems vorgenommen (s. Tab. 10.19):

Tab. 10.19. Gesamtkodierungen und im Rahmen der ICR überprüfte Codierungen je System;

	System 1	System 2	System 3	System 4
Gesamtkodierungen	750	2500	1677	860
ca. 10 % für ICR	75	250	168	86

Aus den insgesamt sechs Mitgliedern des Projekt-Teams (incl. Autor) wurden drei Gruppen zu jeweils zwei Codieren gebildet, welche sich die Berechnung der ICR teilten (erste Gruppe Systeme 1 und 4; zweite Gruppe System 2; dritte Gruppe System 3). Dabei wurde dem zweiten Codierer das für die ICR genutzte und vom ersten Codierer bereits bearbeitete Material zur erneuten Codierung vorgelegt, wobei sich die o.g. 10 % auf mehrere Interviews verteilten, deren Paraphrasendokumente vollständig ausgedruckt wurden. Vom ersten Codierer wurden die zu recodierenden Paraphrasen markiert und nummeriert, um die Konstruktion der oben genannten *Codierer-mal-Kategorien Datenmatrix* zu erleichtern. Der zweite Codierer war blind für die Codierungen des ersten. Im Rahmen dieses Vorgehens konnten folgende Reliabilitätskoeffizienten berechnet werden (s.u. Tab. 10.20).

Tab. 10.20. Reliabilitätskoeffizienten (Krippendorffs Alpha) für die Systeme 1-4;

	System 1	System 2	System 3	System 4
Krippendorffs α	.74	.69	.72	.59

Nach Krippendorff (2004) lassen es α -Werte über .67 zu, auf Basis der damit qualifizierten Kategoriensysteme *vorläufige* Schlüsse zu ziehen. Lediglich bezüglich System 4 wurde dieser Richtwert unterschritten, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Eingedenk des Hinweises von Wirtz und Caspar (2002), dass niedrigere Koeffizienten bei schwer zu erfassenden Merkmalen dennoch *brauchbare Interpretationsgrundlagen* liefern, kann auch die ICR des Systems 4 als durchaus adäquat angesehen werden. Die zur Berechnung der ICR erstellten *Koinzidenz-Matrizen* können beim Autor der vorliegenden Arbeit auf Anfrage eingesehen werden. Auf eine zudem teils vorgeschlagene Berechnung der *Übereinstimmung in der Festlegung der Codiereinheiten* (vgl. Rustemeyer, 1992) wurde aus pragmatischen Gründen verzichtet (begrenzt Zeitkontingent, Fülle des Materials).

10.4.5 Quantitativ-statistische Datenauswertung

Wie für eine Untersuchung im Sinne des Mixed Methods-Ansatzes kennzeichnend (s. Kap. 3.2.2) und im Kontext der QI Mayrings durchaus üblich (vgl. Mayring, 2010a; s. Kap. 9.3.2), sollen sich an die qualitative Inhaltsanalyse auch *quantitative Auswertungsschritte* anschließen. Diese Möglichkeit wird zudem durch die in Abschnitt 10.4.3 beschriebene Nutzung *computerunterstützter Datenanalyse* begünstigt. Die verwendete Software MAXQDA (Verbi GmbH, 2004) erlaubt die recht unkomplizierte *Überführung der Datenmatrix* (Häufigkeiten der Codierungen in einer Kategorie pro Interviewteilnehmer) in Tabellenkalkulationsprogramme wie Excel (Microsoft Corporation, 2010) und gebräuchliche Statistiksoftware wie SPSS (IBM SPSS Statistics 20). In diesen Programmen können die Daten, sofern die entsprechenden Anwendungsvoraussetzungen erfüllt sind (vgl. Bühner & Ziegler, 2009), unter Nutzung statistischer Methoden weiter analysiert werden. Im Fall der in den Kategoriensystemen verfügbaren Daten sind verschiedene grundsätzliche Ansatzpunkte für quantitative Analysen benennbar.

Zum einen lassen sich Berechnungen auf Basis der *Häufigkeiten der Codierung pro Kategorie* durchführen (intervallskalierte Variablen). Zum anderen bietet auch das dichotome, nominalskalierte Merkmal der *Nennung einer Kategorie pro Teilnehmer* (genannt vs. nicht genannt) die Möglichkeit der Nutzung statistischer Verfahren. Zu diesem Zweck wurden aus MAXQDA die Daten in zwei SPSS-Dateien überführt, eine Datei mit *Kategorien als intervallskalierte Variablen* (Anzahl der Codierungen pro Befragtem, auf Anfrage beim Autor einsehbar) und eine mit *Kategorien als dichotome Variablen* (Kategorie von Befragtem genannt vs. nicht genannt; auf Anfrage beim Autor einsehbar).

Inhaltlich können sich die Analysen auf die *Stützung der berichteten Ergebnisse der qualitativen Analyse* richten, indem Unterschiede in der Codierungshäufigkeit oder der Kategoriennennung hinsichtlich Signifikanz getestet und entsprechende Interpretationen damit auf eine „solidere“ empirische Basis gestellt werden. Unterschiede können sich dabei auf Kategorienhäufigkeiten und -nennungen in der *Gesamtstichprobe* der Interviewteilnehmer oder auf anhand bestimmter Merkmale (z.B. Geschlecht, Vorbildung, ...) gebildeter *Untergruppen* beziehen. Entsprechend der gegebenen Voraussetzungen (kleine Stichprobengrößen von $n < 30$ pro Gruppe) werden i.d.R. *verteilungsfreie Verfahren* genutzt (vgl. Bortz & Lienert, 2008). Zur Berechnung wird, wie oben bereits angesprochen, die Software *SPSS* (IBM SPSS Statistics 20) verwendet.

An geeigneter Stelle, z.B. wenn eine Kategorie nur aus relativ wenigen Interviews codiert wurde, werden auch Test (vornehmlich χ^2 -Tests) durchgeführt, um zu klären, ob Kategoriennennungen (dichotomes Merkmal) von *personenbezogenen Variablen* abhängen. So könnte die häufige Codierung (z.B. 60 Paraphrasen) einer Kategorie aus nur 15 Interviews stammen. Von diesen Interviews wiederum könnten 13 aus der Subgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten und nur zwei aus derjenigen der psychologischen Psychotherapeuten sein, was eine für die Interpretation der Ergebnisse relevante Information darstellen würde, insbesondere, wenn sich der Effekt als groß und signifikant erwiese. Die entsprechenden Tests zur Überprüfung des Effekts werden meist mit der *40 Teilnehmer umfassenden Stichprobe der approbierten Psychotherapeuten* gerechnet, welche telefonisch interviewt wurden. Die Stichprobe der face-to-face-Interviews scheint aufgrund der *konfundierenden Variablen* (Alter, Interviewtyp, ein isolierter Interviewer, keine Zufallsauswahl; s.o., Kap. 10.3.1) für solche ergänzenden statistischen Untersuchungen weniger geeignet.

10.5 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in der vorliegenden Arbeit zum einen in Kapitel 11, wobei dort zunächst lediglich die Kategoriensysteme hinsichtlich deren formalen und inhaltlichen Aufbaus beschrieben werden. Damit wird der Ansicht Rechnung getragen, dass die endgültigen *Kategoriensysteme*, sofern deren Konstruktion auch materialgeleitet durchgeführt wird (s.o., Kap. 10.4.2), selbst als ein *erstes Ergebnis der Arbeit* angesehen werden können (vgl. Mayring, 2010a). Außerdem lässt sich so die *Übersichtlichkeit* erhöhen, da die Kategoriensysteme zu umfangreich für eine gleichzeitige Behandlung von in-

haltlicher Struktur und Codierungsergebnissen sind. Die eigentlichen Ergebnisse der Codierungen (*Anzahl der Codierungen pro Kategorie und Anzahl der Nennungen einer Kategorie durch Interviewteilnehmer*) sind aufgrund deren Umfangs lediglich auf Anfrage beim Autor einsehbar. Auf diese Tabelle wird in Kapitel 12 Bezug genommen, in welchem die *Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen berichtet und interpretiert* werden. Im selben Kapitel werden anschließend *Hypothesen* auf Basis der Ergebnisdarstellung und Interpretation *generiert*. Zur Berücksichtigung der Bedeutungsanalyse in der Begriffsexplikation, werden die Ergebnisse in Kap. 13 noch einmal verdichtet rekapituliert (s. Kap. 13.2).

10.6 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde das methodische Vorgehen bei der zur Bedeutungsanalyse genutzten qualitativen Inhaltsanalyse leitfadensbasierter Experteninterviews beschrieben. Einleitend wurde das hier genutzte *konkrete inhaltsanalytische Ablaufmodell* (KIAM) dem allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell (AIAM) gegenübergestellt (s. Kap. 10.1.1). Zudem wurde die *Organisation des Projekt-Teams* vorgestellt, in dessen Rahmen dieser Teil der vorliegenden Arbeit geleistet wurde (s. Kap. 10.1.2).

Der anschließende Abschnitt 10.2 widmete sich der *Stichprobengewinnung und -beschreibung*. Dabei wurden zunächst die einzelnen Schritte der *Akquise*, inklusive der an die Stichprobe gestellten Anforderungen, bis hin zur Teilnahmebereitschaft thematisiert (s. Kap. 10.2.1). Die eigentliche *Beschreibung der Stichprobe* anhand soziodemographischer, ausbildungs- und berufsbezogener Daten erfolgte nach der Vorstellung des zur Charakterisierung konstruierten Kurzfragebogens (KFB) in Abschnitt 10.2.2.

In Abschnitt 10.3 wurde auf die *Erhebung und Aufbereitung* der für die Inhaltsanalyse benötigten *Daten* eingegangen. Nach der Darstellung des Vorgehens bei der Konstruktion sowie des Aufbaus des Interviewleitfadens (ILF), wurde die Durchführung der Experteninterviews unter Nutzung des Interviewmanuals (IML) beschrieben, mittels dessen die „Rohdaten“ *erhoben* wurden (s. Kap. 10.3.1). Die *Aufbereitung* dieser Daten, von deren digitaler Aufnahme über die Transkription bis zur Paraphrasierung, war Gegenstand des Abschnittes 10.3.2.

Qualitativ-inhaltsanalytische sowie quantitativ-statistische Schritte der Auswertung wurden in Abschnitt 10.4 vorgestellt. Auf die *Darstellung der Analyseeinheiten und allgemeinen Konstruktionsregeln* (s. Kap. 10.4.1) folgte die Beschreibung des Vorgehens bei der *Konstruktion der Kategoriensysteme* in drei Schritten (s. Kap. 10.4.2). Anschließend wurde die Art der *Computerunterstützung* bei der qualitativen Datenanalyse vorgestellt (s. Kap. 10.4.3). Nach der Berechnung der *Inter-Coder-Reliabilität* (s. Kap. 10.4.4) wurde auf zentrale Aspekte der *quantitativ-statistischen Datenauswertung* eingegangen (s. Kap. 10.4.5).

Den Abschluss des Kapitels bildete ein Ausblick auf die beiden Kapitel 11, 12 und 13 in welchen die *Ergebnisse der Inhaltsanalyse dargestellt* werden (s. Kap. 10.5).

Kap. 11 Experteninterviews – Kategoriensysteme

Überblick: In diesem Kapitel werden die im Rahmen der Interviews entwickelten Kategoriensysteme vorgestellt. Da diese sehr umfangreich sind soll hier lediglich ein ausführlicher Überblick gegeben werden, mit dessen Hilfe sich der im Anhang verfügbare Codierleitfaden (s. Anhang H) erschließen lässt. Zu diesem Zweck wird nach einer kurzen Einleitung (s. Kap. 11.1) ein Überblick der inhaltlichen, hierarchischen und formalen Struktur der Systeme vermittelt (s. Kap. 11.2). Die inhaltliche Organisation der Systeme wird dann in Unterkapitel 11.3 vorgestellt. Abgeschlossen wird das Kapitel von einer Zusammenfassung (s. Kap. 11.4).

11.1 Einleitung

Wie in Abschnitt 10.5 dargestellt, lässt sich das Kategoriensystem nicht nur als Instrument sondern auch als Ergebnis einer qualitativen Inhaltsanalyse (QI) verstehen, v.a. wenn es auch materialgeleitet konstruiert wird (vgl. Mayring, 2010a). Dementsprechend wurde der Konstruktionsprozess bereits in Abschnitt 10.4.2 beschrieben, das vorliegende Kapitel beschäftigt sich nur mit der groben Beschreibung der entwickelten *Systeme als Ergebnis*.

Wie oben schon angemerkt, soll dieses Kapitel einen Einstieg in den sich im Anhang befindlichen Codierleitfaden ermöglichen. Dieser ist als Tabelle im PDF-Format verfügbar (s. Anhang H), deren ausführliche Darstellung in lesbarer Druckform zu umfangreich wäre. Daher scheint es aus ökonomischen Gründen nicht sinnvoll, die Systeme in dieser Form im Rahmen des laufenden Textes zu beschreiben. Eine Übersichtstabelle aller Kategorien findet sich im Anhang F. Das vorliegende Kapitel beginnt mit einem Überblick der Systeme (s. Kap. 11.2), der zu Orientierung im weiteren Kapitel dienen soll. Dessen Hauptteil beschäftigt sich mit der inhaltlichen Organisation der einzelnen Systeme, die in Unterkapitel 11.3 systematisch dargestellt werden. Abschließend werden die wesentlichen Informationen zusammengefasst (s. Kap. 11.4).

11.2 Überblick

Als Einstieg soll eine Annäherung an die Kategoriensysteme aus drei Perspektiven dienen. Zum einen wird die inhaltliche Gliederung der Systeme vorgestellt, die das relevanteste Strukturierungsmerkmal darstellt (s. Kap. 11.2.1). Daran schließt sich eine knappe Übersicht der hierarchischen Ordnung der Systeme an (s. Kap. 11.2.2). Schließlich wird auf die formale Darstellung der Kategorien eingegangen, die als Umsetzung der von Rustemeyer

(1992) als „methodisches Kernstück jeder Inhaltsanalyse“ (S. 92) bezeichneten „Kategori-enexplikation“ (ebd.) verstanden werden kann (s. Kap. 11.2.3).

11.2.1 Inhaltliche Organisation

Zur Codierung der paraphrasierten Interviews wurden *sieben Systeme* entwickelt, teils theorie-, teils materialgeleitet (s. Kap. 10.4.2). Inhaltlich entsprechen die Systeme 1-4 den unterschiedlichen Perspektiven auf die Hauptfrage (s. Kap. 8), System 5 wurde zur Erfassung irrelevanter Paraphrasen genutzt, System 6 beinhaltet relevante Aussagen zur Therapeutischen Haltung, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in die Hauptsysteme integrierbar waren und System 7 erfasst schließlich die Gesprächsanteile der Interviewer. Abbildung 11.01 veranschaulicht diese erste grobe Unterteilung (s.u.).

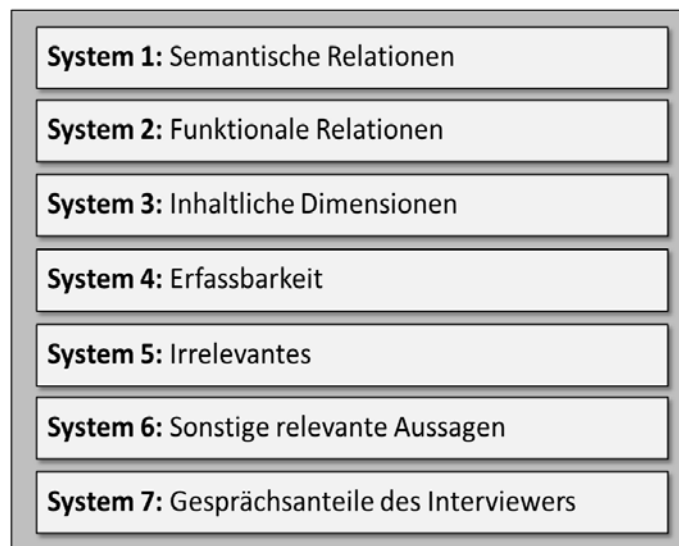


Abb. 11.01. die sieben Kategoriensysteme im Überblick;

Die Reihenfolge der Systeme (s. Abb. 11.01) spielt keine wesentliche Rolle. Zwar lässt sich eine Ordnung der ersten vier Systeme von abstrakteren hin zu konkreteren Inhalten feststellen, diese ist jedoch nicht intendiert. Eher von praktischer Bedeutung für die Codierarbeiten ist die Tatsache, dass die ersten vier Systeme die zentralsten Inhalte bündeln, wohingegen die Systeme 5 (s. Kap. 11.3.5.1) und 6 (s. Kap. 11.3.5.2) als eine Art Möglichkeit Fehler bei der Paraphrasierung auszubügeln bzw. als Sammelbecken für potentiell relevante Aussagen genutzt werden. Das 7. System ist bewusst an den Schluss gesetzt, da es im Zuge der computergestützten Codierung in einem gesonderten MAXQDA-Projekt (Verbi GmbH, 2004) bearbeitet wurde (s.u., Kap. 11.3.5.3).

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kategorien oft dimensionale Konstrukte darstellen. Dass oft nur ein Pol der Dimension zur Benennung der Kategorie genutzt wird, wie z.B. bei 2.1.1.2.2. „Autonomie/Selbstverantwortung/Kontrolle“, kann bei Betrachtung der darunter fallenden Aussagen teilweise irritieren, da der Kategorie auch

Paraphrasen zugeordnet werden, die das logische Gegenteil der gewählten Kategorienbezeichnung (bei UK 2.1.1.2.2. z.B. „Abhängigkeit“, „Unselbstständigkeit“, o.ä.) darstellen.

11.2.2 Hierarchische Ordnung

Hierarchisch sind die Systeme in Oberkategorien (OKn) und Unterkategorien (UKn) verschiedener Ebenen unterteilt. Im Rahmen der im Forschungsteam vorgenommenen Kategorienkonstruktion (s. Kap. 10.4.2.1) wurden maximal drei hierarchische Ebenen genutzt. Lediglich im Rahmen der Nachdifferenzierung durch den Autor, die nicht i.S. der Inter-Coder-Reliabilität abgesichert wurde (s. Kap. 10.4.2.3), musste manchmal eine vierte Ebene gebildet werden. Abbildung 11.02 veranschaulicht die hierarchische Organisation:

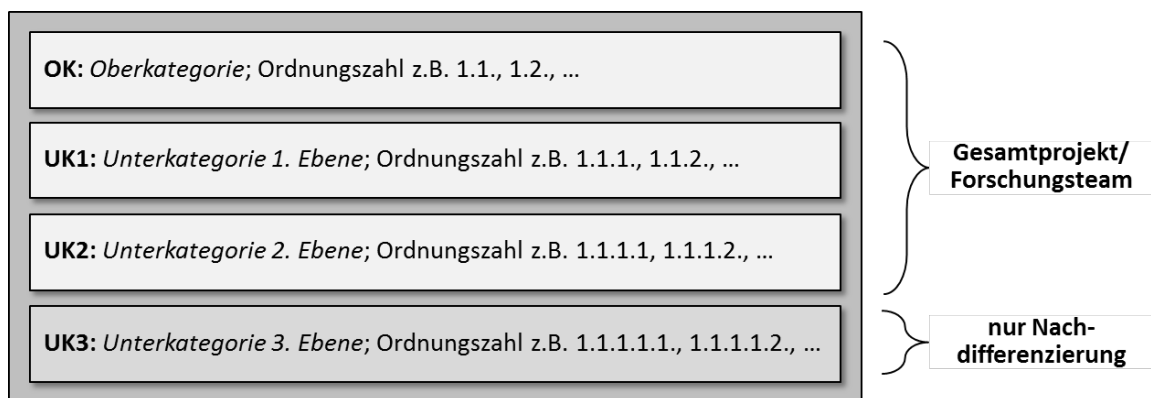


Abb. 11.02. hierarchische Organisation der Systeme;

Im Codierleitfaden (s. Anhang H) sowie in den MAXQDA-Projekten (Verbi GmbH, 2004) sind die Kategoriennamen immer in Großbuchstaben geschrieben. Lediglich die in der Nachdifferenzierung ergänzten Kategorien sind zur besseren Abgrenzung in normaler Schreibweise gehalten, d.h. Namensanfang groß, folgende Buchstaben klein. Allerdings sind die UKn dritter Ebene nicht im Gesamtdokument mit aufgeführt, da dieses ja v.a. als Basis der Codierarbeit im Forschungsteam diene.

11.2.3 Formale Struktur

Jede Kategorie der sieben Systeme ist im Codierleitfaden (s. Anhang H) nach der gleichen formalen Struktur charakterisiert. Dabei wurden in Anlehnung an Rustemeyer (1992) und Mayring (2010a) insgesamt *sechs Bestimmungselemente* berücksichtigt, die das tabellenförmige Gesamtdokument als Spalten strukturieren:

- Die 1. Spalte enthält den *Kategorien- bzw. Systemnamen* (incl. Ordnungszahl).
- In der 2. Spalte wird eine *Zuordnungsregel* möglichst eindeutig und klar formuliert, deren Zweck darin besteht den Codierern einen schnellen Zugriff auf die Kategorie zu gewährleisten.

- In der 3. Spalte folgt eine *ausführliche Definition* der Kategorie (bzw. des Systems), um sich bei Unklarheiten die jeweilige Bedeutung vergegenwärtigen zu können bzw. eine Präzisierung und theoretische Anbindung (idealerweise unter Bezug zur Fachliteratur) schriftlich festhalten zu können. Wissenschaftstheoretisch gesehen entsprechen diese Präzisierungen sicher keinem Begriffsklärungstyp im strengen Sinn (s. Kap. 2), es handelt sich lediglich um dem Zweck angemessene Umschreibungen.
- Die 4. Spalte beinhaltet mindestens zwei *Ankerbeispiele*, die zur weiteren Absicherung der Passung einer möglichen Codierung dienen bzw. anhand typischer Exemplare zur Veranschaulichung der Kategorie beitragen.
- Spalte 5 beinhaltet eine (oder mehrere) *Abgrenzungsregeln*, die die spezifischen Unterschiede scheinbar ähnlicher und damit das Codieren erschwerender Kategorien herausarbeiten.
- Die 6. Spalte führt der Abgrenzungsregel entsprechende *Negativbeispiele* auf, d.h. Paraphrasen, die der betreffenden Kategorie nicht zugeordnet werden sollten.

Sofern eine Kategorie Unterkategorien zusammenfasst, ist deren Definition im Wesentlichen auf die Auflistung der die Kategorie explizierenden Unterkategorien beschränkt. Ausführlichere Definitionen finden sich dann jeweils auf unterster Kategorienebene. Logischerweise müssen nicht immer Anker- und Negativbeispiele formuliert werden, da diese nur für die Kategorien auf der jeweils untersten Ebene relevant sind, denen auch letztlich zugeordnet wird. Gleiches gilt für Restkategorien, die ja inhaltlich schon durch die übergeordnete Kategorie bestimmt sind. Sofern keine Abgrenzungsregeln im Prozess des Codierens aufgestellt werden, kann ebenfalls auf die Aufführung von Negativbeispielen verzichtet werden. In manchen Bereichen (insb. System 4) schien im Codierprozess die Kategorisierung über Zuordnungsregeln und Definitionen so eindeutig, dass dort auf die Formulierung von Ankerbeispielen verzichtet wurde (s. aber ICR, Kap. 10.4.4).

Rustemeyer (1992, S. 94) empfiehlt, Anker- und Negativbeispiele nicht aus dem zu kategorisierenden Textmaterial zu entnehmen, um eine künstliche Erhöhung der Inter-Coder-Reliabilität (ICR) zu vermeiden. Dieser Empfehlung wurde v.a. aus ökonomischen Gründen nicht nachgekommen, da die schiere Masse der Kategorien die „Erfindung“ von mehreren hundert typischen Textpassagen erforderlich gemacht hätte bzw. die letztlich nicht codierten Interviews zu wenige griffige Beispiele hätten liefern können. Dieses individuell zu lösende Dilemma, zwischen dem Anspruch auch bei umfassenden Systemen Ankerbeispiele für alle Kategorien zu geben und der Forderung nach textfremden Beispielen, erkennt auch Rustemeyer (1992, S. 101) an. Außerdem wurde sich auch bei der Überprüfung der ICR v.a. an die Zuordnungsregeln und Definitionen, weniger an die Anker- und Negativbeispiele gehalten. Da schließlich auch die Anzahl der Paraphrasen, die tatsächlich im Rahmen der ICR als Anker- bzw. Negativbeispiele und gleichzeitig zu codierende Textteile auftauchten, sehr gering und damit für die Berechnung bedeutungslos gewesen sein dürfte, wurde auf kategorisiertes Textmaterial zurückgegriffen (s. aber auch Diskussion, Kap. 14). Folgendes Beispiel in Tabelle 11.01 veranschaulicht die formale Struktur der Darstellung anhand der Kategorie 2.1.2.1. „Innerhalb der Therapie“, wobei der Lesbarkeit halber Spalten und Zeilen der Ursprungstabelle (s. Anhang H) vertauscht wurden.

Tab. 11.01. Beispiel für die formale Struktur der Kategoriencharakterisierung;

Kategoriename	2.1.2.1. INNERHALB DER THERAPIE
Zuordnungsregel	In der Kategorie 2.1.2.1. „Innerhalb der Therapie“ werden alle Äußerungen kategorisiert, die Auswirkungen der ThHa auf den Therapeuten innerhalb der Therapie benennen, d.h. in denen der Therapeut in eine funktionale Abhängigkeit zur als unabhängige Variable verstandenen ThHa gebracht wird. Die genannten Auswirkungen auf Therapeutenmerkmale beziehen sich dabei auf den konkreten Therapiesitzungskontext, d.h. sie werden entweder explizit als während einzelner oder mehrerer Therapiesitzungen auftretend bzw. als den Therapieverlauf betreffend (z.B. Therapieabbruch) bezeichnet oder sie beziehen sich auf typische Bestandteile des therapeutischen Kontextes.
Definition	Nach dem Generic Model of Psychotherapy (Allgemeines Modell der Psychotherapie) von Orlinsky und Howard (1978, 1986) können durch unmittelbares therapeutisches Handeln Auswirkungen für den Therapeuten auf einer Mikroebene (innerhalb der Behandlungssitzung) entstehen (z.B. Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung oder auch Frustration) (vgl. Lutz, 2010; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Derartige Effekte für den Therapeuten auf der Mikroebene könnten auch durch die ThHa entstehen und sollen der materialgeleitet konstruierten Kategorie 2.1.2.1. „Innerhalb der Therapie“ zugeordnet werden.
Ankerbeispiel	B1-03: Die eigene ThHa ist nicht mit „im Kopf sein“, sondern mit „bei sich sein“ verbunden. Das „bei sich sein statt im Kopf sein“ hat zur Folge, dass man am Ende eines Arbeitstags merkt, gearbeitet zu haben, ohne erschöpft zu sein. Dieses „nicht im Kopf, sondern bei sich sein“ wird als Grund dafür genannt, dass die eigene ThHa nicht anstrengend, sondern angenehm ist.
Abgrenzungsregel	Die Auswirkungen der ThHa auf den Therapeuten beziehen sich in der Kategorie 2.1.2.1. „Innerhalb der Therapie“ explizit auf den konkreten Therapiesitzungskontext. Wird eine Auswirkung der ThHa auf den Therapeuten genannt, die über den konkreten Therapiesitzungskontext hinaus geht, wird die Kategorie 2.1.2.2. „Über die Therapie hinaus“ vergeben.
Negativbeispiel	B2-03: Das Ziel der eigenen ThHa ist u.a. ein guter Ruf. [...] Ein Ziel der eigenen ThHa ist u.a. eine Bindung zum Patienten aufzubauen. Ein Ziel der eigenen ThHa ist u.a., durch die erzielte Bindung den Patienten auch einmal um einen Gefallen bitten zu können. Die Befragte berichtet im vorherigen Zusammenhang von Patienten mit guten PC-Kenntnissen, denen sie am Ende der Stunde Fragen zu Schwierigkeiten bei der Computerarbeit stellen konnte.

Anmerkungen: B1-03 und B2-03 sind die intern verwendeten Kürzel für Teilnehmer;

Bezüglich der formalen Struktur ist zu beachten, dass es sich im Prozess der Konstruktion der Kategoriensysteme auf Grund deren Umfangs als sinnvoll erwiesen hat, die jeweilige *Aktualisierung auf die Mitglieder des Projektteams aufzuteilen*. Dementsprechend ist das Gesamtdokument zwar durchgehend im oben dargestellten Sinn strukturiert, was Schreibstil und die Ausführlichkeit der „Kategorienexplikation“ (Rustemeyer, 1992, S. 93) angeht aber uneinheitlich. Bezüglich bestimmter Aspekte, wie der Schreibweise von Kategoriennamen, der Darstellungsweise der Ankerbeispiele oder der Formulierung der Zuordnungsregel wurde aber auf einen einheitlichen Stil geachtet. Wie in Abschnitt 10.4.2.3 bereits erläutert, liegt für die in der Nachdifferenzierung materialgeleitet konstruierten Kategorien keine Explikation im Sinne der eben dargestellten formalen Struktur vor.

11.3 Inhaltliche Organisation im Detail

In den folgenden Abschnitten werden die Systeme 1-4 (s. Kap. 11.3.1-11.3.4) und 5-7 (s. Kap. 11.3.5) inhaltlich detailliert beschrieben. Um den räumlichen Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen werden dabei bezüglich der Systeme 1-4 lediglich das System selbst und die jeweiligen Oberkategorien genauer beschrieben, Unterkategorien werden bis zur max. 2. Ebene tabellarisch aufgelistet und ggf. exemplarisch veranschaulicht. Die Systeme 5-7 werden etwas knapper vorgestellt, da diese für die vorliegende Arbeit weniger zentral sind. Restkategorien werden nicht aufgeführt, da deren allgemeine Funktion bereits in Abschnitt 10.4.1.2 geklärt wurde und diese keinen inhaltlichen Zugewinn über die Explikation der übergeordneten Kategorie hinaus bedeuten, der sie jeweils zugeordnet sind.

11.3.1 System 1 „Semantische Relationen“

Das System 1 „Semantische Relationen“ wurde konstruiert, um Aussagen bezüglich der *begrifflichen Perspektive* auf die Hauptfrage (s. Kap. 8.2.1) abzubilden. Die im Codierungsprozess hier relevante Forschungsfrage I lautet: „*In welche semantischen Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?*“ Die Zuordnungsregel verlangt, dass Paraphrasen dann einer zu diesem System gehörigen Kategorie zugeordnet werden sollen, wenn sich aus diesen ein *semantischer Zusammenhang zum Begriff der Therapeutischen Haltung* rekonstruieren lässt. Die Oberkategorien (OKn) des Systems sind größtenteils theorie-, teils auch materialgeleitet entstanden (s.u.). Soweit im Forschungsteam konstruiert, beinhaltet das System sechs OKn mit zehn UKn erster Ebene sowie fünf UKn zweiter Ebene. In der Nachdifferenzierung (s. Kap. 10.4.2.3) wurden 46 weitere UKn zweiter Ebene materialgeleitet konstruiert. Abbildung 11.03 gibt einen Überblick des Systems 1 mit den im Forschungsteam konstruierten OKn und UKn erster Ebene.

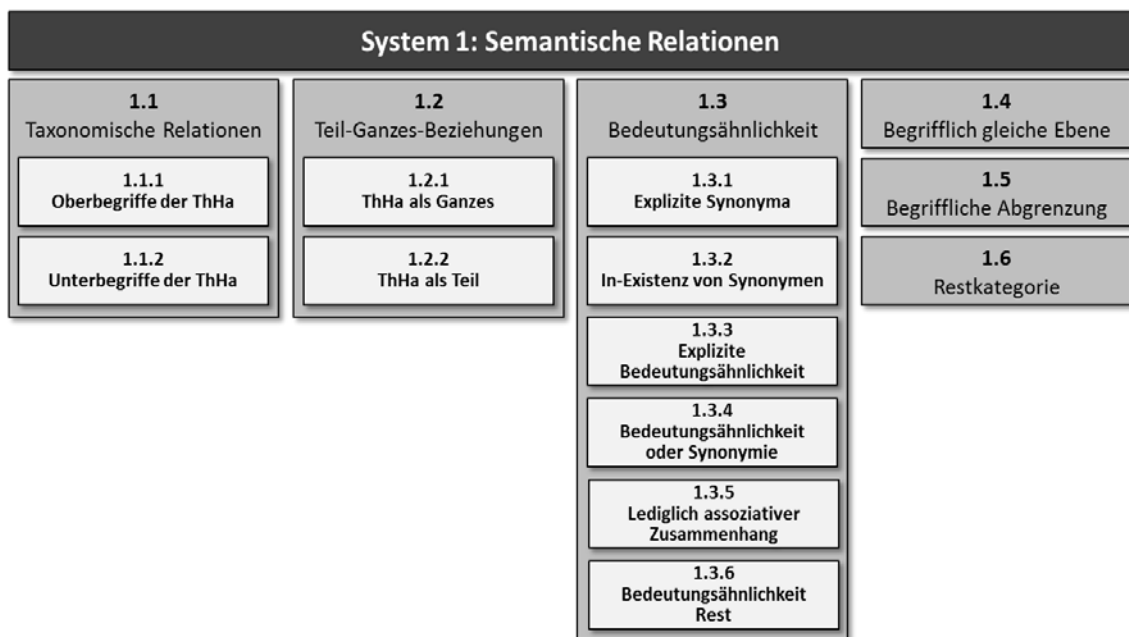


Abb. 11.03. OKn und UKn erster Ebene des Systems „Semantische Relationen“ im Überblick;

Die in Abbildung 11.03 aufgeführten OKn 1.1.-1.3. werden in den folgenden Abschnitten besprochen, da diese UKn erster, teilweise auch zweiter Ordnung beinhalten. Der unter Bezug zur Theorie (s. Kap. 4.2) entstandenen OK 1.4. „Begrifflich gleiche Ebene“ werden alle Paraphrasen zugeordnet, in denen Begriffe genannt werden, die sich als Ko-Hyponyme (vgl. Busse, 2009) rekonstruieren lassen. Im Gegensatz zu den anderen OKn dieses Systems ist OK 1.5. „Begriffliche Abgrenzung“ materialgeleitet konstruiert, da im Rahmen der Interviews immer wieder Aussagen getroffen wurden, in denen Begriffe in ihrer Bedeutung eindeutig vom Begriff der Therapeutischen Haltung abgegrenzt werden, ohne jedoch einer anderen semantischen Relation zugeordnet werden zu können. Folgende Paraphrase wurde als eines der Ankerbeispiele für OK 1.5. gewählt:

B2-06: Die ThHa und die Anwendung von Techniken sind etwas Unterschiedliches.

11.3.1.1 OK 1.1. "Taxonomische Relationen"

Die OK 1.1. „Taxonomische Relationen“ soll die Abbildung aller Paraphrasen gewährleisten, aus denen sich *taxonomischen Relationen* zum Begriff der Therapeutischen Haltung rekonstruieren lassen und korrespondiert mit Forschungsfrage I.1: „In welche *taxonomischen Relationen* ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?“. Ebenso wie die OK wurden die beiden explizierenden UKn erster Ebene *theoriegeleitet* konstruiert: Wie in Abschnitt 4.2 beschrieben lässt sich aus taxonomischen Relationen eine begriffliche Hierarchie (die *Taxonomie*) aufstellen, die sich über mehrere Ebenen nach unten oder oben fortspannen kann. Für die vorliegende Einordnung wurde lediglich die Ebene über und unter dem Begriff berücksichtigt. Die UKn erster Ebene sind dementsprechend die der „Oberbegriffe der ThHa“ (1.1.1.) und die der „Unterbegriffe der ThHa“ (1.1.2.). Tabelle 11.02 gibt einen Überblick der OK 1.1. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.02. UKn erster und zweiter Ebene der OK 1.1. „Taxonomische Relationen“;

1.1. TAXONOMISCHE RELATIONEN	
1.1.1. OBERBEGRIFFE DER THHA	1.1.1.1. Beziehungsgestaltung 1.1.1.2. Haltung/Einstellung 1.1.1.3. Rest 1.1.1.4. Fehlkodierung
1.1.2. UNTERBEGRIFFE DER THHA	1.1.2.1. PSYCHOANALYTISCHE HALTUNG 1.1.2.2. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE HALTUNG 1.1.2.3. HUMANISTISCHE HALTUNG 1.1.2.4. SYSTEMISCHE HALTUNG 1.1.2.5. UNTERBEGRIFFE REST

Wie aus Tabelle 11.02 ersichtlich wurden für UK 1.1.1. „Oberbegriffe der ThHa“ vier UKn zweiter Ebene in der Nachdifferenzierung *materialgeleitet* konstruiert. Inhaltlich relevant ist dabei z.B. UK 1.1.1.1., die Paraphrasen subsummiert, in welchen sich die Therapeutische Haltung als bestimmte Form (d.h. Unterbegriff) der Beziehungsgestaltung (als Oberbegriff) rekonstruieren lässt. Folgende Paraphrase soll diese Relation veranschaulichen (Erläuterung s. darunter):

B1-11: Die ThHa könnte man für einen Ausbildungskandidaten mit den Worten „Wie gehe ich auf den Patienten zu“ definieren

Diese Paraphrase lässt sich so umformulieren, dass die Therapeutische Haltung als eine *Art des Zugehens* auf eine *bestimmte Personengruppe* verstanden werden kann. Die Angabe der Personengruppe wäre in diesem Fall als *differenzierendes Merkmal* (s. Kap. 2.2.2.2) des prozesshaften *Oberbegriffs* „auf-jemanden-Zugehen“ zu interpretieren, der wiederum der *Kategorie* „Beziehungsgestaltung“ zugeordnet wird.

Für UK 1.1.2. „Unterbegriffe der ThHa“ wurden in einem *rekursiven Prozess theorie- und materialgeleiteter Konstruktion* fünf UKn zweiter Ebene erstellt. Materialgeleitet wurde im Forschungsteam beschlossen, dass der UK 1.1.2. Paraphrasen lediglich dann zugeordnet werden sollen, wenn diese explizite Spezifizierungen der (Therapeutischen) Haltung durch *Bezug zu einer theoretischen psychotherapeutischen Orientierung* enthalten, da eine Abgrenzung von inhaltlichen Dimensionen (s.u., Kap. 11.3.3) sonst nicht möglich wäre. Theoriegeleitet wurden dann die UKn 1.1.2.1.-1.1.2.4. als Kategorien möglicher Unterbegriffe des Oberbegriffs Therapeutische Haltung festgelegt, indem auf die in Lehrbüchern gängige Unterteilung psychotherapeutischer Traditionen (vgl. z.B. Kriz, 2007; Lutz et al., 2010) zurückgegriffen wurde. Folgende Paraphrase zu UK 1.1.2.1. „Psychoanalytische Haltung“ soll diese Relation veranschaulichen (Erläuterung s. darunter):

B3-03: Es gibt eine typische analytische Haltung. Diese analytische Haltung beinhaltet passives Verhalten, d.h. der Therapeut lässt den Klienten erzählen.

In dieser Paraphrase ist zudem der Unterschied zwischen einem Exemplar/Typ bzw. *Unterbegriff* und einer *inhaltlichen Dimension* der Therapeutischen Haltung nachzuvollziehen, wie er im Forschungsteam getroffen wurde. Die genannte „analytische Haltung“ (Unterbegriff der Therapeutischen Haltung) wird hier durch „passives Verhalten“ des Therapeuten (Passivität als inhaltliche Dimension, s.u., Kap. 11.3.3) spezifiziert.

11.3.1.2 OK 1.2. "Teil-Ganzes-Relationen"

Die OK 1.2. „Teil-Ganzes-Relation“ soll die Abbildung derjenigen Paraphrasen gewährleisten, aus denen sich *Teil-Ganzes-Relationen* zum Begriff der Therapeutischen Haltung rekonstruieren lassen und korrespondiert mit Forschungsfrage 1.2: „*In welche Teil-Ganzes-Relationen ist der Begriff der Therapeutischen Haltung eingebettet?*“. Ebenso wie diese OK wurden die beiden explizierenden UKn erster Ebene *theoriegeleitet* konstruiert: Wie in Abschnitt 4.2.2 beschrieben lässt sich aus Teil-Ganzes-Relationen eine begriffliche Hierarchie (die *Meronomie*) aufstellen, die sich wie die Taxonomie auch über mehrere Ebenen nach unten oder oben fortspannen kann. Für die vorliegende Einordnung wurde lediglich die Ebene über und unter dem Begriff berücksichtigt. Die UKn erster Ebene sind dementsprechend die der „ThHa als Ganzes“ (1.2.1.) und die der „ThHa als Teil“ (1.2.2.). Tabelle 11.03 gibt einen Überblick der OK 1.2. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.03. UKn erster und zweiter Ebene der OK 1.2. „Teil-Ganzes-Relationen“;

1.2. TEIL-GANZES-RELATIONEN	
1.2.1. THHA ALS GANZES	1.2.1.1. <i>Beziehung/Beziehungsgestaltung/Interaktion</i> 1.2.1.2. <i>Haltung/Einstellung</i> 1.2.1.3. <i>Prozessgestaltung/Rollenverständnis</i> 1.2.1.4. <i>Psychologische Grundbegriffe</i> 1.2.1.5. <i>Theoretische/philosophische Annahmen</i> 1.2.1.6. <i>Rest</i> 1.2.1.7. <i>Fehlcodierung</i>
1.2.2. THHA ALS TEIL	1.2.2.1. <i>Teil einer übergeordneten Haltung</i> 1.2.2.2. <i>Rest</i> 1.2.2.3. <i>Fehlcodierungen</i>

Wie aus Tabelle 11.03 ersichtlich wurden im Rahmen der Nachdifferenzierung insgesamt 10 UKn zweiter Ebene konstruiert, davon sieben unter UK 1.2.1. und drei unter UK 1.2.2.. Diese Nachdifferenzierung war aufgrund der unerwartet hohen Anzahl von 108 Codierungen in UK 1.2.1. aber auch wegen des inhaltlichen Interesses an konkreteren Vorstellungen davon, was als Ganzes bzw. Teil der Therapeutischen Haltung gesehen wird, notwendig geworden. Um die OK 1.2. zu veranschaulichen werden im Folgenden zwei Paraphrasen beispielhaft aufgeführt. Die erste Paraphrase wurde der UK 1.2.1. „ThHa als Ganze“ zugeordnet und im Rahmen der Nachdifferenzierung unter UK 1.2.1.1. „Beziehung/Beziehungsgestaltung/Interaktion“ codiert:

B2-06: Ein explizit als sehr ähnlich zum Begriff „ThHa“ bezeichneter Begriff ist u.a. Beziehungsangebot. Der Begriff „ThHa“ unterscheidet sich vom Begriff „Beziehungsangebot“, dadurch, dass der Begriff „ThHa“ breiter ist. Die ThHa schließt u.a. das Beziehungsangebot ein.

Die zweite Paraphrase wurde der UK 1.2.2. „ThHa als Teil“ zugeordnet und im Rahmen der Nachdifferenzierung unter UK 1.2.2.1. „Teil einer übergeordneten Haltung“ codiert:

B5-08: Die ThHa ist nur ein Teil der gesamten Haltung. Es trifft sicherlich für die meisten Menschen zu, dass die professionelle Haltung der Haltung zu anderen Dingen sehr ähnlich ist. Man ist im Beruf nicht total anders als zu Hause, weil man ähnliche Werte hat, nur unterschiedlich akzentuiert.

11.3.1.3 OK 1.3. "Bedeutungsähnlichkeit"

Die OK 1.3. „Bedeutungsähnlichkeit“ soll die Abbildung derjenigen Paraphrasen gewährleisten, in denen Begriffe als *bedeutungsähnlich* oder *-identisch* zum Begriff der Therapeutischen Haltung bezeichnet werden, oder sich in diesem Sinne rekonstruieren lassen. Die OK korrespondiert mit Forschungsfrage I.3 („*Welche Begriffe haben eine ähnliche oder identische Bedeutung wie die Therapeutische Haltung?*“). Diese Kategorie ist zwar theoriegeleitet konstruiert, aber weiter gefasst als ihre Bezeichnung in der Literatur (vgl. Busch & Stenschke, 2008), in welcher wohl eher die Bezeichnung „Übereinstimmung von Bedeutung“ (S. 189) verwendet würde. Der in der linguistischen Semantik enger gefasste Begriff der Bedeutungsähnlichkeit, korrespondiert allerdings mit UK 1.3.3. „Explizite Bedeu-

tungsähnlichkeit“. Die UKn erster Ebene wurden theorie- oder materialgeleitet konstruiert (s.u.). Tabelle 11.04 gibt einen Überblick der OK 1.3. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.04. UKn erster und zweiter Ebene der OK 1.3. „Bedeutungsähnlichkeit“;

1.3. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT	
1.3.1. EXPLIZITE SYNONYME	1.3.1.1. <i>Haltung/Einstellung</i> 1.3.1.2. <i>inhaltliche Dimensionen</i> 1.3.1.3. <i>Philosophie/Menschenbild</i> 1.3.1.4. <i>Therapie-/Prozess-/Beziehungsgestaltung</i> 1.3.1.5. <i>Rest</i>
1.3.2. IN-EXISTENZ VON SYNONYMEN	
1.3.3. EXPLIZITE BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT	1.3.3.1. <i>Beziehung/Beziehungsgestaltung</i> 1.3.3.2. <i>Haltung/Einstellung</i> 1.3.3.3. <i>inhaltliche Dimensionen/Unterbegriffe</i> 1.3.3.4. <i>Menschenbild/Philosophie/Werte</i> 1.3.3.5. <i>Psychologische Grundbegriffe</i> 1.3.3.6. <i>Therapie- und Rollenverständnis</i> 1.3.3.7. <i>Rest</i> 1.3.3.8. <i>Fehlcodierung</i>
1.3.4. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT ODER SYNONYMIE	1.3.4.1. <i>Beziehung/Beziehungsgestaltung</i> 1.3.4.2. <i>Haltung/Einstellung</i> 1.3.4.3. <i>inhaltliche Dimensionen/Unterbegriffe</i> 1.3.4.4. <i>Menschenbild/Philosophie/Werte</i> 1.3.4.5. <i>Psychologische Grundkonzepte</i> 1.3.4.6. <i>Therapie- und Rollenverständnis</i> 1.3.4.7. <i>Rest</i>
1.3.5. LEDIGLICH ASSOZIATIVER ZUSAMMENHANG	1.3.5.1. <i>Beziehung/Beziehungsgestaltung</i> 1.3.5.2. <i>formale/funktionale Aspekte der ThHa</i> 1.3.5.3. <i>Haltung/Einstellung</i> 1.3.5.4. <i>inhaltliche Dimensionen</i> 1.3.5.5. <i>konkrete Personen</i> 1.3.5.6. <i>Körperhaltung</i> 1.3.5.7. <i>Menschenbild/Philosophie</i> 1.3.5.8. <i>Psychologische Grundkonzepte</i> 1.3.5.9. <i>Therapeutenverhalten/-handeln</i> 1.3.5.10. <i>Therapie- und Rollenverständnis</i> 1.3.5.11. <i>Werte/Werthaltung</i> 1.3.5.12. <i>Rest</i>
1.3.6. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT REST	

Wie aus Tabelle 11.04 ersichtlich wurden im Rahmen der Nachdifferenzierung insgesamt 32 UKn zweiter Ebene konstruiert. Wie bei OK 1.2. war die Nachdifferenzierung sowohl aufgrund der unerwartet hohen Anzahl von 405 Codierungen in der gesamten OK 1.3. bzw. zwischen 35 bis 229 Codierungen in den UKn 1.3.1. und 1.3.3.-1.3.5., aber auch wegen des inhaltlichen Interesses an konkreteren Vorstellungen davon, in welchem Wortfeld die Therapeutische Haltung rekonstruiert werden kann. Um die OK 1.3. zu veranschaulichen werden im Folgenden fünf Paraphrasen beispielhaft für die UKn erster bzw. zweiter Ebene aufgeführt.

Die erste Paraphrase wurde der UK 1.3.1. „Explizite Synonyme“ zugeordnet und im Rahmen der Nachdifferenzierung unter UK 1.3.1.1. „Haltung/Einstellung“ codiert:

B4-07: Die Begriffe „ThHa“ und „Grundeinstellung“ können synonym verwendet werden

Die zweite Paraphrase wurde der materialgeleitet gebildeten UK 1.3.2. „In-Existenz“ zugeordnet die keiner Nachdifferenzierung bedurfte, da die Zuordnung selbst inhaltlich aussagekräftig ist und sich als Annahme der Einzigartigkeit des Begriffs der Therapeutischen Haltung bzw. Nichtverfügbarkeit synonyme Begriffe interpretieren lässt:

B1-08: Es gibt keine Synonyme der ThHa, da der Begriff sehr umfassend sei, "Vieles" dazugehöre.

Die dritte Paraphrase wurde der UK 1.3.3. „Explizite Bedeutungsähnlichkeit“ zugeordnet und im Rahmen der Nachdifferenzierung unter UK 1.3.3.5. „Psychologische Grundbegriffe“ codiert, die typische Konzepte psychologischer Grundlagenfächer abbildet:

B1-11: Der Begriff Intuition wird als dem der ThHa sehr ähnlich bezeichnet.

Die vierte Paraphrase wurde der UK 1.3.4. „Bedeutungsähnlichkeit oder Synonymie“ zugeordnet, die aufgrund einer unklaren Interviewfrage (ILF, C.6, zweite Hauptfrage: „*Welche Begriffe sind für Sie bedeutungsgleich mit der ThHa, oder sehr ähnlich?*“, s. Anhang D) mit entsprechend schwer einzuordnenden Antworten materialgeleitet konstruiert wurde. Die Zuordnung wird in diesem Fall insbesondere unter Bezugnahme zur vorigen Frage begründet. Im Rahmen der Nachdifferenzierung wurde folgende Paraphrase unter UK 1.3.4.4. „Menschenbild/ Philosophie/ Werte“ codiert:

B5-11: Der Begriff Menschenbild ist bedeutungsgleich mit ThHa oder sehr ähnlich.

Die fünfte Paraphrase wurde der UK 1.3.5. „Lediglich assoziativer Zusammenhang“ zugeordnet, die ebenfalls materialgeleitet unter Bezugnahme auf eine bestimmte Interviewfrage (ILF, C.1, Eröffnungsfrage: „*Was fällt Ihnen spontan zum Begriff „Therapeutische Haltung“ ein?*“, s. Anhang D) konstruiert wurde und im Rahmen der Nachdifferenzierung unter UK 1.3.5.6. „Körperhaltung“ codiert:

B1-03: Zum Begriff ThHa wird spontan körperliche Haltung assoziiert. Die körperliche Haltung wird spezifiziert als wie man sich jemandem gegenüber setzt oder stellt.

11.3.2 System 2 "Funktionale Relationen"

Das System 2 „Funktionale Relationen“ wurde konstruiert, um Aussagen bezüglich der *funktionalen bzw. kausalen Perspektive* auf die Hauptfrage (s. Kap. 8.2.2) abzubilden. Die im Codierungsprozess relevante Forschungsfrage II lautet dementsprechend: „*In welche funktionalen bzw. kausalen Relationen ist die Therapeutische Haltung eingebettet?*“ Die Zuordnungsregel verlangt, dass Paraphrasen dann einer zu diesem System gehörigen Kategorie zugeordnet werden sollen, wenn sich aus diesen die Einbettung der Therapeutischen Haltung in ein Wirkgefüge mit der „Struktur von Wenn-Dann-Aussagen“ (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010, S. 53) rekonstruieren lässt. Die OKn des Systems sind größtenteils theorie-, teils auch materialgeleitet entstanden (s.u.). Soweit im Forschungsteam konstruiert, bein-

haltet das System fünf OKn mit 15 UKn erster Ebene sowie 54 UKn zweiter Ebene und ist damit das umfangreichste System, was die Anzahl der Kategorien betrifft. In der Nachdifferenzierung (s. Kap. 10.4.2.3) wurden weitere 9 UKn zweiter sowie 93 UKn dritter Ebene materialgeleitet konstruiert. Abbildung 11.04 gibt einen Überblick des Systems „Funktionale Relationen“ mit den im Forschungsteam konstruierten Kategorien.

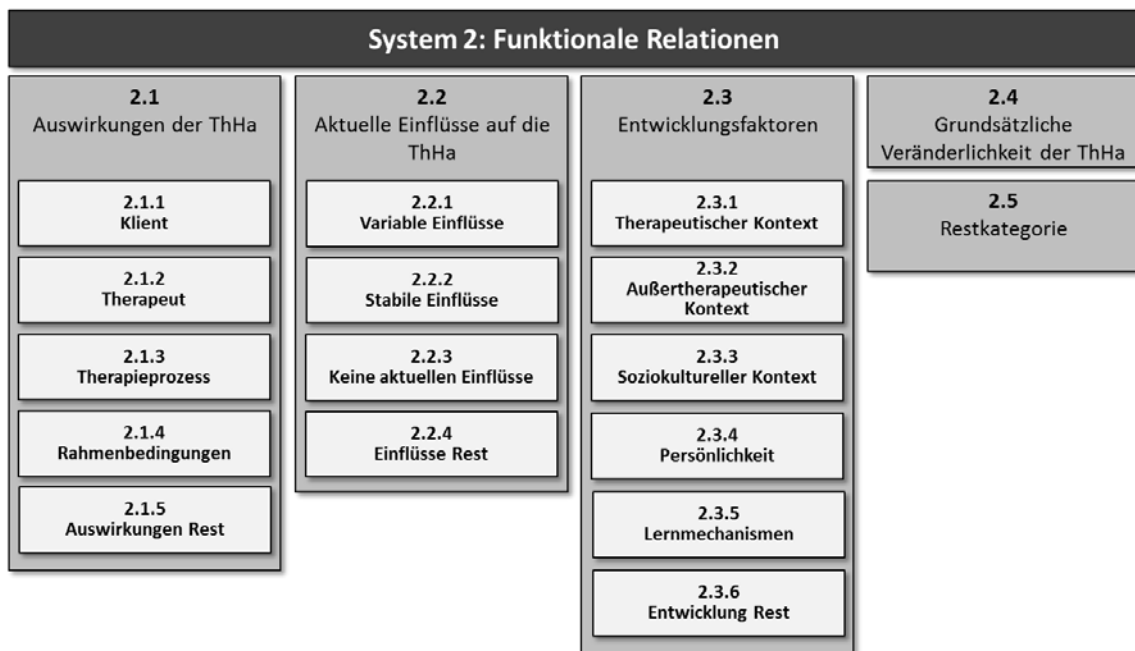


Abb. 11.04. System 2 „Funktionale Relationen“ im Überblick;

Die in Abbildung 11.04 aufgeführten OKn 2.1.-2.3. werden in den folgenden Abschnitten besprochen, da diese UKn erster, teilweise auch zweiter und dritter Ordnung beinhalten. Der materialgeleitet entstandenen OK 2.4. „Grundsätzliche Veränderbarkeit der ThHa“ werden alle Paraphrasen zugeordnet, die ausdrücken, dass sich die Haltung verändern kann. In der Zuordnungsregel wird gefordert, dass explizit von Veränderlichkeit, Dynamik, Stabilität, Entwicklung oder sinngemäßen Prozessbegriffen gesprochen wird. Es handelt sich hier nicht um kurzfristige Veränderungen bedingt durch momentane Einflüsse, sondern um Veränderungsprozesse, die als dauerhaft angesehen werden können. Folgende Paraphrase wurde als eines der Ankerbeispiele für OK 2.4. gewählt:

B5-05: Es wird angenommen, dass sich die ThHa wie das Selbst laufend entwickelt.

11.3.2.1 OK 2.1. "Auswirkungen der ThHa"

Die OK 2.1. „Auswirkungen der ThHa“ soll die Abbildung derjenigen Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen über die *funktionale/kausale Abhängigkeit* von Objekten, Variablen oder Prozessen zur *Therapeutischen Haltung als unabhängiger Variable* rekonstruieren lassen und korrespondiert mit Forschungsfrage II.1: „Auf welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirkt sich die Therapeutische Haltung aus?“. Ebenso wie diese OK wurden die beiden explizierenden UKn erster Ebene *theoriegeleitet* konstruiert: Wie in Abschnitt

5.2.2 beschrieben, werden im Allgemeinen Modell der Psychotherapie (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) Auswirkungen psychotherapeutischen Geschehens auf Klient, Therapeut, Therapieprozess oder Rahmenbedingungen unterschieden. Die UKn erster Ebene orientieren sich an dieser Unterteilung und bezeichnen dementsprechend Auswirkungen auf den „Klient“ (2.1.1.), den „Therapeut“ (2.1.2.), den „Therapieprozess“ (2.1.3.) und die „Rahmenbedingungen“ (2.1.4.) Tabelle 11.05 gibt einen Überblick der OK 2.1. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.05. UKn erster und zweiter Ebene der OK 2.1. „Auswirkungen der ThHa“;

2.1. AUSWIRKUNGEN DER THHA	
2.1.1. KLIENT	2.1.1.1. INNERHALB DER THERAPIE
	2.1.1.2. ÜBER DIE THERAPIE HINAUS
	2.1.1.3. AUSWIRKUNGEN KLIENT REST
2.1.2. THERAPEUT	2.1.2.1. INNERHALB DER THERAPIE
	2.1.2.2. ÜBER DIE THERAPIE HINAUS
	2.1.2.3. KEINE AUSWIRKUNGEN
	2.1.2.4. AUSWIRKUNGEN THERAPEUT REST
2.1.3. THERAPIEPROZESS	2.1.3.1. Interaktion allgemein
	2.1.3.2. Methoden
	2.1.3.3. Struktur/zeitlicher Rahmen
	2.1.3.4. therapeutische Beziehung
	2.1.3.5. therapeutischer Prozess allgemein
	2.1.3.6. Verständnis/Vertrauen/Sicherheit
	2.1.3.7. Veränderung/Erfolg der Therapie
	2.1.3.8. Rest
	2.1.3.9. Fehlkodierung
2.1.4. RAHMENBEDINGUNGEN	2.1.4.1. KOLLEGINNEN
	2.1.4.2. GESELLSCHAFT
	2.1.4.3. AUSWIRKUNGEN RAHMEN REST
2.1.5. AUSWIRKUNGEN REST	

Wie aus Tabelle 11.05 ersichtlich wurden nur in UK 2.1.3. „Therapieprozess“ im Rahmen der Nachdifferenzierung neun UKn zweiter Ebene konstruiert. Für die UK 2.1.4. „Rahmenbedingungen“ war ein solches Vorgehen nicht nötig. Um die UKn 2.1.3. und 2.1.4. zu veranschaulichen werden im Folgenden zwei Paraphrasen beispielhaft aufgeführt. Die erste Paraphrase wurde der UK 2.1.3. zugeordnet und im Rahmen der Nachdifferenzierung unter UK 2.1.3.6. „Verständnis/Vertrauen/Sicherheit“ codiert:

B2-12: Das Ziel der eigenen ThHa ist u.a., dass eine Atmosphäre des Vertrauens herrscht.

Die zweite Paraphrase wurde in UK 2.1.4. unter UK 2.1.4.2. „Gesellschaft“ codiert:

B1-05: Der ThHa wird ein Einfluss auf einen Kulturwandel in Deutschland zugeschrieben. Dieser sieht so aus, dass Patienten und die Gesellschaft Verantwortung übernehmen.

Für die vier der UKn zweiter Ebene in UK 2.1.1 und UK 2.1.2 (s.o. Tab. 11.05) wurden zudem insgesamt 49 UKn dritter Ebene in der Nachdifferenzierung konstruiert. Folgende Tabelle gibt einen Überblick der UKn 2.1.1. „Klient“ und 2.1.2. „Therapeut“ mit deren UKn zweiter Ebene und den nachdifferenzierten UKn dritter Ebene.

Tab. 11.06. UKn zweiter und dritter Ebene der UKn 2.1.1. „Klient“ und 2.1.2. „Therapeut“;

2.1.1. KLIENT	2.1.2. THERAPEUT
2.1.1.1. INNERHALB DER THERAPIE	2.1.2.1. INNERHALB DER THERAPIE
2.1.1.1.1. Affiliationsbedürfnis	2.1.2.1.1. Anstrengung/Energieaufwand/Belastbarkeit
2.1.1.1.2. Arbeitshaltung/Experimentierfreudigkeit	2.1.2.1.2. Art/Qualität der therapeutischen Arbeit
2.1.1.1.3. Autonomie/Selbstverantwortung	2.1.2.1.3. Bedürfnisbefriedigung/-regulation
2.1.1.1.4. emotionale Auswirkungen	2.1.2.1.4. Beziehungsgestaltung
2.1.1.1.5. Klärung/Bewusstwerden/Reflexion	2.1.2.1.5. emotionale Befindlichkeit/Spaß an der Arbeit
2.1.1.1.6. kommunikative Offenheit und Emotionsregulation	2.1.2.1.6. emotionale Offenheit/Distanz
2.1.1.1.7. Sicherheitsgefühl/Vertrauen	2.1.2.1.7. Optimierung/Routinisierung/Vereinfachung
2.1.1.1.8. Stress/Anspannung/Druck	2.1.2.1.8. Problem- und Therapieverständnis
2.1.1.1.9. therapeutische Wirkung/Fortschritt/Entwicklung	2.1.2.1.9. Schutz/Sicherheit in der Therapeutenrolle/Profess.
2.1.1.1.10. Therapieerwartungen/-verständnis	2.1.2.1.10. Selbstbeobachtung/-reflexion/-bewertung
2.1.1.1.11. Therapiemotivation	2.1.2.1.11. Verständnis/Informationsgewinn
2.1.1.1.12. Rest	2.1.2.1.12. Rest
2.1.1.1.13. Fehlkodierung	2.1.2.1.13 Fehlkodierung
2.1.1.2. ÜBER DIE THERAPIE HINAUS	2.1.2.2. ÜBER DIE THERAPIE HINAUS
2.1.1.2.1. allgemein Veränderung/Wirkung/Nutzen	2.1.2.2.1. berufliche/r Effektivität/Erfolg/Zufriedenheit
2.1.1.2.2. Autonomie/Selbstverantwortung/Kontrolle	2.1.2.2.2. Gesundheit/Wohlbefinden
2.1.1.2.3. Entwicklung/Entfaltung	2.1.2.2.3. Menschenbild/Klientenbild
2.1.1.2.4. Modelllernen	2.1.2.2.4. persönliche/s Wachstum/Entwicklung/Veränderung
2.1.1.2.5. Selbstachtung/Selbstakzeptanz/Selbstfürsorge	2.1.2.2.5. privates Umfeld, allgemein
2.1.1.2.6. Selbsterkenntnis/Reflexionsfähigkeit	2.1.2.2.6. Qualität und Gestaltung sozialer Beziehungen
2.1.1.2.7. Selbstwirksamkeit/Selbstwert/ Bewältigungsfähigk.	2.1.2.2.7. Selbstfürsorge
2.1.1.2.8. soziale Beziehungen/Sozialverhalten	2.1.2.2.8. Selbstreflexion
2.1.1.2.9. Symptomverbesserung/Gesundheit/Wohlfühlen	2.1.2.2.9. Rest
2.1.1.2.10. Therapieerwartung/-verständnis	2.1.2.2.10. Fehlkodierung
2.1.1.2.11. Veränderungsmotivation	
2.1.1.2.12. Rest	
2.1.1.2.13 Fehlkodierung	

Eine ausführlichere Darstellung dieser beiden UKn 2.1.1. und 2.1.2. würde den Rahmen sprengen, weswegen lediglich vier Paraphrasen (UKn dritter Ebene) als Beispiele zur Veranschaulichung dienen sollen. Die erste Paraphrase wurde der UK 2.1.1.1. „Innerhalb der Therapie“ zugeordnet und im Rahmen der Nachdifferenzierung unter UK 2.1.1.1.1. „Affiliationsbedürfnis“ codiert, worunter Aussagen fallen, die einen Zusammenhang zwischen Therapeutischer Haltung und der Befriedigung des Bindungs- oder Affiliationsbedürfnisses der Klienten rekonstruieren lassen:

B2-08: Eine Auswirkung einer ThHa im Allgemeinen ist u.a., dass der Patient sich angenommen fühlt.

Die zweite Paraphrase wurde der UK 2.1.1.1. „Über die Therapie hinaus“ zugeordnet, welche Auswirkungen auf den Klienten erfassen soll, die nicht lediglich die konkrete Therapiesituation, sondern z.B. das Privatleben, Berufsleben oder auch überdauernde Einstellungen z.B. gegenüber Psychotherapie betreffen. Innerhalb dieser UK wurde die Paraphrase unter Kategorie 2.1.1.2.2. „Autonomie/Selbstverantwortung/Kontrolle“ codiert:

B1-05: Die Weiterentwicklung durch die ThHa soll zur Folge haben, dass Klienten ihr Leben besser auf die Reihe kriegen.

Die dritte Paraphrase wurde unter UK 2.1.2. „Therapeut“ der UK 2.1.2.1. „Innerhalb der Therapie“ zugeordnet, die Aus- oder Rückwirkungen der Therapeutischen Haltung auf den

Therapeuten in der konkreten Therapiesituation abbilden soll. In der Nachdifferenzierung wurde dann die UK 2.1.2.1.5. „emotionale Befindlichkeit/Spaß an der Arbeit“ vergeben:

B2-10: Die ThHa ist die Basis, die zwar nicht jeden Tag gespürt wird, sich aber ständig u.a. auf das Befinden des Therapeuten in der Arbeit auswirkt.

Der vierten Paraphrase wurde UK 2.1.2.2. „Über die Therapie hinaus“ vergeben, die UK 2.1.2. „Therapeut“ untergeordnet ist. Hier sollen also Rückwirkungen der Therapeutischen Haltung auf den Therapeuten codiert werden, die über den konkreten Therapiekontext hinaus anhalten. Die Paraphrase wurde in der Nachdifferenzierung der UK 2.1.2.2.2. „Gesundheit/Wohlbefinden“ zugeordnet:

B4-03: Man kann als Therapeut durch eine ThHa geistig fit werden. Durch das Wahrnehmen der Patienten trainiert man als Therapeut sein Gehirn.

11.3.2.2 OK 2.2. "Aktuelle Einflüsse auf die ThHa"

Die OK 2.2. „Aktuelle Einflüsse auf die ThHa“ soll die Abbildung derjenigen Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen über *funktionale/kausale Einflüsse* von Objekten, Variablen oder Prozessen auf die *aktuelle Realisierung der Therapeutischen Haltung als abhängige Variable* rekonstruieren lassen und korrespondiert mit Forschungsfrage II.2: „Welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirken sich auf die Therapeutische Haltung (verstanden als State) aus?“. Die OK 2.2. wurde *theoriegeleitet* konstruiert, unter Bezugnahme auf die Abschnitt 5.2.2 im Allgemeinen Modell der Psychotherapie (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) beschriebenen vielfältigen Einflüsse und Rückwirkungen auf die im Therapieprozess aktivierten Handlungs-, Wahrnehmungs- und Bewertungstendenzen der Beteiligten, also auch der Therapeuten. Im Unterschied zu OK 2.3. (s. Kap. 11.3.2.3) steht hier die *aktuelle Realisierung der Therapeutischen Haltung im Sinne eines Zustandes* („personality state“; Mischel & Shoda, 2008, S. 219) im Vordergrund.

Um die Vielzahl der codierten Paraphrasen zu strukturieren wurden zunächst – ebenfalls theoriegeleitet – Ukn gebildet, die mögliche Einflüsse den schon unter OK 2.1. genutzten Faktoren „Therapeut“, „Klient“, „Qualität der Beziehung“ (unter OK 2.1. breiter als „Therapieprozess“ gefasst) und „Rahmenbedingungen“ zuordnen. Um die immer noch recht umfangreichen UKn weiter zu untergliedern, wurde eine die OK 2.2. letztendlich *explizierende Zwischenebene* eingezogen, welche dann die UKn erster Ebene 2.2.1. „Variable Einflüsse“, 2.2.2. „Stabile Einflüsse“ und 2.2.3. „Keine aktuellen Einflüsse“ beinhaltet. Tabelle 11.07 (s.u.) gibt zunächst einen Überblick der OK 2.2. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.07. UKn erster und zweiter Ebene der OK 2.2. „Aktuelle Einflüsse auf die ThHa“;

2.2. AKTUELLE EINFLÜSSE AUF DIE THHA	
2.2.1. VARIABLE EINFLÜSSE	2.2.1.1. THERAPEUT
	2.2.1.2. KLIENT
	2.2.1.3. QUALITÄT DER BEZIEHUNG
	2.2.1.4. RAHMENBEDINGUNGEN
	2.2.1.5. EINFLÜSSE VARIABEL REST
2.2.2. STABILE EINFLÜSSE	2.2.2.1. THERAPEUT
	2.2.2.2. RAHMENBEDINGUNGEN
	2.2.2.3. EINFLÜSSE STABIL REST
2.2.3. KEINE AKTUELLEN EINFLÜSSE	
2.2.4. EINFLÜSSE REST	

Der ersten Kategorie der Zwischenebenen UK 2.2.1 werden Paraphrasen zugeordnet, die Einflüsse von relativ geringer Zeitdauer beschreiben, deren Ausprägung variabel ist und die sich typischerweise in einem gegebenen psychotherapeutischen Setting häufig ändern, wie z.B. die persönlichen Eigenschaften von Klienten (die ja von Klient zu Klient unterschiedlich sind), oder die Stimmung des Therapeuten. Unter der zweiten Kategorie UK 2.2.2. werden hingegen Aussagen codiert, die sich im Sinne zeitlich relativ stabiler bzw. schwer veränderbarer Einflüsse rekonstruieren lassen, wie z.B. der institutionelle Rahmen, vor dessen Hintergrund eine Therapie stattfindet, oder relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale der Therapeuten.

Lediglich die ebenfalls materialgeleitet entstandene UK 2.2.3 „Keine aktuellen Einflüsse“, wurde weder im gemeinsamen Konstruktionsprozess noch der Nachdifferenzierung durch weitere UKn expliziert. Dieser werden alle Paraphrasen zugeordnet, die ausdrücken, dass von einer aktuellen Beeinflussbarkeit der Therapeutischen Haltung nicht auszugehen sei. Folgende Paraphrase wurde als ein Ankerbeispiel für UK 2.2.3. gewählt:

B4-07: Die ThHa unterscheidet sich nicht in verschiedenen Sitzungen. Die ThHa wird als GrundsatzEinstellung, die sich nicht von Sitzung zu Sitzung ändert, verstanden. [...]

Für fünf der in der obigen Tabelle 11.07 aufgeführten UKn zweiter Ebene wurden in der Nachdifferenzierung UKn dritter Ebene konstruiert. Folgende Tabellen 11.08 und 11.09 führen diese UKn dritter Ebene im Kontext ihrer übergeordneten Kategorien auf.

Tab. 11.08. UK 2.2.1. „Variable Einflüsse“ mit UKn zweiter und dritter Ebene;

2.2.1. VARIABLE EINFLÜSSE		
2.2.1.1. THERAPEUT	2.2.1.2. KLIENT	2.2.1.4. RAHMENBEDINGUNGEN
2.2.1.1.1. Annahmen über Person/Anliegen/ Problem des Klienten	2.2.1.2.1. Art & Ausmaß der Problematik	2.2.1.4.1. Dritte/Institutionen
2.2.1.1.2. emotional-motivationale Verfassung/ Stimmung	2.2.1.2.2. Einstellung/Bedürfnislage/ Lebenssituation	2.2.1.4.2. Kollegen
2.2.1.1.3. körperliche Verfassung/ Gesundheit	2.2.1.2.4. Patient/Klient/Gegenüber allgemein	2.2.1.4.3. räumliche Umgebung
2.2.1.1.4. Lebensereignisse/persönliche und berufliche Belastungen	2.2.1.2.5. Persönlichkeitsstil/ Interaktionsverhalten	2.2.1.4.4. zeitliche Organisation
2.2.1.1.5. Reflexion/Erinnerung	2.2.1.2.6. Soziodemographische Merkmale	2.2.1.4.5. Rest
2.2.1.1.6. Selbstfürsorge/Selbstregulation/ Arbeitsorganisation	2.2.1.2.7. Sympathie	2.2.1.4.6. Fehlkodierung
2.2.1.1.7. Verfassung/Befinden allgemein	2.2.1.2.8. Therapiemotivation/ Arbeitshaltung/Compliance	
2.2.1.1.8. Rest	2.2.1.2.9. Ziele/Themen/Erwartungen	
2.2.1.1.9. Fehlkodierung	2.2.1.2.10. Rest	
	2.2.1.2.11. Fehlkodierung	

Tab. 11.09. UK 2.2.2. „Stabile Einflüsse“ mit UKn zweiter und dritter Ebene;

2.2.2. STABILE EINFLÜSSE	
2.2.2.1. THERAPEUT	2.2.2.2. RAHMENBEDINGUNGEN
2.2.2.1.1. Bedürfnisse/Bedürfnisbefriedigung	2.2.2.2.1. Arbeitsbelastung
2.2.2.1.2. Klienten- und berufsbezogene Einstellungen	2.2.2.2.2. institutioneller Kontext
2.2.2.1.3. Lebens-/Berufserfahrungen	2.2.2.2.3. Modalität/Setting
2.2.2.1.4. Menschenbild/Weltanschauung	2.2.2.2.4. Supervision/Intervision
2.2.2.1.5. moralische Werte	2.2.2.2.5. wirtschaftlicher Rahmen
2.2.2.1.6. Persönlichkeit/Eigenschaften/Interaktionsstil	2.2.2.2.6. Rest
2.2.2.1.7. Selbstfürsorge/Selbstreflexion	2.2.2.2.7. Fehlkodierung
2.2.2.1.8. soziodemographische und körperliche Merkmale	
2.2.2.1.9. Störungs-/Veränderungs-/Gesundheitsverständnis	
2.2.2.1.10. Rest	
2.2.2.1.11. Fehlkodierung	

Um die in den Tabellen 11.08 und 11.09 im Kontext ihrer explizierenden UKn zweiter und dritter Ebene dargestellten UKn 2.2.1. „Variable Einflüsse“ und 2.2.2. „Stabile Einflüsse“ zu veranschaulichen werden im Folgenden fünf Paraphrasen beispielhaft aufgeführt. Die erste Paraphrase wurde der UK 2.2.1.1. „Therapeut“ zugeordnet, die dem Therapeuten zuschreibbare variable Einflüsse auf die Therapeutische Haltung abbilden soll. Im Rahmen der Nachdifferenzierung wurde selbige dann unter UK 2.2.1.1.2. „emotional-motivationale Verfassung/Stimmung“ codiert:

B3-07: Aufregung aufseiten des Therapeuten beeinflusst u.a. seine ThHa in aktuellen Situationen. Durch Aufregung kann es u.a. zur Abweichung vom Ideal der ThHa kommen.

Als dem Klienten (UK 2.2.1.2.) zuschreibbarer variabler Einfluss (UK 2.2.2.) wurde folgende Paraphrase in der Nachdifferenzierung der UK dritter Ebene 2.2.1.2.5. „Persönlichkeitsstil/ Interaktionsverhalten“ zugeordnet:

B2-12: Ein aktueller Einfluss auf die ThHa sind u.a. bestimmte Züge von Klienten.

Als variabler, den Rahmenbedingungen zuordenbarer Einfluss wurde die nächste Paraphrase in der Nachdifferenzierung unter 2.2.1.4.4. „zeitliche Organisation“ codiert:

B5-12: Man hat im Klinikkontext oft ganz viele Klienten hintereinander, auch in Sitzungen, in denen man merkt, dass man sehr erschöpft ist.

Die folgende Paraphrase wurde der UK 2.2.2.1.4. „Menschenbild/Weltanschauung“ zugeordnet, die in der Nachdifferenzierung der stabile Einflüsse spezifizierenden UK 2.2.2.1. „Therapeut“ konstruiert wurde:

B2-07: Philosophisch gesehen, zeigt sich in der ThHa auch eine Grundhaltung gegenüber dem Leben im Allgemeinen. Die Grundhaltung gegenüber dem Leben kann optimistisch oder pessimistisch sein.

Die fünfte und letzte der Beispiel-Paraphrasen wurde der in der Nachdifferenzierung entstandenen UK 2.2.2.2.2. „institutioneller Kontext“ zugeordnet:

B5-03: Die eigenen ThHa kann durch eine Veränderung der Haltung der Einrichtung in der man arbeitet verändert werden.

11.3.2.3 OK 2.3. "Entwicklungsfaktoren"

Die OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“ soll die Abbildung von Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen über die *funktionalen/kausalen Einflüsse* von Objekten, Variablen oder Prozessen auf die *relativ überdauernde Struktur der Therapeutischen Haltung als abhängige Variable* rekonstruieren lassen und korrespondiert mit Forschungsfrage II.2: „*Welche Objekte, Variablen oder Prozesse wirken sich auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (verstanden als Trait) aus?*“.

Wie OK 2.2. wurde auch OK 2.3. *theoriegeleitet* konstruiert, ebenfalls unter Bezugnahme auf die in Abschnitt 5.2.2 im Allgemeinen Modell der Psychotherapie (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) beschriebenen vielfältigen Einflüsse und Rückwirkungen auf die im Therapieprozess aktivierten Handlungs-, Wahrnehmungs- und Bewertungstendenzen des Therapeuten. Im Unterschied zu OK 2.2. (s. Kap. 11.3.2.2) steht hier die Therapeutische Haltung im Sinne eines *relativ überdauernden Persönlichkeitsmerkmals* („personality trait“; Asendorpf, 2007, S. 475) im Vordergrund. Tabelle 11.10 gibt zunächst einen Überblick der OK 2.3. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.10. UKn erster und zweiter Ebene der OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“;

2.3. ENTWICKLUNGSFAKTOREN	
2.3.1. THERAPEUTISCHER KONTEXT	2.3.1.1. KLIENTENKONTAKT 2.3.1.2. INTERVISION 2.3.1.3. SUPERVISION 2.3.1.4. SELBSTERFAHRUNG 2.3.1.5. KOLLEGEN 2.3.1.6. EXPLIZITE THERAPEUTISCHE VORBILDER 2.3.1.7. HOSPITATION 2.3.1.8. THEORIEAUSBILDUNG/SEMINARE 2.3.1.9. FORT- UND WEITERBILDUNG 2.3.1.10. EIGENE LEHRTÄTIGKEIT 2.3.1.11. FACHLITERATUR 2.3.1.12. RAHMENBEDINGUNGEN 2.3.1.13. AUSBILDUNG ALLGEMEIN 2.3.1.14. TRENDS IN DER PSYCHOTHERAPIE 2.3.1.15. ENTWICKLUNG THERAPIE REST
2.3.2. AUSSERTHERAPEUTISCHER KONTEXT	2.3.2.1. FAMILÄRE ERZIEHUNGSERFAHRUNGEN 2.3.2.2. SCHULISCHE ERZIEHUNGSERFAHRUNGEN 2.3.2.3. BEDEUTENDE BEGEGNUNGEN 2.3.2.4. BERUF, STUDIUM UND BILDUNG 2.3.2.5. ELTERN SCHAFT 2.3.2.6. PARTNERSCHAFT 2.3.2.7. KRITISCHE LEBENSEREIGNISSE 2.3.2.8. LEBENSERFAHRUNGEN (N.N.B.) 2.3.2.9. ENTWICKLUNG AUSSERTHERAPEUTISCH REST
2.3.3. SOZIOKULTURELLER KONTEXT	2.3.3.1. MEDIEN 2.3.3.2. POLITISCHES SYSTEM 2.3.3.3. GESUNDHEITSSYSTEM 2.3.3.4. KULTUR 2.3.3.5. RELIGION 2.3.3.6. SOZIOKULTURELLER KONTEXT (N.N.B.) 2.3.3.7. ENTWICKLUNG SOZIOKULTURELL REST
2.3.4. PERSÖNLICHKEIT	2.3.4.1. TEMPERAMENT/BIOLOGIE/GENETIK 2.3.4.2. INTERESSEN/HOBBYS 2.3.4.3. WERTE/EINSTELLUNGEN/BEDÜRFNISSE 2.3.4.4. PERSÖNLICHKEIT (N.N.B.) 2.3.4.5. ENTWICKLUNG PERSÖNLICHKEIT REST
2.3.5. LERNMECHANISMEN	2.3.5.1. LERNEN AM MODELL 2.3.5.2. LERNEN DURCH VERSTÄRKUNG 2.3.5.3. LERNEN REST
2.3.6. ENTWICKLUNG REST	

Die in der Tabelle 11.10 (s.o.) dargestellten UKn erster Ebene wurden teils materialgeleitet konstruiert, wie die UKn 2.3.1. „Therapeutischer Kontext“, 2.3.2. „Außertherapeutischer Kontext“ und 2.3.5. „Lernmechanismen“. Teils wurden sie auch in einem rekursiven Prozess materialgeleiteter Kategorienbildung und theoriegeleiteter Präzisierung (z.B. im Sinne typischer Entwicklungsfaktoren; vgl. Pinquart, 2011) erstellt. Letzteres Vorgehen wurde auch bezüglich der meisten UKn zweiter Ebene praktiziert. Da die UKn zweiter Ebene bereits inhaltlich interpretierbar waren, war eine Nachdifferenzierung nicht nötig. Um OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“ zu veranschaulichen werden im Folgenden fünf Paraphrasen beispielhaft für die UKn erster Ebene (s.o., Tab. 11.10) aufgeführt. Die erste Paraphrase wurde der UK 2.3.1. „Therapeutischer Kontext“ zugeordnet und dort unter UK 2.3.1.6. „Explizite therapeutische Vorbilder“ codiert:

B4-05: Der eigene Lehrtherapeut kann Einfluss auf die Entwicklung einer ThHa nehmen. [...]

Die folgende Paraphrase wurde UK 2.3.2. „Außertherapeutischer Kontext“ zugeordnet und dort unter UK 2.3.2.3. „Bedeutende Begegnungen“ codiert:

B1-14: Ein Meditationslehrer wird außerdem als Faktor, der die Entwicklung der eigenen ThHa beeinflusste genannt.

Die folgende Paraphrase wurde der UK 2.3.3. „Soziokultureller Kontext“ zugeordnet und unter UK 2.3.3.4. „Kultur“ codiert:

B3-08: Der kulturelle Hintergrund ist ein allgemeiner Einflussfaktor auf die ThHa.

Die folgende Paraphrase wird als Ankerbeispiel der UK 2.3.4.2. „Interessen/Hobbys“ innerhalb der UK 2.3.4. „Persönlichkeit“ aufgeführt:

B4-09: Das Hobby, z.B. Malen oder Figuren darstellen, können die Entwicklung einer ThHa beeinflussen. Man braucht das Hobby auch zur Psychohygiene.

Die fünfte und letzte Beispiel-Paraphrase wird unter UK 2.3.5. „Lernmechanismen“ als Ankerbeispiel der UK 2.3.5.2. „Lernen durch Verstärkung“ angegeben:

B2-06: Therapeuten erhalten direkt oder indirekt Feedback vom Patienten darüber, was passt und was nicht passt. Im Sinne der Skinner'schen Theorie wird das, was erfolgreich ist, immer wieder gemacht.

11.3.3 System 3 "Inhaltliche Dimensionen"

Das System 3 „Inhaltliche Dimensionen“ wurde konstruiert, um Aussagen bezüglich der *eigenschaftsbezogenen Perspektive* auf die Hauptfrage (s. Kap. 8.2.3) abzubilden. Die im Codierungsprozess relevante Forschungsfrage III lautet dementsprechend: „*Mit Hilfe welcher Eigenschaften lässt sich der Begriff der Therapeutischen Haltung spezifizieren?*“ Die Zuordnungsregel verlangt, dass Paraphrasen dann einer zu diesem System gehörigen Kategorie zugeordnet werden sollen, wenn sich aus diesen die *Art und Weise in der sich die Therapeutische Haltung auf etwas bezieht* rekonstruieren lässt. Im Prinzip könnte das System 3 auch als *Subsystem des Systems 1* und in engem Bezug zur dortigen OK 1.1. „Taxonomische Relationen“ (s. Kap. 11.3.1.1) verstanden werden, da es sich mit *Merkmalen* beschäftigt, die *Haltungstypen* (Unterbegriffe des Oberbegriffs „Therapeutische Haltung“) *spezifizieren*, d.h. deren Unterschiede kennzeichnen. Mit Bezug zur Forschungsfrage III, die von herausgehobenem inhaltlichen Interesse ist, sowie aus ökonomischen Gründen (ein einzelnes System sollte nicht zu ausufernd sein) wurde ein Herauslösung des Systems 3 aus dem eigentlichen Kontext (System 1) als sinnvoll angesehen (s. Diskussion, Kap. 14).

Alle Kategorien (OKn wie UKn) wurden *materialgeleitet* im Forschungsteam ohne Nachdifferenzierung entwickelt. Dabei diente zur Konstruktion der OKn allerdings die schon öfter genutzte Unterscheidung der am Therapiegeschehen Beteiligten (Klient, Therapeut) vom Therapieprozess. Die OKn wurden, ähnlich den UKn 2.2.1. und 2.2.2. (s. Kap. 11.3.2.2), als

eine Art *Zwischenebene zur Strukturierung* der ansonsten unüberschaubaren Anzahl der nun die UKn erster Ebene bildenden Kategorien entwickelt. Dabei ist bezüglich dieser materialgeleiteten Gruppierung durch die OKn darauf hinzuweisen, dass sich vermutlich alle darunter fallenden UKn erster Ebene *mehr oder weniger klienten-, therapeuten- oder therapieprozessbezogen* definieren ließen (s. Diskussion, Kap. 14).

Ebenfalls materialgeleitet ergab sich die letztlich für die Explikation aller UKn erster Ebene übernommene Annahme, dass sich die Therapeutische Haltung anhand von *dimensionalen Eigenschaften* charakterisieren ließe. Bei der Explizierung der Kategorien im Sinne der oben beschriebenen Struktur (s. Kap. 11.2.3) wurde darauf geachtet weniger auf therapieschulenspezifisches Vokabular zurückzugreifen, sondern wo möglich auf Definitionen gängiger Wörterbücher. Das System beinhaltet 26 UKn erster Ebene die vier OKn zugeordnet sind. Abbildung 11.05 gibt einen Überblick des Systems „Inhaltliche Dimensionen“ mit den im Forschungsteam konstruierten Kategorien.

System 3: Inhaltliche Dimensionen			
3.1 Klientenbezogen	3.2 Therapeutenbezogen	3.3 Therapieprozessbezogen	3.4 Restkategorie
3.1.1 Respekt	3.2.1 Authentizität/Echtheit	3.3.1 Transparenz	
3.1.2 Wertschätzung/Zuneigung	3.2.2 Konzentration/achtsame Wahrnehmung	3.3.2 Individuelles Eingehen	
3.1.3 Akzeptanz/Enthaltung	3.2.3 Reflektion/Selbstkritik	3.3.3 Konfrontation	
3.1.4 Empathie/Interesse	3.2.4 Dogmatismus/ Schulendenken	3.3.4 Klarheit der Rahmenbedingungen	
3.1.5 Ressourcenorientierung	3.2.5 Fachwissen	3.3.5 Emotionale und körperliche Distanz	
3.1.6 Dimensionen Klient Rest	3.2.6 Selbstfürsorge/ Psychohygiene	3.3.6 Kooperation/verteilte Expertise	
	3.2.7 Selbstöffnung	3.3.7 Direktivität - Nondirektivität	
	3.2.8 Offenheit	3.3.8 Problem-/ Lösungsorientierung	
	3.2.9 Aktivität/Engagement	3.3.9 Dimensionen Prozess Rest	
	3.2.10 Unterstützung/Hilfe		
	3.2.11 Dimensionen Therapeut Rest		

Abb. 11.05. System 3 „Inhaltliche Dimensionen“ im Überblick;

11.3.3.1 OK 3.1. "Klientenbezogen"

Die OK 3.1. „Klientenbezogen“ soll die Abbildung aller Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen über *auf den Klienten bezogene inhaltliche Dimensionen der Therapeutischen Haltung* rekonstruieren lassen. Diese Kategorie gruppiert insgesamt sechs UKn erster Ebene (s.o., Abb. 11.05). Zur Veranschaulichung der OK 3.1. sollen im Folgenden zwei der

diese explizierenden UKn anhand von Ankerbeispielen und deren Interpretation dargestellt werden. Die erste Paraphrase wurde als Ankerbeispiel für UK 3.1.1. „Respekt“ gewählt, da sich diese als Aussage über die Positionierung auf einer Dimension interpretieren lässt, anhand derer die Therapeutische Haltung inhaltlich beschrieben werden kann (z.B. „Achtung vor dem Wert des Gegenüber“; deswegen UK 3.1.1.) und die sich auf den Klienten (dessen Wert) bezieht (deswegen OK 3.1.):

B1-07: Außerdem gehört es zum Ideal der ThHa achtungsvoll zu sein.

Die folgende Paraphrase wurde als Ankerbeispiel für UK 3.1.3. „Akzeptanz/Enthaltung“ gewählt. Sie lässt sich als Feststellung der Möglichkeit rekonstruieren, die Therapeutischen Haltung im Sinne einer Dimension inhaltlich zu charakterisieren, die als „Akzeptanz“ bezeichnet wird (daher Codierung unter UK 3.1.3.) und sich auf das Gegenüber bezieht (daher OK 3.1.):

B1-08: Akzeptanz wird umschrieben als ein Akzeptieren des Patienten, egal was er macht.

11.3.3.2 OK 3.2. "Therapeutenbezogen"

Die OK 3.2. „Therapeutenbezogen“ soll die Abbildung aller Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen über *auf den Therapeuten bezogene inhaltliche Dimensionen der Therapeutischen Haltung* rekonstruieren lassen. Bezug nehmen kann die Haltung hier auf den Therapeuten als Person, Aspekte seines psychischen Geschehens oder Verhaltens. Diese Kategorie gruppiert insgesamt elf UKn erster Ebene (s.o., Abb. 11.05). Zur Veranschaulichung der OK 3.2. sollen im Folgenden drei der diese explizierenden UKn anhand von Ankerbeispielen und deren Interpretation dargestellt werden. Die zunächst folgende Paraphrase wurde als Ankerbeispiel für UK 3.2.1. „Authentizität/Echtheit“ gewählt, da sich aus dieser eine inhaltliche Dimension der Therapeutischen Haltung rekonstruieren lässt, die sich auf das eigene Verhalten des Therapeuten bezieht (deswegen OK 3.2.) und als „authentisch“ charakterisiert wird (deswegen UK 3.2.1.):

B3-08: Sich als Therapeut authentisch zu präsentieren ist eine Dimension der ThHa.

Die folgende Paraphrase, die als Ankerbeispiel für UK 3.2.4. „Dogmatismus/ Schulendenken“ gewählt wurde, lässt sich als Aussage über eine bestimmte Position auf einer inhaltlichen Dimension (z.B. „Strenge der Orientierung an einer Therapierichtung“, deswegen UK 3.2.4.) der Therapeutischen Haltung rekonstruieren, die sich auf die rationale Handlungsrechtfertigung des Therapeuten bezieht (deswegen OK 3.2.):

B4-02: Eine ThHa, die zu auf eine strenge Therapierichtung oder einen Modus festgelegt ist, ist wahrscheinlich ungeeignet und wird abgelehnt.

Die letzte Paraphrase wurde als Ankerbeispiel für UK 3.2.6. „Selbstfürsorge/ Psychohygiene“ gewählt, da diese im Sinne einer Aussage über eine inhaltliche Dimension der Thera-

peutischen Haltung rekonstruiert werden kann, die sich auf Wahrnehmung und Verhalten des Therapeuten sich selbst gegenüber bezieht (deswegen OK 3.2.) sowie als „auf sich selbst achtend“ umschrieben werden kann (deswegen UK 3.2.6.):

B4-09: In solchen Fällen kann man die Haltung haben, dass man sehr achtsam mit sich umgehen muss.

11.3.3.3 OK 3.3. "Therapieprozessbezogen"

Die OK 3.3. „Therapieprozessbezogen“ soll die Abbildung aller Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen über *auf den Therapieprozess bezogene inhaltliche Dimensionen der Therapeutischen Haltung* rekonstruieren lassen. Zur Bestimmung der Zuordnung wird ein Begriff des Therapieprozesses genutzt, der weiter gefasst ist, als der in Abschnitt 5.2.2 unter Rückgriff auf Orlinsky, Rønnestad und Willutzki (2004) beschriebene. Hier sollen auch der therapeutische Rahmen (z.B. Behandlungsmodell), die therapeutische Beziehung, die eingesetzten Verfahren und Techniken (therapeutische Interventionen) oder das Festlegen der Behandlungsziele als mögliche Bezugspunkte der Therapeutischen Haltung berücksichtigt werden. Diese Kategorie gruppiert insgesamt neun UKn erster Ebene (s.o., Abb. 11.05). Zur Veranschaulichung der OK 3.3. sollen im Folgenden drei der diese explizierenden UKn anhand von Ankerbeispielen und deren Interpretation dargestellt werden. Die erste der Paraphrasen wurde als *Ankerbeispiel für UK 3.3.2. „Individuelles Eingehen“* gewählt, da sich aus dieser eine Dimension (sofern „mit Manualen arbeiten“ dimensional als ein sich mehr oder weniger an Manualen orientieren verstanden wird) der Therapeutischen Haltung rekonstruieren lässt, die sich auf den Therapieprozess (i.w.S.) bezieht (daher OK 3.3.) und diesen anhand dessen Individualisierungsgrads (hier: „mit Manual arbeiten“ als geringer Grad) inhaltlich charakterisiert (daher UK 3.3.2.):

B2-03: Ein Aspekt der ThHa ist u.a., mit Manualen zu arbeiten, was sozial erwünscht ist, weil es professioneller wirkt.

Als *Ankerbeispiel für UK 3.3.4. „Klarheit der Rahmenbedingungen“* wurde die unten folgende Paraphrase gewählt. Auch aus dieser lässt sich eine Aussage bezüglich einer abstrakten inhaltlichen Dimension der Therapeutischen Haltung rekonstruieren. Als Bezugspunkt kann ein Aspekt des Therapieprozesses (die Therapiedauer) identifiziert werden, wobei zudem der Umgang mit dieser Rahmenbedingung („immer (...) sagen, dass...“) als Positionierung auf einer Dimension der Klarheit (daher UK 3.3.4) verstanden wird:

B2-08: Die eigene ThHa besteht u.a. immer darin, zu sagen, dass die Therapiedauer offen ist. Die eigene ThHa besteht u.a. immer darin, zu sagen, dass die Therapiedauer so sein wird, wie es für den Betroffenen passt.

Die letzte Paraphrase wurde als *Ankerbeispiel für UK 3.3.6. „Kooperation/Verteilte Expertise“* gewählt. Gegenstand dieser als Aussage zu einer inhaltlichen Dimension rekonstruierbaren Paraphrase ist die Rollendefinition als Aspekt des therapeutischen Prozesses

(daher OK 3.3.), auf welche hinsichtlich der Art der Expertenschaft der Beteiligten Bezug genommen wird (daher UK 3.3.6.):

B2-03: Die Rolle des Therapeuten in der idealen ThHa ist partnerschaftlich. Eine partnerschaftliche Rolle des Therapeuten meint, dass beide Experten sind, was dem Patienten häufig gesagt wird. Die Expertenschaft des Therapeuten bezieht sich auf das theoretische Wissen. Der Patient ist auf andere Art und Weise ein Experte. Weil sowohl Therapeut als auch Patient Experten sind, erarbeiten sie gemeinsam ein Problem.

11.3.4 System 4 "Erfassbarkeit"

Das System 4 „Erfassbarkeit“ wurde konstruiert, um Aussagen bezüglich der *Beobachtbarkeitsperspektive* auf die Hauptfrage (s. Kap. 8.2.4) abzubilden. Die im Codierungsprozess relevante Forschungsfrage IV lautet dementsprechend: „*Wie kann die Therapeutische Haltung erfasst werden?*“ Die Zuordnungsregel verlangt, dass Paraphrasen dann einer zu diesem System gehörigen Kategorie zugeordnet werden sollen, wenn sich aus diesen Aussagen bezüglich der Erfassbarkeit der Therapeutischen Haltung rekonstruieren lassen. Die OKn des Systems sind theoriegeleitet, orientiert an den die Forschungsfrage IV differenzierenden Fragen IV.1-IV.3 entstanden und wurden ausschließlich im Forschungsteam konstruiert. Das System beinhaltet vier OKn mit 19 UKn erster sowie 52 UKn zweiter Ebene. Abbildung 11.06 gibt einen Überblick der OKn und UKn erster Ebene des Systems „Erfassbarkeit“.

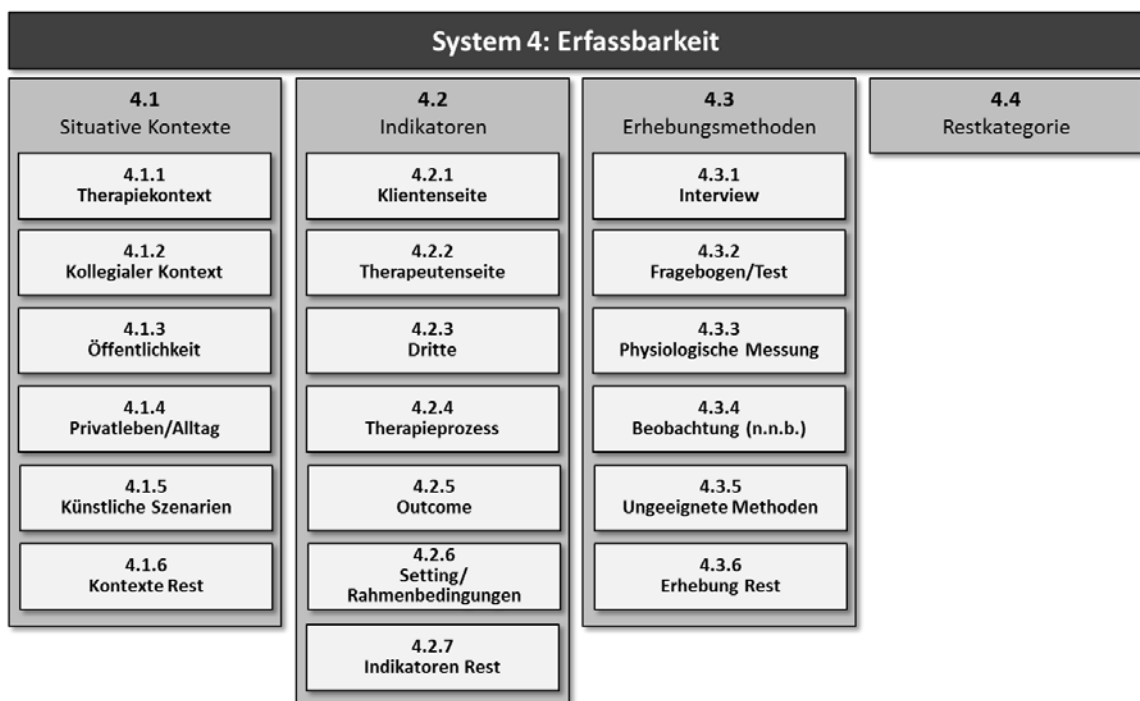


Abb. 11.06. OKn und UKn erster Ebene des Systems 4 „Erfassbarkeit“ im Überblick;

11.3.4.1 OK 4.1. "Situative Kontexte"

Die OK 4.1. „Situative Kontexte“ soll die Abbildung von Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen bezüglich *situativer Kontexte*, in denen sich die Therapeutische Haltung potentiell *zeigen* kann oder ggf. auch *erfassbar* ist, rekonstruieren lassen. Die OK korrespondiert mit Forschungsfrage IV.1 „*In welchen situativen Kontexten zeigt sich die Therapeutische Haltung?*“. Die diese Kategorie differenzierenden UKn sind größtenteils materialgeleitet entstanden. Einige UKn zweiter Ordnung wurden allerdings im Konstruktionsprozess theoriegeleitet ergänzt (z.B. UK 4.1.3.3. „Medien“), angeregt von der materialgeleiteten Entwicklung anderer UKn oder durch Diskussionen im Forschungsteam. Tabelle 11.11 gibt einen Überblick der OK 4.1. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.11. UKn erster und zweiter Ebene der OK 4.1. „Situative Kontexte“;

4.1. SITUATIVE KONTEXTE	
4.1.1. THERAPIEKONTEXT	4.1.1.1. RAHMENBEDINGUNGEN 4.1.1.2. KONTEXTE THERAPIE REST
4.1.2. KOLLEGIALER KONTEXT	4.1.2.1. SELBSTERFAHRUNG 4.1.2.2. SUPERVISION 4.1.2.3. INTERVISION 4.1.2.4. KOLLEGIALE GESPRÄCHE 4.1.2.5. KONTEXTE KOLLEGIAL REST
4.1.3. ÖFFENTLICHKEIT	4.1.3.1. KONGRESSE 4.1.3.2. FACHLITERATUR 4.1.3.3. MEDIEN 4.1.3.4. KONTEXTE ÖFFENTLICHKEIT REST
4.1.4. PRIVATLEBEN/ALLTAG	4.1.4.1. ENGE BEZUGSPERSONEN 4.1.4.2. FREMDE 4.1.4.3. KONTEXTE PRIVAT REST
4.1.5. KÜNSTLICHE SZENARIEN	
4.1.6. KONTEXTE REST	

Wie aus Tabelle 11.11 (s.o.) ersichtlich, sind die UKn erster und zweiter Ebene inhaltlich interpretierbar und ausreichend differenziert. So bedeutet beispielsweise eine Codierung in UK 4.1.2.2. „Supervision“, dass sich die Therapeutische Haltung auch im kollegialen Kontext zeigen kann, speziell im Kontext der Supervision. Eine Sonderregelung bezüglich der UK 4.1.1. „Therapiekontext“ betrifft deren weitere Differenzierung, bei deren Betrachtung (s.o., Tab. 11.11) auffällt, dass die Therapiesitzung als natürlicherweise zu erwartender Kontext nicht aufgeführt wird. Im Forschungsteam wurde beschlossen auf eine entsprechende Kategorie zu verzichten, nicht nur weil die Annahme, dass sich die Therapeutische Haltung in Therapiesitzungen zeigt trivial wäre, sondern v.a. da sich eine Unmenge an Paraphrasen unter dieser Kategorie hätte codieren lassen. Auf diesen großen Arbeitsaufwand wurde unter Hinweis auf die Trivialität des zu erwartenden Ergebnisses verzichtet. Um OK 4.1. „Situative Kontexte“ zu veranschaulichen werden im Folgenden drei Paraphrasen beispielhaft für einige UKn erster Ebene (s.o., Tab. 11.11) aufgeführt. Die erste Paraphrase wurde der UK 4.1.1. „Therapiekontext“ zugeordnet und dort unter UK 4.1.1.1. „Rahmenbedingungen“ codiert:

B5-08: Man erkennt eine ThHa auch an der formalen Arbeitsgestaltung. Es geht nicht nur darum was in den Sitzungen passiert. Es geht auch darum, wie der Therapeut zwischen den Sitzungen mit der Arbeit umgeht

Die folgende Paraphrase wurde innerhalb der UK 4.1.4. „Privatleben/Alltag“ der UK 4.1.4.1. „Enge Bezugspersonen“ zugeordnet, welche Aussagen abbilden soll, die den Umgang mit engen Bezugspersonen, wie guten Freunden, Arbeitskollegen oder v.a. der Familie als Kontext der Therapeutischen Haltung thematisieren:

B4-03: Man kann als Therapeut durch seine ThHa besser mit der Familie umgehen. Man ist nicht immer nett zueinander, aber durch eine ThHa kann man das schneller merken, wenn das so ist.

Die fünfte und letzte Beispiel-Paraphrase wurde unter UK 4.1.5. „Künstliche Szenarien“ codiert, die konstruiert wurde, um Aussagen abzubilden, die v.a. im Rahmen der Beantwortung der obligatorischen Nachfrage „Wie würden Sie versuchen die Haltung der Therapeuten zu erfassen?“ (ILF, C5, s. Anhang D) getroffen wurden:

B2-10: Die ThHa kann in vorgestellten Szenarien deutlich werden.

11.3.4.2 OK 4.2. "Indikatoren"

Die OK 4.2. „Indikatoren“ soll die Abbildung von Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen bezüglich *potentieller Erkennungsmerkmale* (d.h. bestimmter Variablen, Äußerungen oder Prozesse) rekonstruieren lassen, anhand deren Vorliegen sich Rückschlüsse auf die Therapeutische Haltung und/oder deren spezifische Ausgestaltung ziehen lassen. Die OK korrespondiert mit Forschungsfrage IV.2 „Anhand welcher Indikatoren lässt sich die Therapeutische Haltung erkennen?“. Tabelle 11.12 gibt zunächst einen Überblick der OK 4.2. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.12. UKn erster und zweiter Ebene der OK 4.2. „Indikatoren“;

4.2. INDIKATOREN	
4.2.1. KLIENTENSEITE	4.2.1.1. OFFENES VERHALTEN 4.2.1.2. VERDECKTES VERHALTEN 4.2.1.3. PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN 4.2.1.4. INDIKATOREN KLIENT REST
4.2.2. THERAPEUTENSEITE	4.2.2.1. OFFENES VERHALTEN 4.2.2.2. VERDECKTES VERHALTEN 4.2.2.3. PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN 4.2.2.4. INDIKATOREN THERAPEUT REST
4.2.3. DRITTE	4.2.3.1. OFFENES VERHALTEN 4.2.3.2. VERDECKTES VERHALTEN 4.2.3.3. PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN 4.2.3.4. INDIKATOREN DRITTE REST

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Tab. 11.12. UKn erster und zweiter Ebene der OK 4.2. „Indikatoren“;

4.2. INDIKATOREN	
4.2.4. THERAPIEPROZESS	4.2.4.1. ATMOSPHERE
	4.2.4.2. GESPRÄCHSASEPKTE
	4.2.4.3. INDIKATOREN PROZESS REST
4.2.5. OUTCOME	4.2.5.1. SITZUNGSERGEBNIS
	4.2.5.2. THERAPIEERGEBNIS
	4.2.5.3. INDIKATOREN OUTCOME REST
4.2.6. SETTING/RAHMENBEDINGUNGEN	
4.2.7. INDIKATOREN REST	

Zur Differenzierung der OK 4.2. (s.o., Tab. 11.12) wurde im Sinne des Allgemeinen Modells der Psychotherapie (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) theoriegeleitet zwischen Indikatoren auf Klienten- (4.2.1.) und Therapeutenseite (4.2.2.), sowie Indikatoren auf Seite des Therapieprozesses (4.2.4.), des Outcomes (4.2.5.) und des Settings/der Rahmenbedingungen unterschieden. Lediglich UK 4.2.3. „Dritte“ wurde materialgeleitet konstruiert, die Indikatoren an Personen beinhaltet, die nicht direkt am Therapieprozess beteiligt sind (wie z.B. Therapiebeobachter in einer Studie) oder deren Interaktion nicht im therapeutischen Setting stattfindet (wie z.B. Teilnehmer an einem Rollenspiel).

Die weitere Untergliederung der UKn 4.2.1.-4.2.3. und 4.1.5. anhand von UKn zweiter Ordnung fand theoriegeleitet statt, indem auf die pragmatische, u.a. im „Systemmodell psychischer Störungen“ (Reinecker, 2005, S.12) vorgeschlagene Unterscheidung dreier Ebenen des Verhaltens (beobachtbar, kognitiv, psychophysiologisch) zurückgegriffen wurde. Die Bezeichnungen „verdecktes Verhalten“ (für die kognitive Ebene i.w.S.) vs. „offenes Verhalten“ (für die beobachtbare Ebene) wurden unter Bezugnahme auf die lerntheoretische „Kontinuitätsannahme“ (Reinecker, 1999, S. 246) vergeben. Um OK 4.2. „Situative Kontexte“ zu veranschaulichen werden im Folgenden drei Paraphrasen beispielhaft für einige UKn erster Ebene (s.o., Tab. 11.12) aufgeführt. Die erste Paraphrase wurde der UK 4.2.1. „Klientenseite“ zugeordnet und dort unter UK 4.2.1.1. „Offenes Verhalten“ codiert:

B2-06: Ein Indikator der ThHa ist u.a., wie viel Prozent der Patienten nach den Probesitzungen wiederkommen bzw. den Therapeuten beauftragen, einen Therapieantrag zu erstellen.

Die folgende Paraphrase wurde UK 4.2.2. „Therapeutenseite“ zugeordnet. Der Hinweis auf verdecktes Verhalten (hier u.a. „klares Konzept“), das per definitionem nur erschließbar ist – z.B. im Rahmen einer direkten Befragung (hier „Fragebögen“) – lässt sich aus der Beispielparaphrase rekonstruieren, die dementsprechend unter UK 4.2.2.2. codiert wurde:

B2-12: Die Therapeuten könnten in den oben genannten Fragebögen u.a. gefragt werden, ob sie ein klares Konzept vom Klienten hatten bzw. ihn verstanden haben.

Die folgende Paraphrase wurde der UK 4.2.4. „Therapieprozess“ zugeordnet und unter UK 4.2.4.2. „Gesprächsaspekte“ codiert:

B4-04: Man kann eine ThHa in der Art und Weise, wie die Kommunikation zwischen Therapeut und Klient abläuft, erkennen.

11.3.4.3 OK 4.3. "Erhebungsmethoden"

Die OK 4.3. „Erhebungsmethoden“ soll die Abbildung von Paraphrasen gewährleisten, die sich als Aussagen bezüglich *potentieller Erhebungsmethoden* rekonstruieren lassen, mit Hilfe derer sich die Therapeutische Haltung und deren Eigenheiten erfassen lassen. Die OK korrespondiert mit Forschungsfrage IV.3 „Mit welchen Mitteln lässt sich die Therapeutische Haltung erfassen?“. Tabelle 11.13 gibt einen Überblick der OK 4.3. mit UKn erster und zweiter Ebene.

Tab. 11.13. UKn erster und zweiter Ebene der OK 4.3. „Erhebungsmethoden“;

4.3. ERHEBUNGSMETHODEN	
4.3.1. INTERVIEW	4.3.1.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.1.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.1.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.1.4. INTERVIEW (QUELLE N.N.B.) 4.3.1.5. ERHEBUNG INTERVIEW REST
4.3.2. FRAGEBOGEN/TEST	4.3.2.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.2.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.2.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.2.4. FRAGEBOGEN/TEST (QUELLE N.N.B.) 4.3.2.5. ERHEBUNG TEST REST
4.3.3. PHYSIOLOGISCHE MESSUNG	4.3.3.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.3.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.3.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.3.4. PHYSIOLOGISCHE MESSUNG (QUELLE N.N.B.) 4.3.3.5. ERHEBUNG PHYSIOLOGIE REST
4.3.4. BEOBACHTUNG (N.N.B.)	4.3.4.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.4.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.4.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE 4.3.4.4. BEOBACHTUNG (QUELLE N.N.B.) 4.3.4.5. ERHEBUNG BEOBACHTUNG REST
4.3.5. UNGEEIGNETE METHODEN	
4.3.6. ERHEBUNG REST	

Die UKn erster Ebene der OK 4.3. „Erhebungsmethoden“ (s. Tab. 11.13) wurden theoriegeleitet konstruiert, orientiert an üblichen Klassifikationen von Datenerhebungsmethoden in Human- bzw. Sozialwissenschaften (vgl. z.B. Bortz & Döring, 2006). Die Entwicklung der UKn zweiter Ebene wurden materialgeleitet angeregt, allerdings theoriegeleitet präzisiert und über die UKn erster Ebene hinweg angeglichen (bis auf UK 4.3.5. „Ungeeignete Methoden“). Um OK 4.3. zu veranschaulichen werden im Folgenden drei Paraphrasen beispielhaft für einige UKn erster Ebene (s.o., Tab. 11.13) aufgeführt. Die erste Paraphrase wurde der UK 4.3.1. „Interview“ zugeordnet, welche Aussagen abbilden soll, welche die Möglichkeit nahelegen, die Therapeutische Haltung mittels Interviews bzw. mündlichen Befragungen zu erheben. Dort wurde die Paraphrase unter UK 4.3.1.1. „Klient als Auskunftsource“ codiert:

B2-06: Die ThHa kann in einer Studie durch ein Interview mit dem Patienten erfasst werden.

Die folgende Paraphrase wurde UK 4.3.2. „Fragebogen/Test“ zugeordnet und unter UK 4.3.2.2. „Therapeut als Auskunftsource“ codiert:

B3-03: Um die ThHa von verschiedenen Therapeuten erfassen zu können, kann man u.a. Fragebögen verschicken.

Die folgende Paraphrase wurde der UK 4.3.4. „Beobachtung (n.n.b.)“ zugeordnet und unter UK 4.3.4.3. „Dritte als Auskunftswerte“ codiert:

B3-06: Bei einer Beobachtung von Therapien zur Erfassung der ThHa sind mehrere Beurteiler sinnvoll, da jeder die gleiche Situation anders wahrnimmt und beschreibt. Die gleiche ThHa kann von verschiedenen Beobachtern anders wahrgenommen und beschrieben werden.

11.3.5 Weitere Systeme

Neben den für die vorliegende Arbeit zentralen Systemen 1-4 wurden noch drei weitere Systeme zur Codierung der Interviews genutzt. Deren Zweck sowie grobe inhaltliche Organisation sollen im Folgenden knapp vorgestellt werden, wobei auf System 6 etwas genauer eingegangen wird.

11.3.5.1 System 5 "Irrelevantes"

System 5 „Irrelevantes“ ist materialgeleitet entstanden. Dieses System stellt eine Art übergeordnete Restkategorie dar, deren Konstruktion notwendig wurde, da zum einen eine vollständige Codierung aller Paraphrasen vorgesehen war, gleichzeitig aber Paraphrasen als vollständig irrelevant angesehen wurden. Dies kam zustande, da bei der Paraphrasierung (s.o., Kap. 10.3.2.3) nach dem Prinzip verfahren wurde, Passagen der transkribierten Interviews bei Unklarheit der Relevanz zunächst zu paraphrasieren, um zu vermeiden, dass potentiell bedeutsame Interviewteile schon im Rahmen dieses Analyseschrittes verlorengehen. System 5 hat dementsprechend weder Ober- noch Unterkategorien.

11.3.5.2 System 6 "Sonstige relevante Aussagen"

System 6 „Sonstige relevante Aussagen“ wurde vollständig materialgeleitet konstruiert, um Paraphrasen codieren zu können, die sich als Aussagen über Aspekte der Therapeutischen Haltung rekonstruieren lassen, die entweder die Struktur der Systeme 1-4 sprengen oder von nachrangigem Interesse für das Gesamtprojekt sind. Dennoch schien es insbesondere für die im Rahmen der in das Projekt eingegliederten Diplomarbeiten sinnvoll, bestimmte Informationen archivieren zu können, da die Interviewergebnisse in diesen Teilstudien auch auf Einzelfallebene dargestellt werden (vgl. Hümmer & Kuraszkiwicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012). In diesem Zusammenhang ist die Einbettung von Ergebnissen in einen weiteren, den Einzelfall charakterisierenden Informationskontext im Sinne der Prinzipien qualitativer Forschung wünschenswert (s. Kap. 3.3.2).

Die einzige, die OKn dieses Systems verbindende Eigenschaft ist also eine *grundsätzliche Bedeutsamkeit*, was sich u.a. daran zeigt, dass auch Aussagen zur Relevanz der Therapeuti-

schen Haltung (OK 6.1., s.u., Tab. 11.14), die ja eher die Nebenfragestellung (s. Kap. 8.3) betreffen, hierunter codiert werden. Da System 6 nicht als Kategoriensystem im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse, sondern als eine Möglichkeit Informationen zu sammeln konstruiert wurde, gilt hierfür die Forderung nach Disjunktheit nicht. Tabelle 11.14 gibt einen Überblick des Systems 6 „Sonstige relevante Aussagen“ mit seinen OKn und UKn.

Tab. 11.14. OKn und UKn des 6. Systems „Sonstige relevante Aussagen“;

6. SONSTIGE RELEVANTE AUSSAGEN			
6.1.	RELEVANZ DER THHA	6.1.1.	RELEVANZ DER ERFORSCHUNG DER THHA
		6.1.2.	RELEVANZ DER THHA IN DER AUSBILDUNG
		6.1.3.	RELEVANZ DER THHA (N.N.B.)
		6.1.4.	RELEVANZ REST
6.2.	WERTENDE STELLUNGNAHMEN	6.2.1.	EINDEUTIG POSITIV
		6.2.2.	EINDEUTIG NEGATIV
6.3.	DEFINITIONSVORSCHLÄGE		
6.4.	UNKLARHEITEN BEZÜGLICH THHA		
6.5.	ERWÜNSCHTHEIT DER THHA		
6.6.	BEURTEILUNG DER ERFASSBARKEIT	6.6.1.	LEICHTE ERFASSBARKEIT
		6.6.2.	SCHWIERIGE ERFASSBARKEIT
6.7.	ZUSAMMENHÄNGE INHALTLICHER DIMENSIONEN	6.7.1.	IDIOSYNKRATISCHE DIMENSIONSKOMPLEXE
		6.7.2.	IDIOSYNKRATISCHE GEGENSATZPAARE
6.8.	RESTKATEGORIE		

Die OK 6.1. (s. Tab. 11.14) wurde bereits oben erklärt. OK 6.2. „Wertende Stellungnahmen“ wurde konstruiert, um aus Paraphrasen eindeutig rekonstruierbare Wertungen bestimmter Haltungstypen oder inhaltlicher Dimensionen als positiv bzw. negativ zu erfassen. OK 6.2. soll anhand folgender unter OK 6.2.2. codierten Paraphrase verdeutlicht werden:

B1-02: Eine ThHa mit direktem Eingreifen, auch bezeichnet als ‚Manipulation‘, wird abgelehnt.

OK 6.3. „Definitionsvorschläge“ wurde konstruiert, da auf die im Interview gestellte Hauptfrage „Wie würden Sie diesem Ausbildungskandidaten erklären, was unter ThHa zu verstehen ist?“ (ILF, C6, s. Anhang D) teilweise mit einer Antwort reagiert wurde, die der Form einer Definition nahekam. Folgende Paraphrase wurde unter OK 6.3 codiert und soll diese hier veranschaulichen:

B5-12: Auf den Punkt gebracht ist eine ThHa explizite und implizite Annahmen oder Erwartungen bezüglich einer therapeutischen Begegnung oder einer Therapie zwischen einem professionellen Therapeuten und einem Klienten.

OK 6.4. „Unklarheiten bezüglich ThHa“ wurde konstruiert, da in den Interviews oft Äußerungen gemacht wurden, die sich rekonstruieren lassen als Ausdruck eines subjektiv unklaren/noch unreflektierten Konzeptes der Therapeutischen Haltung oder als Einschätzung des Konzeptes als objektiv schwer/nicht definierbar. Folgende Paraphrase soll diese Kategorie 6.4. verdeutlichen:

B3-14: Es gibt wenig, das so kompliziert und umfassend ist wie das Thema ThHa.

OK 6.5. „Erwünschtheit der ThHa“ wurde konstruiert, da in den Interviews oft Äußerungen gemacht wurden, die sich rekonstruieren lassen als Aussage bezüglich der Erwünschtheit oder Erwartung bestimmter Haltungen oder Aspekte der Haltung in bestimmten Kontexten. Folgende Paraphrase wurde unter Kategorie 6.5. codiert:

B3-06: Die Erwünschtheit der ThHa hängt u.a. von der Personengruppe ab. Klienten haben manchmal bestimmte Therapievorstellungen, die der Therapieform des Therapeuten nicht entspricht. In solchen Situationen kann man im Gespräch einen Weg finden oder man beendet die Zusammenarbeit. Das hängt davon ab, welcher Klient welche Erwartungen hat und warum.

OK 6.6. „Beurteilung der Erfassbarkeit“ wurde entwickelt, da in vielen Interviews Äußerungen gemacht wurden, die sich als Beurteilung der Schwierigkeit die Therapeutische Haltung erfassen zu können rekonstruieren lassen. Es wurden die zwei UKn 6.6.1. „Leichte Erfassbarkeit“ und 6.6.2. „Schwierige Erfassbarkeit“ konstruiert, die jeweils eindeutige, d.h. augenscheinlich in der Paraphrase getätigte, Einschätzungen erfassen sollen. Folgende Paraphrase, die unter UK 6.6.2. codiert wurde, soll OK 6.6. veranschaulichen:

B1-05: Eine Studie zur Erfassung der Haltungen von Therapeuten zu erstellen wird als generell schwierig bezeichnet.

OK 6.7. „Zusammenhänge inhaltlicher Dimensionen“ wurde konstruiert, um Interviewpassagen abbilden zu können, in denen Aussagen zu komplexen Inhalten gemacht werden, die sich aus dem gegenseitigen Bezug mehrerer Paraphrasen ergeben. Darunter fallen zum einen Paraphrasen, die unter einem Oberbegriff einer inhaltlichen Dimension mehrere andere inhaltliche Dimensionen zusammenfassen. Folgender Paraphrasenblock soll diese UK 6.7.1. „Idiosynkratische Dimensionskomplexe“ veranschaulichen:

B1-02: Eine ThHa kann anhand des Eingreifens des Therapeuten beschrieben werden. Eine ThHa mit direktem Eingreifen, auch bezeichnet als ‚Manipulation‘, wird abgelehnt. Direktes Eingreifen wird zum einen durch das Beispiel des ‚do it like me‘-Prinzips spezifiziert. Außerdem wird direktes Eingreifen durch das Beispiel, Ratschläge zu erteilen, spezifiziert. Außerdem wird direktes Eingreifen durch das Beispiel, Urteile zu einzelnen Patientenäußerungen zu geben, spezifiziert.

Zum anderen werden unter OK 6.7. Paraphrasenblöcke codiert, die sich als Aussagen bezüglich spezifischer, nur von individuellen Interviewteilnehmern so verwendeter Gegensätze (i.S. von Polen inhaltlicher Dimensionen) rekonstruieren lassen (6.7.2. „Idiosynkratische Gegensatzpaare“), was sich anhand folgender Paraphrase veranschaulichen lässt:

B2-08: Ein Aspekt der ThHa ist u.a., zu sagen, dass es sich um einen schweren Fall handelt und dass das wohl sehr lange dauern wird, was abgelehnt wird. Der zuletzt genannte Aspekt der ThHa ist das Gegenteil von ressourcenorientiert. Ein Aspekt der ThHa ist u.a., ressourcenorientiert zu sein.

11.3.5.3 System 7 "Gesprächsanteile des Interviewers"

System 7 „Gesprächsanteile des Interviewers“ wurde theoriegeleitet konstruiert. Hintergrund der Nutzung eines Kategoriensystems, das die Gesprächsanteile der Interviewer erfasst, war die Idee, relative Häufigkeiten von Codierungen in Kategorien über alle Interviews hinweg besser interpretieren zu können. Neben der durchschnittlichen Interviewdauer bietet die differenzierte Betrachtung der Gesprächsanteile eine Möglichkeit Gruppenunterschiede (z.B. zwischen Interviews mit psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Teilnehmern) hinsichtlich deren Relevanz einordnen zu können. Auf diese methodischen Überlegungen wurde bereits in Abschnitt 10.3.1.4 eingegangen. Folgende Tabelle 11.15 gibt einen Überblick des Systems 7 und seiner Kategorien.

Tab. 11.15. OKn und UKn des 7. Systems „Gesprächsanteile des Interviewers“;

7. GESPRÄCHSANTEILE DES INTERVIEWERS			
7.1.	HAUPTFRAGEN		
7.2.	UMFORMULIERUNGEN	7.2.1.	OFFENE FRAGEN
		7.2.2.	GESCHLOSSENE FRAGEN
7.3.	INDIVIDUELLE UMFORMULIERUNGEN	7.3.1.	OFFENE FRAGEN
		7.3.2.	GESCHLOSSENE FRAGEN
7.4.	OBLIGATORISCHE NACHFRAGEN	7.4.1.	OFFENE FRAGEN
		7.4.2.	GESCHLOSSENE FRAGEN
7.5.	INDIVIDUELLE OBLIGATORISCHE NACHFRAGEN	7.5.1.	OFFENE FRAGEN
		7.5.2.	GESCHLOSSENE FRAGEN
7.6.	POTENTIELLE NACHFRAGEN	7.6.1.	OFFENE FRAGEN
		7.6.2.	GESCHLOSSENE FRAGEN
7.7.	INDIVIDUELLE POTENTIELLE NACHFRAGEN	7.7.1.	OFFENE FRAGEN
		7.7.2.	GESCHLOSSENE FRAGEN
7.8.	INDIVIDUELLE NACHFRAGEN	7.8.1.	OFFENE FRAGEN
		7.8.2.	GESCHLOSSENE FRAGEN
7.9.	SONSTIGE GESPRÄCHSANTEILE		

Die in Tabelle 11.15 (s.o.) aufgeführten OKn 7.1., 7.2., 7.4. und 7.6. wurden theoriegeleitet unter Bezug zu den im Interviewleitfaden (ILF, s. Anhang D) vorgesehenen Fragemöglichkeiten konstruiert, die restlichen OKn entstanden materialgeleitet. Bis auf OK 7.1. „Hauptfragen“ und 7.9. „Sonstige Gesprächsanteile“ wurden alle OKn theoriegeleitet unterteilt in offene oder geschlossene Fragen, da offene Fragen typischerweise zu informationsreicheren Erzählungen anregen, als geschlossene (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Lamnek, 2010). Auf eine Veranschaulichung anhand codierter Gesprächsanteile wird an dieser Stelle verzichtet, da sowohl OKn als auch UKn als selbsterklärend gesehen werden.

11.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die im Rahmen der Interviewstudien konstruierten Kategoriensysteme als ein *Teil der Ergebnisse* einer qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring, 2010a) dargestellt. Dabei wird – nach einer kurzen Einleitung (s. 11.1) – in Abschnitt 11.2 zunächst ein Überblick der Systeme gegeben. Nach inhaltlichen Gesichtspunkten werden sieben Systeme unterschieden (s. Kap. 11.2.1), von denen die ersten vier als von besonde-

rer Relevanz für die vorliegende Arbeit bezeichnet werden. Zudem wird auf die hierarchische Organisation der Systeme hingewiesen (s. Kap. 11.1.2), im Rahmen derer neben einer höchsten Ebene (Oberkategorien) bis zu maximal drei untergeordnete Ebenen (Unterkategorien) vorgesehen sind. Den Überblick abschließend wird die formale Struktur der Kategorienexplikation vorgestellt (s. Kap. 11.1.3), die durch die Angabe von maximal sechs Charakteristika jeder Kategorie (Kategorienbezeichnung, Zuordnungsregel, Definition, Ankerbeispiel, Abgrenzungsregel, Negativbeispiel) gebildet wird (s. Codierleitfaden, Anhang H).

Den Hauptteil des vorliegenden Kapitels machen die detaillierten Ausführungen zur inhaltlichen Organisation der vier Hauptsysteme aus: System 1 „Semantische Relationen“ (s. Kap. 11.3.1), System 2 „Funktionale Relationen“ (s. Kap. 11.3.2), System 3 „Inhaltliche Dimensionen“ (s. Kap. 11.3.3) und System 4 „Erfassbarkeit“ (s. Kap. 11.3.4). Diese werden unter Bezugnahme zur jeweiligen Forschungsfrage eingeführt, durch Überblicksgrafiken veranschaulicht und inhaltlich anhand von Oberkategorien charakterisiert. Zudem werden weitere Kategorisierungsebenen in Tabellenform dargestellt, konkrete Paraphrasen im Kontext ihrer Codierung exemplarisch aufgeführt und auf Besonderheiten oder individuelle Abweichungen von allgemeinen Kategorisierungsregeln hingewiesen. Den Abschluss des Kapitels bildet mit Abschnitt 11.3.5 eine ähnlich den vorigen Abschnitten 11.3.1-11.3.4 aufgebaute Darstellung der weniger zentralen Kategoriensysteme 5 („Irrelevantes“), 6 („Sonstige relevante Aussagen“) und 7 („Gesprächsanteile des Interviewers“), wobei diese allerdings wesentlich knapper thematisiert werden, als die Systeme 1-4.

Kap. 12 Experteninterviews – Ergebnisse im Sinne der Forschungsfragen

Überblick: Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der Experteninterviews im Kontext der Forschungsfragen bezogen auf die Gesamtstichprobe der Interviewteilnehmer dargestellt. Nach einer Einleitung (s. Kap. 12.1) werden in den Abschnitten 12.2 bis 12.5 die Ergebnisse der Codierungen entsprechend der in Kapitel 8.2 vorgestellten vier Perspektiven berichtet und interpretiert. Nach der Darstellung der darauf basierend generierten Hypothesen zur Verwendungspraxis (s. Kap. 12.6), schließt eine Zusammenfassung die Ergebnisdarstellung ab (s. Kap. 12.7).

12.1 Einleitung

Nachdem im vorigen Kapitel 11 die *Kategoriensysteme* als ein Ergebnis der QI dargestellt wurden, sollen im vorliegenden Kapitel die Ergebnisse der *Codierungsarbeit im Kontext der Forschungsfragen I-IV* berichtet werden. Dabei werden jeweils zunächst die im 8. Kapitel formulierten Forschungsfragen in ihre *deskriptiven Varianten* „übersetzt“, für deren Beantwortung die Ergebnisse der Codierungen die Basis darstellen und zu den entsprechenden Oberkategorien der Systeme 1-4 in Bezug gesetzt. Anschließend werden die *Ergebnisse* berichtet, woran sich die *Interpretation* in Richtung der Forschungsfragen anschließt, mit abschließender materialgeleiteter Generierung von *Hypothesen*. Folgende Tabelle setzt die Arbeitsschritte zu den entsprechenden Abschnitten in Beziehung:

Tab. 12.01. Schritte der Ergebnisdarstellung im Sinne der Forschungsfragen;

Schritt	Abschnitt			
	<i>begriffsrelation. Perspektive</i>	<i>funktionale Perspektive</i>	<i>eigenschaftbez. Perspektive</i>	<i>Perspektive der Erfassbarkeit</i>
Fragen und Überblick	12.2.1	12.3.1	12.4.1	12.5.1
Ergebnisse im Detail	12.2.2	12.3.2	12.4.2	12.5.2
Interpretation	12.2.3	12.3.3	12.4.3	12.5.3
Hypothesen	12.6.1	12.6.2	12.6.3	12.6.4

Anmerkung: Erläuterungen s. Text über bzw. unter der Tabelle;

Die Ergebnisdarstellung erfolgt für jede Oberkategorie (OK) der Systeme 1-4 nach gleichem Muster (s.o., Tab. 12.01): Zunächst wird ein kurzer *Überblick der Codierungsergebnisse innerhalb der betreffenden OK* vermittelt, worauf die detaillierte Auflistung der Ergebnisse bezüglich ausgewählter Kategorien folgt. Abschließend werden die *wichtigsten Befunde* zusammengefasst, sofern sinnvoll, werden in diesem Rahmen die Ergebnisse *statistischer Test* bezüglich Geschlechts-, Professions-, oder Zulassungsunterschieden oder Unterschieden in den Codierungshäufigkeiten berichtet. Im Bereich der *Ergebnisdarstellung*

lung wird außerdem darauf geachtet, sprachlich zwischen Aussagen/Äußerungen aus Interviews, die in Form von Paraphrasen vorliegen, und deren Einordnung unter bestimmte Kategorien zu unterscheiden, um zu verdeutlichen, dass die Codierung bereits einen interpretierenden Schritt darstellt. Bei der sich daran anschließenden *Interpretation* und *Generierung von Hypothesen* wird diese Unterscheidung nicht mehr explizit getroffen. Stattdessen werden Formulierungen gewählt, welche, die Codierung als gerechtfertigten interpretierenden Schritt voraussetzend, gewissermaßen den Teilnehmern der Interviews bestimmte Aussagen bezüglich des Begriffs der Therapeutischen Haltung „unterstellen“.

Eine *zusammenfassende* Interpretation wird in Kapitel 13 im Rahmen der Begriffsexplikation vorgenommen (s.u. Kap. 13.2.2). Auf System 6 wird nur an geeigneten Stellen eingegangen (s. auch Kap. 11.3.5.2), System 7 wird erst im Rahmen der Diskussion wieder aufgegriffen (s. auch Kap. 11.3.5.3). Vor der Darstellung der Codierungsergebnisse je Forschungsperspektive in den Abschnitten 12.2 bis 12.5, werden zunächst die zur Darstellung genutzten Kennzahlen beschrieben (s. Kap. 12.1.1). Die Einleitung abschließend folgt ein Überblick der Codierungsergebnisse (s. Kap. 12.1.2).

12.1.1 Kennzahlen der Ergebnisdarstellung

In den folgenden Abschnitten werden die Codierungsergebnissen anhand einer Reihe von Kennwerten und entsprechenden Kürzeln/Symbolen beschrieben. Um den Zugang zu erleichtern, sollen die einzelnen Kennzahlen hier zunächst kurz erläutert werden:

- **Summe der Codierungen (Σ):** Die mit dem Summensymbol „ Σ “ bezeichnete Kennzahl „Summe der Codierungen“ gibt die *absolute Anzahl aller in einer Kategorie codierten Paraphrasen* an.
- **Relativer Anteil der Codierungen (% Cod.):** Die in den Ergebnistabellen mit dem Kürzel „% Cod.“ abgekürzte Kennzahl, gibt den *Anteil der in einer Kategorie codierten Paraphrasen relativ zur Summe der Codierungen der jeweils übergeordneten Kategorie* in Prozent an. Im laufenden Text wird oft einfach nur eine Prozentzahl genannt, sofern sich der Bezug eindeutig erschließen lässt. Teilweise wird dieser Bezug aber auch direkt ausformuliert, um Unklarheiten zu vermeiden.
- **Mittelwert der Codierungen (MW):** Mit dem Kürzel „MW“ wird der *Mittelwert der Codierungen bezogen auf alle 50 Interviews* angegeben. Dieser Wert taucht nur in den Ergebnistabellen auf, um dem Leser eine zusätzliche Möglichkeit zu geben, spätere Interpretationen kritisch beurteilen zu können.
- **Summe der Nennungen (N>0):** „N>0“ bezeichnet die *Summe der Interviews*, aus welchen *mindestens eine Paraphrase der jeweilige Kategorie zugeordnet* werden konnte. Diese Summe kann dementsprechend einen Maximalwert von 50 annehmen. In den Tabellen wird „N>0“ jeweils als absoluter und relativer Wert angegeben. Im laufenden Text wird variiert, je nach Anliegen der Ergebnisdarstellung.

12.1.2 Codierungsergebnisse im Überblick

Insgesamt wurden 6.801 Codierungen in den Systemen 1-6 vorgenommen. Von diesen entfallen **5.787** auf die *mit Forschungsfragen korrespondierenden Systeme 1-4* (s.o. Kap. 11). Folgende Tabelle 12.02 vermittelt einen Überblick der Codierungsergebnisse je System (ausführliche Erklärung der in der Tabelle genutzten Kennwerte und Kürzel s. Text unter Tab. 12.02):

Tab. 12.02. Codierungen in den Systemen 1-4;

System	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (% von 50)
1. SEMANTISCHE RELATIONEN	750	12,96%	15,00	50	100%
2. FUNKTIONALE RELATIONEN	2.500	43,20%	50,00	50	100%
3. INHALTLICHE DIMENSIONEN	1.677	28,98%	33,54	50	100%
4. ERFASSBARKEIT	860	14,86%	17,20	50	100%
insgesamt	5.787	100%	115,74	50	100%

Anmerkungen: Σ = Summe der Codierungen; % Cod. = prozentualer Anteil bez. auf Gesamtcodierungen im System; MW = durchschnittl. Anzahl der Codierungen bez. auf alle Tn (N = 50); N>0 = Anzahl der Tn, bezüglich derer die Codierung mind. einmal vergeben wurde;

Wie aus Tabelle 12.02 (s.o.) ersichtlich, wurden durchschnittlich 115,74 Codierungen pro Interview vorgenommen. Die meisten Codierungen finden sich mit einer Gesamtzahl von 2.500 in System 2 „Funktionale Relationen“ (43% aller Codierungen in den Systemen 1-4), gefolgt von 1.677 Codierungen im System 3 „Inhaltliche Dimensionen“ (29%). Nach 860 Codierungen im System 4 „Erfassbarkeit“ (15%) bildet System 1 „Semantische Relationen“ mit 750 Codierungen (13%) das Schlusslicht. Dies war zu erwarten, da sich die Rekonstruktion semantischer Relationen aus nicht direkt diesbezüglich getätigten Aussagen äußerst schwierig gestaltet. Überraschend ist die hohe Anzahl der Codierungen in System 3, da auch diesbezüglich keine direkte Frage gestellt wurde. Die entsprechenden MAXQDA-, Excel- und SPSS-Dateien auf Basis derer die dargestellten Ergebnisse berichtet werden, können auf Anfrage beim Autor eingesehen werden (Die Σ - und N>0-Werte je Kategorie finden sich in der Übersichtstabelle, s. Anhang F).

12.2 Begriffsrelationale Perspektive

12.2.1 Forschungsfragen und OKn des Systems 1

Im Sinne der begriffsrelationalen Perspektive wurde in Kapitel 8 eine *allgemeine Forschungsfrage* zunächst neutral formuliert, d.h. weder in normativer noch deskriptiver Variante. Aus dieser wurden drei differenzierende, *konkrete Forschungsfragen* abgeleitet (s.o. Tab. 8.01). Im Kontext der Auswertung der Experteninterviews lassen sich die For-

schaftsfragen im Sinne der *deskriptiven* Variante bzw. einer Gebrauchsanalyse der Bedeutung wie folgt umformulieren (s. Tab. 12.03):

Tab. 12.03. Forschungsfragen aus begriffsrelationaler Perspektive im Kontext der Experteninterviews;

allgemeine Forschungsfrage I: Welche semantischen Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage I.1: Welche taxonomischen Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage I.2: Welche Teil-Ganzes-Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage I.3: Welche Begriffe werden in ähnlicher oder identischer Bedeutung wie die Therapeutische Haltung verwendet?

Die konkreten Forschungsfragen I.1-I.3 stehen in engem Bezug zu den Oberkategorien 1.1-1.3. Codierungen in diesen und den diese OKn differenzierenden UKn können quasi direkt in Antworten auf die Fragen übersetzt werden. Neben den OKn 1.1.-1.3. tragen noch einige Codierungen in den OKn 1.4. und 1.5. zur Beantwortung der allgemeinen Forschungsfrage I bei. Folgende Tabelle 12.04 gibt einen Überblick der Codierungsergebnisse bezüglich der OKn des 1. Systems „Semantische Relationen“.

Tab. 12.04. Codierungen in OKn des System 1 „Semantische Relationen“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
1.1. TAXONOMISCHE RELATIONEN	144	19,2%	2,88	38	76%
1.2. TEIL-GANZES-RELATIONEN	118	15,73%	2,36	34	68%
1.3. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT	405*	54% (51,07%)	8,10 (7,66)	50	100%
1.4. BEGRIFFLICH GLEICHE EBENE	12	1,6%	0,24	8	16%
1.5. BEGRIFFLICHE ABGRENZUNG	32	4,27%	0,64	20	40%
1.6. RESTKATEGORIE	39	5,2%	0,78	22	44%
System 1 gesamt	750	100%	15,00	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

* eigtl. nur 383 positive Codierungen, da 22 Codierungen in UK 1.3.2. „In-Existenz von Synonymen“;

Wie aus Tabelle 12.04 (s.o.) ersichtlich, entfällt die Mehrzahl der in System 1 getätigten Codierungen ($\Sigma = 405$) auf die OK 1.3 „Bedeutungsähnlichkeit“ (54%), welche gleichzeitig die einzige OK darstellt, bezüglich der in jedem Interview mindestens eine Codierung vorgenommen werden konnte ($N>0 = 100\%$). Mit 144 bzw. 118 Codierungen decken die OKn 1.1. „Taxonomische Relationen“ bzw. 1.2. „Teil-Ganzes-Relationen“ ein weiteres Drittel (zusammen 35%) der Codierungen in System 1 ab und werden auch von relativ vielen Interviewteilnehmern genannt (76% für 1.1. und 68% für 1.2.). Besonders selten konnten Aussagen zur begrifflich gleichen Ebene codiert werden ($\Sigma = 12$; 2% der Codierungen in System 1). Inhaltlich sind die OKn 1.4. und 1.5. sehr heterogen, sodass eine weitere Diffe-

renzung wegen zu geringer Häufigkeiten pro Kategorie nicht sinnvoll schien. Im folgenden Abschnitt werden nur die Ergebnisse der ersten drei OKn berichtet.

12.2.2 Codierungsergebnisse

12.2.2.1 Taxonomische Relationen (Ergebnisse)

Von den 144 Codierungen im Bereich der OK 1.1. „Taxonomischen Relationen“ entfallen 42 auf die UK 1.1.1. „Oberbegriffe“ und 102 auf die UK 1.1.2. „Unterbegriffe“. In den Codierarbeiten im Team wurde UKn 1.1.1. nicht weiter differenziert, obwohl diese inhaltlich noch nicht aussagekräftig erscheinen. In der Nachdifferenzierung durch den Autor (s.o., Kap. 10.4.2.3) wurden deswegen zwei inhaltlich als **Oberbegriffe der Therapeutischen Haltung** interpretierbare UKn (neben Rest- und Fehlcodierungskategorie) materialgeleitet konstruiert: zum einen die UK 1.1.1.1. „Beziehungsgestaltung“, in welche vier Paraphrasen von vier Teilnehmern nachdifferenziert wurden und zum anderen die UK 1.1.1.2. „Haltung/Einstellung“, in welche 12 Codierungen von neun Teilnehmern fallen. Diesen gegenüber stehen allerdings 12 Codierungen in der betreffenden Rest- und 14 Codierungen in der Fehlcodierungskategorie, was bei der Interpretation dieser Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Die insgesamt 42 als Oberbegriffe codierbaren Aussagen wurden zudem nur von 22 Teilnehmern, d.h. weniger als der Hälfte der Interviewten getroffen.

Die **Unterbegriffe der Therapeutischen Haltung** erfassende UK 1.1.2 wurde schon im Team theoriegeleitet in die UKn 1.1.2.1.-1.1.2.5. (incl. Restkategorie) differenziert, welche den Hauptströmungen der Psychotherapie entsprechend (s.o., Kap. 11.3.1.1) psychoanalytische, verhaltenstherapeutische, humanistische und systemische Haltung als potentielle Unterbegriffe vorgaben. Während die UKn 1.1.2.1 und 1.1.2.3. (psychoanalytische und humanistische Haltung) jeweils mehr als 30 Codierungen enthalten, rekonstruiert aus den Aussagen von 17 bzw. 12 Interviewten, ließen sich aus den Interviews von 15 Teilnehmern 20 Aussagen in Kategorie 1.1.2.2. „Verhaltenstherapeutische Haltung“ codieren. Aus den Äußerungen von lediglich drei Interviewten ließen sich drei Codierungen in UK 1.1.2.4. vornehmen, welche die systemische Haltung als Unterbegriff repräsentiert. Auch bezüglich der Unterbegriffe (UK. 1.1.2.) trafen mit einer Gesamtzahl von 27 nur etwas mehr als die Hälfte der Interviewten eine Aussage (54%).

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 1.1. zusammenfassend ist die *geringe Anzahl an Codierungen*, genannt von ebenso wenig Teilnehmern, die zentrale „Gemeinsamkeit“ der Codierungsergebnisse bezüglich der taxonomischen Relationen, insbesondere was das *Fehlen von Oberbegriffen* betrifft. Der m.E. größte „Konsens“ besteht in den von ca. einem Drittel (30% bzw 34%) der Teilnehmer als Unterbegriffe der Therapeutischen Haltung genannten *verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Haltung*. Bei genauer Betrachtung der Daten fällt jedoch auf, dass die Nennung der Unterbegriffe von bestimmten personenbezogenen Variablen abhängt: So nennen u.a. nur zwei der 20 approbierten Verhaltenstherapeuten im Gegensatz zu zehn der 20 psychodynamisch arbeitenden Thera-

peuten die psychoanalytische Haltung als Unterbegriff ($\chi^2 = 7,619$; $p < 0.05$; $w = 1.21$). Gleiches gilt für das Geschlechterverhältnis: nur drei der 20 weiblichen im Gegensatz zu neun der 20 männlichen Approbierenden nennen hier die psychoanalytische Haltung als Unterbegriff ($\chi^2 = 4,286$; $p < 0.05$; $w = .68$). Ein ähnlicher Unterschied lässt sich für die verhaltenstherapeutische Haltung als Unterbegriff feststellen (weiblich vs. männlich = 2/20 vs. 8/20; $\chi^2 = 4,8$; $p < 0.05$; $w = .76$). Den Konventionen entsprechend gelten Effektstärken über .5 als große Effekte (vgl. Bühner & Ziegler, 2009).

12.2.2.2 Teil-Ganzes-Beziehungen (Ergebnisse)

Von den 118 Codierungen im Bereich der OK 1.2. „Teil-Ganzes-Beziehungen“ entfallen 108 auf UK 1.2.1. „ThHa als Ganzes“ und nur 10 auf die UK 1.2.2. „ThHa als Teil“. Beide im Team theoriegeleitet konstruierten UKn sind inhaltlich noch nicht interpretierbar, weswegen im Rahmen der Nachdifferenzierung diverse UKn (s.u.) gebildet wurden.

Jeweils von ca. einem Viertel der Interviewten (28% bzw. 22%) wurden Aussagen getroffen, welche sich im Sinne philosophischer oder theoretischer Annahmen (UK 1.2.1.5., 21 Codierungen aus 14 Interviews) bzw. Haltungen oder Einstellungen (UK 1.2.1.2., 12 Codierungen aus elf Interviews) als Bestandteile der Therapeutischen Haltung (**UK 1.2.1. „ThHa als Ganzes“**) rekonstruieren lassen. Die größte Anzahl an Paraphrasen (23 Codierungen, 21% der Codierungen unter 1.2.1.) aus allerdings nur zehn Interviews ließ sich zudem der UK 1.2.1.1. „Beziehung/Beziehungsgestaltung“ als Teil der Therapeutischen Haltung zuordnen. Rund ein Viertel der restlichen Codierungen (20%) entfallen auf die inhaltlich interpretierbaren UKn 1.2.1.3. „Prozessgestaltung/Rollenverständnis“ (12 Codierungen aus fünf Interviews) und 1.2.1.4. „Psychologische Grundbegriffe“ (9 Codierungen aus vier Interviews), wohingegen ein knappes Drittel (31%) der Codierungen in Restkategorie (UK 1.2.1.6.; 17 Codierungen aus elf Interviews) und Fehlcodierungskategorie (UK 1.2.1.7.; 14 Codierungen aus zehn Interviews) nachdifferenziert wurden.

Die zehn Codierungen in **UK 1.2.2. „ThHa als Teil“** wurden zwar nachdifferenziert, ein inhaltlicher Bericht der Ergebnisse lohnt sich aufgrund der geringen Codierungs- und Nennungszahlen nicht. Lediglich von Interesse dürfte die Tatsache sein, dass die schon als Teil genannte „Haltung“ (UK 1.2.1.2) dreimal auch als der Therapeutischen Haltung übergeordnetes Ganzes codiert werden konnte (UK 1.2.2.1.; nur aus zwei Interviews).

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 1.2. zusammenfassend lässt sich auch bezüglich der mereologischen Relationen eine recht geringe „Ausbeute“ an Codierungen feststellen (nur 2% aller in den Systemen 1-4 codierten Paraphrasen), insbesondere was Aussagen zum potentiellen „Ganzen“ als Teil dessen die Therapeutische Haltung aufgefasst werden kann angeht. In diesem Rahmen vergleichsweise häufig (insg. 52% der Codierungen in UK 1.2.1.) und von m.E. relativ vielen Teilnehmern (20-28%) wurden Aussagen getroffen, welche als Annahmen darüber rekonstruiert werden können, dass *Haltung bzw. Einstellung, theoretische bzw. philosophische Annahmen* (u.a. Überzeugungen, Werte, Menschenbild) und/oder die *therapeutische Beziehung/Beziehungsgestaltung* Teile der Therapeuti-

schen Haltung seien. Bei genauer Betrachtung der Daten fällt auch hier auf, dass die Nennung der „Teile“ von bestimmten personenbezogenen Variablen abhängt: So nennt hier u.a. nur einer der 18 approbierten Ärzte im Gegensatz zu neun der 22 approbierten Psychologen theoretische/philosophische Annahmen ($\chi^2 = 6,599$; $p < 0.01$; $w = 1.04$). Nur zwei von 20 psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten nennen im Vergleich zu acht von 20 Verhaltenstherapeuten die Beziehungsgestaltung als Teil ($\chi^2 = 4,8$; $p < 0.05$; $w = .76$).

12.2.2.3 Ähnliche Begriffe (Ergebnisse)

Die mit 405 Codierungen am häufigsten gewählte Kategorie 1.3. „Bedeutungsähnlichkeit“ (54% der Codierungen in System 1) beinhaltet eine Reihe teils theorie- teils materialgeleitet im Team konstruierter Unterkategorien (s.o., Kap. 11.3.1.3). Diese sind für sich genommen inhaltlich nicht aussagekräftig und wurden deshalb vom Autor *nachdifferenziert* (außer Restkategorie 1.3.6. in welche nur zehn Codierungen aus fünf Interviews fallen). Da ein Bericht aller Ergebnisse bezüglich der 32 im Rahmen der Nachdifferenzierung konstruierten UKn den Rahmen der Arbeit sprengen würde, werden im folgenden Text nur die wichtigsten Ergebnisse genannt. Für eine umfassende Darstellung sei auf Ergebnistabellen, MAXQDA- und SPSS-Gesamtdokumente verwiesen (auf Anfrage beim Autor einsehbar). Tabelle 12.05 (s.u.) vermittelt einen Überblick der Codierungsergebnisse in OK 1.3.:

Tab. 12.05. Codierungen in OK 1.3. „Bedeutungsähnlichkeit“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
1.3.1. EXPLIZITE SYNONYME	37	9%	0,74	15	30%
1.3.2. IN-EXISTENZ VON SYNONYMEN	22	5%	0,44	22	44%
1.3.3. EXPLIZITE BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT	72	18%	1,44	32	64%
1.3.4. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT ODER SYNONYMIE	35	9%	0,70	15	30%
1.3.5. LEDIGLICH ASSOZIATIVER ZUSAMMENHANG	229	57%	4,58	47	94%
1.3.6. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT REST	10	2%	0,20	5	10%
1.3. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT gesamt	450	100%	8,10	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Der **UK 1.3.1. „Explizite Synonyme“** konnten insgesamt 37 Paraphrasen aus einem knappen Drittel der Interviews (N>0 = 15; 30%) zugeordnet werden. Mit 21 Codierungen aus neun Interviews entfällt über die Hälfte (57%) der in der Nachdifferenzierung codierten Aussagen auf UK 1.3.1.1. „Haltung/Einstellung“. Überraschend selten ließen sich explizite Äußerungen bezüglich *Prozess- bzw. Beziehungsgestaltung* (UK 1.3.1.4 vier Codierungen aus drei Interviews) oder *Philosophie bzw. Menschenbild* (UK 1.3.1.3 vier Codierungen aus zwei Interviews) als Synonyme der Therapeutischen Haltung rekonstruieren.

Eine Sonderstellung innerhalb der UK 1.3. nimmt die inhaltlich bereits interpretierbare **UK 1.3.2. „In-Existenz von Synonymen“** ein, in welcher Aussagen codiert werden, in denen

die *Existenz von Synonymen bestritten* wird. Aus 22 der 50 Interviews (44 %) konnte jeweils eine Codierung in UK 1.3.2. vorgenommen werden. Bezüglich UK 1.3.2. ist zu bemerken, dass 16 der Teilnehmer, wie zu erwarten, keine Aussage trafen, die sich gleichzeitig in den einander widersprechenden UKn 1.3.2. „In-Existenz von Synonymen“ und 1.3.1. „explizite Synonymie“ codieren ließen. Bezüglich sechs Interviews konnte allerdings *gleichzeitig* mindestens eine Codierung in 1.3.1. und 1.3.2. vorgenommen werden.

Mit 72 Codierungen (18% der Codierungen in UK 1.3.) aus ca. zwei Dritteln ($N > 0 = 32$; 64%) der Interviews ist **UK 1.3.3. „Explizite Bedeutungsähnlichkeit“** was Häufigkeit und Nennung angeht nahezu doppelt so umfangreich wie die dieser UK inhaltlich nahestehende UK 1.3.1. (s.o.). Mit 15 Codierungen aus 14 Interviews stellt die in der Nachdifferenzierung konstruierte UK 1.3.3.2. „Haltung/Einstellung“ die innerhalb der UK 1.3.3. am häufigsten mindestens einmal pro Interview genannte Kategorie dar. Ebenso häufig ($\Sigma = 15$), allerdings nur aus neun Interviews, konnten Paraphrasen der UK 1.3.3.3. „Inhaltliche Dimensionen/Unterbegriffe“ zugeordnet werden. Diese fasst inhaltlich heterogene Aussagen zusammen, deren Gemeinsamkeit aber darin besteht, dass sie im Rahmen des dem Codierleitfaden zugrundeliegenden Verständnisses eigentlich als *Unterbegriffe* oder v.a. *inhaltliche Dimensionen* der Therapeutischen Haltung (s.u. Kap. 12.4) codiert würden. Aufgrund der von den Interviewten aber *explizit* vorgenommenen Kennzeichnung als „bedeutungsähnlich“ fallen diese dennoch unter Kategorie 1.3.3.3. M.E. relativ häufig konnten zudem Aussagen unter 1.3.3.1. „Beziehung/Beziehungsgestaltung“ (11 Codierungen aus zehn Interviews) und 1.3.3.6. „Therapie- und Rollenverständnis“ (13 Codierungen aus acht Interviews) codiert werden.

Die **UK 1.3.4. „Bedeutungsähnlichkeit oder Synonymie“**, die aufgrund der Antworten auf eine im ILF unklar formulierte Frage materialgeleitet konstruiert wurde (s.o., Kap. 11.3.1.3), macht mit 35 Codierungen aus 15 Interviews einen relativ kleinen Teil der OK 1.3. aus. Da sich die Codierungen relativ gleichmäßig und damit eher vernachlässigbar auf die in der Nachdifferenzierung konstruierten sechs UKn 1.3.4.1.-1.3.4.6. verteilen (vier bis sieben Codierungen/Kategorie; zwei bis sechs Interviews/Kategorie), werden die Codierungsergebnisse hier nicht weiter berichtet.

Die was Codierungshäufigkeit und Anzahl der Codierungen zulassenden Interviews angeht umfangreichste UK ist **UK 1.3.5. „Lediglich assoziativer Zusammenhang“** mit 229 Codierungen (57% der Cod. in UK 1.3.) aus 47 Interviews ($N > 0 = 94\%$). In der Nachdifferenzierung wurden elf inhaltlich interpretierbare UKn konstruiert. Wie schon unter UK 1.3.3. (s.o., UK 1.3.3.3.) bot sich auch hier die Entwicklung einer Kategorie an (UK 1.3.5.4.), welche zwar eher *inhaltliche Dimensionen der Therapeutischen Haltung* erfasst, eine Codierung diesbezüglicher Aussagen aufgrund des Interviewkontextes aber auch hier zulässt. Diese UK 1.3.5.4. ist mit 64 Codierungen aus 27 Interviews die umfangreichste. Aussagen vieler Interviews lassen sich außerdem im Sinne der UKn 1.3.5.1. „Beziehungsgestaltung“ ($\Sigma = 35$; $N > 0 = 22$), 1.3.5.7. „Menschenbild/Philosophie“ ($\Sigma = 28$; $N > 0 = 16$), 1.3.5.10. „Therapie- und Rollenverständnis“ ($\Sigma = 25$; $N > 0 = 12$) und 1.3.5.3. „Haltung/Einstellung“ ($\Sigma = 15$; $N > 0 = 14$) rekonstruieren.

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 1.3. zusammenfassend lässt sich ein mit sieben Prozent der in den Systemen 1-4 codierten Paraphrasen (54% aus System 1) deutlich größerer Umfang an Codierungen als in den anderen OKn des Systems 1 berichten. Diese relativ große Codierungsanzahl, zudem aus allen Interviews, ist jedoch v.a. in den weniger spezifischen UKn 1.3.4 „Bedeutungsähnlichkeit oder Synonymie“ und 1.3.5 „Lediglich assoziativer Zusammenhang“ zu verbuchen ($\Sigma = 264$), die zusammen zwei Drittel (66%) der Codierungen in OK 1.3. ausmachen. Eher selten ließen sich Aussagen im Sinne der Nennung expliziter Synonyme rekonstruieren (nur 37 Codierungen aus 15 Interviews), die sich thematisch v.a. unter den Begriffen *Haltung* oder *Einstellung* (UK 1.3.1.1.; $\Sigma = 21$; $N > 0 = 15$) subsummieren lassen. Einige thematisch nahezu identische UKn ließen sich über die inhaltlich interpretierbaren UKn 1.3.1.-1.3.5. hinweg neu gruppieren und würden damit 44% ($\Sigma = 264$) der unter OK 1.3. codierten Aussagen abdecken: „Haltung/Einstellung“ (mit dann 58 Codierungen), „Philosophie/Menschenbild/Werte“ (mit dann 59 Codierungen) und „Therapie-/Prozess-/Beziehungsgestaltung“ (mit 63 Codierungen). Abschließend sei noch auf einen interessanten *Widerspruch* verwiesen, der sich daraus ergibt, dass sich aus sechs Interviews gleichzeitig Aussagen im Sinne der *Annahme* (UKn 1.3.1.) und *Ablehnung* (UK 1.3.2.) der Existenz von Synonymen der Therapeutische Haltung codieren lassen.

12.2.3 Interpretation

Kategoriensystem 1 wurde konstruiert, um die Beantwortung der allgemeinen Forschungsfrage I („*Welche semantischen Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?*“), sowie der differenzierenden konkreten Forschungsfragen I.1-I.3 zu ermöglichen (s.o., Tab. 12.03). Die Interpretation wird im Folgenden anhand der konkreten Forschungsfragen vorgenommen.

12.2.3.1 Taxonomische Relationen (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage I.1: Welche taxonomischen Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Wie oben bemerkt lässt sich die mit Frage I.1. korrespondierende OK 1.1. „Taxonomische Relationen“ nur anhand einer geringen Anzahl an Codierungen aus wenigen Quellen charakterisieren. Dieser *Mangel an codierbaren Äußerungen* lässt sich u.a. darauf zurückführen, dass die Aussagen in diesem Bereich nicht durch direkte Fragen im ILF angeregt werden sollten, womit selten explizite und eindeutige Äußerungen bezüglich taxonomischer Relationen vorlagen. Diese Besonderheiten sind bei der folgenden Interpretation mit zu bedenken. Dennoch kann das geringe Ausmaß an Codierungen und Nennungen pro Interview innerhalb OK 1.1. m. E. auch inhaltlich interpretiert werden. So lässt sich vermuten, dass die Konzepte der Therapeutischen Haltung *weder klar noch elaboriert* hinsichtlich begrifflicher Über- und Unterordnung sind.

Insbesondere was potentielle Oberbegriffe angeht können nur sehr eingeschränkte Aussagen getroffen werden. Die innerhalb der entsprechenden UK 1.1.1. meistgenannte UK 1.1.1.2. weist darauf hin, dass „Haltung“ oder auch „Einstellung“ als mögliche Oberbegriffe gesehen werden, als solche allerdings nur genannt von neun Interviewten. Etwas deutlichere Aussagen lassen sich bezüglich möglicher Unterbegriffe treffen (UK 1.1.2.). So scheinen *psychoanalytische* und *verhaltenstherapeutische* sowie in etwas geringerem Ausmaß auch *humanistische Haltung* vergleichsweise gebräuchliche Unterbegriffe darzustellen. Bezogen auf die Stichprobe der 40 approbierten Teilnehmer der Telefoninterviews ist diese Feststellung allerdings *geschlechts- und zulassungsabhängig*: Frauen nennen die Unterbegriffe deutlich seltener als Männer, Verhaltenstherapeuten deutlich seltener als psychodynamisch orientierte Therapeuten.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse im Sinne der Forschungsfrage I.1. dahingehend interpretieren, dass *Haltung* und/oder *Einstellung* nur tendenziell als Oberbegriffe der Therapeutischen Haltung gesehen werden, *psychoanalytische* und *verhaltenstherapeutische Haltung* als Unterbegriffe, letztere aber nur von bestimmten Untergruppen.

12.2.3.2 Teil-Ganzes-Beziehungen (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage I.2: Welche Teil-Ganzes-Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Die Anzahl an Codierungen sowie Quellen, aus denen codierbare Aussagen stammen, ist in der mit Frage I.2. korrespondierende OK 1.2. „Teil-Ganzes-Relationen“ noch geringer als in OK 1.1. Auch dieses Ergebnis lässt sich u.a. darauf zurückführen, dass die Aussagen nicht durch direkte Fragen im ILF angeregt werden sollten, was es ebenfalls bei der folgenden Interpretation mit zu bedenken gilt. Eventuell lässt sich das *geringe Ausmaß an Codierungen und Nennungen pro Interview* aber auch hier derart interpretieren, dass die Konzepte der Therapeutischen Haltung bezüglich der mereologischen Relationen *weder klar noch elaboriert* sind. Insbesondere gilt dies für Aussagen zum potentiellen „Ganzen“, als Teil dessen die Therapeutische Haltung aufgefasst werden kann.

Als „Teil“ der Therapeutischen Haltung werden *Haltung bzw. Einstellung, theoretische bzw. philosophische Annahmen* und/oder die *therapeutische Beziehung* vergleichsweise häufig genannt. Bezüglich theoretischer bzw. philosophischer Annahmen als „Teil“ scheint dies jedoch nur für die Subgruppe der Psychologen zu gelten (kaum Nennungen durch ärztliche Psychotherapeuten), bezüglich therapeutischer Beziehung als „Teil“ nur für die Subgruppe der Verhaltenstherapeuten (kaum Nennungen durch psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten).

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse im Sinne der Forschungsfrage I.2. dahingehend interpretieren, dass *keine Vorstellungen* bezüglich Konzepten bestehen, als deren Teil die Therapeutische Haltung gesehen werden könnte. Vorsichtig lässt sich argumentieren, dass die Begriffe *Haltung oder Einstellung, theoretische bzw. philosophische Annahmen*

und *therapeutische Beziehung* im Sinne von „Teilen“ des Konzepts der Therapeutischen Haltung verwendet werden, allerdings nur von bestimmten Untergruppen.

12.2.3.3 Ähnliche Begriffe (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage I.3: Welche Begriffe werden in ähnlicher oder identischer Bedeutung wie die Therapeutische Haltung verwendet?

Bezüglich der zur Therapeutischen Haltung als bedeutungsähnlich eingeschätzten Begriffe, wurde ein deutlich größerer Umfang an Codierungen als in den anderen OKn des Systems 1 berichtet. Dieses Ergebnis lässt sich v.a. mit der *geringeren Spezifität* des Großteils der unter OK 1.3. fallenden Kategorien erklären, deren Zuordnungsregeln wesentlich weiter formuliert sind (s. Anhang H). Die Begriffe der *Haltung bzw. Einstellung* werden zwar am häufigsten als *Synonyme* der Therapeutischen Haltung explizit genannt, allerdings von nur neun der Interviewten. Häufiger werden die Konzepte der *Haltung bzw. Einstellung* als *explizit bedeutungsähnlich* angesehen. In *assoziativen Zusammenhang* mit dem Begriff der Therapeutischen Haltung werden heterogene Konzepte gebracht, die in der vorliegenden Arbeit als *inhaltliche Dimensionen* a.a.O. ausführlicher behandelt werden (s.u., Kap. 12.4).

Zusammenfassend, über die verschiedenen Grade der Bedeutungsähnlichkeit hinweg betrachtet, scheint die Therapeutische Haltung, in einem Bedeutungskontext bzw. *Wortfeld* mit den Begriffen *Haltung, Einstellung, Werte, Menschenbild, Philosophie sowie Therapie- und Beziehungsgestaltung* verwendet zu werden. Die *Existenz synonyme Begriffe* wird von nahezu der Hälfte der Befragten *angezweifelt*, ein Fünftel verwendet Begriffe, die sich ihrerseits unter *Haltung oder Einstellung* subsummieren lassen, in *identischer* Weise.

12.3 Funktionale/kausale Perspektive

12.3.1 Forschungsfragen und OKn des Systems 2

Im Sinne der funktionalen/kausalen Perspektive wurde in Kapitel 8 ebenfalls eine *allgemeine Forschungsfrage* zunächst neutral formuliert (s.o., Kap. 8.2.2). Aus dieser wurden drei differenzierende, *konkrete Forschungsfragen* abgeleitet (s.o. Tab. 8.01). Im Kontext der Auswertung der Experteninterviews lassen sich diese Forschungsfragen im Sinne der *deskriptiven* Variante bzw. einer Gebrauchsanalyse der Bedeutung wie folgt umformulieren (s. Tab. 12.06):

Tab. 12.06. Forschungsfragen aus funktionaler/kausaler Perspektive im Kontext der Experteninterviews;

allgemeine Forschungsfrage II: Welche Annahmen über funktionale bzw. kausale Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage II.1: Welche Annahmen über Auswirkungen der Therapeutische Haltung auf Objekte, Variablen oder Prozesse lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage II.2: Welche Annahmen über Auswirkungen von Objekten, Variablen oder Prozessen auf die Therapeutische Haltung (verstanden als State) lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage II.3: Welche Annahmen über Auswirkungen von Objekten, Variablen oder Prozessen auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (verstanden als trait) lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Wie im System 1 stehen die konkreten Forschungsfragen II.1-II.3 in engem Bezug zu den Oberkategorien 2.1-2.3. Codierungen in diesen und den diese OKn differenzierenden UKn können auch hier nahezu direkt in Antworten übersetzt werden. Neben den OKn 2.1.-2.3. lassen sich auch einige Codierungen in der OK 2.4. zur Beantwortung der allgemeinen Forschungsfrage II nutzen. Folgende Tabelle 12.07 gibt einen Überblick der Codierungsergebnisse bezüglich der OKn des 2. Systems „Funktionale Relationen“.

Tab. 12.07. Codierungen in OKn des System 2 „Funktionale Relationen“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
2.1. AUSWIRKUNGEN DER THHA	989	39,56%	19,78	50	100%
2.2. AKTUELLE EINFL. AUF DIE THHA	474*	18,96% (18,04%)	9,48 (9,02)	49	98%
2.3. ENTWICKLUNGSFAKTOREN	1.008	40,32%	20,16	50	100%
2.4. GRUNDS. VERÄNDER. DER THHA	23	0,92%	0,46	15	30%
2.5. RESTKATEGORIE	6	0,24%	0,12	5	10%
System 2 gesamt	2.500	100%	50,00	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

* eigtl. nur 451 positive Codierungen, da 23 Codierungen in UK 2.2.3. „Keine aktuellen Einflüsse“;

Wie aus Tabelle 12.07 (s.o.) ersichtlich, entfallen rund 80% der Codierungen in System 2 zu nahezu gleichen Teilen auf die OKn 2.3. „Entwicklungsfaktoren“ ($\Sigma = 1.008$) bzw. 2.1. „Auswirkungen der ThHa“ ($\Sigma = 989$). Bezüglich beider Kategorien kann in jedem Interview mindestens eine Codierung vorgenommen werden ($N>0 = 100\%$). Bis auf einen Interviewteilnehmer ($N>0 = 98\%$) gilt dies auch für OK 2.2. „Aktuelle Einflüsse auf die ThHa“, in welcher allerdings nur rund halb so viele Codierungen ($\Sigma = 474$; 19% bzw. bei $\Sigma = 451$; 18%; s.o., Anmerkung in Tab. 12.07) gezählt werden. Eher selten konnten Aussagen zur OK 2.4. „Grundsätzliche Veränderlichkeit der ThHa“ codiert werden ($\Sigma = 23$; 1%), eine Kategorie bezüglich derer nur von 15 Teilnehmern (30%) Aussagen getroffen wurden. Im folgenden Abschnitt werden nur die Ergebnisse der ersten drei OKn berichtet.

12.3.2 Codierungsergebnisse

12.3.2.1 Die Therapeutische Haltung als UV (Ergebnisse)

Die mit 989 Codierungen am zweithäufigsten gewählte Kategorie 2.1. „Auswirkungen der ThHa“ (39,56% der Codierungen in System 2) beinhaltet 15 teils theorie- teils materialgeleitet im Team entwickelte UKn. Auch hier ist ein Großteil dieser UKn für sich genommen inhaltlich nicht aussagekräftig weswegen 58 weitere UKn in der Nachdifferenzierung vom Autor konstruiert wurden. Da auch hier ein Bericht aller Ergebnisse bezüglich der insgesamt 73 UKn den Rahmen sprengen würde, werden im folgenden Text nur die wichtigsten Ergebnisse berichtet. Für eine umfassende Darstellung sei auf Ergebnistabellen, MAXQDA- und SPSS-Gesamtdokumente verwiesen (auf Anfrage beim Autor einsehbar). Tabelle 12.08 (s.u.) vermittelt einen Überblick der Codierungsergebnisse in OK 2.1.:

Tab. 12.08. Codierungen in OK 2.1. „Auswirkungen der ThHa“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
2.1.1. KLIENT	480	48,53%	9,6	50	100%
2.1.2. THERAPEUT	333	33,67%	6,66	49	98%
2.1.3. THERAPIEPROZESS	114	11,53%	2,28	29	58%
2.1.4. RAHMENBEDINGUNGEN	25	2,53%	0,5	15	30%
2.1.5. AUSWIRKUNGEN REST	37	3,74%	0,74	21	42%
2.1. AUSWIRKUNGEN DER THHA gesamt	989	100%	19,78	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Wie aus Tabelle 12.08 (s.o.) ersichtlich, entfallen rund 50% der Codierungen unter OK 2.1. auf UK 2.1.1. „Klient“, bezüglich derer Aussagen aus allen 50 Interviews codiert werden konnten. Von der Codierungshäufigkeit etwas weniger umfangreich ($\Sigma = 333$; 33,67%) ist UK 2.1.2. „Therapeut“, zu welcher allerdings auch 98% der Interviewten ($N>0 = 49$) codierbare Aussagen beisteuerten. Mit 114 Codierungen (11,53%) aus 29 Interviews ($N>0 = 58\%$) ist UK 2.1.3. „Therapieprozess“ immer noch deutlich umfangreicher als UK 2.1.4. „Rahmenbedingungen“ welche lediglich 25 Codierungen aus 15 Interviews beinhaltet.

UK 2.1.1. „Klient“, die Äußerungen bezüglich potentieller Auswirkungen der Therapeutischen Haltung auf den Klienten zusammenfassen soll, wird expliziert durch zwei inhaltlich ebenfalls noch wenig interpretierbare Kategorien, mittels derer *innerhalb des Sitzungskontextes* (UK 2.1.1.1.) und *über diesen hinaus* wirkende Variablen (UK 2.1.1.2.) unterschieden werden. Beide UKn beinhalten jeweils rund die Hälfte der in UK 2.1.1. vorgenommenen Codierungen, zudem aus fast allen Interviews ($\Sigma = 224$, $N>0 = 44$ bzw. 88% für UK 2.1.1.1.; $\Sigma = 247$, $N>0 = 48$ bzw. 96% für UK 2.1.1.2.).

Aus jeweils ca. einem Drittel der Interviews ließen sich Aussagen den vier differenzierenden UKn 2.1.1.1.7. „Sicherheitsgefühl/Vertrauen“ ($\Sigma = 34$; $N>0 = 21$), 2.1.1.1.1. „Affiliationsbedürfnis“ ($\Sigma = 34$; $N>0 = 17$), 2.1.1.1.1. „Autonomie/Selbstvertrauen“ ($\Sigma = 18$; $N>0 =$

16) und 2.1.1.1.6. „kommunikative Offenheit und Emotionsregulation“ ($\Sigma = 23$; $N>0 = 16$) zuordnen, welche zusammen rund die Hälfte (48,66%) der Codierungen in UK 2.1.1.1. „*Innerhalb der Therapie*“ abbilden. Fasst man diejenigen Kategorien, die motivationale und emotionale Effekte thematisieren zusammen (UKn 2.1.1.1.1., 2.1.1.1.3., 2.1.1.1.4., 2.1.1.1.6.-2.1.1.1.8.) so bilden diese 54% ($\Sigma = 121$) der Codierungen in UK 2.1.1.1. aus insgesamt 38 Interviews ab. Etwas mehr als die Hälfte der Aussagen ($\Sigma = 141$ d.h. 57,09% der Codierungen in UK 2.1.1.2), die sich als Klientenmerkmale, auf die sich die Therapeutische Haltung *über den Sitzungskontext hinaus* auswirkt, codieren lassen (UK 2.1.1.2.), entfallen auf vier differenzierende UKn: 2.1.1.2.1. „allgemein Veränderung/ Wirkung/Nutzen“ ($\Sigma = 46$; $N>0 = 31$), 2.1.1.2.2. „Autonomie/Selbstverantwortung/Kontrolle“ ($\Sigma = 44$; $N>0 = 26$), 2.1.1.2.3. „Entwicklung/Entfaltung“ ($\Sigma = 26$; $N>0 = 19$) und 2.1.1.2.7. „Selbstwirksamkeit/ Selbstwert/Bewältigungsfähigkeit“ ($\Sigma = 25$; $N>0 = 15$). Fasst man diejenigen Kategorien, die handlungsregulatorische Aspekte thematisieren zusammen (UKn 2.1.1.2.2., 2.1.1.2.5.-2.1.1.2.8.) so bilden diese 48% ($\Sigma = 118$) der Codierungen in UK 2.1.1.2. aus insgesamt 38 Interviews ab.

UK 2.1.2. „Therapeut“ wird wie UK 2.1.1. auch durch zwei UKn expliziert, die Merkmale des Therapeuten unterscheiden, auf welche die Therapeutische Haltung *innerhalb des Sitzungskontextes* und *über diesen hinaus* eine Wirkung ausübt.

UK 2.1.2.1. „*Innerhalb der Therapie*“ beinhaltet etwas mehr als die Hälfte der in UK 2.1.2. vorgenommenen Codierungen ($\Sigma = 187$; 56,16%) aus 90% der Interviews ($N>0 = 45$). Mit einer Anzahl von 82 entfällt wiederum knapp die Hälfte (44%) der in UK 2.1.2.1. codierten Aussagen auf drei der elf diese UK differenzierenden und inhaltlich interpretierbaren UKn: 2.1.2.1.5. „emotionale Befindlichkeit/Spaß an der Arbeit“ ($\Sigma = 39$; $N>0 = 23$), 2.1.2.1.2. „Art/Qualität der therapeutischen Arbeit“ ($\Sigma = 26$; $N>0 = 20$) und 2.1.2.1.3. „Bedürfnisbefriedigung/-regulation“ ($\Sigma = 17$; $N>0 = 12$). Diejenigen Codierungen, welche die Art der Therapiegestaltung abbilden (UKn 2.1.2.1.2., 2.1.2.1.4., 2.1.2.1.6., 2.1.2.1.7., 2.1.2.1.9., 2.1.2.1.10.), repräsentieren zwei Fünftel ($\Sigma = 77$, d.h. 41%) der Codierungen in UK 2.1.2.1., gewonnen aus 34 Interviews. Die zweite, etwas weniger als die Hälfte der Codierungen ($\Sigma = 137$; 41,14%) der übergeordneten UK 2.1.2. „Therapeut“ beinhaltende UK 2.1.2.2. „*Über die Therapie hinaus*“, wird durch acht inhaltlich interpretierbare Kategorien differenziert. Mit einer Anzahl von 73 entfällt wiederum rund die Hälfte (53%) der in UK 2.1.2.2. codierten Aussagen auf drei dieser UKn: 2.1.2.2.2. „Gesundheit/Wohlbefinden“ ($\Sigma = 26$; $N>0 = 16$), 2.1.2.2.6. „Qualität und Gestaltung sozialer Beziehungen“ ($\Sigma = 23$; $N>0 = 13$) und 2.1.2.2.1. „berufliche/r Effektivität/Erfolg/Zufriedenheit“ ($\Sigma = 24$; $N>0 = 12$).

UK 2.1.3. „Therapieprozess“, welche in Abhängigkeit der Therapeutischen Haltung vermutete Aspekte des Therapieprozesse umfasst, beinhaltet mit einer Anzahl von 114 nur etwas mehr als ein Zehntel (11,53%) der in UK 2.1. „Therapeut“ codierten Paraphrasen. 58 Codierungen, d.h. rund die Hälfte (50,88%) der in UK 2.1.3. codierten Aussagen, entfallen auf drei der die Kategorie differenzierenden sieben UKn: 2.1.3.4. „Therapeutische Beziehung“ ($\Sigma = 26$; $N>0 = 16$), 2.1.3.7. „Veränderung/Erfolg der Therapie“ ($\Sigma = 18$; $N>0 = 11$) und 2.1.3.5. „therapeutischer Prozess allgemein“ ($\Sigma = 14$; $N>0 = 9$).

UK 2.1.4. „Rahmenbedingungen“ umfasst in Abhängigkeit der Therapeutischen Haltung vermutete Rahmenbedingungen von Psychotherapie. Sie beinhaltet mit einer Anzahl von 25 nur 2,5% der in UK 2.1. „Therapeut“ codierten Paraphrasen, wobei nahezu alle Codierungen ($\Sigma = 20$) auf UK 2.1.4.2. „Gesellschaft“ ($\Sigma = 26$; $N>0 = 16$) entfallen.

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 2.1. zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der größte Anteil der die Auswirkungen der Therapeutischen Haltung betreffenden Aussagen auf *Merkmale des Klienten* entfällt ($\Sigma = 480$, 48,53%), zudem auf Basis aller 50 Interviews. Dabei lassen sich Auswirkungen *über den Sitzungskontext hinaus* etwas häufiger ($\Sigma = 247$ vs. 224) und aus mehr Interviews ($N>0 = 48$ vs. 44) rekonstruieren, als solche *innerhalb der Therapie*. Rückwirkungen der Haltung auf *Merkmale des Therapeuten* werden etwas seltener codiert ($\Sigma = 333$, 33,67%) mit zudem umgekehrten Muster: Auswirkungen auf Therapeutenmerkmale *innerhalb des Sitzungskontext* lassen sich häufiger ($\Sigma = 187$ vs. 137) und aus mehr Interviews ($N>0 = 45$ vs. 37) rekonstruieren, als solche *über die Therapie hinaus*. Verglichen mit den beiden personenbezogenen (Klient, Therapeut) Merkmalen, werden Auswirkungen auf Aspekte des Therapieprozesses, wie z.B. die Qualität der Therapiebeziehung ($\Sigma = 26$; $N>0 = 16$) oder das Therapieergebnis ($\Sigma = 18$; $N>0 = 11$) eher selten codiert, was allerdings aufgrund der größeren Abstraktheit der entsprechenden Konstrukte weniger verwunderlich scheint. Gleiches gilt umso mehr für die sehr selten codierten Rahmenbedingungen ($\Sigma = 25$; $N>0 = 15$), wobei hier fast ausschließlich Aspekte der Gesellschaft als abhängige Variablen der Therapeutischen Haltung (als UV) rekonstruiert werden ($\Sigma = 20$; $N>0 = 12$). Zudem hängen diese eher seltener getätigten Zuordnungen von bestimmten personenbezogenen Merkmalen ab, soweit anhand der Teilstichprobe der Telefoninterviews überprüfbar: Kategorie 2.1.3.4. „Therapeutische Beziehung“ wurde aus nur zwei der mit den 18 ärztlichen im Gegensatz zu 10 der 22 mit psychologischen Psychotherapeuten durchgeführten Interviews codiert ($\chi^2 = 5,56$; $p<0.05$; $w = .87$). Nur eine von 20 Frauen im Gegensatz zu sechs der 20 Männer tätig in UK 2.1.3.7. „Veränderung/Erfolg der Therapie“ codierbare Aussagen ($\chi^2 = 4,329$; $p<0.05$; $w = .68$). Ebenso werden nur aus drei der Interviews mit weiblichen Teilnehmern im Gegensatz zu neun Interviews mit männlichen Teilnehmern Aussagen der UK 2.1.4.2. „Gesellschaft“ zugeordnet ($\chi^2 = 4,286$; $p<0.05$; $w = .68$).

12.3.2.2 Die Therapeutische Haltung als AV (Ergebnisse)

Die mit 474 Codierungen am dritthäufigsten gewählte OK 2.2. „Aktuelle Einflüsse auf die ThHa“ (18,96% der Codierungen in System 2) die *potentielle Einflüsse auf die Therapeutischen Haltung* verstanden als „state“ des Therapeuten abbilden soll, beinhaltet 11 teils theorie- teils materialgeleitet im Team entwickelte UKn. Auch hier ist ein Großteil dieser UKn für sich genommen inhaltlich nicht aussagekräftig, weswegen 45 weitere UKn in der Nachdifferenzierung vom Autor konstruiert wurden. Da auch hier ein Bericht aller Ergebnisse bezüglich der insgesamt 56 UKn der OK 2.2. den Rahmen sprengen würde, werden im Folgenden wieder nur die wichtigsten Ergebnisse berichtet. Für eine umfassende Darstellung sei auf Ergebnistabellen, MAXQDA- und SPSS-Gesamtdokumente verwiesen (auf

Anfrage beim Autor einsehbar). Tabelle 12.09 (s.u.) vermittelt einen Überblick der Codierungen in OK 2.2.:

Tab. 12.09. Codierungen in OK 2.2. „Aktuelle Einflüsse auf die ThHa“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
2.2.1. VARIABLE EINFLÜSSE	266	56,12%	5,32	45	90%
2.2.2. STABILE EINFLÜSSE	158	33,33%	3,16	40	80%
2.2.3. KEINE AKTUELLEN EINFLÜSSE	23	4,85%	0,46	17	34%
2.2.4. EINFLÜSSE REST	27	5,70%	0,54	15	30%
2.2. AKTUELLE EINFLÜSSE AUF DIE THHA gesamt	474	100%	9,48	49	98%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Wie aus Tabelle 12.09 (s.o.) ersichtlich, entfallen 56,12% der Codierungen unter OK 2.2. auf UK 2.2.1. „Variable Einflüsse“, bezüglich derer Aussagen aus 45 Interviews (N>0 = 90%) codiert werden konnten. Von der Codierungshäufigkeit etwas weniger umfangreich ($\Sigma = 158$; 33,33%) ist UK 2.2.2. „Stabile Einflüsse“, zu welcher 80% der Interviewten (N>0 = 40) codierbare Aussagen beisteuerten. Mit nur 23 Codierungen (4,85%) aus 17 Interviews (N>0 = 34%) ist UK 2.2.3. „Keine aktuellen Einflüsse“ zwar weniger umfangreich als die Restkategorie 2.2.4., bildet allerdings tendenziell mehr Interviews ab (N>0 = 17 vs. 15).

UK 2.2.1. „Variable Einflüsse“ wird expliziert durch drei inhaltlich noch wenig interpretierbare Kategorien, mittels derer Merkmale des *Therapeuten* (UK 2.2.1.1.), des *Klienten* (UK 2.2.1.2.) und der *Rahmenbedingungen* (UK 2.2.1.4.) unterschieden werden, als in Intensität und Frequenz *variierende Einflüsse* auf die Therapeutischen Haltung. Lediglich UK 2.2.1.3. „Qualität der Beziehung“ ist für sich genommen aussagekräftig.

UK 2.2.1.1. „*Therapeut*“ beinhaltet ein knappes Drittel der in UK 2.2.1. vorgenommenen Codierungen ($\Sigma = 84$; 31,58%) aus 58% der Interviews (N>0 = 29). Mit einer Anzahl von 42 Codierungen aus im Überschnitt 22 Interviews entfällt die Hälfte der in UK 2.2.1.1. codierten Aussagen auf drei der sieben diese UK differenzierenden und inhaltlich interpretierbaren UKn: 2.2.1.1.4. „Lebensereignisse/persönliche und berufliche Belastungen“ ($\Sigma = 15$; N>0 = 11), 2.2.1.1.2. „emotional-motivationale Verfassung/Stimmung“ ($\Sigma = 12$; N>0 = 11) und 2.2.1.1.3. „körperliche Verfassung/Gesundheit“ ($\Sigma = 15$; N>0 = 9). Die zweite, etwa die Hälfte der Codierungen ($\Sigma = 135$; 50,75%) der übergeordneten UK 2.2.1. beinhaltende UK 2.2.1.2. „*Klient*“, wird durch neun inhaltlich interpretierbare Kategorien differenziert. Mit einer Anzahl von 65 Codierungen aus im Überschnitt 27 Interviews entfallen wiederum rund die Hälfte (48,15%) der in UK 2.2.1.2. codierten Aussagen auf drei UKn: 2.2.1.2.4. „Patient/Klient/Gegenüber allgemein“ ($\Sigma = 25$; N>0 = 20), 2.2.1.2.1 „Art und Ausmaß der Problematik“ ($\Sigma = 24$; N>0 = 12) und 2.2.1.2.3. „Stimmung/Bedürfnislage/Lebenssituation“ ($\Sigma = 16$; N>0 = 12). Fasst man Codierungen in Kategorien, die gewöhnlich als prognostische Faktoren des Therapieergebnisses angesehene Klientenmerkmale repräsentieren (UKn 2.2.1.2.1., 2.2.1.2.3., 2.2.1.2.8. und 2.2.1.2.9.) zusammen, beinhalten diese mit einer Anzahl von 68 ebenfalls rund die Hälfte (50, 37%) der Codierungen in UK

2.2.1.2. aus 26 Interviews. UK 2.2.1.3. „Qualität der Beziehung“ und 2.2.1.4. „Rahmenbedingungen“ machen zusammen weitere 15,04% der Codierungen ($\Sigma = 40$) in UK 2.2.1. aus. Die Anzahl der Codierungen ($\Sigma = 7$) aus sechs Interviews in UK 2.2.1.3. ist interpretierbar, aber äußerst gering mit nur 2,63% der Codierungen in UK 2.2.1. Die UK 2.2.1.4. „Rahmenbedingungen“ ($\Sigma = 33$; $N>0 = 17$) wurde in vier UKn differenziert, auf die sich die Codierungen relativ gleichmäßig verteilten, lediglich UK 2.2.1.4.4. „zeitliche Organisation“ fällt mit einem Drittel der Codierungen ($\Sigma = 11$) aus neun Interviews etwas umfangreicher aus.

UK 2.2.2. „Stabile Einflüsse“ wird expliziert durch zwei inhaltlich noch wenig interpretierbare Kategorien, mittels derer Merkmale des *Therapeuten* (UK 2.2.2.1.) und der *Rahmenbedingungen* (UK 2.2.2.2.) unterschieden werden, als in Intensität und Frequenz *stabile Einflüsse* auf die Therapeutischen Haltung.

UK 2.2.2.1. „Therapeut“ beinhaltet nahezu drei Viertel der in UK 2.2.2. vorgenommenen Codierungen ($\Sigma = 114$; 72,15%) aus 62% der Interviews ($N>0 = 31$). Mit einer Anzahl von 57 Codierungen aus im Überschnitt 23 Interviews entfällt genau die Hälfte der in UK 2.2.2.1. codierten Aussagen auf drei der neun diese UK differenzierenden und inhaltlich interpretierbaren UKn: 2.2.2.1.4. „Menschenbild/Weltanschauung“ ($\Sigma = 24$; $N>0 = 16$), 2.2.2.1.5. „moralische Werte“ ($\Sigma = 21$; $N>0 = 12$) und 2.2.2.1.7. „Selbstfürsorge/ Selbstreflexion“ ($\Sigma = 12$; $N>0 = 8$). Die zweite, etwa ein Viertel der Codierungen ($\Sigma = 38$; 24,05%) der übergeordneten UK 2.2.2. beinhaltende UK 2.2.2.2. „Rahmenbedingungen“, wird durch fünf inhaltlich interpretierbare Kategorien differenziert. Lediglich bezüglich UK 2.2.2.2.2. „institutioneller Kontext“ ($\Sigma = 12$) und UK 2.2.2.2.3. „Modalität/Setting“ ($\Sigma = 5$) ließen sich aus mindestens fünf Interviews Aussagen codieren.

Der etwas aus dem Rahmen fallenden **UK 2.2.3 „Keine aktuellen Einflüsse“** ($\Sigma = 23$; 4,85% der Codierungen in OK 2.2.) ließen sich aus 17 Interviews ($N>0 = 34\%$) Aussagen zuordnen. Dies ist trotz der geringen Codierungsanzahl insofern interessant, als dass sich aus 16 dieser 17 Interviews gleichzeitig Aussagen im Sinne der UKn 2.2.1. oder 2.2.2. rekonstruieren ließen, welche UK 2.2.3. inhaltlich eigentlich widersprechen.

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 2.2. zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der größte Anteil der die aktuellen Einflüsse auf die Therapeutischen Haltung betreffenden Aussagen auf *variable Einflüsse* entfällt (UK 2.2.1; $\Sigma = 266$, 56,12%), zudem auf Basis von 90% der Interviews ($N>0 = 45$). Dabei lassen sich Einflüsse im Sinne von *Merkmalen der Klienten* (UK 2.2.1.2.; $\Sigma = 135$; $N>0 = 39$), insbesondere deren emotionale Verfassung oder Ausmaß der Problematik, deutlich häufiger und aus mehr Interviews rekonstruieren, als Einflüsse im Sinne von *Therapeutenmerkmalen* (UK 2.2.1.1.; $\Sigma = 84$; $N>0 = 29$). Innerhalb letztgenannter Kategorie ließen sich die aus relativ vielen Interviews und am häufigsten codierten Kategorien (UKn 2.2.1.1.2.-2.2.1.1.4; s.o.) thematisch unter einer neu zu konstruierenden Kategorie „körperliche und psychische Verfassung“ zusammenfassen. In Intensität und Frequenz *stabile Einflüsse* auf die Therapeutischen Haltung werden auf Basis von 80% der Interviews ($N>0 = 40$) etwas seltener codiert (UK 2.2.2.; $\Sigma = 158$, 33,33%) als die o.g. variablen Einflüsse. Hier lassen sich Einflüsse im Sinne von *Rahmenbedingungen* (UK 2.2.2.2.; $\Sigma = 38$; $N>0 = 21$) deutlich seltener und aus weniger Inter-

views rekonstruieren, als Einflüsse im Sinne von *Merkmale der Therapeuten* (UK 2.2.2.1.; $\Sigma = 114$; $N>0 = 31$). Zudem wurden Rahmenbedingungen, in diesem Fall bezogen auf die Gesamtstichprobe der 50 Interviews, nur von vier der 18 ärztlichen, jedoch von 17 der 32 psychologischen Psychotherapeuten (incl. Ausbildungskandidaten) genannt ($\chi^2 = 4,516$; $p < 0,05$; $w = .64$). Innerhalb UK 2.2.2.1. „Therapeut“ wurden Aussagen, die sich als Annahmen über relevante *übergeordnete kognitive Strukturen* (Einstellungen, theoretische Annahmen, Menschenbild, Weltanschauung, moralische Werte) verstehen lassen am häufigsten codiert, zudem aus knapp der Hälfte ($N>0 = 24$) der Interviews. Auch bezüglich UK 2.2.2.1. ergibt sich allerdings ein signifikanter Unterschied der Nennungshäufigkeit abhängig von der jeweiligen Zulassung der 40 telefonisch befragten Therapeuten: So ließen sich aus 17 der 20 Interviews mit Verhaltenstherapeuten im Gegensatz zu nur zehn der 20 Interviews mit psychodynamisch orientierten Therapeuten Aussagen i.S. stabiler Therapeutenmerkmale als Einfluss in UK 2.2.2.1. codieren ($\chi^2 = 5,584$; $p < 0,05$; $w = .88$). Bezüglich der übergeordneten kognitiven Strukturen ist dieser Unterschied mit 17 von 20 Verhaltenstherapeuten vs. nur sechs von 20 psychodynamisch orientierten noch gravierender ($\chi^2 = 12,379$; $p < 0,01$; $w = 1.95$). Ein interessanter *Widerspruch* ergibt sich daraus, dass sich aus insgesamt 16 Interviews gleichzeitig Aussagen im Sinne der *Annahme* (UKn 2.2.1. und 2.2.2.) und der *Ablehnung* (UK 2.2.3.) der Möglichkeit aktueller Einflüsse auf die therapeutische Haltung rekonstruieren lassen.

12.3.2.3 Entwicklung der Therapeutischen Haltung (Ergebnisse)

Die mit 1.008 Codierungen umfangreichste OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“ (40,32% der Codierungen in System 2) die *potentielle Einflüsse auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung* verstanden als „trait“ des Therapeuten abbilden soll, beinhaltet 45 teils theoretisch teils materialgeleitet im Team entwickelte UKn, die für sich genommen inhaltlich aussagekräftig sind, weswegen keine Nachdifferenzierung nötig war. Da auch hier ein Bericht aller Ergebnisse den Rahmen sprengen würde, werden im Folgenden wieder nur die zentralen Ergebnisse berichtet. Für eine umfassende Darstellung sei auf Ergebnistabellen, MAXQDA- und SPSS-Gesamtdokumente verwiesen (auf Anfrage beim Autor einsehbar). Tabelle 12.10 (s.u.) vermittelt einen Überblick der Codierungsergebnisse in OK 2.3.:

Tab. 12.10. Codierungen in OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
2.3.1. THERAPEUTISCHER KONTEXT	524	51,98%	10,48	50	100%
2.3.2. AUSSERTHERAPEUTISCHER KONTEXT	219	21,73%	4,38	45	90%
2.3.3. SOZIOKULTURELLER KONTEXT	70	6,94%	1,4	29	58%
2.3.4. PERSÖNLICHKEIT	115	11,41%	2,3	36	72%
2.3.5. LERNMECHANISMEN	47	4,66%	0,94	24	48%
2.3.6. ENTWICKLUNG REST	33	3,27%	0,66	18	36%
2.3. ENTWICKLUNGSFAKTOREN gesamt	1.008	100%	20,16	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Wie aus Tabelle 12.10 (s.o.) ersichtlich, entfallen mit 51,98% über die Hälfte der Codierungen unter OK 2.3. auf UK 2.3.1. „Therapeutischer Kontext“ ($\Sigma = 524$), bezüglich derer Aussagen aus allen Interviews codiert werden konnten. Von der Codierungshäufigkeit deutlich weniger umfangreich ($\Sigma = 219$; 21,73%) ist UK 2.3.2. „Außertherapeutischer Kontext“, zu der aber auch 90% der Interviewten ($N > 0 = 45$) codierbare Aussagen beisteuerten. Mit nur 115 Codierungen (11,41%) aus 36 Interviews ($N > 0 = 72\%$) liegt UK 2.3.4. „Persönlichkeit“, was die Codierungshäufigkeit angeht noch vor UK 2.3.3. „Soziokultureller Kontext“, deren 70 Codierungen (nur 6,94% der Codierungen in UK 2.3.) aber immerhin aus mehr als der Hälfte ($N > 0 = 29$ 58%) der Interviews stammen. Der kleinsten UK 2.3.5. „Lernmechanismen“ ($\Sigma = 47$, d.h. 4,66%; $N > 0 = 24$, d.h. 48%) kommt eine Sonderstellung in OK 2.3. zu, da in dieser Kategorie nicht Einflüsse, sondern potentielle Lernmechanismen, mittels derer der Entwicklungseinfluss vermittelt wird, zusammengefasst werden.

UK 2.3.1. „Therapeutischer Kontext“ ist selbst bereits inhaltlich interpretierbar, wird aber aufgrund des Umfangs durch 15 UKn expliziert. Folgende vier im Hinblick auf die Codierungshäufigkeit umfangreichsten UKn beinhalten aus jeweils mindestens 30 Interviews zusammen 52% der Codierungen ($\Sigma = 275$) in UK 2.3.1.: 2.3.1.6. „Explizite therapeutische Vorbilder“ ($\Sigma = 100$; $N > 0 = 35$), 2.3.1.13. „Ausbildung allgemein“ ($\Sigma = 66$; $N > 0 = 32$), 2.3.1.1. „Klientenkontakt“ ($\Sigma = 66$; $N > 0 = 30$) und 2.3.1.5. „Kollegen“ ($\Sigma = 43$; $N > 0 = 30$). Fasst man die acht UKn, welche thematisch den Bereich von Aus-, Fort und Weiterbildung repräsentieren (UKn 2.3.1.2.-2.3.1.4., 2.3.1.6.-2.3.1.9. und 2.3.1.13.) zusammen, lassen sich 60% der Codierungen in UK 2.3.1. abbilden ($\Sigma = 315$).

UK 2.3.2. „Außertherapeutischer Kontext“ ist im Prinzip ebenfalls bereits inhaltlich interpretierbar, ist thematisch allerdings weniger eingegrenzt wie UK 2.3.1. und wird daher auch durch acht UKn expliziert. Folgende drei umfangreichsten UKn beinhalten zusammen 56% der Codierungen ($\Sigma = 123$) in UK 2.3.2.: 2.3.2.8. „Lebenserfahrung (n.n.b.)“ ($\Sigma = 47$; $N > 0 = 28$), 2.3.2.3. „Bedeutende Begegnungen“ ($\Sigma = 48$; $N > 0 = 27$) und 2.3.2.4. „Beruf, Studium und Bildung“ ($\Sigma = 28$; $N > 0 = 19$). Fasst man diejenigen UKn zusammen, welche eine thematische Subgruppe repräsentiert, die bedeutsame Erfahrungen bündelt (UKn 2.3.2.3., 2.3.2.7. und 2.3.2.8), lassen sich 53% der Codierungen in UK 2.3.2. abbilden ($\Sigma = 117$) aus im Überschneit 42 Interviews.

UK 2.3.3. „Soziokultureller Kontext“ ist zwar sowohl inhaltlich interpretierbar, als auch weniger umfangreich als die anderen Entwicklungseinflüsse repräsentierenden UKn, aber thematisch ebenso wenig eingegrenzt wie UK 2.3.2. und wird daher durch sechs UKn expliziert. Die drei umfangreichsten UKn beinhalten zusammen 70% der Codierungen ($\Sigma = 49$): 2.3.3.6. „Soziokultureller Kontext (n.n.b.)“ ($\Sigma = 20$; $N > 0 = 16$), 2.3.3.4. „Kultur“ ($\Sigma = 17$; $N > 0 = 11$) und 2.3.3.5. „Religion“ ($\Sigma = 12$; $N > 0 = 9$). Unerwarteter Weise lassen sich nur wenige Aussagen als Annahmen eines potentiellen Entwicklungseinflusses durch das Gesundheitssystem (UK 2.3.3.3.; $\Sigma = 6$; $N > 0 = 5$) rekonstruieren.

UK 2.3.4. „Persönlichkeit“ wird durch vier UKn expliziert, deren umfangreichste UK 2.3.4.3. „Werte/Einstellungen/Bedürfnisse“, welche kognitive Strukturen i.w.S. repräsentiert, mit 59 Codierungen aus 25 Interviews bereits mehr als die Hälfte (51,30%) der Co-

dierungen in UK 2.3.4. abbildet. Entgegen dem wissenschaftlichen Trend, biologische und/oder genetische Entwicklungseinflüsse bezüglich diverser psychischer Personenmerkmale geltend zu machen, lassen sich vergleichsweise wenige Aussagen ($\Sigma = 12$; $N > 0 = 8$) in der entsprechenden Kategorie 2.3.4.1. „Temperament/Biologie/Genetik“ codieren.

Der thematisch anders als die sonstigen UKn der OK 2.3. ausgerichteten **UK 2.3.5 „Lernmechanismen“** ($\Sigma = 47$; 4,66% der Codierungen in OK 2.3.) ließen sich Aussagen aus immerhin 24 Interviews zuordnen ($N > 0 = 48\%$). UK 2.3.5.1. „Lernen am Modell“ ist hier die umfangreichste und meistgenannte inhaltlich interpretierbare UK ($\Sigma = 21$; $N > 0 = 14$).

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 2.3. zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Großteil der Aussagen, die sich als Nennungen von Entwicklungsfaktoren der Therapeutischen Haltung rekonstruiert lassen, unter UK 2.3.1. „*therapeutischer Kontext*“ codiert wurden (UK 2.3.1.; $\Sigma = 524$, d.h. 51,98%). Innerhalb derer macht die Gruppe der ausbildungsbezogenen UKn den Großteil aus und mit 315 Codierungen immerhin 31,25% der gesamten Codierungen in OK 2.3. „Entwicklungsfaktoren“. Hier ist zu bemerken, dass bezogen auf die 40 telefonisch durchgeführten Interviews die UK 2.3.1.8. „*Theorieausbildung/Seminare*“ ($Mdn = 0$) wesentlich seltener als die ebenfalls ausbildungsbezogenen UKn 2.3.1.6. „*Explizite therapeutische Vorbilder*“ ($Mdn = 2$; $Z = -4,633$; $p < 0.001$; $r = -.73$), 2.3.1.4 „*Selbsterfahrung*“ ($Mdn = 0,5$; $Z = -3,117$; $p < 0.005$; $r = -.49$) und 2.3.1.3. *Supervision* ($Mdn = 0,5$; $Z = -2,111$; $p < 0.05$; $r = -.33$), zudem aus wesentlich weniger Interviews codiert wurde. Innerhalb der etwas seltener als UK 2.3.1. codierten UK 2.3.2. „*Außertherapeutischer Kontext*“ lassen sich mit einer Kategoriensubgruppe, die bedeutsame Erfahrungen repräsentiert über die Hälfte der Codierungen (53%) aus einer Mehrzahl der Interviews ($N > 0 = 42$) abbilden. Den *soziokulturellen Kontext* (UK 2.3.3) explizierende Kategorien werden insgesamt selten codiert, etwas häufiger *Merkmale der Person als Kontext* (UK 2.3.4.). Unter letzter werden Persönlichkeitsmerkmale auf kognitiv-psychologischer Beschreibungsebene (UK 2.3.4.3; $MW = 1,18$; $SD = 1,781$) in der Gesamtstichprobe im Vergleich mit solchen auf biologischer Beschreibungsebene (UK 2.3.4.1; $MW = 0,24$; $SD = 0,625$) wesentlich häufiger codiert ($t(49) = -0,94$; $p < 0.001$; $d = -.52$). UK 2.3.5.1. „Lernen am Modell“ wurde innerhalb UK 2.3.5. „Lernmechanismen“ zwar am häufigsten codiert, allerdings aus nur acht der 40 Interviews mit Approbierten im Vergleich zu sechs der 10 Interviews mit Ausbildungskandidaten ($\chi^2 = 6,349$; $p < 0.05$; $w = .90$). Auffällig bezüglich der Ergebnisse in OK 2.3. ist abschließend, dass die thematisch korrespondierenden UKn 2.3.1.6. „*Explizite therapeutische Vorbilder*“, UK 2.3.2.3. „*Bedeutende Begegnungen*“ und UK 2.3.5.1. „Lernen am Modell“, die meistgenannten UKn innerhalb ihrer übergeordneten Kategorien darstellen (2.3.1. „*Therapeutischer Kontext*“, 2.3.2. „*Extratherapeutischer Kontext*“ und 2.3.5. „*Lernmechanismen*“).

12.3.3 Interpretation

Kategoriensystem 2 wurde konstruiert, um die Beantwortung der allgemeinen Forschungsfrage I („*Welche Annahmen über funktionale bzw. kausale Relationen der Therapie-*

tischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?“), sowie der differenzierenden konkreten Forschungsfragen II.1-II.3 zu ermöglichen (s.o., Tab. 12.06).

12.3.3.1 Die Therapeutische Haltung als UV (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage II.1: Welche Annahmen über Auswirkungen der Therapeutischen Haltung auf Objekte, Variablen oder Prozesse lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Die Annahme, dass sich die Therapeutische Haltung auf den *Klienten* auswirkt, wird von allen Interviewten geteilt. Dabei scheint zum einen davon ausgegangen zu werden, dass die Therapeutische Haltung sich im Therapiesetting insbesondere auf die *motivationale und emotionale Lage* der Klienten und über den Therapiekontext hinaus auf deren *handlungsregulatorische Kompetenzen* auswirkt. Auch von Rückwirkungen der Therapeutischen Haltung auf den *Therapeuten* selbst wird ausgegangen, wobei diese v.a. Art und Qualität der *Gestaltung des Therapieprozesses* (innerhalb der Therapie) und etwas seltener *unterschiedliche Bereiche der Lebensqualität* (über die Therapie hinaus) betreffen.

Verglichen mit beiden personenbezogenen Merkmalen (Klient, Therapeut), werden Auswirkungen auf *Aspekte des Therapieprozesses* eher selten codiert. So wird die *Qualität der Therapiebeziehung* oder das *Therapieergebnis* zwar von nicht wenigen Interviewteilnehmern als von der Therapeutischen Haltung abhängig bezeichnet, die Therapiebeziehung aber kaum von ärztlichen Therapeuten, das Therapieergebnis kaum von weiblichen Therapeuten. Noch seltener als Aspekte des Therapieprozesses wurden *Rahmenbedingungen* als von der Therapeutischen Haltung beeinflussbar genannt, am ehesten noch *gesellschaftliche Aspekte*, diese allerdings überwiegend von männlichen Therapeuten.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse im Sinne der Forschungsfrage II.1. dahingehend interpretieren, dass von einer Wirkung der Therapeutischen Haltung auf die *emotional-motivationale Verfassung* der Klienten in der Therapie sowie deren *Handlungsregulationskompetenz* über die Therapie hinaus ausgegangen wird. Ebenso wird davon ausgegangen, dass die Therapeutische Haltung sich auf Art und Qualität der *Therapiegestaltung* durch die Therapeuten sowie deren *Lebensqualität* in diversen Bereichen auswirkt. Tendenziell werden auch *Therapeutische Beziehung*, *Therapieergebnis* und *gesellschaftliche Rahmenbedingungen* als beeinflussbar angesehen, allerdings seltener und nur von bestimmten Untergruppen.

12.3.3.2 Die Therapeutische Haltung als AV (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage II.2: Welche Annahmen über Auswirkungen von Objekten, Variablen oder Prozessen auf die Therapeutische Haltung (verstanden als State) lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Die Annahme, dass die Realisierung einer Therapeutischen Haltung aktuellen Einflüssen unterliegt, scheint grundsätzlich weit verbreitet, da nur einer der 50 Teilnehmer keine in OK 2.2. codierbare Aussage geliefert hat. Zudem haben 16 der 17 Interviewten, die zwar explizit die Möglichkeit einer aktuellen Auswirkung ausgeschlossen haben (UK 2.2.3.), dennoch im Verlauf des Interviews Äußerungen getroffen, die sich als Annahmen aktueller Einflüsse rekonstruieren lassen. Dieser immerhin bei einem Drittel der Teilnehmer aufdeckbare Widerspruch lässt sich im Sinne allgemeiner *Differenzen zwischen expliziten und impliziten Annahmen* hinsichtlich der kausalen/funktionalen Einbettung der Therapeutischen Haltung interpretieren.

Dabei gehen sehr viele Teilnehmer davon aus, dass die Realisierung der Haltung durch Faktoren beeinflusst wird, die als eher zeitlich instabil und in Frequenz oder Intensität variabel bezeichnet werden können (UK 2.2.1.). Insbesondere eine Klasse von oft auch als *prognostische Faktoren des Therapieergebnisses angesehenen Klientenmerkmalen*, worunter Art bzw. Ausmaß der Problematik und emotionale Verfassung sowie Ziele bzw. Erwartungen und Therapiemotivation fallen, wird hier als Einfluss vermutet (wobei jedes einzelne der aufgeführten Merkmale nur von wenigen Interviewten genannt wurde). Etwas seltener als diese Klasse von Klientenmerkmalen wird davon ausgegangen, dass *variable Merkmale der Therapeuten* die Realisierung der Haltung beeinflussen, wobei am ehesten deren *körperliche und psychische Verfassung* als relevant erachtet wird.

Etwas seltener als variable Faktoren werden, diese ergänzend, auch solche Einflüsse vermutet, die als anhaltend bzw. dauerhaft verstanden werden können (UK 2.2.2.). Diverse *Makrobedingungen* der therapeutischen Arbeit, wie etwa das institutionelle Setting, werden vornehmlich von psychologischen Psychotherapeuten genannt (selten von ärztlichen). Insgesamt deutlich häufiger, von mehr als der Hälfte der Interviewten, werden *zeitlich stabile Therapeutenmerkmale* als relevant erachtet. V.a. Charakteristika der Therapeuten, die sich als *übergeordnete kognitive Strukturen* bezeichnen lassen (wie z.B. Menschenbild, Weltanschauung oder moralische Werte), scheinen als Faktoren gesehen zu werden, von denen die Realisierung der Therapeutischen Haltung verstanden als „state“ dauerhaft abhängt, wobei dies insbesondere für Verhaltenstherapeuten zu gelten scheint, wesentlich seltener für psychodynamisch orientierte Therapeuten.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse im Sinne der Forschungsfrage II.2. dahingehend interpretieren, dass allgemein von einer *Beeinflussbarkeit der aktuellen Realisierung der Therapeutischen Haltung* ausgegangen wird. Insbesondere scheint diese als von Faktoren abhängig gesehen zu werden, deren Wirkung in Frequenz und Intensität zeitlich eher instabil ist, womit v.a. *therapierelevante Merkmale der Klienten* und etwas seltener auch die *körperliche und psychische Verfassung der Therapeuten* gemeint sind. Anhaltende Einflüsse, in deren Abhängigkeit die Umsetzung der Therapeutischen Haltung gesehen wird, sind zum einen *institutionelle Rahmenbedingungen*, häufiger aber *kognitive Strukturen der Therapeuten*, wobei beide seltener als variable Einflüsse und zudem nur von bestimmten Untergruppen genannt werden. An dieser Stelle deutet sich schon der Übergang von aktuellen Einwirkungen hin zu die Entwicklung der Therapeutischen Haltung als „trait“ beeinflussenden Faktoren an, welche im Folgenden beschrieben werden.

12.3.3.3 Entwicklung der Therapeutischen Haltung (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage II.3: Welche Annahmen über Auswirkungen von Objekten, Variablen oder Prozessen auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (verstanden als trait) lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Ausgehend von der Häufigkeit der Aussagen, die in OK 2.3. codiert werden konnten, lässt sich vermuten, dass bezüglich potentieller Entwicklungsfaktoren der Therapeutischen Haltung (verstanden als „trait“) vergleichsweise elaborierte Annahmen bestehen. Besonders deutliche Einflüsse werden im *therapeutischen Kontext* gesehen (UK 2.3.1.). Hier scheinen alle Befragten davon auszugehen, dass *Erfahrungen im Rahmen der Ausbildung* eine besondere Rolle spielen, wobei insbesondere *therapeutische Vorbilder* als relevant erachtet werden. Sowohl therapeutische Vorbilder als auch Selbsterfahrung, sowie tendenziell Supervision, scheinen als *bedeutender als die Theorieausbildung* für die Entwicklung einer Therapeutischen Haltung eingeschätzt zu werden.

Auch *bedeutsame Erfahrungen außerhalb des Therapiekontextes* (UK 2.3.2.), wie v.a. Begegnungen mit spezifischen Personen oder auch kritische Lebensereignisse, werden als die Entwicklung prägend vermutet. Eher selten werden Aspekte des *soziokulturellen Kontexts* (UK 2.3.3.) genannt, etwas häufiger *Merkmale der Person als Kontext* (UK 2.3.4.), wobei hier biologische Aspekte der Person wesentlich seltener als *kognitiv-motivationale Strukturen* (wie z.B. Werte und Einstellungen) als Einflüsse vermutet werden. Die zwar v.a. von Ausbildungskandidaten geäußerte Annahme, dass *Lernen am Modell* ein *zentraler Lernmechanismus* (UK 2.3.5.) der Entwicklung der Therapeutischen Haltung sei, korrespondiert allerdings mit den von vielen Befragten angestellten Vermutungen (s.o.), dass z.B. therapeutische Vorbilder oder bedeutende persönliche Begegnungen einen wichtigen Einfluss darstellen.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse im Sinne der Forschungsfrage II.3 dahingehend interpretieren, dass die Entwicklung der Therapeutische Haltung (verstanden als „trait“) von *bedeutsamen Lebenserfahrungen* und *ausbildungsbezogenen Faktoren* abhängig gesehen wird. Dabei scheinen *menschliche Begegnungen* (mit Klienten, therapeutischen Vorbildern, Kollegen, beeindruckenden Personen) ganz allgemein als bedeutsamer erachtet zu werden, als die Wissensaneignung über Theorieseminare, Fachliteratur oder Medien. Ebenso wird der direkte Einfluss soziokultureller und biologischer Bedingungen gering eingeschätzt.

12.4 Eigenschaftsbezogene Perspektive

12.4.1 Forschungsfragen und OKn des Systems 3

Im Sinne der eigenschaftsbezogenen Perspektive wurde in Kapitel 8 eine *allgemeine Forschungsfrage* zunächst neutral formuliert (d.h. weder in normativer noch deskriptiver Variante; s. Kap. 8.1.1). Im Kontext der Auswertung der Experteninterviews lässt sich die Forschungsfrage im Sinne der *deskriptiven* Variante bzw. einer Gebrauchsanalyse der Bedeutung wie folgt umformulieren (s. Tab. 12.11):

Tab. 12.11. Forschungsfrage aus eigenschaftsbezogener Perspektive im Kontext der Experteninterviews;

allgemeine Forschungsfrage III: Welche spezifizierenden Eigenschaften der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Im Gegensatz zu den anderen drei Hauptsystemen 1, 2 und 4 wurde keine theoriegeleitete Differenzierung der allgemeinen Forschungsfrage III vorgenommen. Die in folgender Tabelle 12.12 aufgeführten OKn 3.1.-3.3. sind im Rahmen der materialgeleiteten Überarbeitung entstanden, theoretisch rückgebunden (zu diesem Vorgehen s.o., Kap. 10.4.2) und stellen eher einen Ordnungsversuch dar, weswegen die Beziehung zwischen diesen OKn und (allgemeiner) Forschungsfrage weniger eng ist, als die zwischen OKn und konkreten Forschungsfragen in den anderen Systemen. Folgende Tabelle 12.12 gibt zunächst einen Überblick der Codierungen in den OKn des 3. Systems „Inhaltliche Dimensionen“.

Tab. 12.12. Codierungen in OKn des System 3 „Inhaltliche Dimensionen“;

Oberkategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
3.1. KLIENTENBEZOGEN	612	36,49%	12,24	49	98%
3.2. THERAPEUTENBEZOGEN	538	32,08%	10,76	49	98%
3.3. THERAPIEPROZESSBEZOGEN	510	30,41%	10,20	49	98%
3.4. RESTKATEGORIE	17	1,01%	0,34	11	22%
System 3 gesamt	1.677	100%	33,54	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Ebenfalls im Unterschied zu den anderen Systemen entfallen in System 3 auf die OKn 3.1.-3.3. ähnlich große Anteile der Gesamtcodierungen (s.o., Tab. 12.12): Mit 612 Codierungen in OK 3.1. „Klientenbezogen“, 538 Codierungen in OK 3.2. „Therapeutenbezogen“ und 510 Codierungen in OK 3.3. „Therapieprozessbezogen“ beinhaltet jede OK nahezu ein Drittel (36%, 32%, 30%) der Codierungen in System 3. Ebenso ließen sich Aussagen von fast jedem Interviewteilnehmer (jeweils N>0 = 49; 98%) den drei OKn zuordnen, weswegen sich die durchschnittliche Anzahl der Codierungen pro Interviewtem kaum unterscheiden (MWe = zw. 10,30 und 12,24 Codierungen/Tn). Da das System 3 mit insgesamt „nur“ 30 OKn und UKn das kleinste der vier Systeme ist, werden im Folgenden keine Zusammenfassungen der jeweilige Ergebnisdarstellung einer OK geboten.

12.4.2 Codierungsergebnisse

12.4.2.1 Haltung des Therapeuten zu seinem Gegenüber (Ergebnisse)

Kategorie 3.1. „Klientenbezogen“ ist die mit 612 Codierungen aus nahezu allen Interviews ($N > 0 = 49$, d.h. 98%) umfangreichste OK in System 3 (36% der Codierungen). Die OK wird expliziert durch fünf inhaltlich interpretierbare UKn, wobei die beiden umfangreichsten und am häufigsten genannten UKn 3.1.3. „Akzeptanz/Enthaltung“ ($\Sigma = 245$; $N > 0 = 45$) und 3.1.4. „Empathie/Interesse“ ($\Sigma = 120$; $N > 0 = 37$) zusammen 59,64% der Codierungen in OK 3.1. abbilden. Mit einem knappen Fünftel der Codierungen in OK 3.1. aus immerhin 31 Interviews ($N > 0 = 62\%$) ist UK 3.1.2. „Wertschätzung/Zuneigung“ die drittgrößte UK. Von jeweils der Hälfte der Interviewten ($N > 0 = 25$) wurden zudem Äußerungen getroffen, die sich im Sinne einer Haltungsdimension der Ressourcenorientierung (UK 3.1.5.; $\Sigma = 70$) oder auch des Respekts (UK 3.1.1.; $\Sigma = 45$) rekonstruieren lassen.

Bezogen auf alle 50 Interviews wurde UK 3.1.3. „Akzeptanz/Enthaltung“ ($MW = 4,9$; $SD = 4,41$) signifikant häufiger als die vier sonstigen inhaltlich interpretierbaren UKn der OK 3.1. codiert ($t(49)$ zw. 3.447 und 6.520; jeweils $p < 0.001$) mit mittleren bis großen Effekten (d zw. .49 und .92). Hinsichtlich UK 3.1.5. „Ressourcenorientierung“ ist zudem zu bemerken, dass diese aus lediglich drei der 20 Interviews mit psychodynamisch orientierten Approbierten im Gegensatz zu 15 der 20 approbierten Verhaltenstherapeuten codiert werden konnte ($\chi^2 = 14,545$; $p < 0.001$; $w = 2.3$).

12.4.2.2 Haltung des Therapeuten sich selbst gegenüber (Ergebnisse)

Kategorie 3.2. „Therapeutenbezogen“ ist mit 538 Codierungen zwar etwas umfangärmer als OK 3.1. (32% der Codierungen in System 3), allerdings konnten ebenfalls Aussagen aus nahezu allen Interviews ($N > 0 = 49$, d.h. 98%) darunter codiert werden. Die OK wird expliziert durch zehn inhaltlich interpretierbare UKn, wobei die vier umfangreichsten und aus mindestens der Hälfte der Interviews codierten UKn 3.2.3. „Reflektion/Selbstkritik“ ($\Sigma = 120$; $N > 0 = 36$), 3.2.2. „Konzentration/achtsame Wahrnehmung“ ($\Sigma = 88$; $N > 0 = 29$), 3.2.9. „Aktivität/Engagement“ ($\Sigma = 59$; $N > 0 = 27$) und 3.2.8. „Offenheit“ ($\Sigma = 58$; $N > 0 = 25$) zusammen 60,41% der Codierungen in OK 3.2. abbilden. Von mehr als einem Drittel der Interviewten (jeweils $N > 0 = 18$) wurden Aussagen getroffen, die sich im Sinne der Haltungsdimensionen „Fachwissen“ (UK 3.2.5.; $\Sigma = 38$) und „Unterstützung/Hilfe“ (UK 3.2.10.; $\Sigma = 29$) rekonstruieren lassen. Die restlichen vier inhaltlich interpretierbaren UKn (3.2.1., 3.2.4., 3.2.6. und 3.2.7; ohne Restkategorie 3.2.11.) summieren sich zu einem knappen Fünftel (18%) der Codierungen ($\Sigma = 95$) in OK 3.2. aus min. elf bis max. 13 Interviews.

Bezüglich drei der zehn UKn in OK 3.2. lassen sich relevante Gruppenunterschiede feststellen: So lässt sich UK 3.2.1. „Authentizität/Echtheit“ nur aus einem der 20 mit psychodynamisch orientierten Therapeuten im Vergleich zu acht der 20 mit Verhaltenstherapeuten geführten Interviews codieren ($\chi^2 = 7,025$; $p < 0.01$; $w = 1.11$). UK 3.2.5. „Fachwissen“ kann-

te nur aus vier der 22 mit Psychologen vs. neun der 18 mit Ärzten geführten Interviews codiert werden ($\chi^2 = 4,569$; $p < 0.05$; $w = .72$). Ein ähnliches, allerdings nicht signifikantes Ergebnis lässt sich bezüglich UK 3.2.10. „Unterstützung/Hilfe“ berichten, welche ebenfalls aus nur sechs der 22 mit Psychologen im Vergleich zu zehn der 20 mit Ärzten geführten Interviews codiert wurde ($\chi^2 = 3,3$; $p < 0.069$; $w = .25$).

12.4.2.3 Haltung gegenüber Therapie/Therapieprozess (Ergebnisse)

Kategorie 3.3. „Therapieprozessbezogen“ ist mit 510 Codierungen nahezu genauso umfangreich wie OK 3.2. (30% der Codierungen in System 3) und enthält codierbare Aussagen aus ebensovielen Interviews ($N > 0 = 49$, d.h. 98%). Die OK wird expliziert durch acht inhaltlich interpretierbare UKn, wobei die drei umfangreichsten und aus mindestens 30 Interviews codierten UKn 3.3.6. „Kooperation/verteilte Expertise“ ($\Sigma = 124$; $N > 0 = 39$), 3.3.7. „Direktivität – Nondirektivität“ ($\Sigma = 93$; $N > 0 = 37$) und 3.3.2. „Individuelles Eingehen“ ($\Sigma = 76$; $N > 0 = 31$) zusammen 57,45% der Codierungen in OK 3.3. abbilden. Aus immerhin 25 Interviews konnten 54 Aussagen in Kategorie 3.3.5. „Emotionale und körperliche Distanz“ codiert werden, ebenfalls relativ häufig ($\Sigma = 53$), allerdings aus nur 12 Interviews, wurden Codierungen in UK 3.3.8. „Problem-/Lösungsorientierung“ vorgenommen. Die restlichen drei inhaltlich interpretierbaren UKn (3.3.1., 3.3.3. und 3.3.4.; ohne Restkategorie 3.3.9.) summieren sich zu einem guten Sechstel (16%) der Codierungen ($\Sigma = 82$) in OK 3.3. aus min. zehn bis max. 15 Interviews.

Bezüglich nur einer der acht UKn in OK 3.3. lässt sich ein relevanter, allerdings nicht signifikanter Gruppenunterschiede feststellen: UK 3.3.8. „Problem-/Lösungsorientierung“ konnte aus keinem der 20 mit weiblichen Approbierten im Vergleich zu drei der 20 mit männlichen Approbierten geführten Interviews codiert werden. Dieser Unterschied verschwindet gänzlich, wenn die Interviews mit Ausbildungskandidaten mit berücksichtigt werden. Allerdings zeigt sich dabei auch, dass diese UK aus neun der zehn Interviews mit Ausbildungskandidaten, aber nur aus drei der 40 Interviews mit Approbierten codiert wurde ($\chi^2 = 29,852$; $p < 0.01$; $w = 4.22$).

12.4.3 Interpretation

allgemeine Forschungsfrage III: Welche spezifizierenden Eigenschaften der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

System 3 „Inhaltliche Dimensionen“, welches die zentrale empirische „Quelle“ für die Interpretation im Hinblick auf Forschungsfrage III darstellt, ist mit 1.677 Codierungen das zweitgrößte Kategoriensystem nach System 2. Da die OKn innerhalb dieses Systems eher zur Ordnung der sonst schwer zu überblickenden UKn konstruiert wurden und inhaltlich weniger relevant als die OKn der anderen Systeme scheinen, werden diese auch bei der Interpretation der Ergebnisse eine untergeordnete Rolle spielen. Wie in Abschnitt 11.3.3

berichtet, können die UKn dieses Systems als inhaltliche Dimensionen verstanden werden. Anhand des Profils der auf diesen Dimensionen eingenommenen Positionierung lässt sich dann die individuelle Therapeutische Haltung charakterisieren.

Relativ große Einigkeit scheint hinsichtlich der Annahme zu bestehen, dass sich die Therapeutische Haltung eines Therapeuten anhand der *dem Klienten entgegengebrachten Akzeptanz* (UK 3.1.3.) sowie des *Ausmaßes an Kooperation bzw. der Verteilung der Expertise im Prozess* (UK 3.3.6.) beschreiben lässt. Dabei wurde Akzeptanz (bzw. Enthaltung) nicht nur von den meisten Befragten, sondern im Durchschnitt auch am häufigsten genannt, was deren Bedeutung als die Haltung charakterisierende Dimension unterstreicht. Zudem scheinen viele Befragte (nahezu drei Viertel) davon auszugehen, dass *dem Klienten entgegengebrachte Empathie bzw. Interesse* (UK 3.1.4.), das *Ausmaß an Direktivität* in der Gesprächsführung (UK 3.3.7.) und an *kritischer Reflektion des eigenen Handelns* (UK 3.2.3.) markante Eigenschaften der Therapeutischen Haltung seien. Zu deren Charakterisierung nutzt immerhin die Hälfte der Interviewten das *Ausmaß an individueller Prozessgestaltung* (UK 3.3.2.), an *Konzentration bzw. Achtsamkeit* (UK 3.2.2.) sowie *Aktivität und Engagement des Therapeuten* (UK 3.2.9.).

Eine Reihe weiterer dimensionaler Eigenschaften wird immerhin von der Hälfte der Befragten zur Beschreibung der Therapeutischen Haltung genutzt, wie v.a. das *Ausmaß an Offenheit des Therapeuten* (UK 3.2.8.), an *emotionaler und körperlicher Distanz im Prozess* (UK 3.3.5), sowie an *Respekt gegenüber dem Klienten* (UK 3.1.1.). Die Nennung einiger Dimensionen ist allerdings subgruppenspezifisch: So nutzen nahezu alle Verhaltenstherapeuten das *Ausmaß der Orientierung an Ressourcen der Klienten* (UK 3.1.5.) zur Beschreibung, wohingegen nur sehr wenige psychodynamisch arbeitende Therapeuten darauf zurückgreifen. Im Gegensatz zu wenigen Psychologen charakterisieren viele Ärzte die Therapeutische Haltung unter Bezug zu *Fachwissen* (UK 3.2.5.) und tendenziell auch zum *Ausmaß an Unterstützung* (UK 3.2.10.). Im Bereich der selten, d.h. von weniger als einem Drittel der Befragten genannten Dimensionen scheint *Authentizität bzw. Echtheit* (UK 3.2.1.) eher ein im verhaltenstherapeutischen Kontext zur Beschreibung der Haltung genutztes Konzept zu sein, als im psychodynamisch orientierten Kontext. Dass in den Interviews deutlich mehr Verhaltenstherapeuten als psychodynamisch orientierte Therapeuten die Haltung anhand der *Problem- vs. Lösungsorientierung* beschreiben (UK 3.3.8.) ist ein Artefakt, welches sich durch die nahezu ausschließliche Nennung dieser Dimension durch Ausbildungskandidaten erklären lässt.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse im Sinne der Forschungsfrage III dahingehend interpretieren, dass die Therapeutische Haltung insbesondere anhand des Ausmaßes an *Akzeptanz* und *Empathie* beschrieben wird, die der Therapeut dem Klienten entgegenbringt. Ebenso scheinen die Ausmaße an *Kooperation* in der Prozessgestaltung, *Direktivität* in der Gesprächsführung sowie *selbstkritischer Reflektion* des eigenen Handelns geläufige Attribute zu sein. Tendenziell mag die Therapeutische Haltung auch anhand der dem Klienten entgegengebrachten *Wertschätzung* und der *Individualität der Prozessgestaltung* gemessen werden, sowie am *Ausmaß an konzentrierter und achtsamer Wahrnehmung*, mit dem der Therapeut sich selbst begegnet.

12.5 Perspektive der Erfassbarkeit

12.5.1 Forschungsfragen und OKn des Systems 4

Im Sinne der Perspektive der Erfassbarkeit, wurde in Kapitel 8 eine *allgemeine Forschungsfrage* zunächst neutral formuliert (s. Kap. 8.2.4), aus welcher drei *konkrete Forschungsfragen* abgeleitet wurden (s.o. Tab. 8.01). Im Kontext der Auswertung der Experteninterviews lassen sich die Forschungsfragen im Sinne der *deskriptiven* Variante bzw. einer *Gebrauchsanalyse der Bedeutung* wie folgt umformulieren (s. Tab. 12.13):

Tab. 12.13. Forschungsfragen aus Perspektive der Erfassbarkeit im Kontext der Experteninterviews;

allgemeine Forschungsfrage IV: Welche Annahmen bezüglich der Erfassbarkeit der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage IV.1: Welche Annahmen über situative Kontexte der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage IV.2: Welche Annahmen über Indikatoren der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

konkrete Forschungsfrage IV.3: Welche Annahmen über Hilfsmittel zur Erfassung der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Wie in den Systemen 1 und 2 stehen die konkreten Forschungsfragen IV.1-IV.3 in engem Bezug zu den Oberkategorien 4.1-4.3 des Systems 4. Codierungen in diesen und den diese OKn differenzierenden UKn liefern daher quasi direkte Antworten. Neben den OKn 4.1.-4.3. lassen sich auch die Codierungen in OK 6.6. „Beurteilung der Erfassbarkeit“ des Systems 6 „Sonstige relevante Aussagen“ zur Beantwortung der allgemeinen Forschungsfrage IV nutzen. Folgende Tabelle 12.14 gibt einen Überblick der Codierungsergebnisse bezüglich der OKn des 4. Systems „Erfassbarkeit“.

Tab. 12.14. Codierungen in OKn des System 4 „Erfassbarkeit“;

Oberkategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
4.1. SITUATIVE KONTEXTE	74	8,6%	1,48	33	66%
4.2. INDIKATOREN	518	60,23%	10,36	50	100%
4.3. ERHEBUNGSMETHODEN	266	30,93%	5,32	49	98%
4.4. RESTKATEGORIE	2	0,23%	0,04	2	4%
System 4 gesamt	860	100%	17,20	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Wie aus Tabelle 12.14 (s.o.) ersichtlich, entfällt nur ein geringer Teil der in System 4 getätigten Codierungen ($\Sigma = 74$; ca. 9%) auf OK 4.1 „Situative Kontexte“. Dies ist wenig verwunderlich, da der augenfälligste situative Kontext der Therapeutischen Haltung, die *Therapiesitzung*, von vornherein nicht codiert werden sollte (s.o., Kap. 11.3.4.1). U.a. setzen aber viele Codierungen in System 2 „Funktionale Relationen“, insb. UKn 2.1.1.-2.1.3.,

2.2.1.2., 2.2.1.3. und 2.3.1.1., die *Therapiesituation als Kontext* voraus. Die Gesamtsumme der Codierungen in diesen Kategorien ($\Sigma = 1.135$) übersteigt mit einem Fünftel (knapp 19,61%) aller Codierungen in den Systemen 1-4 diejenige der Codierungen in OK 4.1. um ein Vielfaches. Die deutliche Mehrheit der Codierungen in System 4 ($\Sigma = 518$; ca. 60%) ist stattdessen in OK 4.2. „Indikatoren“ zu finden, ca. 31 % der Codierungen ($\Sigma = 266$) in OK 4.3. „Erhebungsmethoden“. Beide letztgenannten OKn wurden nahezu aus jedem Interview codiert ($N>0 = 100\%$ für OK 4.2., bzw. = 98% für OK 4.3.), wohingegen nur ca. zwei Drittel (66%) der Teilnehmer eine in OK 4.1. codierbare Aussage trafen. Hier sei noch einmal auf die für System 4 berechnete relativ geringe ICR von $\alpha = .59$ hingewiesen (s.o., Kap. 10.4.4), auf deren Basis die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind.

12.5.2 Codierungsergebnisse

12.5.2.1 Situative Kontexte (Ergebnisse)

Die mit nur 74 Codierungen kleinste OK 4.1. „Situative Kontexte“ (8,6% der Codierungen in System 4), die *situative Kontexte*, in welchen sich die Therapeutische Haltung potentiell zeigt abbilden soll, beinhaltet sechs v.a. materialgeleitet im Team entwickelte UKn erster Ebene. Da die 14 diese explizierenden UKn zweiter Ebene nur sehr wenige Codierungen aus maximal neun Interviews pro Kategorie enthalten, werden im Folgenden nur Codierungsergebnisse bezüglich der inhaltlich interpretierbaren UKn erster Ebene berichtet. Tabelle 12.15 (s.u.) vermittelt einen Überblick der Codierungsergebnisse in OK 4.1.:

Tab. 12.15. Codierungen in OK 4.1. „Situative Kontexte“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
4.1.1. THERAPIEKONTEXT	9	12,16%	0,18	7	14%
4.1.2. KOLLEGIALER KONTEXT	31	41,89%	0,62	19	38%
4.1.3. ÖFFENTLICHKEIT	6	8,11%	0,12	5	10%
4.1.4. PRIVATLEBEN/ALLTAG	13	17,57%	0,26	8	16%
4.1.5. KÜNSTLICHE SZENARIEN	4	5,41%	0,08	4	8%
4.1.6. KONTEXTE REST	11	14,86%	0,22	9	18%
4.1. SITUATIVE KONTEXTE gesamt	74	100%	1,48	33	66%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Wie aus Tabelle 12.15 (s.o.) ersichtlich, befindet sich mehr als die Hälfte ($\Sigma = 44$, d.h. 59,46%) der Codierungen aus OK 4.1. in den UKn 4.1.2. „Kollegialer Kontext“ ($\Sigma = 31$; $N>0 = 19$), die u.a. Supervision und Intervision umfasst und 4.1.4. „Privatleben/Alltag“ ($\Sigma = 13$; $N>0 = 8$), welche sich v.a. auf soziale Beziehungen als Kontext bezieht. Die restlichen UKn zusammen (ohne Restkategorie) beinhalten ein gutes Viertel ($\Sigma = 19$, d.h. 25,68%) der Codierungen in OK 4.2.

12.5.2.2 Indikatoren (Ergebnisse)

Die mit 518 Codierungen umfangreichste OK 4.2. „Indikatoren“ (60,23% der Codierungen in System 4) die *direkt oder indirekt erfassbare/messbare Äußerungen der Therapeutischen Haltung* abbilden soll, beinhaltet incl. Restkategorie sieben, bis auf UK 4.2.3. theoriegeleitet im Team entwickelte UKn. Diese sind für sich genommen zwar inhaltlich m.E. aussagekräftig, um ein differenzierteres Bild der Indikatoren zeichnen zu können, wurden diese dennoch jeweils durch drei bzw. vier UKn zweiter Ebene expliziert. Da auch hier ein Bericht aller Ergebnisse den Rahmen sprengen würde, werden im Folgenden wieder nur die zentralen Ergebnisse berichtet. Für eine umfassende Darstellung sei auf Ergebnistabellen, MAXQDA- und SPSS-Gesamtdokumente verwiesen (auf Anfrage beim Autor einsehbar). Tabelle 12.16 (s.u.) vermittelt einen Überblick der Codierungsergebnisse in OK 4.2.:

Tab. 12.16. Codierungen in OK 4.2. „Indikatoren“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
4.2.1. KLIENTENSEITE	49	9,46%	0,98	11	22%
4.2.2. THERAPEUTENSEITE	356	68,73%	7,12	47	94%
4.2.3. DRITTE	4	0,77%	0,08	3	6%
4.2.4. THERAPIEPROZESS	62	11,97%	1,24	27	54%
4.2.5. OUTCOME	6	1,16%	0,12	6	12%
4.2.6. SETTING/RAHMENBEDINGUNGEN	21	4,05%	0,42	14	28%
4.2.7. INDIKATOREN REST	20	3,86%	0,4	15	30%
4.2. INDIKATOREN gesamt	518	100%	10,36	50	100%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Wie aus Tabelle 12.16 (s.o.) ersichtlich, ließen sich über zwei Drittel der in OK 4.2. codierten Aussagen ($\Sigma = 356$, d.h. 68,73%) aus nahezu allen Interviews ($N>0 = 47$, d.h. 94%) als Annahmen darüber rekonstruieren, dass die Therapeutische Haltung anhand von Merkmalen des Therapeuten zu erkennen sei (UK 4.2.2.). Ein weiteres Viertel ($\Sigma = 132$, d.h. 25,48%) ergibt sich aus der Summe der Codierungen in UK 4.2.4. „Therapieprozess“ ($\Sigma = 62$, d.h. 11,97%; $N>0 = 27$), 4.2.6. „Setting/Rahmenbedingungen“ ($\Sigma = 21$, d.h. 4,05%; $N>0 = 15$) und 4.2.1. „Klientenseite“ ($\Sigma = 49$, d.h. 9,46%; $N>0 = 11$). Die restlichen Kategorien 4.2.3. und 4.2.5. sind im Hinblick sowohl auf Codierungshäufigkeit (Σ) als auch Quellenanzahl ($N>0$) unbedeutend (s.o., Tab. 12.16) und werden nicht weiter berichtet.

Im Kontext potentieller personenbezogener Indikatoren (UKn 4.2.1. und 4.2.2.) ließen sich Aussagen insbesondere als Annahmen darüber rekonstruieren, dass die Therapeutische Haltung anhand des *offenen Verhaltens* des Therapeuten (UK 4.2.2.1.; $\Sigma = 269$, d.h. 75,56% in UK 4.2.2.; $N>0 = 45$) bzw. in wesentlich geringerem Ausmaß auch des Klienten (UK 4.2.1.1.; $\Sigma = 30$, d.h. 61,22% in UK 4.2.1.; $N>0 = 9$) zu erkennen sei. *Verdecktes Verhalten* des Therapeuten ($\Sigma = 75$, d.h. 21,07% in UK 4.2.2.; $N>0 = 22$) oder des Klienten ($\Sigma = 18$, d.h. 36,73% in UK 4.2.1.; $N>0 = 7$) ließ sich wesentlich seltener aus einer deutlich geringe-

ren Anzahl an Interviews codieren. Nahezu überhaupt nicht (lediglich eine Codierung aus einem Interview in UK 4.2.2.3.) wurden *physiologische Reaktionen* als Indikatoren der Therapeutischen Haltung codiert. Innerhalb der UK 4.2.4. „Therapieprozess“ wurden Aussagen v.a. der UK 4.2.4.2. „Gesprächsaspekte“ zugeordnet ($\Sigma = 33$, d.h. 53,23% in UK 4.2.2) aus immerhin 21 Interviews ($N > 0 = 42\%$). UK 4.2.6. „Setting/Rahmenbedingungen“ wurde relativ selten ($\Sigma = 21$) aber aus immerhin 14 Interviews codiert, in welcher u.a. Aussagen zusammengefasst werden, welche Raumgestaltung oder zeitliche Organisation als Indikatoren benennen.

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 4.2. zusammenfassend lässt sich feststellen, dass über die Hälfte der Codierungen (51,93%) in eine UK zweiter Ebene fällt, nämlich UK 4.2.2.1. „Offenes Verhalten“ innerhalb UK 4.2.2. „Therapeutenseite“. Abgesehen davon sind lediglich noch die zweite therapeutenbezogene UK 4.2.2.2. „Verdecktes Verhalten“ ($N > 0 = 22$), sowie die UKn erster Ebene 4.2.4. „Therapieprozess“ ($N > 0 = 27$) und 4.2.6. „Setting/Rahmenbedingungen“ ($N > 0 = 14$) von Relevanz. Letztere wurde allerdings nur aus zwei der mit 20 männlichen im Vergleich zu acht der mit 20 weiblichen Approbierten durchgeführten Interviews codiert ($\chi^2 = 4,8$; $p < 0,05$; $w = .76$). Zu bemerken ist der deutliche Unterschied in der Codierhäufigkeit zwischen UK 4.2.2. ($MW = 7,12$; $SD = 6,53$) und den beiden anderen im Sinne der Gesamtstichprobe interpretierbaren UKn 4.2.1. ($MW = 0,98$; $SD = 2,403$; $t(49) = -7,612$; $p < 0,001$; $d = -1,08$) und 4.2.4. ($MW = 1,24$; $SD = 1,744$; $t(49) = -6,991$; $p < 0,001$; $d = -.99$). Auch wurde UK 4.2.2. aus deutlich mehr Interviews ($N > 0 = 47$), als die beiden anderen UKn 4.2.1. ($N > 0 = 11$; *McNemar-Test*; $p < 0,001$;) und 4.2.4. ($N > 0 = 27$; *McNemar-Test*; $p < 0,001$) codiert.

12.5.2.3 Erhebungsmethoden (Ergebnisse)

Die mit 266 Codierungen am zweithäufigsten gewählte OK 4.3. „Erhebungsmethoden“ (30,93% der Codierungen in System 4) beinhaltet fünf teils theorie- teils materialgeleitet im Team entwickelte UKn, die zwar inhaltlich aussagekräftig sind, aber aufgrund theoretischen Interesses jeweils durch vier UKn zweiter Ebene expliziert (s.o., Kap. 11.3.4.3) wurden. Tabelle 12.17 (s.u.) vermittelt einen Überblick der Codierungsergebnisse in OK 4.3.:

Tab. 12.17. Codierungen in OK 4.3. „Erhebungsmethoden“;

Kategorie	Σ	% Cod.	MW	N>0 (abs.)	N>0 (%)
4.3.1. INTERVIEW	80	30,08%	1,6	32	64%
4.3.2. FRAGEBOGEN/TEST	29	10,90%	0,58	24	48%
4.3.3. PHYSIOLOGISCHE MESSUNG	0	0,00%	0	0	0%
4.3.4. BEOBACHTUNG (N.N.B.)	96	36,09%	1,92	40	80%
4.3.5. UNGEEIGNETE METHODEN	1	0,38%	0,02	1	2%
4.3.6. ERHEBUNG REST	60	22,56%	1,2	32	64%
4.3. ERHEBUNGSMETHODEN gesamt	266	100%	5,32	49	98%

Anmerkungen: Abkürzungen und Symbole s. Anmerkungen unter Tab. 12.02 (s.o.);

Betrachtet man Tabelle 12.17 (s.o.), so fällt zunächst auf, dass UK 4.3.3. „Physiologische Messung“ keine Codierung aufweist, was mit dem in OK 4.2. (s.o., Kap. 12.5.2.2) schon bemerkten Ausbleiben der Angabe physiologischer Reaktionen als Indikatoren korrespondiert. Ebenso ist Kategorie 4.3.5. „Ungeeignete Methoden“ eigentlich leer, da sich die einzige Codierung bei einer Untersuchung der konkreten Paraphrase im MAXQDA-Projekt (auf Anfrage beim Autor einsehbar) als Fehlcodierung erwies. Zudem beinhaltet OK 4.3. eine vergleichsweise umfangreiche Restkategorie ($\Sigma = 60$, d.h. 22,56% in OK 4.3.) mit Codierungen aus zwei Dritteln der Interviews ($N > 0 = 32$, d.h. 64%). Dies erklärt sich damit, dass im Rahmen der Antworten auf die Frage nach Erfassungsmöglichkeiten oft auch Aussagen zu Eigenheiten von Studiendesigns getroffen oder methodische Überlegungen zu bestimmten Erhebungsinstrumenten angestellt wurden. Eben solche Aussagen wurden häufig in UK 4.3.6. codiert. Die Frage der Erfassbarkeit, insbesondere der Erhebungsmethoden, wird auch durch Kategorie OK 6.6. „Beurteilung der Erfassbarkeit“ in System 6 aufgegriffen, worauf an dieser Stelle verwiesen sei. Von den dort codierten Aussagen ($\Sigma = 25$ aus 20 Interviews) lassen sich 23 aus 20 Interviews der UK 6.6.2. „Schwierige Erfassbarkeit“ zuordnen.

Die meisten im Sinne der Nennung einer Erhebungsmethode rekonstruierbaren Aussagen sind UK 4.3.4. „Beobachtung (n.n.b.)“ zugeordnet ($\Sigma = 96$, d.h. 36,09% in OK 4.3.), in welcher sich Codierungen aus 40 Interviews ($N > 0 = 80\%$) befinden. Ebenfalls relativ häufig wurde in UK 4.3.1. „Interview“ ($\Sigma = 80$, d.h. 30,08% in OK 4.3.) aus 32 Interviews codiert, deutlich seltener in 4.3.2. „Fragebogen/Test“ ($\Sigma = 29$, d.h. 10,9% in OK 4.3), allerdings auch aus nahezu der Hälfte der Interviews ($N > 0 = 24$).

Sofern sich aus den Aussagen eine nähere Bezeichnung der „Datenquelle“ rekonstruieren lässt, wird über alle differenzierten Erhebungsmethoden (UKn 4.3.1.-4.3.4.) hinweg, die jeweilige UK „Therapeut“ (UKn 4.3.1.2., 4.3.2.2. und 4.3.4.2.) am häufigsten gewählt mit insgesamt 87 Codierungen (32,71% in OK 4.3). Dieses Ergebnis korrespondiert mit dem Befund, dass Merkmale des Therapeuten (UK 4.2.2.) bei weitem am häufigsten und aus einer überwiegenden Mehrzahl der Interviews, auch als mögliche Indikatoren (OK 4.2.) der Therapeutischen Haltung codiert wurden.

Die Codierungsergebnisse bezüglich OK 4.3. zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zwei Drittel der Codierungen (66,17%) auf die UKn 4.3.4. „Beobachtung“ und 4.3.1. „Interview“ entfallen, lediglich ein Zehntel (10,9%) auf UK 4.3.2. „Fragebogen/Test“. UK 4.3.3. „Physiologische Messung“ wurde nicht codiert. UK 4.3.1. wurde aus 15 von 20 Interviews mit approbierten Verhaltenstherapeuten im Gegensatz zu nur neun von 20 Interviews mit approbierten, psychodynamisch orientierten Therapeuten codiert, ein Unterschied, der allerdings nicht signifikant ist ($\chi^2 = 3,750$; $p < 0,053$; $w = .59$). Signifikant ist hingegen der Unterschied zwischen Verhaltenstherapeuten ($Mdn = 1,5$; $Range = 5$) und psychodynamisch orientierten Therapeuten ($Mdn = 0,0$; $Range = 7$) hinsichtlich der Codierungshäufigkeit in UK 4.3.1. ($U = 113,5$; $p < 0,05$; $r = .40$). Im Kontext der Gesamtstichprobe (incl. face-to-face-Interviews) würde auch der Unterschied bez. auf $N > 0$ signifikant, in der UK 4.3.1. aus 23 der mit dann 30 Verhaltenstherapeuten geführten Interviews codiert werden konnte ($\chi^2 = 3,750$; $p < 0,053$; $w = .74$). Bezogen auf die Teilstichprobe der 40 Tele-

foninterviews lässt sich zudem ein signifikanter Unterschied bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der Codierungen in OK 4.3. „Erhebungsmethoden“ feststellen: So war diese größer für Verhaltenstherapeuten ($Mdn = 4,5$; $Range = 11$) als für psychodynamisch orientierte Therapeuten ($Mdn = 2,5$; $Range = 21$) ($U = 118$; $p < 0,05$; $r = .35$).

12.5.3 Interpretation

Kategoriensystem 4 wurde konstruiert, um die Beantwortung der allgemeinen Forschungsfrage IV („Welche Annahmen bezüglich der Erfassbarkeit der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?“), sowie der differenzierenden konkreten Forschungsfragen IV.1-IV.3 zu ermöglichen (s.o., Tab. 12.13). Die Interpretation wird im Folgenden anhand der konkreten Forschungsfragen vorgenommen.

12.5.3.1 Situative Kontexte (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage IV.1: Welche Annahmen über situative Kontexte der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Wie oben angedeutet (s. Kap. 12.5.1) lässt sich aus Codierungen in anderen Systemen schließen, dass die *Therapiesitzung* als zentraler situativer Kontext, innerhalb dessen die Therapeutische Haltung sich zeigt, gesehen wird. Auf Basis der wenigen in Ok 4.1. getätigten Codierungen lässt sich lediglich noch vermuten, dass eine signifikante Minderheit der Befragten, den *Kontakt mit Kollegen* als weiteren Kontext ansieht, in welchem sich die Möglichkeit bietet, die Therapeutische Haltung einer Person zu erleben/zu beobachten.

12.5.3.2 Indikatoren (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage IV.2: Welche Annahmen über Indikatoren der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Betrachtet man die Verteilung der in OK 4.2. codierten Aussagen, so scheinen die meisten Befragten davon auszugehen, dass *Merkmale des Therapeuten* als Indikatoren der Therapeutischen Haltung zu sehen seien (UK 4.2.2.), insbesondere dessen *offenes Verhalten*. Rund die Hälfte der Interviewten geht zudem davon aus, dass sich die Haltung auch am *verdeckten Verhalten des Therapeuten*, sowie Merkmalen des *Therapieprozesses* (UK 4.2.4), insbesondere bestimmter *Gesprächsaspekte*, erkennen lässt. Immerhin ein Viertel der Teilnehmer nennt auch *Rahmenbedingungen* (z.B. die Raumgestaltung) als mögliche Indikatoren, allerdings äußern sich dahingehend v.a. weibliche Befragte, kaum Männer. Gar nicht oder nur kaum scheint davon ausgegangen zu werden, dass sich die Therapeutische Haltung auch in *physiologischen Reaktionen* (des Klienten oder des Therapeuten) oder in *Merkmalen Dritter* (z.B. Therapiebeobachter) äußern könnte.

12.5.3.3 Erhebungsmethoden (Interpretation)

konkrete Forschungsfrage IV.3: Welche Annahmen über Hilfsmittel zur Erfassung der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Die bezüglich möglicher Erhebungsmethoden getätigten Äußerungen lassen sich entsprechend den o.g. Interpretationen hinsichtlich Frage IV.2 zu möglichen Indikatoren verstehen. Mit der Annahme, dass insbesondere beobachtbares Verhalten die Therapeutische Haltung indiziert (s.o., Kap. 12.5.3.2) korrespondiert die von der Mehrheit der Befragten angestellte Vermutung, dass *Beobachtung* (UK 4.3.4.), insbesondere des Therapeuten, die günstigste Methode zur Erfassung des Konstrukts sei. Rund zwei Drittel der Befragten halten zudem das *Interview* für eine adäquate Erhebungsmethode, was ebenfalls mit der bezüglich der Indikatoren (s.o.) geäußerten Meinung korrespondiert, dass verdecktes Verhalten des Therapeuten ein guter Indikator sei. Bezüglich des Interviews ist allerdings zu bemerken, dass dieses v.a. von Verhaltenstherapeuten als sinnvoll erachtet wird, seltener von psychodynamisch orientierten Therapeuten.

12.6 Hypothesengenerierung

Basierend auf den soeben dargestellten Codierungsergebnissen und deren Interpretation, sollen im Folgenden Hypothesen formuliert werden. Dabei werden die *vier Perspektiven* mit den entsprechenden allgemeinen Forschungsfragen als Ordnungsrahmen dienen. Nach einer kurzen Einleitung werden die *Hypothesen in Tabellenform* dargestellt, wobei deren jeweiliger *Grad an empirischer Fundierung* (robust vs. tendenziell) kommentiert wird:

- Als „**robust**“ werden dabei Hypothesen bezeichnet, die auf mindestens 38 Interviews basieren (d.h. rund drei Viertel) und hinsichtlich derer keine signifikanten Gruppenunterschiede berichtet werden. Bei Unterschiedshypothesen sollte sowohl der Unterschied hinsichtlich $N > 0$ als auch der hinsichtlich Σ signifikant sein (mind. $p < 0.001$), letzterer mit Effektstärke größer als $w = .5$ (großer Effekt, vgl. Bühner & Ziegler, 2009).
- Als „**vielversprechend**“ werden Hypothesen bezeichnet die auf mindestens 26 Interviews basieren (d.h. rund die Hälfte) und hinsichtlich derer keine signifikanten Gruppenunterschiede berichtet werden. Bei Unterschiedshypothesen sollte sowohl der Unterschied hinsichtlich $N > 0$ als auch der hinsichtlich Σ signifikant sein (mind. $p < 0.01$), letzterer mit Effektstärke größer als $w = .3$ (mittlerer Effekt, vgl. Bühner & Ziegler, 2009).
- Als „**tendenziell**“ werden Hypothesen bezeichnet, die auf mindestens 12 Interviews basieren (d.h. rund ein Viertel) und/oder hinsichtlich derer signifikante Gruppenunterschiede berichtet werden. Bei Unterschiedshypothesen sollte zumindest der Unterschied hinsichtlich $N > 0$ signifikant sein (mind. $p < 0.05$).

Zudem werden die Hypothesen nicht zwingend auf Basis der eben genannten Kriterien generiert, sondern auch in Abhängigkeit der *Ergiebigkeit des jeweiligen Systems*: So ließe sich innerhalb der Systeme 2 und 3 eine unüberschaubare Menge an Hypothesen generieren, die mindestens das Prädikat „tendenziell“ erhalten könnten. In diesen Fällen orientiert sich die Auswahl aus dem Pool der im Sinne der Kriterien generierbaren Hypothesen zusätzlich an der schon *im Rahmen der Interpretationen erzielten Komplexitätsreduktion* (s.o., Kap. 12.2.3, 12.3.3, 12.4.3 und 12.5.3).

12.6.1 Begriffsrelationale Perspektive

allgemeine Forschungsfrage I: Welche semantischen Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Bezüglich einiger der hier relevanten Relationen können keine Hypothesen auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse und deren quantitativer Ergänzung generiert werden. So lassen sich anhand der Interviews keine begründeten Annahmen über Oberbegriffe der Therapeutischen Haltung treffen. Ebenso wenig lassen sich Hypothesen generieren bezüglich eines möglichen übergeordneten „Ganzen“, als deren Teil die Therapeutische Haltung gesehen werden könnte. Tabelle 12.18 fasst die bezüglich semantischer Relationen konstruierbaren Hypothesen zusammen:

Tab. 12.18. sechs Hypothesen bezüglich semantischer Relationen;

Es ist zu vermuten, dass Psychotherapeuten...	E.F.	Basis
Hypothese I.01: ... die <i>psychoanalytische Haltung</i> im Sinne eines Unterbegriffs der Therapeutischen Haltung verwenden	tend.	UK 1.1.2.1.; $\Sigma = 34$; $N>0 = 17$; VT<TFP/PA; $w < m$;
Hypothese I.02: ... die <i>verhaltenstherapeutische Haltung</i> im Sinne eines Unterbegriffs der Therapeutischen Haltung verwenden	tend.	UK 1.1.2.2.; $\Sigma = 20$; $N>0 = 15$; $w < m$;
Hypothese I.03: ... <i>theoretische bzw. philosophische Annahmen</i> im Sinne von Teilen der Therapeutischen Haltung verwenden	tend.	UK 1.2.1.5.; $\Sigma = 21$; $N>0 = 14$; ÄP<PP;
Hypothese I.04: ... die <i>Existenz synonyme Begriffe</i> zur Therapeutischen Haltung <i>anzweifeln</i>	tend.	UK 1.3.3.; $\Sigma = 22$; $N>0 = 22$;
Hypothese I.05: ... die Begriffe <i>Haltung oder Einstellung</i> in identischer oder bedeutungsähnlicher Weise verwenden	tend.*	UKn 1.3.1.1., 1.3.3.2., 1.4.4.2.; $\Sigma = 43$; $N>0 = 25$;
Hypothese I.06: ... dem Begriff der Therapeutischen Haltung in einem <i>weiten und heterogenen Wortfeld</i> verwenden	robust	OK 1.3.; $\Sigma = 405$; $N>0 = 50$;

Anmerkungen: E.F. = Grad empirischer Fundierung; tend. = tendenziell; *vielvs.* = vielversprechend; *w* = weiblich; *m* = männlich; ÄP = ärztliche Psychotherapeuten; PP = psychologische Psychotherapeuten (ohne Ausbildungskandidaten); VT = Verhaltenstherapeuten; TFP/PA = psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten;

*bezüglich Hypothese I.05 besteht in der Telefonstichprobe ein tend. Geschlechtsunterschied, der in der Gesamtstichprobe mit deutlichem Effekt sign. wird: aus nur 8 von 25 Interviews mit Frauen, aber aus 17 von 25 mit Männern konnten Codierungen gewonnen werden ($\chi^2 = 6,480$; $p < 0.05$; $w = .92$);

12.6.2 Funktionale/kausale Perspektive

allgemeine Forschungsfrage II: Welche Annahmen über funktionale bzw. kausale Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Bezüglich der allgemeinen Forschungsfrage II und der drei konkreten Fragen II.1-II.3 lassen sich Hypothesen unterschiedlicher Fundierung formulieren. Folgende Tabellen 12.19, 12.20 und 12.21 fassen die hinsichtlich funktionaler Relationen generierbaren Hypothesen im Sinne der konkreten Forschungsfragen zusammen:

Tab. 12.19. sieben Hypothesen bezüglich der Therapeutischen Haltung als unabhängiger Variable;

Psychotherapeuten scheinen davon auszugehen, dass...	E.F.	Basis
Hypothese II.01: ...die Therapeutische Haltung sich auf die <i>emotional-motivationale Verfassung</i> der Klienten innerhalb der Therapiesitzung auswirkt	<i>robust</i>	UKn 2.1.1.1.1./3./4./6./7./8.; $\Sigma = 121$; $N > 0 = 38$;
Hypothese II.02: ... die Therapeutische Haltung sich auf die <i>handlungsregulatorischen Kompetenzen</i> der Klienten über die Therapiesitzung hinaus auswirkt	<i>robust</i>	UKn 2.1.1.2.2./5./6./7./8.; $\Sigma = 118$; $N > 0 = 38$;
Hypothese II.03: ... die Therapeutische Haltung sich auf Art und Qualität der <i>Therapiegestaltung</i> durch die Therapeuten innerhalb der Therapiesitzung auswirkt	<i>vielvs.</i>	UKn 2.1.2.1.2./4./6./7./9./10.; $\Sigma = 77$; $N > 0 = 34$;
Hypothese II.04: ... die Therapeutische Haltung sich auf die <i>Lebensqualität</i> der Therapeuten in verschiedenen Bereichen über die Therapiesitzung hinaus auswirkt	<i>tend.</i>	UKn 2.1.2.2.1./2./6.; $\Sigma = 73$; $N > 0 = 21$;
Hypothese II.05: ... die Therapeutische Haltung sich auf die Art und Qualität der <i>therapeutischen Beziehung</i> auswirkt	<i>tend.</i>	UK 2.1.3.4..; $\Sigma = 26$; $N > 0 = 16$; ÄP < PP;
Hypothese II.06: ... die Therapeutische Haltung sich auf das <i>Therapieergebnis</i> auswirkt	<i>tend.</i>	UK 2.1.3.7..; $\Sigma = 18$; $N > 0 = 11$; $w < m$;
Hypothese II.07: ... die Therapeutische Haltung sich auf die <i>gesellschaftlichen Rahmenbedingungen</i> auswirkt	<i>tend.</i>	UK 2.1. 4.2.; $\Sigma = 20$; $N > 0 = 12$; $w < m$;

Anmerkungen: E.F. = Grad empirischer Fundierung; *tend.* = tendenziell; *vielvs.* = vielversprechend; *w* = weiblich; *m* = männlich; ÄP = ärztliche Psychotherapeuten; PP = psychologische Psychotherapeuten (ohne Ausbildungskandidaten); VT = Verhaltenstherapeuten; TFP/PA = psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten;

Tab. 12.20. vier Hypothesen bezüglich Therapeutischen Haltung als abhängiger Variable (state);

Psychotherapeuten scheinen davon auszugehen, dass...	E.F.	Basis
Hypothese II.08: ... die Realisierung/Umsetzung der Therapeutischen Haltung variablen Einflüssen durch <i>therapierelevante Merkmale der Klienten</i> unterliegt	<i>vielvs.</i>	UKn 2.2.1.2.1./3./8./9.; $\Sigma = 68$; $N > 0 = 26$;
Hypothese II.09: ... die Realisierung/Umsetzung der Therapeutischen Haltung variablen Einflüssen durch die <i>körperliche und psychische Verfassung der Therapeuten</i> unterliegt	<i>tend.</i>	UKn 2.2.1.1.2./3./4.; $\Sigma = 42$; $N > 0 = 22$;

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Tab. 12.20. vier Hypothesen bezüglich Therapeutischen Haltung als abhängiger Variable (state);

Psychotherapeuten scheinen davon auszugehen, dass...	E.F.	Basis
Hypothese II.10: ... die Realisierung/Umsetzung der Therapeutischen Haltung anhaltenden Einflüssen durch <i>Rahmenbedingungen</i> unterliegt	tend.	UKn 2.2.2.2.; $\Sigma = 38$; $N>0 = 21$; $\ddot{A}P < PP$;
Hypothese II.11: ... die Realisierung/Umsetzung der Therapeutischen Haltung anhaltenden Einflüssen durch <i>kognitive Strukturen der Therapeuten</i> unterliegt	tend.	UKn 2.2.2.1.2./4./5./9..; $\Sigma = 61$; $N>0 = 24$; TFP/PA < VT;

Anmerkungen: E.F. = Grad empirischer Fundierung; tend. = tendenziell; *vielvs.* = vielversprechend; w = weiblich; m = männlich; $\ddot{A}P$ = ärztliche Psychotherapeuten; PP = psychologische Psychotherapeuten (ohne Ausbildungskandidaten); VT = Verhaltenstherapeuten; TFP/PA = psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten;

Tab. 12.21. fünf Hypothesen bez. Einflüssen auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (trait);

Psychotherapeuten scheinen davon auszugehen, dass...	E.F.	Basis
Hypothese II.12: ... die Entwicklung der Therapeutischen Haltung von <i>bedeutsamen Lebenserfahrungen</i> außerhalb des therapeutischen Kontexts beeinflusst wird	robust	UKn 2.3.2.3./7./8.; $\Sigma = 117$; $N>0 = 42$;
Hypothese II.13: ... die Entwicklung der Therapeutischen Haltung von <i>ausbildungsbezogenen Faktoren</i> beeinflusst wird	robust	UKn 2.3.1.2./3./4./6./7./8./9./13.; $\Sigma = 315$; $N>0 = 50$;
Hypothese II.14: ... die Entwicklung der Therapeutischen Haltung im Rahmen der Ausbildung eher von <i>menschliche Begegnungen</i> als von der <i>Vermittlung theoretischen Wissens</i> beeinflusst wird	robust	UKn 2.3.1.1-2.3.1.6 vs. UKn 2.3.1.9./11.; $\Sigma = 244$ vs. 28; $N>0 = 38$ vs. 16;*
Hypothese II.15: ... die Entwicklung der Therapeutischen Haltung eher von <i>bedeutsamen Lebenserfahrungen</i> als von <i>soziokulturellen oder biologischen Bedingungen</i> beeinflusst wird	tend.	UKn 2.3.2.4./7./8. vs. UKn 2.3.3., 2.3.4.1.; $\Sigma = 117$ vs. 82; $N>0 = 42$ vs. 30;**
Hypothese II.16: ... die Entwicklung der Therapeutischen Haltung eher von <i>ausbildungsbezogenen Faktoren</i> als von <i>soziokulturellen oder biologischen Bedingungen</i> beeinflusst wird	robust	UKn 2.3.1.2./3./4./6./7./8./9./13. vs. UKn 2.3.3., 2.3.4.1.; $\Sigma = 315$ vs. 82; $N>0 = 50$ vs. 30;***

Anmerkungen: E.F. = Grad empirischer Fundierung; tend. = tendenziell; *vielvs.* = vielversprechend; w = weiblich; m = männlich; $\ddot{A}P$ = ärztliche Psychotherapeuten; PP = psychologische Psychotherapeuten (ohne Ausbildungskandidaten); VT = Verhaltenstherapeuten; TFP/PA = psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten;

* Unterschied signifikant für Telefoninterviews (N = 40) hinsichtlich $N>0$ (McNemar-Test: $p < 0.001$) und hinsichtlich Summe der Codierungen menschliche Begegnungen (Mdn = 5) vs. Vermittlung theoretischen Wissens (Mdn = 0) ($Z = -5,53$; $p < 0,001$; $r = -.87$);

** Unterschied signifikant für Telefoninterviews (N = 40) hinsichtlich $N>0$ (McNemar-Test: $p < 0.05$);

*** Unterschied signifikant für Telefoninterviews (N = 40) hinsichtlich $N>0$ (McNemar-Test: $p < 0.001$) und hinsichtlich Summe der Codierungen ausbildungsbezogene Faktoren (Mdn = 6) vs. soziokulturelle und biologische Bedingungen (Mdn = 1) ($Z = -5,077$; $p < 0,001$; $r = -.8$);

12.6.3 *Eigenschaftsbezogene Perspektive*

allgemeine Forschungsfrage III: Welche spezifizierenden Eigenschaften der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Bezüglich der allgemeinen Forschungsfrage III lassen sich Hypothesen unterschiedlicher Fundierung formulieren. Folgende Tabelle 12.22 fasst die hinsichtlich spezifizierender Eigenschaften der Therapeutischen Haltung generierbaren Hypothesen zusammen:

Tab. 12.22. acht Hypothesen zu möglichen Eigenschaften/Dimensionen der Therapeutischen Haltung;

Psychotherapeuten scheinen davon auszugehen, dass...	E.F.	Basis
Hypothese III.01: ... die Therapeutische Haltung anhand des <i>Ausmaßes an Akzeptanz</i> , das der Therapeut dem Klienten entgegenbringt, charakterisiert werden kann.	<i>robust</i>	UK 3.1.3.; $\Sigma = 245$; $N>0 = 45$;
Hypothese III.02: ... die Therapeutische Haltung anhand des <i>Ausmaßes an Empathie und Interesse</i> , das der Therapeut dem Klienten entgegenbringt, charakterisiert werden kann.	<i>vielvs.</i>	UK 3.1.4.; $\Sigma = 120$; $N>0 = 37$;
Hypothese III.03: ... die Therapeutischen Haltung anhand des <i>Ausmaßes an Kooperation</i> , welches der Therapeut im Therapieprozess anstrebt, charakterisiert werden kann.	<i>robust</i>	UK 3.3.6.; $\Sigma = 124$; $N>0 = 39$;
Hypothese III.04: ... die Therapeutische Haltung anhand des <i>Ausmaßes an Direktivität</i> , welches der Therapeut in der Gesprächsführung anstrebt, charakterisiert werden kann.	<i>vielvs.</i>	UK 3.3.7.; $\Sigma = 93$; $N>0 = 37$;
Hypothese III.05: ... die Therapeutische Haltung anhand des <i>Ausmaßes an selbstkritischer Reflektion</i> , zu welchem der Therapeut seinem eigenen Handeln gegenüber bereit ist, charakterisiert werden kann.	<i>vielvs.</i>	UK 3.2.3.; $\Sigma = 120$; $N>0 = 36$;
Hypothese III.06: ... die Therapeutische Haltung anhand des <i>Ausmaßes an Wertschätzung</i> , das der Therapeut dem Klienten entgegenbringt, charakterisiert werden kann.	<i>vielvs.</i>	UK 3.1.2.; $\Sigma = 115$; $N>0 = 31$;
Hypothese III.07: ... die Therapeutische Haltung anhand des <i>Ausmaßes an individueller Gestaltung</i> , welches der Therapeut im Therapieprozess anstrebt, charakterisiert werden kann.	<i>vielvs.</i>	UK 3.3.2.; $\Sigma = 76$; $N>0 = 31$;
Hypothese III.08: ... die Therapeutische Haltung anhand des <i>Ausmaßes an konzentrierter und achtsamer Wahrnehmung</i> , mit welchem der Therapeut sich selbst begegnet, charakterisiert werden kann.	<i>vielvs.</i>	UK 3.2.2.; $\Sigma = 88$; $N>0 = 29$;

Anmerkungen: E.F. = Grad empirischer Fundierung; *tend.* = tendenziell; *vielvs.* = vielversprechend; *w* = weiblich; *m* = männlich; *ÄP* = ärztliche Psychotherapeuten; *PP* = psychologische Psychotherapeuten (ohne Ausbildungskandidaten); *VT* = Verhaltenstherapeuten; *TFP/PA* = psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten;

12.6.4 Perspektive der Erfassbarkeit

allgemeine Forschungsfrage IV: Welche Annahmen bezüglich der Erfassbarkeit der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Bezüglich der allgemeinen Forschungsfrage IV und der drei konkreten Fragen IV.1-IV.3 lassen sich Hypothesen unterschiedlicher Fundierung formulieren. Wie oben bemerkt (s. Kap. 12.5.1) ist dabei die geringe ICR des Systems 4 zu beachten. Folgende Tabellen 12.23 und 12.24 fassen die hinsichtlich der Erfassbarkeit generierbaren Hypothesen zusammen:

Tab. 12.23. acht Hypothesen zu situativen Kontexten und Indikatoren der Therapeutischen Haltung;

Psychotherapeuten scheinen davon auszugehen, dass...	E.F.	Basis
Hypothese IV.01: ... sich die Therapeutische Haltung in der <i>Therapiesitzung</i> zeigt.	<i>robust</i>	UKn 2.1.1.1., 2.1.2.1., 2.1.3; $\Sigma = 525$; $N > 0 = 50$;
Hypothese IV.02: ... sich die Therapeutische Haltung im <i>Kontakt mit Kollegen</i> zeigt.	<i>tend.</i>	UK 4.1.2.; $\Sigma = 31$; $N > 0 = 19$;
Hypothese IV.03: ... sich die Therapeutische Haltung anhand des <i>offenen Verhaltens von Therapeuten</i> erkennen lässt.	<i>robust</i>	UK 4.2.2.1.; $\Sigma = 269$; $N > 0 = 45$;
Hypothese IV.04: ... sich die Therapeutische Haltung anhand des <i>verdeckten Verhaltens von Therapeuten</i> erkennen lässt.	<i>tend.</i>	UK 4.2.2.2.; $\Sigma = 75$; $N > 0 = 22$;
Hypothese IV.05: ... sich die Therapeutische Haltung anhand <i>bestimmter Aspekte des Gesprächs</i> erkennen lässt.	<i>tend.</i>	UK 4.2.4.2.; $\Sigma = 33$; $N > 0 = 21$;
Hypothese IV.06: ... sich die Therapeutische Haltung anhand <i>organisatorischer und räumlicher Rahmenbedingungen</i> erkennen lässt.	<i>tend.</i>	UK 4.2.6.; $\Sigma = 21$; $N > 0 = 14$; $m < w$;
Hypothese IV.07: ... <i>physiologische Reaktionen der Therapeuten</i> als Indikatoren der Therapeutischen Haltung im Vergleich zu <i>offenem Verhalten</i> keine Rolle spielen.	<i>robust</i>	UK 4.2.2.3. vs. UK 4.2.2.1.; $\Sigma = 269$ vs. 1; $N > 0 = 45$ vs. 1;*
Hypothese IV.08: ... <i>verdecktes Verhalten der Therapeuten</i> als Indikator der Therapeutischen Haltung im Vergleich zu <i>offenem Verhalten</i> eine geringere Rolle spielen.	<i>robust</i>	UK 4.2.2.2. vs. UK 4.2.2.1.; $\Sigma = 269$ vs. 75; $N > 0 = 45$ vs. 22;**

Anmerkungen: E.F. = Grad empirischer Fundierung; *tend.* = tendenziell; *vielvs.* = vielversprechend; *w* = weiblich; *m* = männlich; *ÄP* = ärztliche Psychotherapeuten; *PP* = psychologische Psychotherapeuten (ohne Ausbildungskandidaten); *VT* = Verhaltenstherapeuten; *TFP/PA* = psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten;

* Unterschied signifikant für Telefoninterviews ($N = 40$) hinsichtlich $N > 0$ (McNemar-Test: $p < 0.001$) und hinsichtlich Summe der Codierungen physiologische Reaktionen ($Mdn = 0$) vs. offenes Verhalten ($Mdn = 3$) ($Z = -5,17$; $p < 0,001$; $r = -.82$);

** Unterschied signifikant für Telefoninterviews ($N = 40$) hinsichtlich $N > 0$ (McNemar-Test: $p < 0.001$) und hinsichtlich Summe der Codierungen verdecktes Verhalten ($Mdn = 0$) vs. offenes Verhalten ($Mdn = 3$) ($Z = -4,576$; $p < 0,001$; $r = -.72$);

Tab. 12.24. fünf Hypothesen zu Erhebungsmethoden der Therapeutischen Haltung;

Psychotherapeuten scheinen davon auszugehen, dass...	E.F.	Basis
Hypothese IV.09: ... <i>Beobachtung</i> eine geeignete Methode zur Erhebung der Therapeutischen Haltung ist.	<i>robust</i>	UK 4.3.4.; $\Sigma = 96$; $N>0 = 40$;
Hypothese IV.10: ... das <i>Interview</i> eine geeignete Methode zur Erhebung der Therapeutischen Haltung ist.	<i>tend.</i>	UK 4.3.1.; $\Sigma = 80$; $N>0 = 32$; TFP/PA<VT;
Hypothese IV.11: ... <i>Fragebogen/Tests</i> geeignete Methoden zur Erhebung der Therapeutischen Haltung sind.	<i>tend.</i>	UK 4.3.2.; $\Sigma = 29$; $N>0 = 24$;
Hypothese IV.12: ... <i>physiologische Messung</i> im Vergleich zu <i>Beobachtung</i> keine geeignete Methode zur Erhebung der Therapeutischen Haltung ist.	<i>robust</i>	UK 4.3.3. vs. UK 4.3.4.; $\Sigma = 0$ vs. 96; $N>0 = 0$ vs. 40;*
Hypothese IV.13: ... <i>physiologische Messung</i> im Vergleich zu <i>Interview</i> keine geeignete Methode zur Erhebung der Therapeutischen Haltung ist.	<i>tend.</i>	UK 4.3.3. vs. UK 4.3.1.; $\Sigma = 0$ vs. 80; $N>0 = 0$ vs. 32 (TFP/PA<VT, s.o.);**

Anmerkungen: E.F. = Grad empirischer Fundierung; *tend.* = tendenziell; *vielvs.* = vielversprechend; *w* = weiblich; *m* = männlich; ÄP = ärztliche Psychotherapeuten; PP = psychologische Psychotherapeuten (ohne Ausbildungskandidaten); VT = Verhaltenstherapeuten; TFP/PA = psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten;

* Unterschied signifikant für Telefoninterviews ($N = 40$) hinsichtlich $N>0$ (McNemar-Test: $p<0.001$) und hinsichtlich Summe der Codierungen physiologische Messung ($Mdn = 0$) vs. Beobachtung ($Mdn = 1$) ($Z = -4,947$; $p<0,001$; $r = -.78$);

** Unterschied signifikant für Telefoninterviews ($N = 40$) hinsichtlich $N>0$ (McNemar-Test: $p<0.001$) und hinsichtlich Summe der Codierungen physiologische Messung ($Mdn = 0$) vs. Interview ($Mdn = 1$) ($Z = -4,369$; $p<0,001$; $r = -.69$);

12.7 Zusammenfassung

In Kapitel 12 wurden die Ergebnisse der Codierungsarbeiten dargestellt und in Richtung der Forschungsfragen interpretiert. Abschließend wurden auf dieser Basis Hypothesen bezüglich der Frage „*Wie verwenden deklarierte Experten den Begriff der Therapeutischen Haltung?*“ generiert, differenziert nach allgemeinen und konkreten Forschungsfragen. In der Einleitung des Kapitels wurde dazu zunächst ein Überblick des Vorgehens bei der Ergebnisdarstellung und Interpretation geliefert (s. Kap. 12.1). Nach der darauf folgenden Vorstellung wichtiger Kennzahlen zur Ergebnisdarstellung (s. Kap. 12.1.1), wurde ein Überblick der Codierungsergebnisse in den besonders relevanten Systemen 1 bis 4 gegeben (s. Kap. 12.1.2).

In den folgenden Abschnitten 12.2 bis 12.5 wurden die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Systeme in jeweils drei Schritten dargestellt und interpretiert. Auf die Umformulierung der allgemeinen und konkreten Forschungsfragen im Sinne der Bedeutungsanalyse, folgte der Bericht der Ergebnisse orientiert an den Oberkategorien, jeweils abgeschlossen von einer knappen Zusammenfassung der wichtigsten Befunde. Ebenfalls bezogen auf die Oberkategorien wurde anschließend eine Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen vorgenommen.

Im Abschnitt 12.6 folgte schließlich die Generierung von Hypothesen auf Basis der zuvor dargestellten und interpretierten Ergebnisse. Einleitend wurden zunächst Kriterien expliziert, anhand derer der Grad der empirischen Fundierung begutachtet werden sollte, wobei drei Grade unterschieden wurden: „robust“, „vielversprechend“ und „tendenziell“. In den folgenden Abschnitten wurden dann insgesamt 43 Hypothesen generiert: sechs Hypothesen zu semantischen Relationen (s. Kap. 12.6.1), 16 zu funktionalen/kausalen Relationen (s. Kap. 12.6.2), acht zu inhaltlichen Dimensionen (s. 12.6.3) und 13 zur Erfassbarkeit der Therapeutischen Haltung (s. 12.6.4).

Kap. 13 Begriffsexplikation „Therapeutische Haltung“

Überblick: Nachdem in den vorigen Kapiteln Durchführung und Ergebnisse der Bedeutungsanalyse auf Basis von Interviews mit Experten vorgestellt wurden (Kap. 9-12) soll im vorliegenden Kapitel die Begriffsexplikation abgeschlossen werden. Nach einleitenden Bemerkungen (s. Kap. 13.1) werden dazu Implikationen aus den Experteninterviews im Sinne der Bedeutungsanalyse der „Therapeutischen Haltung“ rekapituliert (s. Kap. 13.2). Mit einer präzisen Bestimmung und Einbettung des Begriffs in wissenschaftliche Begriffssysteme werden die nächsten Schritte der Explikation vollzogen (s. Kap. 13.3). Nach ersten Vorschlägen zur Operationalisierung (s. Kap. 13.4) schließt eine Zusammenfassung das Kapitel ab (s. Kap. 13.5).

13.1 Einleitung

In Kapitel 2 war die *Begriffsexplikation* als Verfahren der Wahl für das Anliegen einer Klärung des Begriffs der Therapeutischen Haltung vorgeschlagen worden. In Anlehnung an Pawłowski (1980) konnten vier Schritte identifiziert werden, welche eine Explikation kennzeichnen (ebd., S. 160 f.; s. Kap. 1.4.1 und 2.3.3):

- 1) Wahl des zu explizierenden Begriffs, ...
- 2) Begriffserläuterung/Bedeutungsanalyse, ...
- 3a) präzise Formulierung und ...
- 3b) Einführung in ein bestehendes Begriffssystem.

Die Wahl des Explikandums wurde im Einleitungskapitel getroffen und begründet (Schritt 1; s. Kap. 1.3). Zentrale Teilschritte der *Bedeutungsanalyse* – von der Diskussion methodischer Grundlagen bis zur Darstellung der Ergebnisse im Sinne der Forschungsfragen – wurden in den Kapiteln 9 bis 12 unternommen (Schritt 2). Dieser zweite Schritt der Explikation soll im vorliegenden Kapitel abgeschlossen werden und kann als zusammenfassende Beantwortung der Forschungsfragen in deren *deskriptivem Sinn* verstanden werden (s. Kap. 1.3 und 8.1.1).

Die Schritte drei und vier (bzw. 3a und 3b, s.o.) lassen sich zwar konzeptuell trennen, fallen praktisch jedoch zusammen, da eine präzise Bestimmung ohne den Rückgriff auf ein Begriffssystem nicht möglich scheint (s. Kap. 13.3). Entsprechend der in Abschnitt 1.2.2 angedeuteten Relevanz des Begriffs für die Psychotherapieforschung, sowie des in Abschnitt 2.3.3 aufgeführten Gütekriteriums der Präzision, sollen abschließend erste *Vorschläge zur Operationalisierung* der Therapeutischen Haltung entwickelt werden (s. Kap. 13.4). Diese Schritte können als Beantwortung der Forschungsfragen in deren *normativem Sinn* verstanden werden (s. Kap. 1.3 und 8.1.1).

Das Begriffsklärungsverfahren der Explikation bringt zudem ein *Abweichen vom üblichen Ablauf eines Forschungsberichtes* mit sich. Zum einen werden die Ergebnisse der Bedeutungsanalyse im Kontext der Hinweise aus dem Literaturüberblick zusammenfassend dargestellt (s. Kap. 13.2). Zum anderen findet die Präzisierung des Begriffs der Therapeutischen Haltung in Abgrenzung etablierter Konstrukte der Grundlagenforschung sowie eingebettet in ausgewählte Begriffssysteme der Therapieforschung statt (s. Kap. 13.3). Beide Vorgehensweisen entsprechen weitestgehend der *inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse*, welche, neben der methodischen Diskussion, ein typisches Element des Abschlusskapitels darstellt (vgl. Borts & Döring, 2006, s. auch Kap. 14.1). Um Wiederholungen zu vermeiden, sei daher hier darauf hingewiesen, dass die Abschnitte 13.2 und 13.3 bereits als inhaltliche Diskussion der Ergebnisse gelten, auf welche im Abschlusskapitel 14 nur verwiesen wird.

13.2 Bedeutungsanalyse

13.2.1 Überblick und Vorgehen

Die *Bedeutungsanalyse*, welche in der vorliegenden Arbeit zur „erste[n], einleitende[n] Erläuterung“ (Pawłowski, 1980, S. 161) im Kontext der Explikation durchgeführt wird, beschreibt Pawłowski zwar als sehr wichtigen, aber nicht unbedingt zentralen Schritt, wohingegen *Präzisierung und Einführung in ein Begriffssystem* einen größeren Teil seiner Darstellung dieses Begriffsklärungsverfahrens ausmachen (vgl. ebd., S. 160 ff.). Dies liegt möglicherweise daran, dass hinter Pawłowskis Darstellung ein eher wissenschaftliches als praxisorientiertes Interesse steht, schließlich gibt er als Zielpublikum „Vertreter der einzelnen Geistes- und Sozialwissenschaften“ (ebd., S. 6) an. In der vorliegenden Arbeit wird allerdings eine Relevanz des Themas nicht nur für die Wissenschaft, sondern auch für verschiedene Bereiche der *psychotherapeutischen Praxis* gesehen (vgl. Kap. 1.2). Im Sinne dieser Annahme sollte daher großes Augenmerk darauf gelegt werden, dass *im Explikat möglichst viele Bedeutungselemente erhalten bleiben*, welche im alltäglichen Gebrauch von den Nutzern des Begriffs mit diesem verbunden werden. Dem entsprechend wurde auf die „erste, einleitende Erläuterung“ (Pawłowskis, 1980, S. 161) besonderer Wert gelegt, was sich im Schwerpunkt auf der qualitativ-quantitativen Inhaltsanalyse halbstrukturierter Experteninterviews widerspiegelt (s. Kap. 9-12). Bedeutungsanalysen, die einen Begriff anhand seiner „Gebrauchsweise“ (Bortz & Döring, 2006, S. 62) zu klären suchen, können die empirische Grundlage für die oben geforderte einleitende Erläuterung darstellen.

Eine Darstellung der Ergebnisse der Bedeutungsanalyse fand in den Kapiteln 11 und insbesondere 12 in mehreren Schritten statt (s. Kap. 12.1, Tab. 12.01). U.a. wurden die Ergebnisse zusammenfassend in Richtung der Forschungsfragen *interpretiert* (s. Kap. 12.2.3, 12.3.3, 12.4.3 und 12.5.3) sowie darauf basierend *Hypothesen generiert* (s. Kap. 12.6). Um eine gute Ausgangsbasis für die Präzisierung und theoretischen Einbettung des Begriffs (s. Kap. 13.3) zu bieten, sollen die Ergebnisse der Bedeutungsanalyse an dieser Stelle im Licht

des Literaturüberblicks (s. Kap. 6) inhaltlich diskutiert werden, wofür der dortige kursorische Überblick der recherchierten Literatur (s. Kap. 6.3.5) und die Diskussion der Forschung zur Therapeutischen Identität (s. Kap. 6.4.4) einen passenden theoretischen Hintergrund bieten. Die Diskussion beinhaltet zugleich den letzten Schritt der für qualitative Inhaltsanalysen typischen Reduktion des Materials (vgl. Kuckartz, 2012; Mayring, 2010a) und stellt innerhalb dieser Arbeit auch den *inhaltlichen Abschluss der Bedeutungsanalyse* dar (vgl. auch Schritt 10 im AIAM; s. Abb. 10.01). Die Darstellung orientiert sich dabei wieder an den vier zentralen Perspektiven auf die Hauptfrage der Arbeit (s. Kap. 8.1.2).

13.2.2 *Begriffsrelationale Perspektive*

Zur Beantwortung der Frage nach taxonomischen Relationen, in welche der Begriff der Therapeutischen Haltung allgemein eingebettet wird, kann im Rahmen der Bedeutungsanalyse nur wenig beigetragen werden. Tendenziell werden *Haltung oder auch Einstellung als Oberbegriffe* der Therapeutischen Haltung genutzt, *psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Haltung als Unterbegriffe* (s. Kap. 12.2.3.1). Diese Ergebnisse spiegeln sich auch im Literaturüberblick wider, auf Basis dessen ebenfalls nur wenig belastbare Aussagen zur Über-/Unterordnung getätigt werden können (s. Kap. 6.3.2.2). Auch dort werden Unterbegriffe am häufigsten rekonstruiert, insbesondere solche die sich als *psychoanalytische oder psychodynamische Haltung* zusammenfassen lassen. Auch hinsichtlich der begrifflich gleichen Ebene bleiben Interviewstudie und Literaturübersicht unergiebig. Ebenso gering ist der Ertrag bezüglich potentieller Teil-Ganzes-Beziehungen. Übereinstimmung zwischen Ergebnissen der Experteninterviews (s. Kap. 12.2.3.2) und der Literaturanalyse bestehen lediglich hinsichtlich der (vorsichtigen) Annahme, dass solche Konzepte, die sich im weiten Sinn als *kognitive Strukturen oder Produkte* bezeichnen lassen (wie z.B. Einstellungen oder philosophische Annahmen), als Teile/Meronyme der Haltung verstanden werden. Im Rahmen der Interviews war zudem festgestellt worden, dass der Begriff der Therapeutischen Haltung gemessen an der Häufigkeit der Rekonstruktion bedeutungsähnlicher Begriffe in einem sehr *weiten Wortfeld* Verwendung findet (s. Kap. 12.2.3.3), was allerdings eine wenig spezifische Feststellung ist. Interviewergebnisse, wie auch Literaturüberblick, lassen darauf schließen, dass die Einbettung des Begriffs in taxonomische und meronomische Relationen wenig elaboriert und zudem uneinheitlich vollzogen wird. Widersprüchliche Verwendungen kennzeichnen auch den Bereich der Bedeutungseinstimmungen bis hin zu dem Phänomen, dass die Existenz synonyme Begriffe von einigen Interviewteilnehmern explizit angezweifelt wurde, welche gleichzeitig diverse Begriffe synonym zur Haltung verwendeten (s. Kap. 12.2.3.3).

Unter der Perspektive, dass Verwendungshäufigkeiten und Verwendungsgemeinsamkeiten sinnvolle Rückschlüsse auf den allgemeinen Gebrauch eines Begriffes zulassen, ergeben sich also wenige Ansatzpunkte aus der Diskussion der Bedeutungsanalyse vor dem Hintergrund des Literaturüberblicks. Insbesondere der Unterbegriff einer Haltung, welche als für die psychodynamische Orientierung typisch angesehen wird („psychoanalytische (Grund-) Haltung“ oder „psychodynamische (Grund-) Haltung“), die Bedeutungsähnlich-

keit, möglicherweise sogar Synonymie zum Begriff der Einstellung, sowie die Annahme, dass kognitive Strukturen als konstitutive Teile der Haltung gesehen werden, stellen die wenigen, für die spätere Präzisierung relevanten Gemeinsamkeiten dar. Dem rekonstruierten Haltungsbegriff der Forschungsgruppe um Sandell (s. Kap. 6.4.4) lässt sich die zusätzliche Anregung entnehmen, die *Therapeutische Haltung als Teil der Therapeutischen Identität* zu verstehen. Im Rahmen der Thematisierung des psychodynamischen Haltungstyps (s. Kap. 6.3.3.2) sowie individueller Konzepte (s. Kap. 6.3.4) waren zudem *Haltungen unterschiedlichen Abstraktions- oder Allgemeinheitsgrades* unterschieden worden (z.B. Grundhaltung vs. spezifische Haltungen), was sich möglicherweise ebenfalls im Kontext hierarchischer Bedeutungsbeziehungen aufgreifen lässt. Zusammenfassend sollten folgende Bedeutungselemente hinsichtlich begrifflicher Relationen bei der Präzisierung beachtet werden (s. Tab. 13.01):

Tab. 13.01. Relevante Bedeutungselemente im Sinne der begriffsrelationalen Perspektive

- Oberbegriffe: Haltung (allgemein, Grundhaltung), Einstellung
- Unterbegriffe: psychodynamische/psychoanalytische Haltung, spezifische Haltung
- Die Haltung umfassendes „Ganzes“: Therapeutische Identität
- Teile der Haltung: kognitive Strukturen und Produkte
- Bedeutungsübereinstimmung: Einstellung (aber: Widerspruch zu Oberbegriffe)

13.2.3 Funktionale/Kausale Perspektive

Die Konzepte vieler Befragter scheinen eine Auswirkung der Therapeutischen Haltung (im Sinne einer unabhängigen Variable) auf die *emotional-motivationale Verfassung* der Klienten in der Therapie zu beinhalten, d.h. z.B. auf Sicherheitsgefühl, kommunikative Offenheit und Emotionsregulation (s. Kap. 12.3.2.1). Als weiterer von der Wirkung der Haltung betroffener Bereich wird häufig die über den therapeutischen Rahmen hinaus bestehende *Handlungsregulationskompetenz* der Klienten verstanden, worunter u.a. Selbstkontrolle, Selbstwirksamkeit oder auch Reflexionsfähigkeit gefasst werden. Beide Annahmen hinsichtlich der Therapeutischen Haltung als Einfluss auf den Klienten decken sich mit den im Rahmen des Literaturüberblicks am häufigsten rekonstruierbaren Auswirkungen (s. Kap. 6.3.2.3). Weitere häufig auf Basis der Interviews rekonstruierbare Auswirkungen der Therapeutischen Haltung u.a. auf *Art und Qualität der Therapiegestaltung* durch die Therapeuten sowie deren *Lebensqualität* in diversen Bereichen (s. Kap. 12.3.3.1) lassen sich tendenziell auch im Literaturüberblick wiederfinden (s. Kap. 6.3.2.3).

Viele Befragte scheinen davon auszugehen, dass die Therapeutische Haltung auch *als „state“* verstanden werden kann, d.h. als in ihrer aktuellen Realisierung beeinflussbare Variable (s. Kap. 12.3.3.2). Diese mögliche funktionale/kausale Relation wurde im kursorischen Literaturüberblick nicht explizit analysiert. Allerdings lässt sich auf Basis anderer Aspekte der Literaturübersicht, wie z.B. der Tatsache, dass die Haltung insbesondere im Kontext spezifischer Klienten- oder Settingmerkmale thematisiert wird (s. Kap. 6.3.1.2), darauf schließen, dass auch dort von einer *kontextabhängigen Variabilität* ausgegangen wird. In eine ähnliche Richtung weisen außerdem die im Zusammenhang des psychody-

namischen Haltungstyps thematisierte „inkonstante Haltung“ (Dantlgraber, 2000, S. 270), welche als klienten- bzw. prozessabhängig dargestellt wird (s. Kap. 6.3.3.2), oder die zu dieser quasi komplementäre Metadimension der „Balancekompetenz“ (Pelzer, 2011, S. 43) im systemischen Haltungstyp (s. Kap. 6.3.3.1). Im Rahmen der Interviews werden insbesondere *therapierelevante Merkmale der Klienten*, wie z.B. Art und Ausmaß der präsentierten Problematik, etwas seltener auch die *körperliche und psychische Verfassung der Therapeuten* als relevante Einflüsse auf die Realisierung der Haltung im Sinne eines „states“ benannt. Weitere häufiger rekonstruierbare Einflüsse sind *institutionelle Rahmenbedingungen* oder auch *kognitive Strukturen der Therapeuten*.

Viele Annahmen lassen sich hinsichtlich der Einflüsse auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung (verstanden als „*trait*“) im Rahmen der Bedeutungsanalyse rekonstruieren. Die in den Interviews Befragten scheinen davon auszugehen, dass v.a. *bedeutsame Lebensereignisse* (wie z.B. kritische Lebensereignisse) und *ausbildungsbezogene Faktoren* als Einflüsse auf die Entwicklung der Therapeutischen Haltung wirken (s. Kap. 12.3.3.3). *Zwischenmenschliche Begegnungen* in Supervision und Selbsterfahrung, mit Klienten, therapeutischen Vorbildern, Kollegen oder auch beeindruckenden Personen im privaten Umfeld werden dabei als bedeutsamer erachtet, als die Wissensaneignung über Theorieseminare, Fachliteratur oder Medien. Ebenso wenig wird der direkte Einfluss soziokultureller und biologischer Bedingungen genannt. Auch diese funktionale/kausale Relation wurde im kursorischen Literaturüberblick nicht explizit analysiert. Lediglich im Kontext des psychodynamischen Haltungstyps (s. Kap. 6.3.3.2), sowie der individuellen Konzepte (s. Kap. 6.3.4) wurden einige die Entwicklung der Haltung betreffende Annahmen berücksichtigt, welche sich teilweise mit denen der Bedeutungsanalyse decken. So geht z.B. Dantlgraber (2000; s. Kap. 6.3.3.2) davon aus, dass die Entwicklung der psychoanalytischen Haltung teils von *lebensgeschichtlich erworbenen Eigenheiten der Person* abhängt, wie etwa Überzeugungen und Werten. Ähnlich sehen Hoffmann und Hofmann (2008; s. Kap. 6.3.4) in ihrer individuellen Konzeption *Erfahrungen* als Einflüsse der Entwicklung und Veränderung der Haltung an.

Im Gegensatz zu den oben thematisierten Bedeutungsbeziehungen können der Bedeutungsanalyse also recht robuste und auch spezifische Annahmen hinsichtlich der funktionalen/kausalen Relationen entnommen werden. Zusammenfassend sollten folgende Bedeutungselemente hinsichtlich funktionaler/kausaler Relationen bei der Präzisierung beachtet werden (s. Tab. 13.02):

Tab. 13.02. Relevante Bedeutungselemente im Sinne der funktionalen/kausalen Perspektive

- Unter dem Einfluss der Therapeutischen Haltung (UV): emotional-motivationale Verfassung der Klienten (in der Therapie), Handlungsregulationskompetenz der Klienten (über Therapie hinaus), Art und Qualität der Therapiegestaltung durch Therapeuten, Lebensqualität der Therapeuten;
- Einflüsse auf die Therapeutische Haltung (AV, state): therapierelevante Merkmale der Klienten, körperliche und psychische Verfassung der Therapeuten, kognitive Strukturen der Therapeuten, institutionelle Rahmenbedingungen;
- Einflüsse auf die Therapeutische Haltung (AV, trait): zwischenmenschliche Begegnungen in Ausbildung (z.B. Vorbilder, Supervision, Selbsterfahrung, Klientenkontakt, kollegiale Gespräche) und privatem Umfeld, kritische Lebensereignisse

13.2.4 *Eigenschaftsbezogene Perspektive*

Auf Basis der Experteninterviews lassen sich einige begründete Annahmen hinsichtlich gebräuchlicher *Eigenschaften* zur Beschreibung der Therapeutische Haltung machen (s. Kap. 12.4.3). Insbesondere scheint die Haltung anhand des Ausmaßes an *Akzeptanz* und *Empathie* beschrieben zu werden, die der Therapeut dem Klienten entgegenbringt. Für die in der Bedeutungsanalyse über die Kategorie 3.1.4. „Empathie/Interesse“ abgebildeten Aussagen, wurden im Rahmen des Literaturüberblicks zwei Kategorien, nämlich „Empathie/Verständnis“ und „Interesse/Neugier“ genutzt (s. Kap. 6.3.2.1). Diese beiden bilden zusammen mit der Kategorie „Akzeptanz“ die drei meistgenannten klientenbezogenen Dimensionen der Haltung in der Literaturübersicht (s. auch Tab. 6.10), was sich dann mit dem o.g. Ergebnis der Bedeutungsanalyse deckt. Das Ausmaß an *Kooperation* in der Prozessgestaltung, an *Direktivität* in der Gesprächsführung sowie an *selbstkritischer Reflektion* des eigenen Handelns sind den Experteninterviews nach zu urteilen möglicherweise ebenso geläufige Attribute (s. Kap. 12.4.3). Die Kategorie 3.3.6. „Kooperation/verteilte Expertise“ wurde im Rahmen der Untersuchung der Experteninterviews so definiert, dass sie in etwa die Aussagen abbildet, welche in der Literaturübersicht durch zwei Kategorien erfasst werden (ebenfalls „Kooperation/verteilte Expertise“ und „Entlastung/Fürsorge/Verantwortungsübergabe“; s. Kap. 6.3.2.1), deren gemeinsamer Umfang den Befund zur Bedeutung der Dimension „Kooperation/verteilte Expertise“ aus den Interviews stützt. Direktivität wurde als Dimension in der Fachliteratur seltener, selbstkritische Reflexion überhaupt nicht rekonstruiert, was allerdings auch an den unterschiedlichen Kategoriensystemen liegen mag. Auch im Rahmen der Bedeutungsanalyse etwas seltener, aber dennoch beachtenswert, wird die Therapeutische Haltung anhand der dem Klienten entgegengebrachten *Wertschätzung* und der *Individualität der Prozessgestaltung* gemessen, sowie am Ausmaß an *konzentrierter und achtsamer Wahrnehmung*, mit welcher der Therapeut sich selbst begegnet (s. Kap. 12.4.3). Bis auf die Dimension Individualität spielen diese Dimensionen auch in der gesichteten Literatur eine wichtige Rolle zur Charakterisierung (s. Kap. 6.3.2.1). Im Sinne der Annahme, dass Verwendungshäufigkeiten und Verwendungsgemeinsamkeiten Rückschlüsse auf den allgemeinen Gebrauch des Begriffs der Haltung erlauben, können der Diskussion der Bedeutungsanalyse also viele Hinweise auf gebräuchliche Charakterisierungen entnommen werden. Diese decken sich zudem weitestgehend mit in der Literatur auffindbaren dimensional Merkmalen (s.o.).

In Bedeutungsanalyse wie Literaturüberblick wurden den individuellen Dimensionen *übergeordnete Kategorien* materialgeleitet entwickelt (s. Kap. 11.3.3 und 6.3.2.1), die sich nicht vollständig entsprechen. Gemeinsam ist den meisten dieser Oberkategorien jedoch die *Gerichtetheit auf einen Bezugspunkt* (s. auch Kap. 6.3.5.2). Während im Rahmen beider Analysen *prozess- und klientenbezogene Dimensionen* unterschieden werden, beinhaltet nur das System 3 der Bedeutungsanalyse eine *therapeutenbezogene* Oberkategorie (s. Kap. 11.3.3), wohingegen nur im Literaturüberblick *wertbezogene und formale Dimensionen* differenziert werden. Mengentheoretisch gesehen sind die materialgeleitet konstruierten Oberkategorien beider Analysen trotz gleicher Bezeichnung nicht deckungsgleich, oder sie bilden trotz unterschiedlicher Definition Schnittmengen, d.h. gleichbezeichnete Dimensio-

nen werden unter verschiedene Oberkategorien geordnet: z.B. gilt „Aktivität“ in der Bedeutungsanalyse als therapeutenbezogene Dimension, im Literaturüberblick als prozessbezogenes Merkmal (s. Kap. 11.3.3.2 und 6.3.2.1). Diesbezüglich sollte bei der präzisen Bestimmung eine einheitliche, idealerweise *theoretisch begründete Regelung* getroffen werden. Die Beachtung zweier dimensionaler Merkmale, welche weder in der Bedeutungsanalyse noch im allgemeinen Literaturüberblick an prominenter Stelle genannt wurden, werden im Rahmen der Thematisierung spezifischer Haltungstypen nahe gelegt (s. Kap. 6.3.3). Es handelt sich dabei zum einen um das Ausmaß an *Bewusstheit* der Haltung, welches im Kontext des psychodynamischen Haltungstyps diskutiert wird (s. Kap. 6.3.3.2) und um *Flexibilität* hinsichtlich der Einnahme spezifischer Haltungen, welche von systemischen Autoren als relevant erachtet wird (s. Kap. 6.3.3.1). Schließlich wurde im Kontext des Literaturüberblicks darauf hingewiesen, dass viele Autoren von einer gewissen *zeitlichen Stabilität* der Haltung ausgehen (s. Kap. 6.3.5.2). Zusammenfassend lassen sich einige Bedeutungselemente im Sinne der eigenschaftsbezogenen Perspektive benennen, die bei der Präzisierung beachtet werden sollten (s. Tab. 13.03):

Tab. 13.03. Relevante Bedeutungselemente im Sinne der eigenschaftsbezogenen Perspektive

- Eigenschaften/Dimensionen: Akzeptanz, Empathie und Interesse, Kooperation und Verantwortungsübergabe, Direktivität, selbstkritische Reflexion, Wertschätzung, Individualität der Prozessgestaltung, konzentrierte/achtsame Wahrnehmung, Bewusstheit, Flexibilität, zeitliche Stabilität
- Bezugspunkte: klienten-, prozess-, wert-, therapeutenbezogene, formale Dimensionen (Zuordnung von Dimensionen zu Kategorien noch unklar)

13.2.5 *Perspektive der Erfassbarkeit*

Was die Erfassbarkeit der Therapeutischen Haltung angeht, wurden die im Rahmen der Bedeutungsanalyse rekonstruierbaren Aussagen Oberkategorien zugeordnet, die konkreten Forschungsfragen entsprechen. Unterschieden wird zwischen situativen Kontexten, in welchen sich die Haltung prinzipiell zeigen kann, Indikatoren, anhand derer sich bestimmte Haltungen erschließen lassen, sowie Erhebungsmethoden, mittels derer die Haltung systematisch erfasst werden kann (s. Kap. 11.3.4).

Codierungen in System 2 (eigtl. funktionale/kausale Perspektive) lassen darauf schließen, dass die *Therapiesitzung als zentraler situativer Kontext* gesehen wird, innerhalb dessen sich die Therapeutische Haltung zeigt (s. Kap. 12.5.1). Diese triviale Annahme bestätigt sich auch vor dem Hintergrund des allgemeinen Literaturüberblicks (s. Kap. 6.3), in welchem die Perspektive der Erfassbarkeit zwar nicht explizit untersucht wurde (s. aber Kap. 6.4; s. auch u.); in der Mehrzahl der recherchierten Quellen wird die Haltung allerdings im Kontext der Darstellung eines Therapieverfahrens/einer Methode (z.B. Verhaltenstherapie, Monodramatechnik, etc.) oder des Umgangs mit spezifischen Klientenmerkmalen (z.B. Suizidalität, Diagnose PTBS, etc.) thematisiert (s. Kap. 6.3.1.2, Tab. 6.08). Diese Kontexte der Thematisierung lassen Rückschlüsse darauf zu, dass auch in der Literatur die *Therapiesitzung als zentraler situativer Kontexte* angesehen wird. Auf Basis der Aussagen einer

signifikanten Minderheit der Befragten in den Experteninterviews lässt sich zudem vermuten, dass der *Kontakt mit Kollegen* als weiterer situativer Kontext verstanden wird (s. Kap. 12.5.3.1), was in der gesichteten Literatur bestenfalls am Rande bemerkt wird.

Was Indikatoren betrifft, scheinen die meisten Befragten davon auszugehen, dass *Merkmale der Therapeuten*, insbesondere deren *offenes Verhalten* (z.B. Gestik, Mimik, sprachliche Äußerung), Rückschlüsse auf eine bestimmte Therapeutische Haltung zulassen (s. Kap. 12.5.3.2). Die Erfassbarkeitsperspektive wurde im Literaturüberblick lediglich im Kontext der Forschung zur therapeutischen Identität aufgegriffen (s. Kap. 6.4), weswegen zum offenen Verhalten von Therapeuten auf Basis der Literatur keine ergänzende Aussage getroffen werden kann. Ein zweiter Befund der Interviewstudien, dass rund die Hälfte der Befragten auch Selbstauskünfte zu *verdecktem Verhalten der Therapeuten* (z.B. Annahmen, Überzeugungen) als Indikatoren der Haltung ansehen, deckt sich allerdings mit dem rekonstruierten Haltungskonzept des oben genannten Forschungsprojektes, in welchem ebenfalls Selbstbeschreibungen von Annahmen und Überzeugungen zur Indikation bestimmter Haltungen erhoben werden (s. Kap. 6.4.4; s. auch u.). Als mögliche Indikatoren der Therapeutischen Haltung kennzeichnen schließlich auch häufig Merkmale des *Therapieprozesses*, insbesondere bestimmte *Gesprächsaspekte* (z.B. gemeinsames Lachen, relative Gesprächsanteile der Klienten), sowie tendenziell auch *Rahmenbedingungen* (z.B. die Raumgestaltung) die rekonstruierten Konzepte der Befragten.

Die Vermutungen bezüglich des Therapeutenverhaltens bzw. der Selbstauskunft als mögliche Indikatoren finden ihre Entsprechung in Annahmen hinsichtlich geeigneter Erhebungsmethoden. So sieht die Mehrheit der Befragten *Beobachtung*, insbesondere des Therapeuten, als günstigste Methode zur Erfassung des Konstrukts an (s. Kap. 12.5.3.3), etwas seltener wird das *Interview* für eine adäquate Erhebungsmethode gehalten. Im Rahmen der Forschung zur Therapeutischen Identität wird zwar lediglich mit *Fragebogen* gearbeitet (s. Kap. 6.4.2), was immerhin mit Selbstauskunft als Indikator korrespondiert, allerdings wird dort auch bemerkt, dass damit bestimmte Aspekte der Haltung (z.B. unbewusste) nicht erfasst würden (vgl. Klug et al., 2008).

Zusammenfassend lassen sich folgende Bedeutungselemente im Sinne der Perspektive der Erfassbarkeit benennen, die bei der Präzisierung bzw. insbesondere im Kontext der Operationalisierung beachtet werden sollten (s. Tab. 13.04):

Tab. 13.04. Relevante Bedeutungselemente im Sinne der Erfassbarkeitsperspektive

- situative Kontexte: Therapiesitzung, Kontakt mit Kollegen
- Indikatoren: offenes und verdecktes Verhalten des Therapeuten, Aspekte des Therapiegesprächs, Rahmenbedingungen
- Erhebungsmethoden: Verhaltensbeobachtung, Interview, Fragebogen

13.3 Präzisierung und theoretische Einbettung

13.3.1 Vorgehen

Zur Präzisierung eines Begriffs sind nach Pawłowski (1980) „alle korrekten methodologischen Verfahren zur Begriffsbestimmung zulässig“ (S. 163), worunter z.B. die im 2. Kapitel vorgestellte stipulative Definition fällt (s. Kap. 2.3.1). Diese kann verschiedene Grade der Vollständigkeit beabsichtigen, von der *Äquivalenzdefinition* mit der Eigenschaft der Eliminierbarkeit (vgl. Westermann, 2000) bis zu unterschiedlichen Varianten sog. *partieller Definitionen* (vgl. Pawłowski, 1980). Letztere sind insofern unvollständig, als sie die Extension (s. Kap. 2.2.2.1 und 4.1.3) eines Ausdrucks nur zum Teil bestimmen (vgl. ebd.). Für die hier angestrebte Präzisierung scheint eine Äquivalenzdefinition aus zwei Gründen nicht sinnvoll: Zum einen dürfte es sich bei der Therapeutischen Haltung um einen *Dispositionsbegriff* handeln (s. Kap. 2.2.2.1), der „sich als solcher mit einer Äquivalenzdefinition nicht vollständig definieren läßt [sic!]“ (ebd., S. 133; zur Begründung vgl. z.B. Westermann, 2000). Zum anderen sind vollständige Definitionen bei „*unzureichende[m] Entwicklungsstand der Erforschung* entsprechender Phänomene“ (Pawłowski, 1980, S. 127; Hervorheb. durch H.P.) nicht sinnvoll, da sie zu „inadäquaten oder wissenschaftlich unbrauchbaren Begriffen führen“ (ebd. S. 127 f.) würden. Wie in Kapitel 6 ausgeführt, scheint auch diese Bedingung auf die Therapeutische Haltung zuzutreffen.

Eine Definition im obigen Sinn ist also für die Präzisierung im vorliegenden Fall nicht angebracht. Entsprechend der Darstellung in Westermann (2000) ist es für Disziplinen wie die Psychologie üblich „das Explikandum genauer zu erläutern oder zu verdeutlichen“ (S. 115), indem lediglich „andere, präzisere Begriffe verwendet werden“ (ebd.), ohne die Bedingungen z.B. einer Äquivalenzdefinition zu erfüllen. Um trotzdem zu einem Begriff zu kommen, der die wesentlichen Kriterien wissenschaftlicher Begriffsklärung im Allgemeinen und der Explikation im Speziellen (s. Kap. 2.2.3 und 2.3.3) erfüllt, wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen: Unter Berücksichtigung zentraler Elemente der *Bedeutungsanalyse* (s. Kap. 13.2), wird der Begriff zunächst, vor dem Hintergrund des Begriffssystems der Alltagspsychologie sowie orientiert an relevanten Bedeutungsaspekten (s. Kap. 13.3.2), in einer *Arbeitsversion* präzisiert (s. Kap. 13.3.3). Nach der *Diskussion* dieser Arbeitsversion vor dem Hintergrund etablierter Konstrukte und ausgewählter Theorien (s. Kap. 13.3.4) wird eine modifizierte Version als *endgültiges Explikat* vorgestellt (s. Kap. 13.3.5).

13.3.2 Relevante Bedeutungsaspekte

Die zentralen Bedeutungsaspekte, welche im Rahmen der Explikation präzise zu bestimmen sind, werden in weiten Teilen bereits durch die *differenzierte Fragestellung* der Arbeit vorgegeben (s. Kap. 8), welche wiederum v.a. auf Basis der Darstellung verschiedener Perspektiven auf Bedeutung entwickelt wurde (s. Kap. 4). Ergänzend sollen für die hier angestrebte Präzisierung auch Elemente der Begriffsklärung aufgegriffen werden, die im 2.

Kapitel eingeführt wurden. Im Folgenden werden die zu bestimmenden Bedeutungsaspekte überblicksartig rekapituliert.

Bedeutungsbeziehungen. Als begriffsrelationale Perspektive wurde in Abschnitt 8.2.1 diejenige Sichtweise bezeichnet, welche die Bedeutung eines Begriffs im Wesentlichen als dessen *Einbettung in das Geflecht semantischer Relationen* konzipiert. Ein Bedeutungsaspekt soll also durch die *Angabe der semantischen Relationen*, in welche die Therapeutische Haltung eingebettet ist, präzise bestimmt werden. Als besonders relevant waren dabei die *hierarchischen Bedeutungsbeziehungen*, auf Basis derer sich Taxonomien und Mereologien konstruieren lassen, sowie die *Bedeutungsübereinstimmungen* unterschiedlichen Grades vorgestellt worden (s. Kap. 4.2).

Funktionale/kausale Einbettung. Als funktionale/kausale Perspektive wurde in Abschnitt 8.2.2 diejenige Annahme bezeichnet, nach welcher Bedeutungen als Konzepte verstanden werden (kognitive Perspektive; s. Kap. 4.3) und Konzepte wiederum insbesondere durch deren *funktionalen/kausalen Beziehungen im Rahmen individueller Theorien* über die Welt konstituiert werden (Theoriensicht; s. Kap. 4.3.2). Ein Bedeutungsaspekt könnte i.d.S. durch die *Angabe der funktionalen/kausalen Relationen*, in welche die Therapeutische Haltung eingebettet wird, präzise bestimmt werden. In diesem Zusammenhang waren drei Relationen unterschieden worden: Annahmen zur Therapeutischen Haltung als *unabhängiger Variable* (UV) vs. als *abhängiger Variable* (AV), sowie innerhalb letzterer als „state“ (Realisierung/Umsetzung der Haltung) vs. als „trait“ (Entwicklung der Haltung als Struktur) (s. Kap. 8.2.2). Was die funktionale/kausale Perspektive angeht, muss jedoch ein *Unterschied zwischen der deskriptiven und der normativen Beantwortung* der Frage nach der Bedeutung der Therapeutischen Haltung gemacht werden. In der deskriptiven Version (auf Basis der Bedeutungsanalyse) werden die funktionalen/kausalen Annahmen erfasst, welche die *individuellen Konzepte* der Therapeutischen Haltung kennzeichnen. Dabei werden quasi *subjektive Theorien des Therapiegeschehens* rekonstruiert, welche mit dem „tatsächlichen“ Geschehen natürlich nicht übereinstimmen müssen. Spezifische Gemeinsamkeiten in diesen Theorien, wie z.B. die Annahme, dass die Therapeutische Haltung sich auf das Sicherheitsgefühl der Klienten in der Therapie auswirkt (s. Kap. 13.2.3), sollten dementsprechend in der präzisen Bestimmung des Begriffs der Therapeutischen Haltung (im normativen Sinn) nicht als Aspekte der Kernbedeutung mitaufgenommen werden. Vielmehr könnten solche Annahmen als *empirische Hypothesen* in späterer Forschung zu potentiellen Effekten der Therapeutischen Haltung im Therapiegeschehen aufgegriffen werden. Auf diese Thematik wird in Abschnitt 13.3.3 noch einmal genauer eingegangen.

Eigenschaften/Merkmale. Als eigenschaftsbezogene Perspektive wurde in Abschnitt 8.2.3 diejenige Sichtweise bezeichnet, nach welcher die Bedeutung eines Begriffs im Wesentlichen durch Angabe der *dem Begriff zukommenden Merkmale* bestimmt werden kann (s. auch Kap. 2.2.2.2 und 4.1.3). Ein weiterer Bedeutungsaspekt soll dementsprechend durch Angabe der *Eigenschaften/Merkmale* präzise bestimmt werden, welche vorliegen müssen, um ein Objekt dem Konzept der Therapeutischen Haltung unterordnen zu können. Hinsichtlich der Art der Merkmale wurden zunächst keine spezifischeren Annahmen aus der Theorie abgeleitet.

Erfassbarkeit. Als Perspektive der Erfassbarkeit wurde in Abschnitt 8.2.4 diejenige Annahme bezeichnet, nach welcher die Bedeutungen eines Begriffs unter anderem dadurch bestimmt werden kann, indem genau angegeben wird, wie er zu erfassen ist (s. auch Kap. 2.3.4). Da dieses Vorgehen als alleinstehende Form der Begriffsbestimmung nicht (mehr) gebräuchlich, sondern dieser eher nachgeordnet ist (vgl. Bortz & Döring, 2006; Westermann, 2000), wird darauf erst im Rahmen der *Operationalisierungsvorschläge* wieder eingegangen (s.u., Kap. 13.5). Ähnlich wie schon oben hinsichtlich der funktionalen/kausalen Perspektive bemerkt, lassen sich Indikatoren (und entsprechende Messmethoden) erst im zweiten Schritt aus den zuvor im ersten Schritt festgelegten Dimensionen ableiten, welche durch den Begriff bezeichnet werden (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011).

13.3.3 Vorläufige Präzisierung

13.3.3.1 Vorbemerkungen

Um die Entwicklung des Explikats nachvollziehbar darzustellen, soll schrittweise vorgegangen und zunächst eine *Arbeitsversion* erstellt (s.o.), in welcher die wesentlichen Ergebnisse der Bedeutungsanalyse berücksichtigt werden (s. insb. Kap. 13.2). Eine erste Präzisierung gegenüber dem Explikandum wird im Rahmen dieses Schrittes erreicht, indem hinsichtlich aller relevanten Bedeutungsaspekte (s. Kap. 13.3.2; s auch u.) begriffliche *Festlegungen* getroffen – sofern möglich unter Rückgriff auf Bedeutungsanalyse und Begrifflichkeiten des Literaturüberblicks (s. Kap. 6) – und argumentativ abgesichert werden. Eine systematische Einbettung in Begriffssysteme, die in den Kapiteln 5 (Therapeutenvariablen) und 7 (potentiell nahestehende Konstrukte) vorgestellt wurden, findet an dieser Stelle noch nicht statt (s. aber Kap. 13.4). Allerdings nutzt der Autor seinen im Rahmen der Erstellung o.g. Kapitel sowie bisheriger akademisch-psychologischer und praktisch therapeutischer Arbeit gewonnenen *begrifflichen Hintergrund* (oben als „Begriffssystem der Alltagspsychologie“ bezeichnet, s. Kap. 13.3.1) zur vorläufigen Präzisierung.

Im bisherigen Verlauf der Arbeit waren die Perspektiven auf die Hauptfrage (s. Kap. 8.2) bzw. Bedeutungsaspekte (s. Kap. 13.3.2) in einer *zufälligen Reihenfolge* abgehandelt worden, wie bereits im Zusammenhang mit der Nummerierung der Kategoriensysteme bemerkt (s. Kap. 11.2.1). Bei der präzisen Bestimmung des Begriffs basiert jedoch die Festlegung bestimmter Aspekte logischerweise auf derjenigen anderer Aspekte. So setzt die Differenzierbarkeit von Unterbegriffen (Haltungstypen) anhand unterschiedlicher Merkmalprofile eine primäre Festlegung von *Merkmalsdimensionen* (z.B. Empathie) der Therapeutischen Haltung logisch voraus. Welche Merkmalsdimensionen allerdings das Konzept der Therapeutischen Haltung überhaupt wesentlich kennzeichnen, hängt möglicherweise wiederum von der vorigen *Bestimmung konstitutiver Teile* der Haltung ab, auf Basis welcher erst entschieden werden kann, welche Merkmalsdimensionen sinnvoll zugeschrieben werden können. Bestimmt man z.B. klientenbezogene Überzeugungen, Verhaltensbereitschaften und deren Relationen zueinander als konstitutive Teile der Haltung, so wäre die

Kennzeichnung selbiger Haltung anhand Farbe oder physischer Form absurd, wohingegen Empathie oder Akzeptanz als Merkmalsdimensionen sinnvoll erschienen.

Die im Rahmen des 4. Kapitels (Perspektiven auf Bedeutung) vermiedene Entscheidung darüber, welche Aspekte „wesentlicher“ oder „unwesentlicher“ für die Bedeutung eines Begriffs sind, muss daher an dieser Stelle pragmatisch getroffen werden, um eine schrittweise Begriffspräzisierung überhaupt zu ermöglichen. Wie schon bemerkt (s. Kap. 13.3.2), sind die funktionalen/kausalen Relationen ebenso wie Annahmen bezüglich der Erfassbarkeit eher sekundäre Aspekte der Bedeutungsfestlegung, auch wenn sie natürlich im Rahmen subjektiver Konzepte eine zentrale Rolle spielen (s. Kap. 13.2.3; s. auch Theorientsicht, Kap. 4.3.2). Wie oben angedeutet, scheint es sinnvoll die Bestimmung taxonomischer Relationen der Feststellung zentraler Merkmalsdimensionen nachzuordnen, welche sich wiederum aus der Bestimmung konstitutiver Teile und deren Relationen zueinander ergeben. Die bisherige konzeptuelle Trennung der Bedeutungsperspektiven, sowie deren Darstellungsreihenfolge werden also im Folgenden zugunsten der *schrittweisen Bedeutungsbestimmung* aufgegeben.

Die Bedeutungsanalyse berücksichtigend (s. Kap. 13.2) wird der Begriff der Therapeutischen Haltung im Folgenden vorläufig präzisiert. Dabei wird eine ersten Annäherung an eine Präzisierung des Begriffs versucht, indem *konstituierende Bestimmungstücke* benannt und erläutert werden (s. Kap. 13.3.3.2). In Abschnitt 13.3.3.3 werden diese dann soweit präzisiert, wie auf Basis der Bedeutungsanalyse möglich. Diejenigen Bedeutungsaspekte, die eher sekundär zur Bestimmung „wesentlicher“ Elemente der Begriffsbedeutung zu sehen sind (s.o.), werden erst nach der Einbettung des vorläufigen Begriffs in wissenschaftliche Systeme (s. Kap. 13.3.4) im Rahmen der abschließenden Explikation wieder aufgegriffen und ebenfalls bestimmt (s. Kap. 13.3.5).

13.3.3.2 Erste Annäherung

Folgender Tabelle 13.05 kann eine erste Annäherung an einen präzisen Begriff der Therapeutischen Haltung entnommen werden. Die einzelnen Bestimmungstücke werden im Text unter der Tabelle im Kontext der Bedeutungsanalyse sowie hinsichtlich aus der Bestimmung ableitbarer begrifflicher Konsequenzen erläutert (s.u.). Im Folgenden Abschnitt 13.3.3.3 werden die Bestimmungstücke dann teilweise weiter präzisiert.

Tab. 13.05. Erste Annäherung an einen präzisen Begriff

Die Therapeutische Haltung wird zunächst als ...

- das *Gesamt der therapiebezogenen kognitiven Strukturen* von Therapeuten, ...
- deren *Ausdruck in therapiebezogenen Situationen* ...
- sowie die *Art der zwischen den genannten Elementen bestehenden Relationen* bestimmt.

Gesamt der therapiebezogenen kognitiven Strukturen. In dieser ersten Annäherung wird u.a. die in der Bedeutungsanalyse rekonstruierte Annahme direkt aufgegriffen, dass *kognitive Strukturen als Teile* der Therapeutischen Haltung als Ganzem zu sehen seien (s.o., Tab. 13.01). Durch die Spezifizierung der kognitiven Strukturen als therapiebezogen wird zudem die Idee der *Gerichtetheit der Haltung auf Bezugspunkte* des Therapiekontextes berücksichtigt, auf Basis derer in Bedeutungsanalyse wie auch Literaturüberblick materialgeleitet Oberkategorien zur Ordnung der dimensional Merkmale gebildet wurden (s. Tab. 13.03). Indem bestimmt wird, dass *mehrere unterscheidbare kognitive Strukturen* („das Gesamt“) sowie die zwischen diesen bestehenden Relationen als für die Haltung konstitutiv gelten sollen, ergibt sich u.a. die Möglichkeit, von einer hierarchischen Organisation der Haltung auszugehen. Eine *hierarchische Struktur* anzunehmen scheint sinnvoll, um z.B. die im Kontext des systemischen Haltungstyps diskutierte Metaeigenschaft der Flexibilität (s. Tab. 13.03) zuschreiben zu können. Zugleich wird der Haltungsbegriff insofern präzisiert, als die Therapeutische Haltung als *komplexes aber singuläres Therapeutenmerkmal* bestimmt wird, womit die unklare Verwendung des Begriffs der „Grundhaltung“ sowie die Zuschreibung mehrerer Haltungen zu einer Person begrifflich ausgeschlossen werden, ohne die hinter diesen gebräuchlichen Unterscheidungen (s. Tab. 13.01) zu vermutenden konzeptuellen Annahmen zu übergehen.

Ausdruck in therapiebezogenen Situationen. Der Begriff wird weiter präzisiert, indem auch der *Ausdruck als Teil* bestimmt wird, womit der in vielen Interviews genutzten Charakterisierung der Haltung anhand abstrakter Verhaltensmuster, wie z.B. Direktivität, Verantwortungsübergabe oder Prozessgestaltung (s.o., Tab. 13.03) indirekt Rechnung getragen wird, auch wenn Verhalten nicht explizit im Sinne einer Teil-Ganzes-Relation rekonstruiert wurde (s. Tab. 13.01). Zudem wird die weitverbreitete Annahme aufgegriffen, dass insbesondere die Beobachtung des offenen Verhaltens von Therapeuten in Therapiesituationen Aufschluss über die Art der individuellen Therapeutischen Haltung geben könne (s. Tab. 13.04), ohne den Spielraum der Erfassbarkeit schon begrifflich darauf zu begrenzen. Mit der Spezifizierung der Ausdruckssituationen als *therapiebezogen* wird die in der Bedeutungsanalyse getroffene Annahme berücksichtigt, dass sich die Haltung insbesondere in Therapiesituationen zeigt, aber dafür auch andere situative Kontexte (z.B. Supervision, kollegiale Gespräche) denkbar sind (s. Tab. 13.04).

Art der zwischen den genannten Elementen bestehenden Relationen. Als dritter konstitutiver Teil der Haltung wird die Art der zwischen den genannten Elementen (kognitiven und verhaltensbezogenen) bestehenden *Relationen* bestimmt. Diese Festlegung wird ebenfalls in indirektem Zusammenhang mit Ergebnissen der Bedeutungsanalyse bzw. Hinweisen aus dem Literaturüberblick getroffen, in welchen z.B. Stabilität als Merkmal zur Charakterisierung der Haltung genutzt wurde (s.o., Tab. 13.03). Die Betonung des zwischen den Elementen bestehenden Beziehungsgefüges als für die Haltung konstitutiver Teil bietet einen Ansatzpunkt derartige *übergeordnete Eigenschaften* zu konzeptualisieren. Mit hier als untergeordnet bezeichneten Merkmalen wie Akzeptanz, Wertschätzung oder Individualität der Prozessgestaltung, lässt sich zwar die Haltung anhand der *Art der Bezugnahme auf Klient bzw. Therapieprozess* beschreiben. Indem aber die Relationen zwischen

kognitivem und Ausdrucksaspekt berücksichtigt werden, kann z.B. die *zeitliche bzw. situationsübergreifende Stabilität*, hinsichtlich derer sich untergeordnete Merkmale (wie etwa Akzeptanz) einschätzen lassen, als übergeordnetes Merkmal mit berücksichtigt werden. Zugleich ergibt sich die Möglichkeit auch die *logische Konsistenz* als übergeordnetes Merkmal der Therapeutischen Haltung zu konzeptualisieren (s. auch u., Kap. 13.3.3.3 und 13.3.5.1). Diese kann zwischen den eine individuelle Haltung kennzeichnenden Merkmalsausprägungen bestehen (z.B. Widerspruch zw. großem empathischem Interesse und geringer Bereitschaft zur Kooperation), oder auch zwischen kognitiven Strukturen und offenem Verhalten des Therapeuten (z.B. Überzeugung, dass Therapie Hilfe zur Selbsthilfe sein soll vs. mangelnde Verantwortungsübergabe an den Klienten im Therapieprozess).

13.3.3.3 Präzisierung der Bestimmungsstücke

Nach der ersten Annäherung sollen die dort aufgeführten Bestimmungsstücke weiter präzisiert werden. Insbesondere erscheinen die Elemente „therapiebezogene kognitive Strukturen“, „Ausdruck“ und „Relationen“ (s.o., Tab. 13.05) noch zu unscharf/unpräzise um von zukünftigem Nutzen in Forschung und Praxis zu sein sowie im Licht wissenschaftlicher Begriffssysteme diskutiert werden zu können (s. Kap. 13.3.4).

Therapiebezogene kognitive Strukturen. Dieses Bestimmungsstück ist insofern noch unpräzise als sowohl der Begriff „kognitive Struktur“ eine eher abstrakte Ordnungskategorie heterogener Konstrukte darstellt (s. auch Kap. 7.3), als auch „Therapiebezug“ noch zu vage scheint. Welche konkretere Art kognitiver Strukturen als adäquat im Kontext der Haltung anzunehmen ist, wird im Detail im Rahmen der Einbettung in wissenschaftliche Begriffssysteme bestimmt (s. Kap. 13.3.4). An dieser Stelle soll die vorläufige Kennzeichnung selbiger als *Annahmen bzw. Überzeugungen* genügen um deren Therapiebezug präziser bestimmen zu können. Folgende Tabelle 13.06 führt die Präzisierung des Bestimmungsstückes „therapiebezogen“ auf, welche im darunter folgenden Text erläutert wird.

Tab. 13.06. Präzisierung des Bestimmungsstückes „therapiebezogen“

<p>Unter therapiebezogenen kognitiven Strukturen, werden alle Annahmen bzw. Überzeugungen von Therapeuten ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • bezüglich des moralischen Wertes, der Fähigkeiten/Fertigkeiten, der psychosozialen Defizite und Potentiale von Klienten/Patienten, ... • bezüglich Variablen zwischenmenschlicher Beziehungen, die für Veränderung in psychosozialen Krisen relevant sind sowie denjenigen Ausprägungen, welche zu positiven Effekten führen, ... • sowie bezüglich derjenigen Merkmale der eigenen Person, welche die relevanten Variablen des Therapieprozesse beeinflussen (insb. in positiver Weise) verstanden.
--

Wie in obiger Tabelle 13.06 zu erkennen, werden drei wesentliche Bezugspunkte der Therapeutischen Haltung als Präzisierung bestimmt: Klient, Prozess/Beziehung und Therapeut. Damit wird zum einen die in der Bedeutungsanalyse materialgeleitet entwickelte *Ordnung der inhaltlichen Dimensionen* übernommen (s. Tab. 13.03, insb. Kap. 11.3.3). Diese Präzisierung scheint zudem geeignet, in Interviews wie auch im Literaturüberblick oft

genutzte heterogene und selbst *vage Konzepte zu vermeiden*, wie „persönliche Philosophie“ oder „Menschenbild“, die dort in verschiedenen semantischen Relationen zur Haltung rekonstruiert wurden (s. Kap. 6.3 und 12.2). Gleichzeitig dürfte aber ein großer Teil der mit diesen Begriffen verbundenen Bedeutung von der obigen Bestimmung abgedeckt sein. Insbesondere erlaubt die Festlegung dieser Bezugspunkte die *theoriegeleitete Bestimmung von Merkmalsdimensionen* (s.u., Kap. 13.3.5.2), welche die in Bedeutungsanalyse wie auch Literaturüberblick materialgeleitet rekonstruierten Dimensionen (s. Tab. 13.03) widerspruchsfrei und sinnvoll geordnet umfassen.

Ausdruck. Auch das Bestimmungsstück „Ausdruck“ ist genauer zu erläutern, da es sich dabei zwar um einen geläufigen Begriff handelt, der aber für eine wissenschaftliche Terminologie zu *vage* ist. In der ersten Annäherung an den Begriff, war der Ausdruck in therapiebezogenen Situationen an die therapiebezogenen kognitiven Strukturen gebunden worden („*deren* Ausdruck“; s. Tab. 13.05). Damit kann sich die präzise Bestimmung dessen, worin der Ausdruck besteht, eigentlich erst aus einer Präzisierung der Art der kognitiven Strukturen ergeben (s.u., Kap. 13.3.4). An dieser Stelle werden dennoch einige vorläufige Präzisierungen vorgenommen. U.a. wird eine Abstraktionsebene angenommen, welche nicht konkretes Verhalten, sondern *Verhaltensbereitschaften bzw. Dispositionen* beinhaltet. Zudem wird ein eher breites Verständnis von „Ausdruck“ im Hinblick auf die Modalitäten vorgeschlagen. Es wird angenommen, dass sich die kognitiven Strukturen (Annahmen, Überzeugungen; s.o.) in Bereitschaften ausdrücken, entsprechende *kognitive Reaktionen* (z.B. hypothesengeleitete Wahrnehmung, selektive Erinnerung), *physiologische Reaktionen* (z.B. Anspannung, Herzschlagrate) sowie *Handlungstendenzen* (z.B. Aktivität, Passivität) zu produzieren. Diese Dreiteilung der Ausdrucksmuster entspricht im Wesentlichen der Unterscheidung von Verhaltensebenen nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2012) oder den Multikomponentenmodellen in der Einstellungsforschung (s.o., Kap. 7.2.1.2; s. auch u., Kap. 13.3.4.1). Die Präzisierung geht an dieser Stelle bereits in den Bereich der Operationalisierung über, worauf unten genauer eingegangen wird (s. Kap. 13.4).

Relationen. Relationen sind nach Westermann (2000) „die wichtigsten wissenschaftlichen Begriffe“ (S. 125). Im Kontext der obigen Annäherung war bereits angesprochen worden, dass die Relationen zwischen den anderen Elementen (d.h. kognitive Strukturen und Ausdruck) selbst als konstitutive Teile der Therapeutischen Haltung verstanden werden (s. Kap. 13.3.3.2). Mengentheoretisch gesehen handelt es sich bei den Bestimmungsstücken „kognitive Strukturen“ und „Ausdruck“ um getrennte Mengen von Untermengen, die wiederum Elemente enthalten (vgl. Westermann, 2000). Relationen können zum einen zwischen den Elementen *innerhalb einer Menge*, aber auch zwischen den Elementen *unterschiedlicher Mengen* bestehen. Auf eine mengentheoretische Betrachtung des Begriffs wird in Abschnitt 13.3.5 noch einmal eingegangen. An dieser Stelle sollen die wichtigsten Relationen inhaltlich präzisiert werden, soweit vor der Einführung in die wissenschaftlichen Begriffssysteme möglich. Zwischen kognitiven Strukturen und Ausdrucksbereitschaften wird eine *Implikationsbeziehung* angenommen. Diese besteht darin, dass z.B. die Annahme, „Annäherungsziele der Klienten sind wichtige Ressourcen“ (kognitive Struktur), die Fokussierung der Wahrnehmung auf zielbezogene Äußerungen der Klienten (Ausdrucksbe-

reitschaft) nahelegt, wohingegen aus der Realisierung einer bestimmten Ausdrucksbereitschaft (z.B. interessiert nachfragen bei Andeutung eines Annäherungsziels) auf das Vorliegen der kognitiven Struktur (Annahme: Annäherungsziele sind wichtige Ressourcen) geschlossen werden kann. Innerhalb der Menge der kognitiven Strukturen bestehen ebenfalls *logische Beziehungen*, wie etwa die zwischen der Annahme „Autonomie der Klienten ist ein wichtiger Wert“ (klientenbezogen) und der Annahme „Transparenz ist ein wichtiges Merkmal eines veränderungsförderlichen Prozesses“ darstellt (prozessbezogen). Die zwischen beiden Annahmen herrschende Relation kann als *logisch konsistent* verstanden werden, was sich u.a. daran veranschaulichen lässt, dass beide gleichzeitig in einer therapeutischen Handlung widerspruchsfrei realisierbar sind: So lässt sich z.B. die ausführliche Erklärung des eigenen Therapierationalen (konkrete Handlung) sowohl mit der Annahme, dass Transparenz für den Therapieprozess wichtig sei verbinden, als auch mit der, dass die Autonomie des Klienten respektiert werden sollte. Auf die Relationen wird unten noch genauer eingegangen (s. Kap. 13.3.5), deren Relevanz vor dem Hintergrund der Bedeutungsanalyse wurde bereits oben bemerkt (s. Kap. 13.3.3.2).

Folgende Abbildung 13.01 veranschaulicht zusammenfassend die Bestimmungsstücke der vorläufigen Präzisierung des Begriffs der Therapeutischen Haltung:

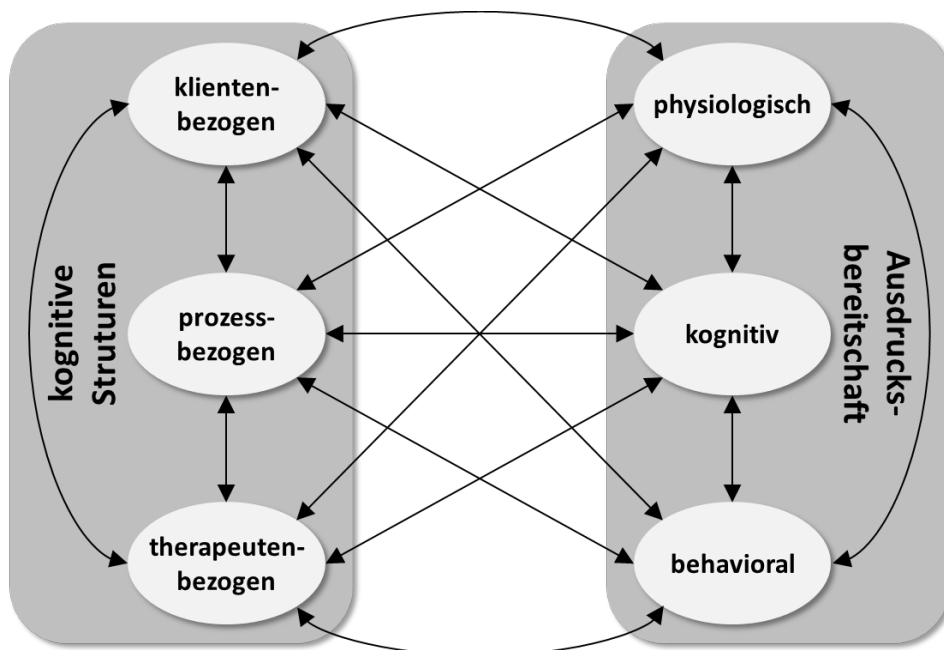


Abb. 13.01. Schematische Darstellung des vorläufig präzisierten Begriffs;

13.3.4 Einbettung in ausgewählte Begriffssysteme

Die in den vorigen Abschnitten entwickelte vorläufige Präzisierung soll in den folgenden Abschnitten in ausgewählte Begriffssysteme der Grundlagen- sowie Psychotherapiefor-

schung eingeführt werden, welche in den Kapiteln 5 und 7 behandelt wurden. Dies erfolgt indem der vorläufige Begriff im Licht der jeweiligen Theorie bzw. Begrifflichkeit vergleichend diskutiert wird, um auf dieser Basis Anregungen für eine weitere Präzisierung zu gewinnen. Es handelt sich also nicht um eine vollständige Einführung in ein Begriffssystem im strengen Sinne, sondern eher um eine *Anbindung an bestehende Begrifflichkeiten und Theorieansätze*. Ein derart abgeschwächtes Vorgehen ist im Rahmen der Geistes- und Sozialwissenschaften durchaus üblich, da deren Begriffssysteme häufig nicht den Status wissenschaftlicher Theorien im strengen Sinn haben (vgl. Pawłowski, 1980; Westermann, 2000). Im Folgenden wird der vorläufig präzisierter Begriff im Kontext potentiell nahestehender Konstrukte der Grundlagenforschung (s. Kap. 13.3.4.1) sowie ausgewählter Theorien der Therapeutenvariablen diskutiert (s. Kap. 13.3.4.2).

13.3.4.1 Potentiell nahestehende Konstrukte

In Kapitel 7 waren drei Konstrukte als dem der Therapeutischen Haltung potentiell nahestehend bezeichnet und überblicksartig vorgestellt worden. In Abschnitt 7.2 wurden zunächst *Einstellungen* und *Werthaltungen* als Bewertungsdispositionen (vgl. Asendorpf, 2007) thematisiert und voneinander abgegrenzt. Als kognitive Struktur (vgl. Hilbert, Röhrle & Ehring, 2008) wurde das Konzept des *Plans* sowie die damit zusammenhängende *Planstruktur* behandelt (s. Kap. 7.3). Zu allen dreien soll der vorläufige Begriff der Therapeutischen Haltung (s. Kap. 13.3.3) im Folgenden in Beziehung gesetzt werden.

Einstellungen. Als wesentliche Bestimmungsstücke diverser Definitionen des Konstrukts der Einstellung wurden *Bewertungen*, die *Bezogenheit* auf Objekte sowie die *Integration affektiver und kognitiver Reaktionen* benannt (s. Kap. 7.2.1.1). Als ergänzendes Bestimmungsstück lässt sich den sog. Komponentenmodellen auch eine *verhaltensmäßige Reaktion* entnehmen (s. Kap. 7.2.1.2). Ferner werden die Konzepte des *kognitiven Schemas* bzw. der *Wissensrepräsentation* als Oberbegriffe der Einstellung verwendet (s. Kap. 7.2.1.2). Berücksichtigt man zudem die teilweise angenommene *relative Stabilität* des Konstrukts (die allerdings nicht unumstritten ist), lässt sich insbesondere die Bewertungskomponente in die Nähe des Konzepts einer kognitiven Struktur rücken bzw. die Einstellung als Ganze als Struktur des Langzeitgedächtnisses verstehen (s. Kap. 7.2.1.3). Damit deutet sich eine große *Ähnlichkeit zur vorläufigen Präzisierung* der Therapeutischen Haltung an (s. Kap. 13.3.3, insb. Tab. 13.05 und Abb. 13.01), da beide Konzepte objektbezogene kognitive Strukturen und multimodale Ausdrucks- bzw. Reaktionskomponenten als Bestimmungsstücke beinhalten. Die oben genannte Integration von Reaktionskomponenten lässt sich zudem als Muster von *Relationen* zwischen kognitiven Struktur- und Reaktionskomponenten rekonstruieren, womit eine weitere Gemeinsamkeit zum vorläufigen Begriff der Haltung bestünde. Im Sinne des vorläufigen Begriffs (s. Abb. 13.01) ließen sich Einstellungen als spezifische, nämlich *evaluative* kognitive Strukturen, welche darauf bezogene Ausdruckskomponenten *integrieren* (s.o.) verstehen, und damit möglicherweise als konstitutive Teile der Therapeutischen Haltung. Die Therapeutische Haltung könnte dann als „Gesamt der therapiebezogenen Einstellungen“ reformuliert werden, was möglicherweise dem Verständnis vieler Befragter (s. Tab. 13.01) und Autoren entspricht (s. Kap. 6.3.2.2,

6.3.3.2 und 6.3.4). Dennoch stellt die Spezifizierung der „kognitiven Strukturen“ im vorläufigen Begriff der Haltung als „Einstellungen“ eine eventuell zu große Einschränkung auf den evaluativen Aspekt dar. Möglicherweise würden dadurch andere kognitive Strukturen schon begrifflich ausgeschlossen, wie etwa *Überzeugungen über Sachverhalte* (vgl. Baumann, 2006) bzw. semantische Wissensbestände, welche Interpretationen individueller Situationen erlauben, die erst in deren Folge Gegenstand von Evaluationen werden können (vgl. Power & Dalgleish, 2008). Daher sollen bei der abschließenden Explikation Einstellungen als zentrale, zunächst aber nur potentiell einzige Form kognitiver Strukturen im Haltungskonzept diskutiert werden (s. Kap. 13.3.5). Grundsätzlich bietet das Einstellungskonzept noch weitere Anregungen für die Präzisierung, u.a. indem *Einstellungstärke* und *Zugänglichkeit* als die Stabilität und Verhaltenswirksamkeit moderierende Dimensionen diskutiert werden (s. Kap. 7.2.1.2- 7.2.1.4), was möglicherweise auch im Hinblick auf die Therapeutische Haltung relevant sein könnte.

Werthaltungen. Wesentliches Bestimmungsstück des Begriffs der Werthaltung ist dessen Kennzeichnung als erworbene *Disposition zu konkreten Wertungen* (s. Kap. 7.2.2.1). Unter *Wertungen* werden individuellen Realisierungen bestimmter Werte verstanden (s. Kap. 7.2.2.1), unter *Werten* wiederum Repräsentationen abstrakter bzw. situationsübergreifender Ziele (s. Kap. 7.2.2.2). Als Oberbegriffe werden u.a. die Konzepte der *kognitiven Repräsentation* und der *Grundannahme* genutzt (s. Kap. 7.2.2.1 und 7.2.2.2). Werthaltungen werden als spezifische *Persönlichkeitseigenschaften* konzipiert, die sich *bewusst* selbst zugeschrieben und auf Basis ihrer identitätsstiftenden Funktion *als verpflichtend erlebt* werden, (s. Kap. 7.2.2.1), mit einer gewissen *Stabilität und situationsübergreifende Konsistenz* „erben“ Werthaltungen zudem die wesentlichen Eigenschaften dieses Oberbegriffs (s. Kap. 7.2.2.3). Sie sind weiterhin gekennzeichnet durch eine *starke emotionale Komponente* (Ausprägung in Relation zur Bedeutung für das Selbstkonzept) und gegenseitige *hierarchische Organisation* (s. Kap. 7.2.2.2). Werthaltungen liefern die individuellen *Bewertungsmaßstäbe* für Einstellungen, werden von diesen aber auch teils nur auf Basis der höheren Abstraktheit abgegrenzt (s. Kap. 7.2.2.2). Trotz des Kopfes „Haltung“ des Determinativkompositums „Werthaltung“, scheint diese Bewertungsdisposition dem vorläufigen Begriff der Therapeutischen Haltung weniger nahe zu stehen, als das Konzept der Einstellung (s.o.). Insbesondere wird bei der Bestimmung des Konstrukts lediglich die kognitive Komponente (Bewertung) betont, wohingegen *Ausdruckskomponenten nicht als konstitutive Teile* benannt werden. Zudem sind die Bezugspunkte von Werthaltungen *ausschließlich abstrakt* („Ziele oder Handlungsdispositionen“, Asendorpf, 2007, S. 249), wohingegen hinsichtlich derjenigen des vorläufigen Begriffs Freiraum für unterschiedliche Abstraktionsgrade belassen wurde (s. Tab. 13.06). Eine Gemeinsamkeit besteht aber u.a. in der Kennzeichnung als Disposition und damit einer *relativen Stabilität* bzw. situationsübergreifender Konsistenz. Die Annahme, dass Werthaltungen gegenseitig *hierarchisch strukturiert* sind, kommt zudem der Charakterisierung des Verhältnisses der kognitiven Strukturen in der vorläufigen Präzisierung entgegen (s. Kap. 13.3.3.2). Im Gegensatz zum Konstrukt der Einstellung liegt mit Schwartz Theorie der Wertorientierungen (vgl. Schwartz et al., 2012) zudem ein Vorschlag einer *inhaltlichen Strukturierung* vor, welche mögliche Werthaltungen anhand der orthogonalen Dimensionen Selbst-Verbesserung vs. Selbsttranszendenz

und Konservativismus vs. Offenheit für Veränderung voneinander unterscheidet (vgl. Kanning, 2011; Schwartz, 2012; s. Kap. 7.2.2.4, Abb. 7.01). Neben dieser Strukturierungs-idee könnte auch die oben genannte Annahme einer *identitätsstiftenden Funktion* der Werthaltungen bei der abschließenden Explikation berücksichtigt werden.

Pläne und Planstrukturen. Pläne werden im Wesentlichen als Einheiten aus *Ziel- und Handlungskomponente* bzw. als *relationale Konstrukte*, die zwischen konkretem Verhalten und Grundbedürfnissen vermitteln konzipiert (s. Kap. 7.3.2 und 7.3.3). Sie bilden auf Basis unterschiedlicher Abstraktheit der Zweck-Mittel-Relation *hierarchische Planstrukturen*, die als „das Gesamt des hypothetischen instrumentellen Funktionierens eines Menschen“ (Caspar, 2007, S. 49) verstanden werden können (s. Kap. 7.3.2). Pläne werden als Handlungskomponente in *Schemata* eingebettet, welche daneben noch kognitive und emotionale Komponenten beinhalten (s. Kap. 7.3.3) und „erben“ als Teile dieser übergeordneten kognitiven Strukturen deren *relative Stabilität* als Merkmal (s. Kap. 7.3.4). Weitere Merkmale von Plänen sind deren *Bewusstseitsgrad*, der mit steigender Abstraktion abnimmt (s. Kap. 7.3.2 und 7.3.5), sowie deren funktionaler Bezug, d.h. deren *Gerichtetheit* auf bedürfnisdienliche Beeinflussungen der sozialen Umwelt (interaktionelle Pläne) vs. der Herstellung bestimmter Wahrnehmungen (intrapsychisch) (s. Kap. 7.3.4). Ein wichtiges Merkmal von Planstrukturen ist schließlich deren *Mehrfachbestimmtheit* (s. Kap. 7.3.3). Im Vergleich mit dem vorläufigen Begriff scheinen Pläne konzeptuell am ehesten den *Relationen* zu ähneln, die zwischen den als „kognitive Strukturen“ bezeichneten Elementen und der verhaltensbezogenen Ausdrucksbereitschaft bestehen (s. Abb. 13.01). Gemeinsamkeiten der Konzepte zeigen sich hinsichtlich der angenommenen *Stabilität* und der *Gerichtetheit* (s. Kap. 13.3.3.2). Im Kontext der Präzisierung des Bestimmungsstückes „Relationen“ (s. Kap. 13.3.3.3) wurde gezeigt, wie sich die logische Konsistenz zwischen kognitiven Strukturen aus der gleichzeitigen Vereinbarkeit in einer Handlung erschließen lässt, was Parallelen zum Merkmal der *Mehrfachbestimmtheit* erkennen lässt. Zudem wird die in der bisherigen Präzisierung noch nicht berücksichtigte *Bewusstheit* als Merkmal aufgegriffen – das auch im Rahmen der Bedeutungsanalyse identifiziert wurde (s. Tab. 13.03) – und mit dem *Abstraktionsgrad der hierarchisch organisierten Planstruktur* in Verbindung gebracht. Diese Konzeption sollte auch bei der abschließenden Explikation diskutiert werden, ebenso wie die Relation zum *Konzept des Schemas*, da dieses eventuell Präzisierung des Bestimmungsstückes „kognitive Strukturen“ dienen kann (s.u., Kap. 13.3.5).

Zusammenfassend teilen vorläufiger Begriff und die drei behandelten Konstrukte viele Bedeutungsaspekte, insbesondere die relative zeitliche Stabilität bzw. situationsübergreifende Konsistenz, die Annahme einer hierarchischen Organisation sowie die Gerichtetheit auf Bezugspunkte. Eine Berücksichtigung der oben berichteten ergänzenden *Hinweisen und Anregungen* bei der weiteren Präzisierung des Begriffs der Therapeutischen Haltung scheint daher gerechtfertigt. Folgende Tabelle 13.07 fasst diese zusammen:

Tab. 13.07. Anregungen zur Präzisierung aus dem Vergleich mit nahestehenden Konstrukten;

- *Einstellungen* und *Werthaltungen* als potentielle Spezifizierung der therapiebezogenen „kognitiven Strukturen“
- Weitere Differenzierung der „kognitiven Strukturen“ in *evaluative* und *propositionale* Strukturen (s. Einstellungen)
- Das Konstrukt der *Einstellungsstärke* als Anregung für potentielle Merkmale der bisher noch wenig präzise bestimmten „Relationen“ (s. Einstellungen)
- *Zugänglichkeit* (s. Einstellungen) bzw. *Bewusstheit* (s. Werthaltungen und Plan/Planstruktur) als formale Merkmalsdimensionen
- Idee der *dimensionalen Strukturierung* von Haltungstypen/Unterbegriffen (s. Werthaltungen)
- Exploration einer *identitätsstiftenden Funktion* (s. Werthaltungen)
- *Mehrfachbestimmtheit* als mögliches Merkmal der Relationen zwischen konkreten therapeutischen Handlungen und in diesen realisierten „kognitiven Strukturen“ (s. Plan/Planstruktur)
- Zusammenhang des Merkmals *Bewusstheit* mit dem *Abstraktionsgrad* (s. Plan/Planstruktur)
- Idee der Hierarchisierung auf Basis der Dimension Verhaltensnähe bzw. der Zweck-Mittel-Relation (s. Plan/Planstruktur)
- Relation zum *Konzept des Schemas* (s. Plan/Planstruktur)

13.3.4.2 Theorien der Therapeutenvariablen

Während der vorläufige Begriff in Abschnitt 13.3.4.1 mit spezifischen etablierten Konstrukten verglichen bzw. von diesen abgegrenzt wurde, soll in diesem Abschnitt eine Einbettung der Therapeutischen Haltung in umfassendere Begriffssysteme stattfinden. Dazu wurden in Kapitel 5 ein bekanntes Organisationsschema der Prozess-Ergebnis-Forschung (das Allgemeine Modell der Psychotherapie; s. Kap. 5.2.2) sowie eine umfassende Taxonomie der Therapeutenvariablen (s. Kap. 5.3.2) vorgestellt.

Allgemeines Modell der Psychotherapie. Im Allgemeinen Modell wird der Therapieprozess (Handlungssystem) in übergeordnete Systeme (Input und Output) eingebettet (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; s. Kap. 5.2.2.1). Therapeutenvariablen sind dabei in allen Systemen relevant, insbesondere im Rahmen der Aspekte des Therapieprozesses (s. Kap. 5.2.2.2, s. auch Abb. 5.01). Über vier der sechs Prozessaspekte hinweg wird eine breite Palette psychologischer Konzepte unterschiedlicher Abstraktionsgrade als Therapeutenmerkmale im Sinne unabhängiger Variablen im Therapiegeschehen berücksichtigt. Dazu zählen *Bewertungsdispositionen* (positive Wertschätzung des Klienten), *motivationale Bereitschaften* (z.B. Kooperationsbereitschaft, persönliches Engagement), *verhaltens- und kognitionsbezogene Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten* (z.B. therapeutische Kompetenz, Entwicklung eines theoriebezogenen Problemverständnisses) oder *Mischformen* (z.B. Verfahrenstreue als Mischform aus Fähigkeit und motivationaler Bereitschaft) (s. Kap. 5.2.2.2). Diese Variablen vermitteln u.a. den indirekten Einfluss eher stabiler, situationsübergreifender Therapeutenmerkmale, die als „inputs“ (ebd., S. 317) konzeptualisiert werden, wie *Persönlichkeit* oder auch *professionelle Expertise* (s. Abb. 5.01). Das vorläufig präzisiertere Konzept der Therapeutischen Haltung (s. 13.3.3) dürfte sich aufgrund seines weiten Bezugsfeldes („therapiebezogene kognitive Strukturen“, „Ausdruck in therapiebezogenen Situationen“, s. Tab. 13.05) in allen relevanten Prozessaspekten des Modells ab-

bilden. Insbesondere über die im Haltungskonzept per definitionem beinhalteten *Relationen* zwischen den Elementen bzw. anderen Bestimmungsstücken wird aber eine Vielzahl von begrifflichen und funktionalen Zusammenhängen als bedeutsam erachtet, die im Allgemeinen Modell nicht berücksichtigt werden (s. Kap. 13.3.3.2 und 13.3.3.3). Hinsichtlich potentieller Bestimmungsstücke des Haltungskonzeptes bietet das Allgemeine Modell allerdings auch einige Anregungen, wie die, sowohl *verhaltensbezogene als auch kognitive Kompetenzen* in der abschließenden Explikation zu berücksichtigen. Zudem wird die Frage nach dem Verhältnis zwischen Therapeutischer Haltung und den „individual (...) contexts“ (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004, S. 321) zugerechneten *allgemeinen Persönlichkeitsmerkmalen* aufgeworfen, d.h. nach der Zugehörigkeit der Haltung zu einem „Ganzen“ (i.S. der mereologischen Relationen, s. Kap. 4.2.2) oder der funktionalen/kausalen Abhängigkeit von übergeordneten Personmerkmalen.

Taxonomie der Therapeutenvariablen. Während das Allgemeine Modell (s.o.) Therapeutenmerkmale ohne spezielle Beachtung der zwischen diesen bestehenden begrifflichen und funktionalen Zusammenhänge in den funktionalen Kontext des Therapiegeschehens einbettet, schlagen Beutler und Kollegen (2004) ein *Ordnungssystem* der Therapeutenvariablen vor (s. Kap. 5.3.2). Dem Oberbegriff *Therapeutenvariable*, werden in deren Taxonomie vier Unterbegriffe zugeordnet, welche die zentralen, in der Psychotherapieforschung untersuchten Therapeutenvariablen teils in weiteren taxonomischen Zusammenhängen erfassen sollen (s. Kap. 5.3.2.1). Die vier Unterbegriffe ergeben sich auf Basis der beiden differenzierenden dichotomisierten Merkmalsdimensionen *beobachtbar* (observable) vs. *erschlossen* (inferred) und *therapiespezifisch* (states) vs. *situationsübergreifend* (traits) (s. Kap. 5.3.2.1). Am deutlichsten finden sich die vorläufigen Haltungselemente der therapieprozess- sowie therapeutenbezogenen kognitiven Strukturen (s. Tab. 13.06) im erschlossenen therapiespezifischen Zustand *theoretische Orientierung* wieder („Theoretical Orientation“, Beutler et al., 2004, S. 288). Je nach Breite des Begriffs der theoretischen Orientierung, ließe sich dieser mit dem Bestimmungsstück „Gesamt der therapiebezogenen kognitiven Strukturen“ incl. der „Art der zwischen [den kognitiven Strukturen] bestehenden Relationen“ (s. Tab. 13.05) gleichsetzen, was im Kontext der abschließenden Explikation zu diskutieren ist (s. Kap. 13.3.5). Allerdings ließen sich klientenbezogene kognitive Strukturen möglicherweise eher in einem Übergangsbereich zwischen theoretischer Orientierung und den erschlossenen Persönlichkeitsmerkmalen *Werte, Einstellungen und Grundannahmen* („Values, Attitudes, and Beliefs“, Beutler et al., 2004, S. 277) verorten. Das Bestimmungsstück des „Ausdrucks in therapiebezogenen Situationen“ (s. Tab. 13.05) findet sich v.a. in den beobachtbaren therapiespezifischen Zuständen *interpersoneller Therapiestil* („Interpersonal Psychotherapy Style“, Beutler et al., 2004, S. 240) und *Interventionsklassen* („Classes of Intervention“, ebd., S. 248) wieder. Da es sich bei der Zusammenstellung von Therapeutenvariablen durch Beutler und Kollegen (ebd.) um eine reine Taxonomie und keine Theorie im eigentlichen Sinn handelt, wird über Relationen zwischen den thematisierten „states“ und „traits“ wenig ausgesagt. Wie schon im Kontext des Allgemeinen Modells (s.o.) wird auch im Rahmen der Taxonomie durch die Berücksichtigung verschiedener *Kompetenzen* (s. Kap. 5.3.2.3) die Frage nach deren Konzeptualisierung in Relation zur Therapeutischen Haltung aufgeworfen.

Zusammenfassend lässt sich der vorläufige Begriff vergleichsweise unproblematisch in den übergeordneten Begriffssystemen verorten, jedoch vernachlässigen beide die begrifflichen und funktionalen Relationen zwischen den einzelnen Therapeutenvariablen. Eine Berücksichtigung einiger oben ergänzter Anregungen scheint allerdings bei der weiteren Präzisierung des Begriffs der Therapeutischen Haltung sinnvoll. Folgende Tabelle 13.08 fasst diese zusammen:

Tab. 13.08. Anregungen zur Präzisierung aus Theorien der Therapeutenvariablen;

- Konzeptualisierung der begrifflichen und/oder funktionalen Relation der Haltung zu *kognitiven und/oder verhaltensbezogenen Kompetenzen/Skills* (s. Allgemeines Modell, Taxonomie)
- Konzeptualisierung der begrifflichen und/oder funktionalen Relation zu *übergeordneten/therapieunspezifischen Personmerkmalen* (s. Allgemeines Modell)
- Konzeptualisierung der begrifflichen und/oder funktionalen Relationen insb. klientenbezogener „kognitiver Strukturen“ zu *übergeordneten/therapieunspezifischen Werten, Einstellungen, Grundannahmen* (s. Taxonomie)
- *theoretische Orientierung* als Spezifizierung des „Gesamt therapiebezogener kognitiver Strukturen“ (s. Taxonomie)

13.3.5 Abschließende Explikation

13.3.5.1 Vorstellung und Erläuterung des Explikats

Der in Abschnitt 13.3.3 vorläufig präzierte Begriff soll im aktuellen Abschnitt abschließend bestimmt werden, wobei im Vergleich zur ersten Annäherung (s. Tab. 13.05) einige Veränderungen vorgenommen wurden, auch unter Berücksichtigung einiger Anregungen aus der Einbettung in ausgewählte Begriffssysteme (s. Kap. 13.3.4). Das sich daraus ergebende Explikat wird in folgender Tabelle 13.09 vorgestellt und anschließend erläutert (s.u.). In Abschnitt 13.3.5.2 werden dann die Konsequenzen der Festlegung für die nachgeordneten Bedeutungsaspekte (s.o., Kap. 13.3.3.1) sowie noch offene, im Kontext der begrifflichen Einbettung aufgeworfene Fragen (s.o., Tab. 13.07 und 13.08) diskutiert.

Tab. 13.09. Abschließende Explikation der Therapeutischen Haltung;

Die „Therapeutischer Haltung“ wird abschließend bestimmt als ...

- die *Art und Weise der Realisierung*...
- *therapiebezogener Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen* (sowie deren *Art und Strukturierungsweise*) von Therapeuten ...
- in *therapiebezogenen Situationen*.

Realisierung als wesentlich. Eine erste Veränderung im Vergleich zum vorläufigen Begriff (s. Tab. 13.05) besteht in der Umstellung der Reihenfolge der die kognitive Struktur des Therapeuten und das situationsbezogene Verhalten betreffenden Bestimmungsstücke (s. Tab. 13.09). Dadurch soll betont werden, dass die Therapeutische Haltung als Thera-

peutenmerkmal verstanden werden kann, das im Wesentlichen durch den Verweis auf *Regelmäßigkeiten im beobachtbaren Verhalten*, wie z.B. Empathie, Kooperation, Wertschätzung, Ressourcenorientierung, etc. (s. insb. Tab. 13.03) zugeschrieben und individuell charakterisiert wird. „Ausdruck“, „Verkörperung“, „Abbildung“, „Gegenübertreten“ oder „Sich-Zeigen“ stehen als alltagssprachliche Konzepte im Fokus des Begriffsverständnisses. Die sich darin realisierenden, nur indirekt erschließbaren *Persönlichkeitsmerkmale*, wie individuelle Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen, werden zwar als ebenfalls wichtiger konstitutiver Teil der Haltung verstanden (s. Tab. 13.09; s.u.), sind aber letztendlich nur mittelbar im Therapieprozess wirksam und damit von nachgeordneter Relevanz. In diesem Sinn lassen sich auch die Ergebnisse der Bedeutungsanalyse verstehen, im Rahmen derer die meisten Codierungen im Bereich der funktionalen Relationen der Haltung rekonstruierbar waren und sich darauf basierend die breiteste Differenzierung ergab (s. Kap. 12.3, s. auch Tab. 13.02). Zudem wurde der terminologisch vorbelastete und vage Begriff des „Ausdrucks“ durch das neutrale und in der kognitiven Psychologie übliche Konstrukt der *Realisierung* ersetzt, das auch vom Umfang her breiter zu sein scheint, da es sowohl den Vorgang der Äußerung, als auch das nach diesem vom Akteur unabhängig weiterbestehende Ergebnis umfasst. Damit lassen sich bisher nicht berücksichtigte Anregungen aus der Bedeutungsanalyse besser aufgreifen, wie z.B. auch Settingaspekte (z.B. die innenarchitektonische Gestaltung des Therapieraums/der Praxis) als günstige Indikatoren der Therapeutischen Haltung zu nutzen (s. Tab. 13.04).

Art und Weise der Realisierung. Indem dieses Bestimmungsstück schließlich als „Art und Weise“ der Realisierung (s.o., Tab. 13.09) bezeichnet wird, soll zudem der Fokus auf *Realisierungsmodalitäten* („Art“) sowie *relationale Merkmale zwischen konkreten Realisierungen* („Weise“) gelegt werden, welche schon im Rahmen der ersten Annäherung beschrieben wurden (s. Kap. 13.3.3.2 und 13.3.3.3). Realisierungsmodalitäten sind dabei u.a. gesprochene Äußerungen, motorisches Verhalten, physiologische Reaktionen aber auch deren überdauernde Ergebnisse (s.o., Setting). Die zwischen diesen potentiell bestehende Relation der Konsistenz kommt dabei der klientenzentrierten Bedingung der *Echtheit* nahe (vgl. Rogers, 1982; Lutz et al., 2010). Eine weitere Form der Konsistenzrelation kann als situationsübergreifenden *Stabilität* von Realisierungen bezeichnet werden, wobei an dieser Stelle der Rückbezug zu kognitiven bzw. nichtbeobachtbaren Konstrukten wie Einstellungen oder Werthaltungen (s.u.) notwendig wird. Eine Realisierung kann schließlich nur dann als zeitlich stabil beurteilt werden, wenn die individuellen, konkreten Verhaltensweisen als gleichsinnig im Hinblick auf bestimmte Überzeugungen, Einstellungen oder Werthaltungen kategorisierbar sind. Im Rahmen der Einbettung der vorläufigen Präzisierung in Theorien der Therapeutenvariablen (s. Kap. 13.3.4.2), wurde angeregt, das Verhältnis der Konzepte Haltung und *therapeutische Kompetenzen/Skills* zu klären (s. Tab. 13.08), was im Hinblick auf das Bestimmungsstück der Realisierung möglich ist. Ob die Realisierung der eher kognitiven Hintergründe nämlich gelingt, insbesondere im Sinne zeitlicher Stabilität, ist u.a. davon abhängig, ob der Therapeut in der Lage ist, situationsangepasstes Verhalten zu zeigen (Kompetenz). So wird die für eine individuelle Haltung konstitutive Überzeugung „Ressourcenaktivierung ist wichtig für effektive Veränderung“ nur dann realisiert werden können, wenn der Therapeut über die entsprechenden kognitiven

Fähigkeiten und methodischen Kompetenzen verfügt, also z.B. eine für Ressourcen geschärfte Wahrnehmung sowie ein Repertoire an ressourcenaktivierenden Fragen (vgl. Flückiger & Wüsten, 2008). In diesem Zusammenhang kann auch die im Kontext der Diskussion der Bedeutungsanalyse als potentielle Eigenschaft der Haltung vorgeschlagene *Flexibilität* verortet werden (s. Tab. 13.03), die eher eine realisierungsbezogene Kompetenz darstellt, Verhalten z.B. werthaltungskonform der Situation, Therapiephase und den Klientenmerkmalen anzupassen. Der auf den ursprünglichen Zusammengang von kognitiven Strukturen und Ausdruck bezogene Aspekt der „Art der zwischen den Elementen bestehenden Relationen“ (s. Tab. 13.05 sowie Kap. 13.3.3.3) geht in diese Präzisierung mit ein. Die in der Annäherung noch extra aufgeführten „Relationen“ werden damit als eigenes Bestimmungstück überflüssig, da deren beide bisherigen Aspekte (s. Kap. 13.3.3.3) nun in „Weise der Realisierung“ (s.o.) und „Strukturierungsweise“ (s.u.) aufgehen.

Therapiebezogen. Die vorläufige Präzisierung des Therapiebezugs (s. Tab. 13.06) soll nur geringfügig erweitert werden. Im Sinne eines präziseren begrifflichen Bezugs der Therapeutischen Haltung zur *theoretischen Orientierung* (s. Tab. 13.08), scheint es sinnvoll auch Veränderungsprozesse zu berücksichtigen, wie z.B. emotional korrektive Erfahrung (vgl. Goldfried & Davila, 2005) sowie Methoden zu deren Anregung (d.h. z.B. spezifische therapeutische Techniken). Damit wären also auch Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen (s.u.) *bezüglich Veränderungsprozessen und diese anregender Prozeduren/Methoden* mit in die Präzisierung des Therapieprozesses als Bezugspunkt aufzunehmen.

Überzeugungen, Einstellungen, Werthaltungen. Das ursprüngliche Bestimmungstück „kognitive Strukturen“ wurde durch deren Eingrenzung auf *Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen* präzisiert, womit einige zentrale Anregung aus dem Vergleich mit nahestehenden Konstrukten aufgegriffen wurden (s. Tab. 13.07). Um den Begriff dennoch möglichst offen für weitere Veränderungen und die Bewährung im Lauf des wissenschaftlichen Gebrauchs zu halten (vgl. Pawłowski, 1980; Schnell, Hill & Esser, 2011), wurde er nicht ausschließlich auf Bewertungsdispositionen eingeschränkt. Durch die Präzisierung lässt sich u.a. die mehrfach genannte *Bewusstheit* (s. Tab. 13.03 und 13.07) als dimensionales Merkmal berücksichtigen und unkompliziert konzeptualisieren, da sowohl Einstellungen als auch Werthaltungen in impliziter wie expliziter Form angenommen werden (s. Kap. 7.2). In diesem Sinn ist Bewusstheit zunächst kein Merkmal der Haltung als Ganzer, sondern kommt eher ihren konstitutiven Teilen zu. Während einem Therapeuten eine klientenbezogene Werthaltung, wie z.B. „Respekt vor eigensinnigen Lösungswegen“, durchaus bewusst sein kann, mag er sich gleichzeitig einer anderen klientenbezogenen Einstellung, wie z.B. „Antipathie gegenüber sozial angepassten Klienten“, wenig bis gar nicht bewusst sein, obwohl er dieser entsprechende Verhaltensregelmäßigkeiten zeigt. In Klammern wird u.a. auch die „Art“ der therapiebezogenen Kognitionen als konstitutiv bemerkt (s. Tab. 13.09), da sich in individuellen Therapeutischen Haltungen unterschiedliche therapiebezogene Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen realisieren können. Für das Konzept der Haltung wird also nicht nur als konstitutiv angesehen, *wie* sich therapiebezogene Kognitionen realisieren (s.o. z.B. konsistent, stabil), sondern auch *welche* therapiebezogenen Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen mit einfließen.

Strukturierungsweise. Das bisherige „Gesamt“ therapiebezogener kognitiver Strukturen (jetzt: Überzeugungen, Einstellungen, Werthaltungen) wurde in der Klammer außerdem präzisiert als deren „Strukturierungsweise“ (s. Tab. 13.09 vs. Tab. 13.05). Mit dem Konzept der *Strukturierung* wird zum einen ausgesagt, dass die betroffenen Elemente einer umfassenden Menge angehören und zum anderen diese Menge durch bestimmte Beziehungen zwischen ihren Elementen gekennzeichnet ist. Mit dieser Ersetzung wird also zugleich der auf die (ursprünglichen) kognitiven Strukturen bezogene Aspekt des bisherigen Bestimmungstücks „Art der zwischen den Elementen bestehenden Relationen“ (s. Kap. 13.3.3.3) mitberücksichtigt. Für die genaue Bestimmung der „Weise“ der Strukturierung bietet sich u.a. ein Rückgriff auf die Theorie der kognitiven Dissonanz an, nach welcher „Kognitionen entweder konsonant (miteinander vereinbar) oder dissonant (miteinander unvereinbar) sein [können]“ (Peus, Frey & Braun, 2011, S. 76). *Vereinbarkeit* bzw. Konsonanz/Dissonanz zwischen den Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen ließe sich damit als ein zentrales Merkmal der die Strukturierung ergebenden Relationen bestimmen. Zudem wird dadurch eine Präzisierung der in 13.3.3.2 als potentielle Eigenschaft beschriebenen logischen Konsistenz vorgenommen. Der in der Annäherung entwickelte Vorschlag, eine *hierarchische* Strukturierung anzunehmen (s. Kap. 13.3.3.2), kann an dieser Stelle ebenfalls präzisiert werden. Entsprechend des gewählten Abstraktionsgrades der Bezugspunkte (s. Tab. 13.06) bilden Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen Hierarchien auf Basis logischer Implikation. Eine übergeordnete prozessbezogene Überzeugung, wie z.B. „verteilte Expertise ist wichtig für eine veränderungsförderliche Beziehung“, impliziert eine untergeordnete prozessbezogene Überzeugung, wie z.B. „Klienten sollten die Therapieziele bestimmen“. Dabei verdeutlicht dieses Beispiel gleichzeitig, dass das im Vergleich mit Plan und Planstruktur als möglicherweise relevant bezeichnete Merkmal der *Mehrfachbestimmtheit* (s. Kap. 13.3.4.1, s. auch Tab. 13.07) auch für die hier beschriebene hierarchische Struktur gilt: die untergeordnete prozessbezogene Überzeugung, „Klienten sollten die Therapieziele bestimmen“, lässt nicht nur auf prozessbezogene Überzeugung hinsichtlich verteilter Expertise schließen (s.o.), sondern gleichzeitig auf eine klientenbezogene Werthaltung, wie z.B. „Respekt vor der Autonomie der Klienten“. Mit der Ersetzung des „Gesamt“ durch die „Strukturierungsweise“ bleibt die bereits in der ersten Annäherung vorgeschlagene begriffliche Festlegung der Therapeutischen Haltung als *singuläres Merkmal* von Therapeuten erhalten, durch welche die Zuschreibung von *Haltungen*, oder die Unterscheidung von Grundhaltung und spezifischen Haltungen ausgeschlossen wurde (s. Kap. 13.3.3.2).

Therapiebezogene Situationen. Die Bestimmung der *Therapierelevanz* der situativen Kontexte soll weiter im Sinne der Präzisierung in Abschnitt 13.3.3.2 beibehalten bleiben.

13.3.5.2 Begriffliche Konsequenzen

Wie in Abschnitt 13.3.3.1 bemerkt, mussten einige Bedeutungsaspekte als „wesentlicher“ im Vergleich zu anderen bestimmt werden, um eine sequenzielle Präzisierung des Begriffs zu ermöglichen. Hier wurde die *Bestimmung konstitutiver Teile* sowie *zwischen diesen bestehender Relationen* als zentraler Schritt der Bedeutungsfestlegung gewählt (s. Kap.

13.3.3.2 und 13.3.5.1). In diesem Rahmen wurden dennoch bereits verschiedene andere Bedeutungsaspekte präzisiert, wie etwa Bezugspunkte der Haltung (s. Kap. 13.3.3.3), taxonomische Relationen innerhalb der Bestimmungsstücke (z.B. allgemeinere vs. spezifischere Überzeugungen hinsichtlich des Therapieprozesses), oder auch bisher als „formale Dimensionen“ bezeichnete Relationen (wie z.B. Stabilität, Konsistenz; s. Kap. 13.3.5.1). Insbesondere die Erkundung der begrifflichen Konsequenzen bezüglich *funktionaler Relationen* sowie einer Reihe von bisher als *dimensionale Eigenschaften* bezeichneter Merkmale, welchen im Kontext der Bedeutungsanalyse eine wichtige Rolle zugeschrieben wurde (s. Tab. 13.02 und Tab. 13.03), soll in diesem Abschnitt erfolgen. In diesem Rahmen wird das endgültige Explikat zudem hinsichtlich einiger noch offener Anregungen aus der Einbettung in ausgewählte Begriffssysteme diskutiert (s. Tab. 13.07 und 13.08).

Funktionale/kausale Perspektive. In Bedeutungsanalyse wie auch Literaturüberblick war die Haltung als eine Art therapeutischer „Breitbandwirkfaktor“ bezeichnet worden, der sich sowohl innerhalb der Sitzung, als auch über diese hinaus auf Klient und Therapeut auswirkt (s. Kap. 6.3.2 und 13.2.3). Zudem konnten viele differenzierte Annahmen hinsichtlich potentieller Einflüsse auf die Realisierung der Haltung als „state“ als auch deren Entwicklung als „trait“ gewonnen werden (s. Tab. 13.02). Das vorliegende Explikat (s. Tab. 13.09) scheint die *breite funktionale bzw. kausale Einbettungen*, welche die individuellen Konzepten der Befragten kennzeichnet, größtenteils abbilden zu können. Indem unterschieden wird zwischen die Haltung konstituierenden eher *stabilen Strukturen* (z.B. Überzeugungen) im Sinne von „traits“ und deren *Realisierung*, die im Sinne von „states“ u.a. von situativen Bedingungen und verschiedenen Kompetenzen der Therapeuten abhängt, lassen sich Annahmen bezüglich potentieller Einflüsse auf Entwicklung sowie Realisierung der Haltung (s. Tab. 13.02) als *begrifflich plausible Hypothesen* verstehen. Damit lässt sich auch die im Rahmen der Einbettung in Theorien der Therapeutenvariablen vorgebrachte Anregung aufgreifen, die Relation der Therapeutischen Haltung zu übergeordneten Personmerkmalen bzw. allgemeinen Werten, Einstellungen und Grundannahmen zu klären (s. Tab. 13.08). Diesbezüglich wird hier angenommen, dass therapiespezifische in einer *hierarchischen Beziehung* zu übergeordneten/allgemeinen Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen stehen. Das allgemeinere Konstrukt (z.B. die Werthaltung „Autonomie ist ein Grundwert“) implizieren dabei das spezifischere (z.B. die Werthaltung „Achtung der Autonomie der Klienten“). Die Hierarchie wird hier also auf Basis funktionaler/kausaler Relationen konzipiert, d.h. allgemeinere Personmerkmale begünstigen die Bildung spezifischer Personmerkmale. Diese Annahme ist allerdings eher eine empirische Hypothese, als eine begriffliche Operation im Sinne der Explikation (vgl. Westermann, 2000). Wie im Rahmen der Einbettung in das Allgemeine Modell der Psychotherapie vermutet wurde (s. Kap. 13.3.4.2), dürfte sich die Haltung in ihrer hier explizierten Bestimmung in den meisten Prozessaspekten des Modells als *Therapeutenvariable* auswirken, was der in vielen rekonstruierten Haltungskonzepten beinhalteten Annahme einer breiten Wirkung entspricht. Ihre vermutlich breite Wirkung und darauf basierende Funktion im Therapiegeschehen erhält das Gesamtkonstrukt der Therapeutischen Haltung per definitionem, da sie ja u.a. als „Art und Weise der Realisierung therapiebezogener Überzeugungen, Einstellungen und Werte“ einen Großteil bisher untersuchter Therapeutenvariablen abdeckt (s. Kap.

13.3.4.2). Wenn auch die auf spezifische Therapeutenvariablen zurückführbare Ergebnisvarianz eher gering ist (vgl. Beutler et al., 2004; Baldwin & Imel, im Druck), so ist der Therapeuteneffekt insgesamt doch recht beachtlich (s. Kap. 5.3.1.2). Zudem lässt sich aus dem Explikat die Vermutung ableiten, dass *Merkmale des Zusammenhangs* zwischen in der Haltung strukturierten Therapeutenvariablen funktional/kausal relevant sein dürften, ebenso wie das *Ausprägungsprofil*, das auf die spezifischen Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen zurückführbar ist, welche die individuelle Therapeutische Haltung konstituieren.

Eigenschaftsbezogene Perspektive. Die aus eigenschaftsbezogener Perspektive gestellte Frage nach den Eigenschaften oder Merkmalen, welche die Therapeutische Haltung charakterisieren, war bisher nur zum Teil beantwortet worden. Indem insb. Einstellungen und Werthaltungen als konstitutive Elemente der Haltung bestimmt wurden, konnte die Dimension der *Bewusstheit* konzeptuell berücksichtigt werden (s.o., Kap. 13.3.5.1). Indem Relationen innerhalb und zwischen den Bestimmungsbereichen der Realisierung sowie des kognitiver Hintergrunds (Überzeugungen, Einstellungen, Werthaltungen) als wesentliche Elemente der Haltung bezeichnet wurden, konnten die Dimensionen *Konsistenz* (von Realisierung und kognitivem Element, aber auch kognitiver Elemente untereinander), sowie *Synchronität* (der Realisierungsmodalitäten) und *Stabilität* (der Realisierung in Relation zum kognitiven Hintergrund) abgeleitet werden (s. Kap. 13.3.3.3 und 13.3.5.1). Aus der Beachtung der Strukturierung des kognitiven Hintergrunds ließen sich strukturelle Merkmale wie *Hierarchisierung* und *Mehrfachbestimmtheit* ableiten (s. Kap. 13.3.5.1). Eine ganze Reihe in Bedeutungsanalyse wie auch Literaturüberblick häufig zur Charakterisierung der Haltung genutzter Merkmale, wie Akzeptanz, Empathie, Wertschätzung, Direktivität oder achtsame Wahrnehmung (s. Tab. 13.03), sind bisher noch nicht zum explizierten Konzept der Haltung in Beziehung gesetzt worden. Dies kann hier auch nur vorläufig geschehen, da diese Merkmale oft vage sind und erst expliziert werden müssten. Selbst für das wohl bekannteste Konzepts „Empathie“ liegt keine Konsensdefinition vor (vgl. Elliott et al., 2011). In der hier genutzten Begrifflichkeit, welche zwischen Bestimmungsstücken (kognitiver Hintergrund, Realisierung, Relationen) und Eigenschaften/Merkmalen der Haltung unterscheidet, stellen die ursprünglich als „dimensionale Merkmale“ bezeichneten Konzepte eigentlich *Realisierungen* dar, allerdings „von konkretem Verhalten abstrahiert. Empathie kann z.B. als die situationsangepasste Realisierung einer Kombination bestimmter klientenbezogener Werthaltungen (z.B. „Respekt vor individuellem Leiden“), prozessbezogener Überzeugungen (z.B. „wer sich verstanden fühlt ist eher offen für Veränderung“) und therapeutenbezogener Einstellungen (z.B. „es ist meine Aufgabe für eine verständnisvolle Atmosphäre zu sorgen“) rekonstruiert werden. Daher hat sich sowohl in der Bedeutungsanalyse (s. insb. Kap. 11.3.3) als auch im Literaturüberblick (s. insb. Kap. 6.3.2.1) die Ordnung der meisten „dimensionalen Merkmale“ im Sinne der Bezugspunkte Therapeut, Therapieprozess oder Klient angeboten. Die geringe Trennschärfe dieser Klassifizierung lässt sich allerdings nun auch besser nachvollziehen, da Realisierungen in Relation zu deren kognitiven Elementen *mehrfachbestimmt* sein können (s.o.). Vor diesem Hintergrund lassen sich nun einige der oben genannten Eigenschaften auch auf die abstrakten Realisierungen anwenden: So kann ein empathisches Verhaltensmuster dem Therapeuten

mehr oder weniger *bewusst* sein, die Realisierung kann als mehr oder weniger *synchron* sowie *zeitlich stabil* eingeschätzt werden. Während Merkmale wie Empathie, Wertschätzung oder das Ausmaß der Kooperation (s. Tab. 13.03) einen *inhaltlichen Bezug* zu spezifischen Überzeugungen, Einstellungen oder Werthaltungen aufweisen, gilt dies für die Merkmale wie Bewusstheit, Synchronität oder Konsistenz nicht. Diese lassen sich zuschreiben, unabhängig der spezifischen Kognitionen welche in der Therapiesituation realisiert werden und unabhängig der Art der abstrakten Realisierung.

Begriffsrelationale Perspektive. Einige begriffliche Relationen wurden bereits bestimmt, insbesondere die Relation der Haltung zu ihren „Teilen“ bzw. Bestimmungsstücken (s.o.). Was das „Ganze“ zur Therapeutischen Haltung darstellen könnte ist weniger einfach zu klären. Im Rahmen der Diskussion der Bedeutungsanalyse (s. Tab. 13.01), wie auch des Vergleichs mit nahestehenden Konstrukten (s. Tab. 13.07), wurde die *therapeutische Identität* als mögliches „Ganzes“ nahegelegt. Identität ist allerdings selbst ein äußerst vager Begriff (vgl. Mummendey, 2006), weswegen diese Idee im Sinne der Vermeidung des „ignotum per ignotum“ (Pawłowski, 1980, S. 37) verworfen wird. Oberbegriffe der Haltung vorzuschlagen, ist aufgrund der bisherigen Ausführungen eher möglich, wobei diese je Bezugsrahmen zu wählen sind (i.S. der Domänenspezifität; s. Kap. 4.3.2). Im Begriffssystem der Psychotherapieforschung lässt sich das hier präzierte Konzept der Therapeutischen Haltung als *Wirkfaktor* begreifen (s. Kap. 5), der sich von anderen Wirkfaktoren, wie z.B. der therapeutischen Allianz, durch die Verortung in Person und Verhalten des Therapeuten unterscheidet (s. aber Kritik des Wirkfaktorenbegriffs in Kap. 1.1.1; vgl. Pfammatter & Tschacher, 2012). Im Rahmen der Persönlichkeitspsychologie, ließe sich die Therapeutische Haltung als *Persönlichkeitseigenschaft* verstehen (vgl. Asendorpf, 2007), im Rahmen der kognitiven Psychologie möglicherweise als *komplexes Schema* (vgl. Anderson, 2007; s. auch Tab. 13.07, Anregung im Sinne Plan/Planstruktur). Auf Basis von Bedeutungsanalyse und Literaturüberblick wurde vermutet, dass *theoriespezifische Haltungstypen*, wie etwa „psychoanalytische Haltung“ oder „systemische Haltung“, im Sinne von Unterbegriffen der Therapeutischen Haltung verstanden werden können (s. Tab. 13.01). Sofern der Begriff der *theoretischen Orientierung* weit gefasst wird und nahezu mit dem Bestimmungsstück der „Art und Strukturierungsweise der therapiebezogenen Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen“ (s. Tab. 13.09) gleichgesetzt werden kann (s. auch Anregung in Tab. 13.08), wäre die Annahme theoriespezifischer Unterbegriffe sinnvoll.

13.4 Vorschläge zur Operationalisierung

Die Operationalisierung eines Begriffs stellt zum einen die Möglichkeit einer weiteren *Präzisierung* dar (vgl. Pawłowski, 1980) und ist zum anderen eine notwendige Vorbedingung empirischer Forschung (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011). Daher sollen im Folgenden einige Überlegungen zum Problem der Operationalisierung des oben entwickelten Explikats angestellt werden. Vor dem Hintergrund der an anderer Stelle gewählten Schwerpunkte der Arbeit werden die Vorschläge eher knapp gehalten und sind lediglich als grobe Skizze zu

verstehen. Eine Operationalisierung in methodisch strengem Sinn kann aber als wichtige Aufgabe einer sich an diese Arbeit anschließenden Forschung verstanden werden (s. Kap. 14.4). Im Sinne der konkreten Forschungsfragen (s. Kap. 8.2.4) werden hier zunächst situative Kontexte und potentielle Indikatoren der Therapeutischen Haltung thematisiert. Im Rahmen der Darstellung geeigneter Messinstrumente werden die Annahmen zur Erfassbarkeit abschließend diskutiert.

Situative Kontexte. Im Rahmen der abschließenden Explikation wurden die möglichen Kontexte, in denen sich die Therapeutische Haltung zeigt auf *therapiebezogene Situationen* eingeschränkt (s. Tab. 13.09), womit Auffassungen aus der Bedeutungsanalyse weitestgehend entsprochen wird (s. Tab. 13.04). Die zentrale derartige Situation ist die *therapeutische Sitzung* selbst. Allerdings lässt sich auch in verschiedenen anderen Kontexten ein mehr oder weniger deutlicher Therapiebezug herstellen. Jegliche Situation, in der sich thematisch auf Therapie oder therapierelevante Probleme bezogen wird, ist ein potentieller situativer Kontext, in welchem sich therapiebezogene Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen realisieren können, d.h. die Therapeutische Haltung sich „zeigen“ kann. Insbesondere im Sinne der Annahme, dass die Therapeutische Haltung durch die *Beziehungen* zwischen kognitivem Hintergrund und konkreter Realisierung charakterisiert werden kann (s. Kap. 1.3.3 und 13.3.5.), werden Situationen außerhalb der konkreten Therapie interessant. Gerade Aussagen, welche z.B. den Grad der *Bewusstheit* einschätzen ließen, also konkrete Äußerungen bestimmter Überzeugungen und Einstellungen (z.B. „Ich denke, dass Patienten am Anfang der Therapie nicht einschätzen können, was für sie gut wäre“), sind eher in Gesprächen unter Kollegen, in Supervision oder Intervision zu erwarten als in der Therapiesitzung. Im Allgemeinen sind Situationen umso ergiebiger, je mehr in diesen auch explizite Äußerungen *spontan* getätigt und nicht im Sinne eventueller sozialer Erwünschtheit verzerrt oder zensiert werden. Jegliche künstliche Situation, wie etwa Rollenspiele oder auch Fragebogenuntersuchungen, erschwert die valide Erhebung expliziter Äußerungen, worin sich eine grundlegende Schwierigkeit bei der Erfassung der Therapeutischen Haltung zeigt. Dem Explikat und seinen Bestimmungsstücken entsprechend scheinen *natürliche Situationen*, d.h. insbesondere Therapiesitzungen oder auch kollegialer Austausch (ob informell, oder in Super- und Intervision), die geeignetsten Kontexte zur Erfassung der Therapeutischen Haltung zu sein.

Indikatoren. Was die Indikatoren angeht, also diejenigen messbaren Variablen, deren Ausprägung in einer definierten Beziehung zu latenten Variablen oder Konstrukten stehen (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011), wurde in der Bedeutungsanalyse insbesondere das *offene Verhalten* von Therapeuten genannt (s. Tab. 13.04). Etwas seltener wurde auch verdecktes Verhalten, Aspekte des Therapiegesprächs, oder Rahmenbedingen angegeben. Im eigentlichen Sinn ist verdecktes Verhalten, wie etwa eine bestimmte Art zu denken, kein direkter Indikator, sondern ggf. eine indirekte bzw. latente Variable, die selbst über Korrespondenzregeln mit beobachtbaren Variablen verknüpft werden muss (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011; Westermann, 2000). Rahmenbedingungen, wie etwa die räumliche Gestaltung der Praxis, sind leichter im Sinne messbarer Variablen erfassbar, wie der Helligkeit des Raums (z.B. vorherrschende Farben), der Qualität der Möbel (operationalisierbar u.a. über

den Preis), oder der Ausstattung der Räume (Anzahl der Bilder, Pflanzen, etc.). Im Rahmen der Explikation wurden als *Modalitäten der Realisierung* (in der ersten Annäherung noch „Ausdruck“ genannt, s. Tab. 13.05) kognitive Reaktionen (z.B. hypothesengeleitete Wahrnehmung, selektive Erinnerung), physiologische Reaktionen (z.B. Anspannung, Herzschlagrate) sowie Handlungstendenzen (z.B. Aktivität, Passivität, Hilfsbereitschaft) genannt, von denen lediglich die physiologischen Reaktionen direkt erfassbare Indikatoren darstellen. Sowohl die kognitiven Reaktionen, als auch die Handlungstendenzen müssen selbst zunächst operationalisiert werden. An dem Versuch geeignete Indikatoren zu identifizieren wird deutlich, dass das Explikat der Therapeutischen Haltung auf recht abstrakter Ebene gehalten ist. Dies ist wenig verwunderlich, wenn die Haltung v.a. als Struktur der Beziehungen zwischen kognitivem Hintergrund (z.B. Einstellungen) und Verhaltensmustern (z.B. Empathie) verstanden wird. Für die Angabe messbarer Indikatoren (wie z.B. „Anzahl der Unterbrechungen des Redeflusses des Klienten durch den Therapeuten“) bedeutet dies, dass diese nicht für das Konstrukt der Therapeutischen Haltung, sondern eher für *Verhaltensmuster eines mittleren Abstraktionsgrades* (wie z.B. Direktivität) spezifisch sind, welche wiederum als Indikatoren *latenter Variablen* (wie z.B. der therapiebezogenen Werthaltung „Kontrolle über das Geschehen ist mir wichtig“) angesehen werden können. Hier lassen sich auch Anleihen aus der Forschung zu etablierten Konstrukten machen, die im Explikat aufgegriffen wurden, wie etwa zur Operationalisierung impliziter Einstellungen, in Rahmen derer die *Reaktionszeiten* auf bestimmte Items als Indikatoren genutzt werden (s. Kap. 7.2.1.5). Zusammenfassend lassen sich viele Indikatoren diskutieren, deren unspezifischer Zusammenhang mit dem Konstrukt erst noch durch die Angabe von Korrespondenzregeln geklärt werden muss. Der Rückgriff auf bestehende Operationalisierungen aus dem Bereich der Einstellungsforschung scheint zwar vielversprechend. Aber auch um diese zu nutzen bedarf es noch einer inhaltlichen Differenzierung des kognitiven Hintergrundes, der bisher lediglich durch den Therapiebezug eingegrenzt wurde. Eine nicht systematisch aus einem Konstrukt/einer Theorie abgeleitete Möglichkeit der Differenzierung, die dennoch viele Annahmen des Explikats zu erfassen scheint, bietet sich mit den Items und Skalen des ThAt (s. Kap. 6.4.2), welcher allerdings lediglich bewusst abgegebene Selbstbeschreibungen erfasst.

Erhebungsmethoden. In der Bedeutungsanalyse wurde als Erhebungsmethode meistens die Verhaltensbeobachtung genannt, etwas seltener Interview und Fragebogen bzw. Test (s. Tab 13.04). Da offenes Verhalten von Therapeuten in Therapiesituationen als bester Indikator angesehen wird, um Rückschlüsse auf die Therapeutische Haltung zu ziehen (s.o.), scheint *Verhaltensbeobachtung* die entsprechend günstigste Erhebungsmethode darzustellen. Die in Einstellungs- und Werthaltungsforschung v.a. gebräuchlichen expliziten Maße (s. Kap. 7.2.1.5), als welches auch der ThAt angesehen werden kann (s. Kap. 6.4.2), sind als *Selbstbeschreibungsinstrumente* nicht zur alleinigen Erfassung des Konstrukts geeignet, da Realisierungen nicht bewusster oder unreflektierter therapiebezogener Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen nicht erhoben werden. Zur Erhebung der Therapeutischen Haltung scheint eine *Kombination unterschiedlicher Messmethoden* am sinnvollsten, da sich einige der das Konstrukt konstituierenden Elemente (wie etwa die Dimension Bewusstheit, oder Varianten der Konsistenz) nur über den Vergleich

direkter mit indirekter Messung erfassen lassen. Solange noch keine eigenen Methoden entwickelt wurden, wäre z.B. an eine Kombination eines an der *Plananalyse* angelehnten Verfahrens (s. Kap. 7.3.1 und 7.3.5) mit dem ThAt (s. Kap. 6.4.2) denkbar.

13.5 Zusammenfassung

Nach der ausführlichen Bedeutungsanalyse, deren Methodik und Ergebnisse in den Kapiteln 9-12 dargestellt wurden, beschäftigte sich das 13. Kapitel mit dem Abschluss der Begriffsexplikation. Dazu wurden zunächst in der *Einleitung* die wesentlichen Schritte der Explikation rekapituliert sowie Präzisierung und theoretische Einbettung als Hauptanliegen des Kapitels vorgestellt (s. Kap. 13.1). In Abschnitt 13.2 wurden die Ergebnisse der *Bedeutungsanalyse* zusammenfassend dargestellt und im Licht des Literaturüberblicks inhaltlich diskutiert, um diese für die folgenden Schritte der Explikation aufzubereiten.

Darauf folgend wurde die *Präzisierung des Begriffs* und dessen *theoretische Einbettung* vorgenommen (s. Kap. 13.3). Auf einen knappen Überblick des allgemeinen Vorgehens, folgte zunächst die Rekapitulation der im Rahmen der vorliegenden Arbeit genutzten Perspektiven auf die Hauptfrage im Sinne *relevanter Bedeutungsaspekte* bei der Präzisierung (s. 13.3.2). In Abschnitt 13.3.3 wurde dann eine Art Arbeitsversion bzw. ein *vorläufiges Explikat* vorgestellt, in dessen Entwicklung insbesondere Anregungen und Hinweise aus der zuvor diskutierten Bedeutungsanalyse eingingen (s. Tab. 13.05 und Abb. 13.01).

Das vorläufige Explikat wurde anschließend *in ausgewählte Begriffssysteme eingebettet* (s. Kap. 13.3.4), was zum einen über einen inhaltlichen Vergleich mit den im 7. Kapitel vorgestellten Konstrukten Einstellung, Werthaltung und Plan/Planstruktur realisiert wurde. Zum anderen wurde die Verortung der vorläufigen Präzisierung im Kontext des Allgemeinen Modells der Psychotherapie sowie der Taxonomie der Therapeutenvariablen diskutiert, welche in Kapitel 5 thematisiert worden waren. Auf Basis in dieser Einbettung gewonnener Hinweise wurde in Abschnitt 13.3.5 ein *endgültiges Explikat* vorgestellt und erläutert, wobei auch begrifflicher Konsequenzen für nachgeordnete Bedeutungsaspekte diskutiert wurden. Den Abschluss des Kapitels bildet Abschnitt 13.4, in welchem einige Überlegungen und Ideen zur *Operationalisierung* des Konzeptes entwickelt wurden.

Kap. 14 Diskussion

Überblick: Dem logischen Aufbau der Arbeit entsprechend, fand die inhaltliche Diskussion der Ergebnisse bereits im Rahmen der Begriffsexplikation statt (s. dazu auch Kap. 13.1 und 14.1). Inhaltliche Schwerpunkte dieses Kapitel bilden damit die Zusammenfassung der Ergebnisse sowie die Diskussion des methodischen Vorgehens. Nach einer Einleitung (s. Kap. 14.1), werden die zentralen Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst (s. Kap. 14.2). Im folgenden Abschnitt 14.3 wird das Vorgehen bei den zentralen Schritten der Explikation methodisch diskutiert. Ein Ausblick, in welchem Ideen für zukünftige Forschung und praktische Nutzung der Ergebnisse entwickelt werden schließt die vorliegende Arbeit inhaltlich ab (s. Kap. 14.4).

14.1 Einleitung

Bereits in den Vorbemerkungen wurde darauf hingewiesen, dass die vorliegende Arbeit, ihrem explorativen Charakter und qualitativen Schwerpunkt entsprechend, vom Aufbau klassischer Forschungsberichte abweicht. Bestimmte Prinzipien qualitativer Forschung, wie z.B. theoretische Offenheit und Gegenstandsangemessenheit (s.u., Kap. 14.3.1), machen eine *individuelle Gestaltung des Vorgehens* nötig (vgl. auch Kuckartz, 2012; Lamnek, 2010; Mayring, 2010a), welche sich auch im Forschungsdesign niederschlägt (s. Kap. 1.4.2, Abb. 1.01). Soweit möglich, wurde jedoch versucht sich an den Standardaufbau zu halten, was auch im Hinblick auf das abschließende Diskussionskapitel gilt: So nennen Bortz und Döring (2006, S. 89) als dessen typische Bestandteile die Zusammenfassung der Ergebnisse (s. Kap. 14.2), deren inhaltliche Diskussion, die Diskussion methodischer Schwächen und Stärken (s. Kap. 14.3) sowie Ausblick und Fazit (s. Kap. 14.4). Von dieser Darstellungsweise wird hier nur insofern abgewichen, als die *inhaltliche Diskussion der Ergebnisse bereits im Rahmen der Begriffsexplikation* geführt wurde (Begründung s. Kap. 13.1), worauf an dieser Stelle lediglich verwiesen sei, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden.

14.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit hat aufgrund ihres explorativen Aufbaus sowohl zu empirischen Befunden geführt (s. Kap. 11 und 12), als auch zu einem auf Basis theoretischer Analysen gewonnenen Ergebnis (s. Kap. 13). Innerhalb der *Bedeutungsanalyse* wurden die Forschungsfragen (s. Kap. 8) in ihrem deskriptiven Sinn beantwortet bzw. wurden diesbezügliche hypothetische Antworten materialgeleitet generiert (s. Kap. 12.6). Im Rahmen der *Begriffsexplikation* wurde der Versuch unternommen, eine normative Antwort auf die Hauptfrage der Arbeit zu geben (s. insb. Kap. 13.3). Neben diesen beiden Hauptschritten

wurde aber auch der im 6. Kapitel vermittelte *Literaturüberblick* so aufgebaut, dass sich diesem Erkenntnisse entnehmen lassen, die hier als Ergebnisse zusammengefasst berichtet werden sollen (s. Kap. 14.2.1). Auf die anschließende Zusammenfassung der Ergebnisse von Bedeutungsanalyse (s. Kap. 14.2.2) und Begriffsexplikation (s. Kap. 14.4.3) folgend, wird noch einmal auf die im 8. Kapitel (s. Kap. 8.3) formulierten *Nebenfragen* und die bezüglich dieser erzielten Ergebnisse eingegangen (s. Kap. 14.4.4).

14.2.1 *Literaturüberblick*

Im 6. Kapitel wurde ein kursorischer Überblick systematisch recherchierter Veröffentlichungen zur Therapeutischen Haltung gegeben, innerhalb dessen drei Schwerpunkte gewählt wurden. Zum einen wurde die *Recherche der Literatur* ausführlich dargestellt und formal analysiert (s. Kap. 6.2.3), um die im Einstiegskapitel aufgestellte Behauptung zu überprüfen, dass von einem *Mangel systematischer Theoriebildung und Forschung* hinsichtlich der Therapeutischen Haltung ausgegangen werden kann (s. Kap. 1.1.3). Einen zweiten Schwerpunkt stellte eine *inhaltliche Literaturübersicht* dar, in welcher die recherchierten Quellen hinsichtlich bestimmter Bedeutungsaspekte kursorisch, aber durchaus systematisch untersucht wurden (s. Kap. 6.3.5). Den inhaltlichen Abschluss bildete in Abschnitt 6.3 die vertiefte Darstellung eines der wenigen *Beispiele für empirische Forschung* im Kontext der Therapeutischen Haltung (s. Kap. 6.4.4). Hinsichtlich dieser drei Schwerpunkte sollen die Ergebnisse des Literaturüberblicks im Folgenden zusammengefasst werden.

Systematische Recherche. Um zu einer für die Literaturübersicht adäquaten Datenbasis zu kommen, wurden *sieben Recheredurchgänge* in PSYINDEX, sowie ergänzend auch in 18 ausgewählten Psychotherapielehrbüchern durchgeführt. Im Rahmen der in den Abschnitten 6.2.1 und 6.2.2 genau beschriebenen Abläufe konnten insgesamt *105 Quellen*, davon 69 in PSYINDEX sowie 36 zusätzliche im Rahmen der ergänzenden Lehrbuchrecherche identifiziert werden, welche sich in gewissem Ausmaß mit dem Konstrukt der Therapeutischen Haltung beschäftigen (s. Anhang A). Angesichts einer recht aufwendigen Recherche, scheint die *Anzahl an Treffern recht gering*. Zudem lassen sich lediglich aus acht der 105 Quellen (rudimentäre) Definitionen des Begriffs entnehmen, nur 14 Texte beschäftigen sich explizit mit der Haltung als allgemeinem Konzept. Angesichts dieser Befunde, sowie der zudem *geringen Anzahl an empirischen Studien*, die sich in der PSYINDEX-Recherche finden ließen (drei von 69 Quellen), scheint die formale Betrachtung der Recherche die Annahme eines *Mangels an systematischer Beschäftigung und Forschung* zum Konstrukt der Therapeutischen Haltung zu stützen. Zudem konnte in den gegenüber theoretischen Orientierungen neutralen Recherchen (s. Kap. 6.2.1, Tab. 6.02) lediglich eine von 59 Quellen einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Autoren zugeordnet werden (vgl. Grünbaum, 2005) im Vergleich zu 25 Quellen psychodynamisch orientierter Autoren (s. auch Abb. 6.01). Trotz selektiver Auswahl der Lehrbücher im Rahmen der ergänzenden Recherche (s. Kap. 6.2.2), bildet sich dieses Ungleichgewicht auch dort ab, so dass auf eine *stärkere Verankerung des Konzeptes in psychodynamisch orientierter im Vergleich zur verhaltenstherapeutischen Literatur* geschlossen werden kann.

Kursorischer Literaturüberblick. Auch die folgende inhaltliche Analyse, zunächst auf Basis aller 105 Quellen (s. Kap. 6.3.1), in einer späteren Vertiefung auf Basis von 61 ausgewählten Texten (s. Kap. 6.3.2), erhärtete den Eindruck einer *wenig systematisierten* Behandlung des Themas, sowie eines *heterogenen teils widersprüchlichen Begriffsverständnisses* (s. dazu Kap. 6.3.5.1). Verschiedene Inhalte können dem kursorischen Literaturüberblick dennoch als Anregungen für die Explikation des Begriffs entnommen werden (s. insb. Kap. 6.3.5.2). U.a. wurde im Zuge der Betrachtung spezifischer Haltungstypen festgestellt, dass teilweise von einer *hierarchischen Struktur der Haltung* ausgegangen wird (s. Kap. 6.3.3). Psychodynamisch orientierte Autoren unterscheiden in diesem Zusammenhang eine vergleichsweise konstante Grundhaltung von einer klienten- bzw. therapieprozessabhängigen speziellen/inkonstanten Haltung (vgl. Dantlgraber, 2000; Kutter, 2003). Zu dieser Unterscheidung lässt sich der von manchen systemisch orientierten Autoren geforderte flexible Umgang mit spezifischen Haltungen in Beziehung setzen (vgl. Königswieser & Hillebrand, 2006; Pelzer, 2011). An verschiedenen Stellen wurde zudem deutlich, dass von einer zumindest *relativen zeitlichen Stabilität der Haltung* ausgegangen wird, im Sinne einer Verhaltensbereitschaft, Disposition oder Persönlichkeitseigenschaft (vgl. u.a. Dantlgraber, 2000; Erlanger, 1996; Hoffmann & Hofmann, 2008; Schweitzer, 2012). Im Kontext des kursorischen Überblicks wurde ergänzend festgestellt, dass die *Charakterisierung der Therapeutischen Haltung anhand dimensionaler Eigenschaften* eine geeignete Möglichkeit darstellt, die verfügbaren Beschreibungen zu systematisieren (s. auch Kap. 6.3.2.1, Tab. 6.10). Dabei beinhalten die am häufigsten rekonstruierbaren Dimensionen entweder den Klienten (z.B. Akzeptanz), den Therapieprozess (z.B. Entlastung/Fürsorge) sowie die Werte des Therapeuten (z.B. Neutralität/Wertfreiheit) als Bezugspunkte, oder lassen sich als formale Dimensionen (z.B. Förderlichkeit) verstehen. Was die Frage der Einbettung des Haltungsbegriffs in kausale/funktionale Zusammenhänge angeht, wurde abschließend vermutet, dass die *Therapeutische Haltung als „Breitbandwirkfaktor“* im Therapiegeschehen angesehen wird (s. auch Kap. 6.3.2.3, Tab. 6.12).

Forschung zur Therapeutischen Identität. Im Abschnitt 6.4 wurde ein Überblick der Aktivitäten einer internationalen Arbeitsgruppe geboten (vgl. u.a. Grant & Sandell, 2004; Klug et al., 2008; Sandell et al., 2004, 2006, 2007; Taubner et al., 2010), welche sich mit dem der Therapeutischen Haltung nahe stehenden Konstrukt der therapeutischen Einstellungen beschäftigt. Nach der Einführung deren zentraler Erhebungsinstrumente wurden damit erzielte Befunde exemplarisch vorgestellt (s. Kap. 6.4.3). Insbesondere aber wurde eine *Rekonstruktion* des von der Gruppe genutzten Begriffs der Therapeutischen Haltung vorgenommen (s. Kap. 6.4.4). Diese unterstreicht zum einen schon oben genannte Hinweise, wie den auf die Nähe des Haltungsbegriffs zu dem der Einstellung, sowie die Annahme einer komplexen kausalen/funktionalen Einbettung der Therapeutischen Haltung in das Therapiegeschehen. Zum anderen wird auf weitere Merkmale der Haltung verwiesen, wie die Dimension der *Bewusstheit* (vgl. Klug et al., 2008; Sandell, 2007), welche auch von anderen psychodynamisch orientierten Autoren genannt wird (vgl. u.a. Dantlgraber, 2000; Mertens, 1993; Klüwer, 2003). Im Sinne einer meronomischen Relation wird die Therapeutische Haltung zudem in einer Teil-Ganzes-Beziehung zur übergeordneten *Therapeutischen Identität* gesehen (s. Kap. 6.4.4).

Zusammenfassend legt die im 6. Kapitel überblicksartig dargestellte Behandlung des Begriffs der Therapeutischen Haltung in der Fachliteratur einige Annahmen über dessen Bedeutung nahe, die entweder aufgrund häufiger Nennung oder deren Konsistenz im Kontext individueller Haltungskonzepte bei der Präzisierung des Begriffs zu berücksichtigen sind (s.o.; s. auch Zusammenfassungen am Ende der jeweiligen Abschnitte in Kapitel 6). Folgende Tabelle 14.01 fasst diese stichpunktartig zusammen:

Tab. 14.01. Bedeutungselemente der Therapeutischen Haltung im Sinne des Literaturüberblicks

- mögliche Bedeutungsübereinstimmung des Konzeptes der Haltung mit dem der *Einstellung*
- meronomische Relation der Therapeutischen Haltung zu *Therapeutischer Identität*
- *psychodynamische, systemische und klientenzentrierte Haltung* als häufig genannte *Unterbegriffe* bzw. Haltungstypen
- die relative *situationsübergreifende Stabilität* der Haltung (i.S. einer Disposition/eines Persönlichkeitsmerkmals)
- Unterscheidung von *Grundhaltung(en)* vs. *spezifischen Haltungen* anhand relativer situationsübergreifender Stabilität
- die *Gerichtetheit* der Haltung auf Bezugspunkte
- Klient, Therapieprozess und Ethik/Moral als *Bezugspunkte* der Haltung
- die Charakterisierung der Haltung anhand *dimensionaler Merkmale*
- *Flexibilität* und *Bewusstheit* als übergeordnete formale Haltungsdimensionen
- die häufig genannten dimensional Merkmale *Akzeptanz, Entlastung/Fürsorge, Empathie/Verständnis, Aktivität, Neutralität/Wertfreiheit, Respekt, Interesse/Neugier*
- *Entwicklung/Veränderung* des Klienten, *Wohlbefinden* und *Sicherheitsgefühl* des Klienten in der Therapie, *Umsetzung von Strategien und Methoden* im Therapieprozess, *Qualität der therapeutischen Beziehung* als häufig genannten Faktoren, auf die sich die Therapeutische Haltung potentiell auswirkt

14.2.2 Bedeutungsanalyse

Zur Bedeutungsanalyse, welche in der Begriffsexplikation vor Präzisierung und theoretischer Einbettung durchzuführen ist, wurden in der vorliegenden Arbeit 50 Experteninterviews qualitativ und quantitativ ausgewertet. Als zentrale Ergebnisse sind hier zum einen die endgültigen Kategoriensysteme zu sehen (s. Kap. 11), da diese teils auch materialgeleitet entstanden sind (vgl. Mayring, 2010a; s. Kap. 10.4.2), zum anderen die auf Basis der codierten Paraphrasen konstruierten Hypothesen bezüglich der Verwendung des Begriffs der Therapeutischen Haltung (s. Kap. 12.6).

Insbesondere die Codierungsergebnisse wurden in den Abschnitten 12.2.3, 12.3.3, 12.3.4 und 12.3.5 bereits inhaltlich zusammengefasst, die Hypothesen in Abschnitt 12.6 tabellarisch aufgelistet und die Bedeutungsanalyse unter Berücksichtigung dieser beiden Ergebnisaufbereitungen in Abschnitt 13.2 ausführlich inhaltlich diskutiert. Um auch hier Wiederholungen zu vermeiden, erfolgt die Zusammenfassung der Ergebnisse der Bedeutungsanalyse an dieser Stelle lediglich in zwei knappen Abschnitten. Zunächst wird ein Überblick der *Organisation der Kategoriensysteme* vermittelt (s. Kap. 14.2.2.1) worauf ein in-

haltliches Resümee auf Basis der generierten Hypothesen im Hinblick auf die Fragestellung den Abschluss bildet (s. Kap. 14.2.2.2).

14.2.2.1 Kategoriensysteme

Im Verlauf der inhaltsanalytischen Auswertung wurden insgesamt *sieben Kategoriensysteme* in einem Wechsel von deduktiver bzw. theoriegeleiteter und induktiver bzw. materialgeleiteter Kategorienbildung konstruiert (s. Kap. 10.4.2 und 11.2). Die Systeme 1-4 korrespondieren dabei direkt mit den allgemeinen Forschungsfragen I-IV, die Oberkategorien der Systeme 1, 2 und 4 mit den jeweiligen konkreten Forschungsfragen (s. Tab. 8.01). System 5 erfasst irrelevante Paraphrasen (quasi als Restesystem) während System 6 Paraphrasen sammelt, die nicht im Kontext der Systeme 1-4 sinnvoll untergebracht werden konnten, aber u.a. für die Einzelfalldarstellung im Rahmen der im Projekt eingebundenen Diplomarbeiten relevant scheinen (vgl. Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012). System 7 schließlich diente der Erfassung aller Redeanteile der Interviewer um Rückschlüsse auf systematische Verzerrungen identifizieren zu können (s. dazu Kap. 10.3.1.4). Folgende Abbildung 14.01 vermittelt einen Überblick der für die Bedeutungsanalyse zentralen *Systeme 1-4* mit deren inhaltlich relevanten Oberkategorien:

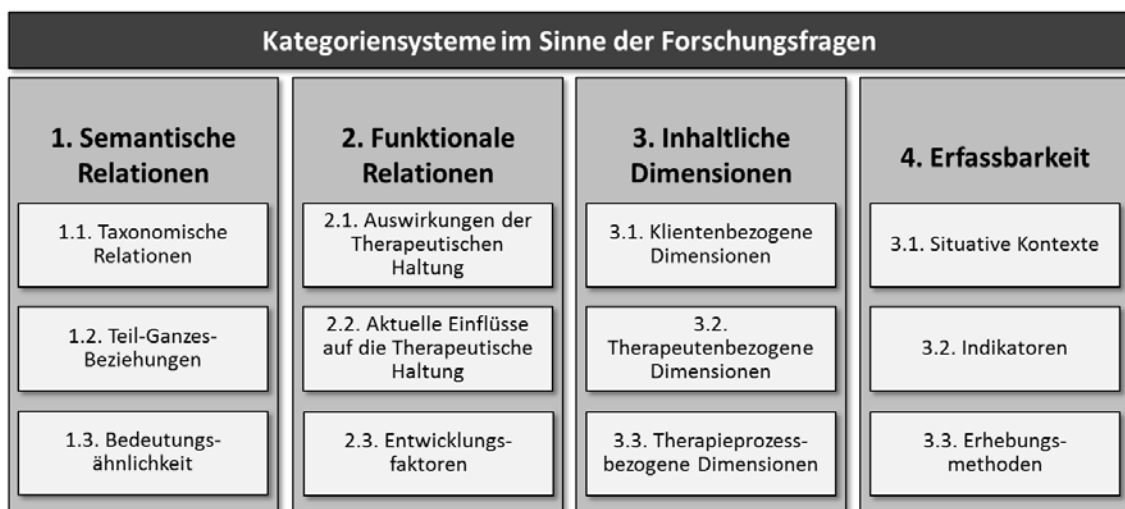


Abb. 14.01. Zentrale Kategoriensysteme 1-4 mit den wichtigsten Oberkategorien;

Die in der obigen Abbildung 14.01 aufgeführten Systeme beinhalten insgesamt *352 Kategorien* auf maximal *vier hierarchischen Ebenen*. Insbesondere die Kategorien ab der ersten Unterkategorienebene wurden eher material- als theoriegeleitet gebildet, ebenso einige der Oberkategorien, die auf Basis geringer Codierungszahlen in der obigen Abbildung nicht mit aufgeführt werden. Die meisten der insgesamt 5.787 Codierungen beinhaltet mit einer Gesamtzahl von 2.500 das System 2 „Funktionale Relationen“ (43% aller Codierungen in den Systemen 1-4), gefolgt von System 3 „Inhaltliche Dimensionen“ mit 1.677 Codierungen (29%), System 4 „Erfassbarkeit“ mit 860 Codierungen (15%) und System 1

„Semantische Relationen“ mit 750 Codierungen (13%). Einen Überblick aller Kategorien incl. Anzahl der jeweiligen Codierungen bietet Anhang F, der zugehörige Codierleitfaden findet sich im elektronischen Anhang.

14.2.2.2 Hypothesenbezogenes Resümee

Im auf die Darstellung der Systeme folgenden Kapitel 12 waren die Codierungsergebnisse, die im Rahmen der qualitativ-quantitativen Inhaltsanalyse der Experteninterviews erzielt wurden, in vier Schritten dargestellt worden (s. Tab. 12.01). Den Abschluss bildete die Konstruktion von insgesamt 43 Hypothesen zur Verwendung des Begriffs der Therapeutischen Haltung durch Experten auf Basis der 5.787 in den Kategoriensystemen 1-4 codierten Paraphrasen (s. Kap. 12.1.2, 12.6 und Kap. 12.7). Entsprechend der zu Beginn des Abschnittes 12.6 festgelegten Kriterien zur Einschätzung des Grades der empirischen Fundierung, wurden diese Hypothesen entweder als *robust* (15 Hypothesen), *vielversprechend* (acht Hypothesen), oder lediglich *tendenziell* (20 Hypothesen) eingeschätzt. Den Abschluss bildete dabei die *Generierung von Hypothesen* unter Rückgriff auf quantitative Argumente (s. Kap. 12.6). Folgende Tabelle 14.02 vermittelt einen Überblick der Anzahl je System konstruierter Hypothesen in Abhängigkeit des Fundierungsgrades:

Tab. 14.02. Anzahl der Hypothesen je System in Abhängigkeit des Fundierungsgrades;

Fundierungsgrad	System			
	<i>begriffsrelation. Perspektive</i>	<i>funktionale Perspektive</i>	<i>eigenschaftbez. Perspektive</i>	<i>Perspektive der Erfassbarkeit</i>
robust	1	6	2	6
vielversprechend	0	2	6	0
tendenziell	5	8	0	7
gesamt	6	16	8	13

Das nun folgende Resümee bereitet die wichtigsten Hypothesen der Lesbarkeit halber in einem Fließtext auf, wobei die in Kapitel 12 in deskriptiver Variante formulierten allgemeinen Forschungsfragen I-IV zur Orientierung dienen.

allgemeine Forschungsfrage I: Welche semantischen Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Die aus Experteninterviews rekonstruierbaren Aussagen zur Bedeutung des Begriffs im Sinne dessen *semantischer Relationen*, sind spärlich und heterogen (Hypothese I.06, Tab. 12.18). Der nicht weiter spezifizierte Begriff „Haltung“ sowie der Begriff der „Einstellung“ scheinen in bedeutungsähnlicher oder gar synonyme Weise verwendet zu werden (Hypothese I.05, Tab. 12.18), wohingegen ebenso viele Befragte die Existenz synonyme Begriffe ausschließen (Hypothese I.04, Tab. 12.18), von welchen aber einige gleichzeitig Begriffe in synonyme Bedeutung verwenden. Der Begriff der Therapeutischen Haltung scheint also hinsichtlich dessen Bedeutungsbeziehungen *nicht einheitlich verwendet* zu werden.

allgemeine Forschungsfrage II: Welche Annahmen über funktionale bzw. kausale Relationen der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Vor dem Hintergrund einer *funktionalen bzw. kausalen Perspektive* wird die Therapeutische Haltung auch in den Experteninterviews als „Breitbandwirkfaktor“ verstanden. Dabei scheint der Therapeutischen Haltung insbesondere ein Einfluss auf die *emotional-motivationale Verfassung der Klienten* in der Therapie sowie deren *handlungsregulatorische Kompetenzen* über die Therapie hinaus (im Alltag) zugesprochen zu werden (Hypothesen II.01 und II.02; s. Tab. 12.19). Ebenso wird häufig von einem Einfluss auf die *Qualität der Therapiegestaltung* durch die Therapeuten ausgegangen (Hypothese II.03; s. Tab. 12.19), Rückwirkungen auf den Therapeuten selbst scheinen demgegenüber als weniger zentral angesehen zu werden, lediglich tendenziell wird die *Lebensqualität der Therapeuten* als durch die Therapeutische Haltung beeinflusst verstanden (Hypothesen II.04; s. Tab. 12.19). Die aktuelle Umsetzung der Haltung, d.h. deren Realisierung bzw. Gelingen in konkreten Therapiesituationen, wird v.a. in Abhängigkeit von *Merkmalen des Klienten* gesehen (Hypothese II.08; s. Tab. 12.20), wie z.B. dessen emotionaler Verfassung oder das Ausmaß der Problematik, teilweise auch von der *körperlichen und psychischen Verfassung der Therapeuten* (Hypothese II.09; s. Tab. 12.20). *Bedeutsame Lebenserfahrungen*, insbesondere *konkrete menschliche Begegnungen*, ob mit Klienten, therapeutischen Vorbildern oder bedeutsamen Personen im außertherapeutischen Kontext, scheinen als die zentralen Entwicklungsfaktoren der Therapeutischen Haltung (als „trait“) verstanden zu werden (Hypothesen II.12 und II.14; s. Tab. 12.21). *Soziokulturelle oder biologische Bedingungen* scheinen als Entwicklungsbedingungen in den Konzepten der Befragten keine Rolle zu spielen (Hypothesen II.15 und II.16; s. Tab. 12.21).

allgemeine Forschungsfrage III: Welche spezifizierenden Eigenschaften der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Mit *Akzeptanz, Wertschätzung* sowie *Empathie und Interesse* scheinen viele Psychotherapeuten dimensionale Merkmale zur Charakterisierung der Therapeutischen Haltung zu nutzen, die sich mit zwei der aus der klientenzentrierten Therapie bekannten Bedingungen auf Therapeutenseite, nämlich „unbedingte positive Aufmerksamkeit“ (Rogers, 1982, S. 75) und „empathisches Verstehen“ (ebd., S. 76), weitestgehend decken (Hypothesen III.01, III.02 und III.06; s. Tab. 12.22). Mit dem Ausmaß an *Kooperation, Direktivität* und *individueller Gestaltung* werden auf die Gestaltung des Therapieprozesses bezogene Dimensionen zur Beschreibung der Haltung häufig verwendet (Hypothese III.03, III.04 und III.07; s. Tab. 12.22), die sich inhaltlich möglicherweise nur schwer klar voneinander abgrenzen lassen. Als deren gemeinsame Hintergrundvariable könnte das Ausmaß an aktiver Einbindung des Klienten in die Prozessgestaltung gesehen werden. Die auf den Therapeuten selbst bezogenen Haltungsdimensionen *kritische Reflexion* sowie *konzentrierte und achtsame Wahrnehmung* (Hypothesen III.05 und III.08; s. Tab. 12.22) könnten eventuell ähnlich der im Kontext der Fachliteratur postulierten formalen Dimension der *Bewusstheit* verstanden werden (s.o. Kap. 14.2.1).

allgemeine Forschungsfrage IV: Welche Annahmen bezüglich der Erfassbarkeit der Therapeutischen Haltung lassen sich aus der Verwendung des Begriffs rekonstruieren?

Bezüglich der Perspektive der Erfassbarkeit lässt sich auf Basis der Experteninterviews vermuten, dass Psychotherapeuten die Therapiesitzung als den Kontext ansehen, in welchem sich die Therapeutische Haltung am deutlichsten zeigt (Hypothese IV.01; s. Tab. 12.23), tendenziell aber auch im *Kontakt mit Kollegen*, z.B. in der Supervision (Hypothese IV.02; s. Tab. 12.23). Als deutlichster Indikator des Konstrukts scheint das *offene Verhalten von Therapeuten* gesehen zu werden (Hypothese IV.03; s. Tab. 12.23), tendenziell auch dessen *verdecktes Verhalten*, z.B. Überzeugungen (Hypothese IV.04; s. Tab. 12.23), oder *Aspekte des Gesprächs*, wie z.B. die Verteilung der Gesprächsanteile (Hypothese IV.05; s. Tab. 12.23). Im Vergleich zu offenem Verhalten spielen aber sowohl verdecktes Verhalten der Therapeuten als auch *physiologische Indikatoren* (z.B. Blutdruck) eine wesentlich geringere Rolle (Hypothesen IV.07 und IV.08; s. Tab. 12.23). Was die Erfassung der Therapeutischen Haltung betrifft, scheinen Therapeuten davon auszugehen, dass *Beobachtung*, v.a. des Verhaltens von Therapeuten in Sitzungen, eine besonders geeignete Methode darstellt (Hypothese IV.09; s. Tab. 12.24), tendenziell auch *Interview* oder *Fragebogen bzw. Test* (Hypothesen IV.10 und IV.11; s. Tab. 12.24). Die Annahmen hinsichtlich der Perspektive der Erfassbarkeit, d.h. *Therapiesitzung* als zentraler Kontext, *offenes Verhalten des Therapeuten* als Hauptindikator und *Verhaltensbeobachtung* als ergiebigste Erhebungsmethode sind in sich konsistent, ebenso wie die seltener getroffenen Annahmen, dass *verdecktes Verhalten von Therapeuten* als Indikator und *Interview* sowie *Fragebogen/Test* als Erhebungsinstrumente nützlich seien.

14.2.3 Präzisierung und theoretische Einbettung

In Kapitel 13 wurde der Begriff der Therapeutischen Haltung auf Basis der zuvor inhaltlich diskutierten Ergebnisse der Bedeutungsanalyse (s. Kap. 13.2) präzisiert und theoretisch eingebettet (s. Kap. 13.3). Dazu musste zunächst von der bisherigen, an den Perspektiven auf die Hauptfrage orientierten Darstellungsweise (s. Kap. 8.2) abgewichen werden um eine schrittweise Präzisierung zu erlauben (s. Kap. 13.3.3.1). Nachdem in Abschnitt 13.3.3 eine *Arbeitsversion* vor dem Hintergrund zu berücksichtigender Bedeutungsaspekte aus Interviewstudie und Literaturüberblick entwickelt und erläutert wurde (s. Tab. 13.05 und 13.06), erfolgte die *abschließende Explikation* (s. Kap. 13.3.5, Tab. 13.09) nach der Einbettung der Arbeitsversion in ausgewählte Begriffssysteme (s. Kap. 13.3.4). Abgerundet wurde die Begriffsexplikation mit der Darstellung erster Ideen für eine zukünftige Operationalisierung (s. Kap. 13.3.5). Der Begriff der Therapeutischen Haltung wurde in Abschnitt 13.3.5 wie folgt expliziert:

Die „Therapeutischer Haltung“ wird bestimmt als Art und Weise der Realisierung therapiebezogener Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen (sowie deren Art und Strukturierungsweise) von Therapeuten in therapiebezogenen Situationen.

Die Therapeutische Haltung wird also als *komplexes Relationsgefüge zwischen konkretem Verhalten und kognitiver Organisation* von Therapeuten in therapielevanten Situationen bestimmt. Im Zentrum der Begriffsbedeutung stehen *Beziehungen* und deren Merkmale, eher mittelbar nur das Verhalten selbst (als Indikator) und dessen psychologische Hintergründe (als Erklärungsmöglichkeit). Als für das Konzept der Haltung wesentliche Merkmale dieser Beziehungen wurden in Abschnitt 13.3.5 drei Varianten der *Konsistenz* vorgeschlagen. Innerhalb der kognitiven Organisation, d.h. zwischen den vertretenen Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen, ist *Vereinbarkeit* (i.S. der Konsistenztheorien, vgl. Peus, Frey & Braun, 2011) das zentrale Merkmal, ebenso zwischen Verhalten und kognitivem Hintergrund (z.B. Überzeugungen). Die Art und Weise der Realisierung kann ferner durch *situationsübergreifende Stabilität*, i.S. der Identifizierbarkeit zeitstabiler Verhaltensmuster (z.B. Empathie, Neutralität, Kooperation), sowie die *Synchronität* der unterscheidbaren Realisierungsmodalitäten (kognitiver, physiologischer, verhaltensbezogener Reaktionen) charakterisiert werden. Synchronität kann damit möglicherweise mit den Konzepten der Echtheit, Kongruenz oder auch therapeutischen Präsenz in Verbindung gebracht werden (vgl. Kolden et al., 2011; Rogers, 1982). Eher sekundär ergibt sich die Annahme der Eigenschaften *Bewusstheit*, d.h. die Relation zwischen von externen Beobachtern rekonstruierbarer Haltung (ggf. anhand „objektiver“ Maße) und von der betreffenden Person selbst reflektierten Haltungsaspekten, sowie die *hierarchische Strukturierung*, d.h. die auf Über-/Unterordnung (funktional, meronomisch oder taxonomisch) basierende Organisation des kognitiven Hintergrundes (ähnlich der Planstruktur, vgl. Caspar, 2007; s. auch Kap. 7.3 sowie 13.3.4.1). Die Spezifizierung der Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen als „therapiebezogen“ wurde in den Abschnitten 13.3.3.3 und 13.3.5.2 wie folgt weiter präzisiert:

Als „therapiebezogen“ werden Überzeugungen, Einstellungen und Annahmen von Therapeuten bezüglich des *moralischen Wertes, der Fähigkeiten und Fertigkeiten, der psychosozialen Defizite und Potentiale von Klienten*, bezüglich *Variablen zwischenmenschlicher Beziehungen, die für Veränderung in psychosozialen Krisen relevant sind sowie denjenigen Ausprägungen, welche zu positiven Effekten führen*, bezüglich *grundlegender Prozesse menschlicher Veränderung und diese anregender Prozeduren/Methoden* sowie bezüglich derjenigen *Merkmale der eigenen Person, welche die relevanten Variablen des Therapie- und Veränderungsprozesse beeinflussen (insb. in positiver Weise)* verstanden.

Angesprochen werden also drei übergeordnete Bezugspunkte: der Klient, der therapeutische (Veränderungs-)Prozess und der Therapeut selbst. Damit stellt sich die Therapeutische Haltung als ein die meisten Therapeutenvariablen (vgl. Beutler et al., 2004; s. Kap. 5.3.2 sowie 13.3.4.2) organisierendes Personmerkmal dar, das per definitionem in den Therapieprozess komplex funktional/kausal eingebunden ist (vgl. Orlinksky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Als Möglichkeit der Erfassung wurde in Abschnitt 13.4 die *methodische Kombination* eines an der Plananalyse orientierten Verfahrens auf Basis systematischer Verhaltensbeobachtung (s. Kap. 7.3.1 und 7.3.5) mit einem am ThAt orientierten Instrument zur Erfassung der Selbstbeschreibung (s. Kap. 6.4.2) vorgeschlagen.

14.2.4 Nebenfragen

Zwei Fragen wurden in Abschnitt 8.3 formuliert, deren Beantwortung sich quasi als „Nebenprodukt“ der Bedeutungsanalyse ergeben. Zum einen wurden im Rahmen der Interviewstudie projektbezogene Daten in einem Kurzfragebogen erhoben (s. Kap. 10.2.2.1), die einen Beitrag zur Beantwortung der Nebenfrage V „*Welche Relevanz messen die angeschriebenen Psychotherapeuten dem Begriff der Therapeutischen Haltung bei?*“ (s. Tab. 8.01) leisten können. Zum anderen wurden im Kontext der Bedeutungsanalyse häufig codierte Kategorien statistischen Tests unterzogen (s. Kap. 10.4.5), um so den Fundierungsgrad der materialgeleitet generierten Hypothesen zu bestimmen (s. Kap. 12.6). Auf dieser Basis können einige Ergebnisse im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage VI „*Inwiefern unterscheiden sich die Haltungskonzepte von Psychotherapeuten hinsichtlich ausgewählter personenbezogener Variablen?*“ (s. Tab. 8.01) berichtet werden. Während die Frage nach der Relevanz auf Basis aller auswertbaren Kurzfragebögen ($N = 104$) beantwortet werden soll, wird diejenige nach unterschiedlichen Konzepten auf Basis der Stichprobe der telefonisch Interviewten ($N = 40$) bearbeitet (s. Kap. 10.2.2; Begründung der Stichprobenwahl s. Kap. 10.4.5).

14.2.4.1 Zur Relevanz der Therapeutischen Haltung

Hinsichtlich der Frage nach der Relevanz lässt sich berichten, dass die *Wichtigkeit der Therapeutischen Haltung* gemessen mittels visueller Analogskalen (Wertebereich zw. 0 und 10) unabhängig von Teilnahmestatus (s. Kap. 10.2.2) und wichtigen Personenmerkmalen (u.a. Geschlecht, Alter, Profession) insgesamt als *hoch* eingeschätzt wird ($MW = 8,24$; $SD = 1,33-1,44$, je nach Vergleich, s.u.; s. auch Tab. 10.07). Dem gegenüber stehen signifikant *geringere Werte* bezüglich des *Ausmaßes der bisherigen Konfrontation* mit dem Thema ($MW = 5,32$; $SD = 2,03$; $t(100) = 15,56$, $p < .001$, $d = 1.55$), des *Stellenwerts der Haltung* in der Ausbildung ($MW = 5,60$; $SD = 2,92$; $t(98) = 8,91$, $p < .001$, $d = .90$) sowie der *Angemessenheit dieses Stellenwertes* ($MW = 5,34$; $SD = 2,03$; $t(99) = 8,34$, $p < .001$, $d = .84$). Deutliche Unterschiede bezüglich der Einschätzung des Stellenwerts der Therapeutischen Haltung in der Ausbildung sowie dessen Angemessenheit ergeben sich zwischen den Teilnehmern mit *Kassenzulassung für Verhaltenstherapie* (incl. PPIA) und denjenigen mit Zulassung für *psychodynamisch orientierte Verfahren* (s. Abb. 10.04). Teilnehmer mit Zulassung VT schätzten den Stellenwert signifikant geringer ein als ihre psychodynamisch orientierten Kollegen ($MW = 4,87$; $SD = 2,83$ vs. $MW = 6,60$; $SD = 2,74$) ($t(99) = 3,04$; $p < .005$; $g = .62$), die Angemessenheit der Thematisierung in der Ausbildung ebenfalls ($MW = 4,59$; $SD = 3,4$ vs. $MW = 6,42$; $SD = 2,84$) ($t(99) = 2,84$; $p < .005$; $g = .59$).

Zusammenfassend wird die Relevanz der Therapeutischen Haltung also zwar als *hoch* eingeschätzt, der diesem Thema insbesondere in der Ausbildung beigemessene Stellenwert sowie dessen Angemessenheit aber nur als *durchschnittlich*. Die Diskrepanz scheint zudem vor dem Hintergrund einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung als *deutlich größer* empfunden zu werden, als in psychodynamisch orientierten Ausbildungen. Damit spiegelt die Auswertung projektbezogener Daten aus den Kurzfragebögen den im Rahmen

der Literaturübersicht gewonnenen Eindruck wider, dass die Therapeutische Haltung als *relevant* empfunden, aber *unzureichend thematisiert* und zudem im psychodynamischen *präsender* als im verhaltenstherapeutischen Kontext zu sein scheint (s. Kap. 14.2.1).

14.2.4.1 Zu Gruppenunterschieden in Haltungskonzepten

Hinsichtlich der Frage nach den *Unterschieden der Haltungskonzepte* von Psychotherapeuten *in Abhängigkeit ausgewählter personenbezogener Variablen* lassen sich Ergebnisse unter Rückgriff auf deren Darstellung in Kapitel 12 zusammenfassend berichten (s. insb. Kap. 12.2.2, 12.3.2, 12.4.2, 12.5.2 und 12.6). Dabei werden die dichotomen Merkmale *theoretische Orientierung* (Verhaltenstherapie vs. psychodynamisch orientierte Verfahren), *akademische Vorbildung* (Psychologie- vs. Medizinstudium) und *Geschlecht* (weiblich vs. männlich) berücksichtigt.

Theoretische Orientierung. Dass nur zwei der 20 approbierten Verhaltenstherapeuten im Gegensatz zu zehn der 20 psychodynamisch arbeitenden Therapeuten die *psychoanalytische Haltung* als Unterbegriff nennen ($\chi^2 = 7,619$; $p < 0.05$; $w = 1.21$), ist vor dem Hintergrund der Orientierung wenig verwunderlich. Dass aber nur zwei von 20 psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten im Vergleich zu acht von 20 Verhaltenstherapeuten ($\chi^2 = 4,8$; $p < 0.05$; $w = .76$) die *Beziehungsgestaltung* als einen konstitutiven Teil der Haltung verstehen, scheint insofern überraschend, als die Therapiebeziehung in psychodynamischen Verfahren das zentrale Medium der Konfliktbearbeitung darstellt (vgl. Prochaska & Norcross, 2010). Von 17 der 20 Verhaltenstherapeuten wurden im Gegensatz zu zehn der 20 psychodynamisch orientierten Therapeuten *stabile Therapeutenmerkmale* (z.B. Bewältigungsstil, Normen, Menschenbild) als Einfluss auf die Haltung genannt ($\chi^2 = 5,584$; $p < 0.05$; $w = .88$). Bezüglich der spezifischeren *kognitiven Strukturen* der Therapeuten als stabiler Einfluss ist dieser Unterschied mit 17 von 20 Verhaltenstherapeuten vs. nur sechs von 20 psychodynamisch Orientierten noch gravierender ($\chi^2 = 12,379$; $p < 0.01$; $w = 1.95$). „Ressourcenorientierung“ konnte aus lediglich drei der 20 Interviews mit psychodynamisch orientierten Approbierten im Gegensatz zu 15 der 20 approbierten Verhaltenstherapeuten codiert werden ($\chi^2 = 14,545$; $p < 0.001$; $w = 2.3$), „Authentizität/Echtheit“ nur aus einem der 20 mit psychodynamisch orientierten Therapeuten im Vergleich zu acht der 20 mit Verhaltenstherapeuten geführten Interviews ($\chi^2 = 7,025$; $p < 0.01$; $w = 1.11$).

Akademische Vorbildung. Wenige relevante Unterschiede lassen sich bezüglich dieses Merkmals berichten. Zum einen sieht nur einer der 18 approbierten Ärzte im Gegensatz zu neun der 22 approbierten Psychologen *theoretische oder philosophische Annahmen* in einer Teil-Ganzes Relation zur Therapeutischen Haltung ($\chi^2 = 6,599$; $p < 0.01$; $w = 1.04$). Zudem ließ sich aus nur zwei der mit den 18 ärztlichen im Gegensatz zu 10 der 22 mit psychologischen Psychotherapeuten durchgeführten Interviews, die Annahme rekonstruieren, dass sich die Haltung auf die *therapeutische Beziehung* auswirke ($\chi^2 = 5,56$; $p < 0.05$; $w = .87$). Im Gegensatz zu nur vier der 22 Psychologen trafen neun der 18 Ärzte Aussagen, welche sich als Annahme verstehen lassen, dass *Fachwissen* eine relevante Dimension zur Kennzeichnung der Therapeutischen Haltung darstellt ($\chi^2 = 4,569$; $p < 0.05$; $w = .72$).

Geschlecht. Nur drei der 20 weiblichen im Gegensatz zu neun der 20 männlichen Approbierten nennen die *psychoanalytische Haltung* als Unterbegriff ($\chi^2 = 4,286$; $p < 0.05$; $w = .68$). Ebenso wird die *verhaltenstherapeutische Haltung* als Unterbegriff von nur 2 der 20 weiblichen im Vergleich mit acht der 20 männlichen Approbierten genutzt ($\chi^2 = 4,8$; $p < 0.05$; $w = .76$). Nur drei weibliche Teilnehmer im Gegensatz zu neun der männlichen scheinen von einem Einfluss der Haltung auf *gesellschaftliche Bedingungen* (z.B. Toleranz in der Gesellschaft) auszugehen ($\chi^2 = 4,286$; $p < 0.05$; $w = .68$). Während acht der 20 weiblichen Approbierten *Aspekte des Settings* (z.B. Regelung des Ausfallhonorars, Raumgestaltung) als Indikatoren der Therapeutischen Haltung benannten, vertraten nur zwei ihrer 20 männlichen Kollegen diese Ansicht ($\chi^2 = 4,8$; $p < 0.05$; $w = .76$).

Zusammenfassend deuten sich in den oben referierten Ergebnissen systematische Unterschiede hinsichtlich verschiedener Aspekte eines Haltungsbegriffs an. Insbesondere scheint sich die *theoretische Orientierung* in Unterschieden bezüglich der als relevant erachteten *Dimensionen der Haltung* niederzuschlagen, möglicherweise auch die akademische Vorbildung. Dieser auf Basis geringer Stichprobengröße und methodischer Besonderheiten (s.u., Kap. 14.3) vorsichtig zu interpretierende Befund deckt sich mit Ergebnissen der Fragebogenuntersuchungen mittels TASC (s. Kap. 6.4.3.1). In diesen spiegelte sich die theoretische Orientierung der Teilnehmer in unterschiedlichen Ausprägungen der Subskalen wider (vgl. z.B. Klug et al., 2008), welche allerdings nicht den hier berichteten Dimensionen entsprechen. Insgesamt stand die Analyse von Gruppenunterschieden nicht im Fokus der Arbeit, die eben berichteten ausgewählten Ergebnisse bieten jedoch Anlass zu vertieften Untersuchungen (s.u., Kap. 14.4.2)

14.3 Methodische Diskussion der Explikation

Im folgenden Abschnitt soll das methodische Vorgehen bei der Begriffsexplikation diskutiert werden. In der vorliegenden Arbeit bildete die Bedeutungsanalyse den Schwerpunkt der Explikation, die aufgrund des qualitativ-inhaltsanalytischen Schwerpunkts sowohl im Sinne der Gütekriterien qualitativer Forschung (s. Kap. 14.3.1.1) als auch inhaltsanalytischer Gütekriterien diskutiert wird (s. Kap. 14.3.1.3). Sofern quantitative Schritte gemacht wurden, werden diese innerhalb der thematisch entsprechenden Diskussionspunkte berücksichtigt. Dazwischen werden einige die Interviewmethodik betreffende Diskussionspunkte erörtert (s. Kap. 14.3.1.2). Auf die Diskussion der Bedeutungsanalyse folgt die der Präzisierung und theoretischen Einbettung (s. Kap. 14.3.1.2).

14.3.1 Bedeutungsanalyse

14.3.1.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

In Kapitel 3 waren eine Reihe methodologischer Prinzipien und Gütekriterien qualitativer Forschung vorgestellt worden, die sich teilweise überschneiden (s. Kap. 3.3.2 und 3.3.3). Tabelle 14.03 (s.u.) fasst diejenigen Kriterien zusammen, hinsichtlich derer die vorliegende Bedeutungsanalyse methodisch diskutiert werden soll (vgl. insb. Mayring, 2002; s. auch Breuer, 2010; Lamnek, 2010;), da sie gleichermaßen für die gewählte Auswertungs- wie auch Erhebungsmethode gelten (vgl. Gläser & Laudel, 2009).

Tab. 14.03. Qualitative Prinzipien und Gütekriterien;

- Theoretische Offenheit
- Regelgeleitetheit
- Genaue Verfahrensdokumentation
- Argumentative Absicherung
- Gegenstandsangemessenheit

Wie Tabelle 14.03 (s.u.) zu entnehmen, wurde das Kriterium der *Kommunikativen Validierung*, das u.a. von Mayring (2002) wie auch anderen Autoren diskutiert wird (vgl. u.a. Flick, 2005; Lamnek, 2010), hier bewusst nicht angelegt. Im Rahmen der Bedeutungsanalyse standen nicht die subjektiven Konzepte Therapeutischer Haltung im Fokus, wie sie von den Befragten *bewusst* formuliert werden, sondern wie sie sich aus der *Verwendungsweise* des Begriffs rekonstruieren lassen (s. Kap. 1.3, 2.4 und 8.1.1). Kommunikative Validierung würde nicht die Validität erhöhen, sondern eine andere Fragestellung bedienen. Ebenso wenig wurde eine *Triangulation* der Daten realisiert (vgl. Mayring, 2002). Zwar wurden die Interviews im Rahmen der in das Projekt eingegliederten Diplomarbeiten auch auf Einzelfallebene ausgewertet (vgl. Hümmer & Kuraszkiewicz, 2012; Mohr & Kohler, 2012; Sauer, 2012), auf eine Gegenüberstellung mit den in der vorliegenden Arbeit erzielten Ergebnissen wurde jedoch verzichtet, um den Rahmen nicht zu sprengen.

Das Vorgehen wird daher zunächst vor dem Hintergrund des Spannungsfeldes zwischen theoretischer Offenheit als allgemeinem Prinzip und Regelgeleitetheit als Kriterium diskutiert (vgl. Steigleder, 2008; Gläser & Laudel, 2009). Mit *theoretischer Offenheit* wird zum einen der Verzicht auf vorab festgelegte Hypothesen angesprochen, zum anderen aber auch der auf standardisiertes Vorgehen (vgl. Lamnek, 2010). Insbesondere mit dem zweiten Aspekt könnte die von Mayring (2002) geforderte *Regelgeleitetheit* in Konflikt geraten, worunter die Befolgung bestimmter Verfahrensregeln, sequenzielles Vorgehen anhand festgelegter Analyseschritte und die sinnvolle Strukturierung des Datenmaterials verstanden wird (vgl. ebd.). Im Kontext der Bedeutungsanalyse wurde versucht beide Kriterien so zu berücksichtigen, dass diese dem Anliegen entsprechend balanciert sind.

Theoretische Offenheit wurde insofern realisiert, als sehr wenige inhaltliche Vorannahmen hinsichtlich der *spezifischen Bedeutung* des Begriffs der Therapeutischen Haltung in

die Konstruktion des Interviewleitfadens eingingen (s. Kap. 10.3.1.1). Die den Leitfaden dagegen prägenden theoretischen Annahmen gehen auf allgemeine Überlegungen zurück, wie die Bedeutung eines *beliebigen* Begriffs erfasst werden könnte (s. insb. Kap. 4). Das Interview wurde also so angelegt, dass es gegenüber individuellen Konzepten der Therapeutischen Haltung offen war, aber eine theoretische Strukturierung dessen vorgegeben wurde, was ein *Konzept im Allgemeinen* ausmacht. Der zweite Aspekt der Offenheit, der Verzicht auf ein standardisiertes Vorgehen, wurde insofern beachtet, als kein vorliegendes Messinstrument angewendet, sondern das Instrumentarium in Form eines Codierleitfadens (s. Anhang H) *in Auseinandersetzung mit dem Material entwickelt* wurde (s. insb. Kap. 10.4).

Dem Kriterium der **Regelgeleitetheit** im Sinne Mayrings (2002) wurde insofern nachgekommen, als an verschiedenen Stellen *Verfahrensregeln* befolgt wurden, wie bei der Konstruktion des Interviewleitfadens (s. Kap. 10.3.1.1 und 10.3.1.2), der manualisierten Interviewdurchführung (s. Kap. 10.3.1.3 und Anhang D), der Transkription (s. Kap. 10.3.2.2 und Anhang E), der Paraphrasierung (s. Kap. 10.3.2.3), der Kategorienkonstruktion (s. Kap. 10.4.1.2) sowie der Codierung (s. Kap. 10.4.1.2, 11.2.3 und Anhang H). Wie über das gesamte Kapitel 10 nachzuverfolgen, wurde die Bedeutungsanalyse anhand *vorab festgelegter Analyseschritte sequenziell durchgeführt* (s. Kap. 10.1.1), das Datenmaterial wurde in *sinnvolle Analyseeinheiten strukturiert* (s. Kap. 10.4.1.2).

Genaue Verfahrensdokumentation gilt als ein zentrales Gütekriterium, da die gewählten „Methoden meist speziell für diesen Gegenstand entwickelt oder differenziert werden“ (Mayring, 2002, S. 145). Zu dokumentieren sind Vorwissen, Analyseinstrument sowie die Durchführung, d.h. Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung in einer Genauigkeit, die das für quantitative Forschung übliche Maß übersteigt (vgl. ebd.). Diesem Kriterium wurde in der vorliegenden Arbeit entsprochen, indem *wissenschaftstheoretisches, methodologisches und methodisches Vorverständnis* in den Kapiteln 2, 3 und 9 ausführlich erarbeitet wurden. Das *inhaltliche Vorwissen* wurde in den Kapiteln 1 sowie 4-7 detailliert dargelegt. Das im Rahmen der Bedeutungsanalyse zentrale *Analyseinstrumentarium* ist in Form eines ausführlichen Codierleitfadens dokumentiert (s. Anhang H), ebenso wie dessen Entwicklung in Kapitel 10 und dessen formale und inhaltliche Struktur in Kapitel 11. Die Bedeutungsanalyse wurde angelehnt an die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt, wobei alle methodischen Phasen in einem *detaillierten Ablaufschema* veranschaulicht (s. KIAM, Abb. 10.01) und im 10. Kapitel ausführlich dargestellt wurden, inklusive der Arbeitsweise des Projekt-Teams. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse ist in mehreren Schritten über die Kapitel 11, 12 und abschließend 13 verteilt detailliert dokumentiert. Insgesamt scheint das Kriterium erfüllt zu sein, wobei diese Annahme z.B. im Rahmen einer *Replikationsstudie* überprüft werden könnte, um die Genauigkeit der Verfahrensdokumentation hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit zu beurteilen. Einschränkend ist an dieser Stelle zu bemerken, dass sich das theoretische Vorwissen, welches in die spätere Untersuchung eingebracht wird, natürlich nicht auf die in den Theoriekapiteln dargestellten Inhalte beschränkt (vgl. Lamnek, 2010, S. 208 f.). Aus hier nicht dokumentiertem Vorwissen möglicherweise resultierende *Wahrnehmungs- und Kategorisierungs-*

präferenzen sollten als potentiell das Ergebnis verzerrende Einflüsse berücksichtigt werden. In zukünftigen, ähnlich gelagerten Untersuchungen wäre hier vielleicht ein *vorgelagertes offenes Interview* hilfreich, in dem sich die Mitglieder des Projekt-Teams gegenseitig befragen. Dadurch ließe sich relevantes Vorwissen verbalisieren und der gemeinsamen Reflektion zugänglich machen, was in der vorliegenden Arbeit im Rahmen der ausführlichen Teamsitzungen zumindest ansatzweise realisiert wurde (s. Kap. 10.1.2).

Die **argumentative Absicherung** betrifft als Gütekriterium insbesondere die Interpretation der Ergebnisse (vgl. Mayring, 2002). Interpretationen sollen nicht einfach „gesetzt, sondern argumentativ begründet werden“ (ebd. S. 145). An dieser Stelle ist die hier gewählte, nicht rein qualitative, sondern quantitativ ergänzte Methodik von Relevanz. Die Interpretationen der Ergebnisse der Bedeutungsanalyse, die in den Abschnitten 12.2.3, 12.3.3, 12.4.3 und 12.5.3 dargestellt wurden, *basieren auf quantitativen Argumenten*, d.h. dem Rückbezug auf relative Häufigkeitsunterschiede in den Codierungen, sowie teilweise auch deren statistischer Überprüfung. Dezidiert zusammengefasst wurde die Interpretation schließlich durch die Generierung von nach quantitativen Kriterien eingeschätzten Hypothesen (s. Kap. 12.6; s. auch Kap. 14.2.2.2). Dabei sind einige methodische Einschränkungen insb. hinsichtlich Repräsentativität und Reliabilität zu beachten, auf die unten eingegangen wird (s. Kap. 14.3.1.2). Wie von Mayring (2002) vorgeschlagen, wurde bei der Interpretation zudem auf *Brüche*, d.h. dem theoretischen Vorverständnis zuwiderlaufende oder überraschende Ergebnisse eingegangen, wie insbesondere in der inhaltlichen Diskussion der Bedeutungsanalyse dokumentiert (s. Kap. 13.2). Eine weitere Verbesserung der argumentativen Absicherung wäre schließlich noch darüber zu erzielen, konsequent „nach *Alternativdeutungen* zu suchen und diese zu überprüfen“ (ebd. S. 145; Hervorheb. durch H.P.), was in der vorliegenden Arbeit nur unsystematisch vorgenommen wurde.

Gegenstandsangemessenheit bzw. „Nähe zum Gegenstand“ (Mayring, 2002) gilt als ein zentrales methodologisches Prinzip qualitativer Forschung (s. Kap. 3.3.2), aber auch als Gütekriterium (vgl. ebd.). Damit verbunden werden die Forderungen, die Methoden ausgehend vom Gegenstand zu *entwickeln* und flexibel an diesen *anzupassen* (Flick, 2005) sowie möglichst nahe an der „*natürliche[n] Lebenswelt* der Beforschten“ (Mayring, 2002, S. 146; Hervorheb. durch H.P.) zu bleiben. Entwicklung und Anpassung der beiden zentralen Instrumente der Arbeit, Interviewleitfaden (ILF, s. Anhang D) und Codierleitfaden (s. Anhang H), wurden den ersten beiden Forderungen in unterschiedlichem Ausmaß gerecht. Während der ILF eher *theoriegeleitet konstruiert* (s. Kap. 10.3.1.1), im Interview *manualisiert durchgeführt* wurde (s. Kap. 10.3.1.3) und somit wenig Spielraum für flexible Anpassung ließ, wurde der Codierleitfaden und das damit korrespondierende Kategoriensystem in ständigem *Wechsel theorie- und materialgeleiteter Konstruktion* (s. Kap. 10.4.2) den zu analysierenden Daten angepasst. Die Erfassung der Verwendung des Haltungskonzeptes im natürlichen Kontext der Beforschten schien schwer zu realisieren, da die Wahrscheinlichkeit, entsprechend zufällige Gespräche mit diesem Thema in einer naturalistischen Studie zu erfassen, als äußerst gering eingeschätzt werden dürfte. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde dies daher nicht realisiert, sondern versucht eine gewisse Form von „*Natürlichkeit*“ durch den Einbau von Fragen in den Leitfaden zu erreichen, welche die

Befragten dazu anregen sollten, auch über *Erfahrungen* zu erzählen, oder *Beispiele* aus ihrem Alltag einzubringen (s. dazu ILF in Anhang D). Das Kriterium der Gegenstandsangemessenheit scheint damit nur teilweise erfüllt zu sein, wodurch möglicherweise relevante Aspekte der Begriffsverwendung ausgeschlossen wurden. Aufgrund der kaum zu überbrückenden Schwierigkeiten, die vorliegende Fragestellung in einem naturalistischen Design zu beantworten, wurde diese Einschränkung aber in Kauf genommen.

14.3.1.2 Leitfadenkonstruktion und Experteninterviews

Hinsichtlich der Qualitätssicherung von Leitfadenkonstruktion und der Durchführung von Experteninterviews finden sich zwar viele Vorschläge in der Literatur, die jedoch nicht als Gütekriterien systematisiert sind (vgl. Gläser & Laudel, 2009; Lamnek, 2010). An dieser Stelle sollen nur einige wichtige Kritikpunkte herausgegriffen werden, u.a. auch, da die Stärken und Schwächen des gewählten Vorgehens schon im Rahmen des Abschnittes 10.3.1 kommentiert wurden. Für eine vertiefte Diskussion der Erhebungsmethode sei auf die Diplomarbeit von Mohr und Kohler (2012) verwiesen, die sich damit ausführlicher auseinandersetzen.

Was die *Leitfadenkonstruktion* betrifft, lässt sich dessen Standardisierung kritisch betrachten, welche natürliche Gesprächsentwicklungen behindern und somit zu Informationsverlust führen könnte (vgl. Lamnek, 2010). Im Sinne der besseren Vergleichbarkeit der erhobenen Daten (vgl. Gläser & Laudel, 2009), wurde zugunsten einer gewisse *Standardisierung* entschieden, wobei die Interviewer aber angewiesen waren, die im Leitfaden ausformulierten Fragen (s. Anhang D) ihrem Sprachgebrauch anzupassen. Auch das *Telefon-Setting*, in welchem 40 der 50 in die Auswertung eingehenden Interviews durchgeführt wurden, wird teilweise als ungünstig dargestellt, u.a. da nonverbale Information verloren geht (vgl. Lamnek, 2010). Im Sinne der Forschungsökonomie wurde dennoch die Telefon-Variante als zentrales Setting gewählt, auch vor dem Hintergrund optimistischerer Einschätzungen anderer Autoren (vgl. Christmann, 2009). Zumindest hinsichtlich Interviewdauer als auch einer Reihe von Codierungsergebnissen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Settings, sofern Berechnungen auf Grund der geringen Stichprobengröße ($N(\text{face-to-face}) = 10$) möglich waren (s. Kap. 10.3.1.4 und Kap. 12). Durch die Anordnung der Fragen im Interview wurde versucht mögliche „*Primingeffekte*“ (Bortz & Döring, 2006, S. 251; Hervorheb. im Orig.) zu vermeiden, u.a. wurden die Teilnehmer zunächst zu freier Assoziation, dann zur Beantwortung bedeutungsrelevanter Fragen und erst abschließend zur expliziten Definition des Begriffs der Therapeutischen Haltung aufgefordert. Ausschließen lassen sich diese Effekte jedoch nicht. U.a. mag schon durch die Bekanntgabe des Themas im Anschreiben (s. Anhang B) sowie das Ausfüllen des KFB (s. Anhang C) eine Beschäftigung mit dem Konzept angeregt worden sein, deren Effekt durch die genannte Fragenabfolge nicht abgefedert werden kann.

Ein weiteres Problem, das am Übergang von Datenerhebung zur Auswertung anzusiedeln ist, betrifft schließlich den *inhaltlichen Bezug der Äußerungen zur gestellten Frage*. So mag auf eine Frage mit klarem Bezug zur Therapeutischen Haltung als Thema, eine Reihe von

Sätzen als Antwort produziert werden, die den Begriff der Haltung nicht mehr explizit aufgreifen. Dadurch wird die spätere Codierung erschwert, da die von Frage und Interviewkontext isolierte Aussage kaum noch interpretiert werden kann. Gelöst wurde dieses Problem, indem die transkribierten Aussagen unter Bezug zu gestellten Fragen und Interviewkontext paraphrasiert wurden (s. Kap. 10.3.2.3). Sofern nötig, wurde dieser Bezug, in Anlehnung an die inhaltsanalytische Technik der engen Kontextanalyse (vgl. Mayring, 2010a; s. auch Kap. 9.3.2.2) in den entsprechenden Dokumenten vermerkt (auf Anfrage beim Autor einsehbar). Trotz diskutierter Einschränkungen scheint die Datenerhebung mit der gewählten Interviewform, dem ausführlichen Manual (s. Anhang D) und der von Teamsupervisionen begleiteten Durchführung, eine insgesamt *adäquate Basis* für die weitere inhaltsanalytische Auswertung und Interpretation in Richtung der Fragestellung zu bieten.

14.3.1.3 Inhaltsanalytische Gütekriterien

In Kapitel 9 waren spezifische inhaltsanalytische Gütekriterien vorgestellt worden, die auf Krippendorff (1980, nach Mayring, 2010a; s.o. Abb. 9.01) zurückgehen. Folgende Tabelle 14.04 fasst diejenigen Kriterien zusammen, welche auf das inhaltsanalytische Vorgehen in der vorliegenden Arbeit angewendet werden sollen.

Tab. 14.04. Spezifisch inhaltsanalytische Gütekriterien;

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Semantische Gültigkeit • Stichprobengültigkeit • Reliabilität |
|---|

Insgesamt berichtet Mayring (2010a) acht Kriterien (s. Kap. 9.3.1.5, Abb. 9.01) von denen drei im Folgenden berücksichtigt werden (s. Tab. 14.04). Mit korrelativer Gültigkeit, Vorhersagegültigkeit und Konstruktvalidität wurden drei Kriterien ausgeschlossen, deren Anwendung noch nicht möglich erscheint. Unter *korrelativer Gültigkeit* wird „die Validierung durch Korrelation mit einem Außenkriterium“ (ebd. S. 119) verstanden, die allerdings nur dann möglich ist, „wenn bereits Ergebnisse einer Untersuchung mit ähnlicher Fragestellung und ähnlichem Gegenstand vorliegen“ (ebd.). Da dies nicht der Fall zu sein scheint (s. Kap. 6; s. auch o., Kap 14.2.1), kann das Kriterium nicht angewendet werden. Eine gewisse Annäherung daran wurde lediglich durch die Diskussion der Ergebnisse der Bedeutungsanalyse vor dem Hintergrund des Literaturüberblicks versucht (s. Kap 13.3). *Vorhersagegültigkeit* kann durch Ableitung von Prognosen und die Feststellung deren Vorhersagekraft überprüft werden (vgl. ebd.), was prinzipiell gut möglich wäre, da die Ergebnisse der Bedeutungsanalyse ja explizit als Hypothesen formuliert wurden (s. Kap. 12.6). Allerdings ist die Arbeit als explorative Studie angelegt, mit dem Ziel der Hypothesenkonstruktion und nicht deren Testung (s. Kap. 1.4 und 3.5), weswegen die Überprüfung der Vorhersagegültigkeit nachfolgenden Untersuchungen überlassen bleibt. *Konstruktvalidität* wäre nur dann überprüfbar, „wenn neben dem zu prüfenden Test oder Fragebogen ausschließlich gut gesicherte Instrumente verwendet werden und die getesteten Hypothe-

sen Gültigkeit besitzen“ (Bortz & Döring, 2006, S. 201). Da weder verlässliche Theorien noch Messinstrumente für diesen Zweck vorliegen, kann dieses Kriterium nicht überprüft werden. Die in obiger Tabelle 14.04 genannte Reliabilität wird von Mayring (ebd.) weiter in *Stabilität*, *Reproduzierbarkeit* und diese beiden zusammenfassende *Exaktheit* unterteilt. Wie bereits im Kontext der Berechnung der Inter-Coder-Reliabilität (ICR) bemerkt (s. 10.4.4), wird die Reliabilität in der vorliegenden Arbeit aus pragmatischen Gründen lediglich im Sinne der Reproduzierbarkeit überprüft (s.u.), was zwar nicht dem höchsten Standard, aber der durchaus üblichen Vorgehensweise bei inhaltsanalytischen Studien entspricht (vgl. ebd.; Kuckartz, 2012).

Mit **semantischer Gültigkeit** ist die „Richtigkeit der Bedeutungsrekonstruktion des Materials“ (Mayring, 2010a, S. 119) gemeint, die sich „in der Angemessenheit der Kategoriendefinition“ (ebd.) zeigt. Überprüfen ließe sich diese u.a. durch *semantischen Vergleich* von Paraphrasen mit den diese umfassenden Kategorien, oder der Paraphrasen einer Kategorie miteinander (vgl. ebd.). In der Darstellung Mayrings (ebd.) ist dieses Kriterium vergleichsweise „weich“, da letztendlich ein subjektives Urteil gefällt werden muss, ob der Vergleich als semantisch gültig gesehen werden kann, wozu u.a. „Expertenurteile“ (ebd., S. 119) vorgeschlagen werden. In der vorliegenden Arbeit wurde versucht diesem eigentlich materialorientierten Validitätskriterium *prozessorientiert* zu entsprechen, d.h. im Rahmen fortlaufender Diskussionen im Projekt-Team während der Konstruktion der Kategoriensysteme (s. Kap. 10.1.2). Durch ausführliche Kategoriexplikationen (s. Kap. 11.2.3, s. auch Anhang H) soll ein möglichst eindeutiger semantischer Bezug von Kategorien zu den darin codierten Paraphrasen erreicht werden. Inwiefern semantische Gültigkeit damit ausreichend vorliegt, bleibt aber letztlich eine Frage des Konsens (vgl. Bortz & Döring, 2006), wobei sowohl die Systeme als auch deren Kategorien differenziert zu betrachten sind, worauf auch die unterschiedlich günstigen Reliabilitätskoeffizienten (s.u.) hinweisen.

Stichprobengültigkeit bezieht sich auf die auch im Rahmen anderer Forschungsmethoden üblichen Anforderungen an die Stichprobenziehung (vgl. Mayring, 2010a). Hinsichtlich dieses Kriteriums werden in inhaltsanalytischen Standardwerken wenige (vgl. Mayring, 2010a) bis gar keine systematischen Überlegungen angestellt (vgl. Kuckartz, 2012; Rustemeyer, 1992). Das in nomothetischer Tradition hinter der Frage der Stichprobenauswahl stehende zentrale Kriterium ist die *Repräsentativität* (vgl. Bortz & Döring, 2006), wohingegen im qualitativ orientierten Kontext oft eher *Relevanz* als zentral gilt (vgl. Flick, 2005, S. 106), weswegen in diesem Kontext das sog. „theoretische Sampling“ (ebd. S. 102) etabliert hat. In der vorliegenden Arbeit mussten beide Kriterien gegeneinander abgewogen werden, da zum einen möglichst *viele und reichhaltige Aspekte subjektiver Konzepte* der Therapeutischen Haltung erfasst werden sollten, was die Relevanz in den Vordergrund rückt und eher für eine kleine, intensiv zu untersuchende Stichprobe spricht. Zum anderen sollten aber auch *Hypothesen zur allgemeinen Verwendung* des Begriffs konstruiert werden, was eine gewisse Repräsentativität der „Datenbasis“ erfordert und für eine größere Stichprobe spricht. Gelöst wurde dieses Abwägungsproblem, indem eine bestimmte Gruppe als „Experten“ für die Verwendung des Begriffs deklariert wurde (s. Kap. 10.2.1.1), bezüglich derer dann eine möglichst repräsentative Stichprobe im Sinne der *geschichteten*

Stichprobenziehung gewonnen werden sollte (s. Kap. 10.2.1.2). Dabei wurde auf die Gleichverteilung hinsichtlich Geschlecht (weiblich vs. männlich), akademischer Vorbildung (medizinisch vs. psychologisch) und theoretischer Orientierung (psychodynamisch vs. verhaltenstherapeutisch) geachtet. Für die *Telefoninterview-Stichprobe* lassen sich Akquise und Teilnahmebereitschaft in Abbildung 10.02 nachverfolgen. Einschränkend ist bezüglich dieser Stichprobe zu bemerken, dass aus forschungspraktischen Gründen nur *approbierte* Psychotherapeuten mit *Kassensitz* aus den Bundesländern *Bayern, Hessen* und *Baden-Württemberg* akquiriert wurden, die vornehmlich *ambulant* im Bereich der *Erwachsenenpsychotherapie* arbeiten. Wie aber in der Beschreibung der Stichprobe gezeigt werden konnte (s. insb. Kap. 10.2.2.2), bildet diese eine – u.a. aufgrund vielfältiger Fort- und Weiterbildungen sowie einem größtenteils von ihrer ursprünglichen theoretischen Orientierung emanzipierten *integrativen Therapieverständnis* her – heterogene Gruppe, die in diesem Sinne doch „repräsentativer“ für die Grundgesamtheit der Psychotherapeuten sein dürfte, als die Auswahlkriterien zunächst vermuten lassen. Dies müsste jedoch in vertieften Analysen der Repräsentativität anhand von Vergleichsdaten überprüft werden. Für die größere Stichprobe derjenigen Teilnehmer, die den KFB ausgefüllt haben (N = 104) und in noch deutlicherem Ausmaß für die Interviewteilnehmer (Telefon und face-to-face; N = 50) sind zudem *Selbstselektionseffekte* anzunehmen (vgl. Bortz & Döring, 2006), da die Teilnahme nicht vergütet wurde und im Fall des Interviews mit hohem Zeitaufwand verbunden war. Insgesamt wurde das Kriterium der Relevanz höher gewichtet, als das der Repräsentativität, was sich u.a. darin ausdrückt, dass hinsichtlich der Nebenfragen (s.o., Kap. 14.2.4) sowie der Bedeutungsanalyse (s.o., Kap. 14.2.2) eine *Extremstichprobe* ergänzend mitberücksichtigt wurde. In die Fragebogenuntersuchung gingen die Daten von 14, in die Bedeutungsanalyse von zehn sich noch *in Ausbildung befindender Psychotherapeuten* ein (s. Kap. 10.2.1.2). Die Diskussion der Stichprobengültigkeit zusammenfassend, sollten die Ergebnisse zu den Nebenfragen als auch zur Bedeutungsanalyse vorsichtig interpretiert werden, was deren *Repräsentativität* betrifft. Im Sinne der *Relevanz*, d.h. der Breite und Detailliertheit der gewonnenen Informationen hinsichtlich des Haltungsbegriffs, kann die Stichprobenwahl aber als zielführend eingeschätzt werden.

Reliabilität wurde schließlich, wie oben bemerkt, anhand der *Reproduzierbarkeit* überprüft. Die dazu geeignete Messung der *Inter-Coder-Reliabilität (ICR)* mittels Krippendorffs Alpha wurde bereits in Abschnitt 10.4.4 ausführlich thematisiert. An dieser Stelle soll nur darauf hingewiesen werden, dass α -Werten über .67 es rechtfertigen, *vorläufige Schlüsse* auf Basis der damit qualifizierten Kategoriensysteme zu ziehen (vgl. Krippendorff, 2004). Solche Werte konnten für die Systeme 1 ($\alpha = .74$), 2 ($\alpha = .69$) und 3 ($\alpha = .72$) erzielt werden, der Wert für System 4 liegt mit $\alpha = .59$ leicht darunter. Im Sinne der Annahme, dass niedrigere Koeffizienten bei schwer zu erfassenden Merkmalen dennoch brauchbare Interpretationsgrundlagen liefern (vgl. Wirtz & Caspar, 2002) kann auch die ICR des Systems 4 als durchaus adäquat angesehen werden. Insgesamt scheint somit von einer für eine explorative Studie ausreichenden Reliabilität ausgegangen werden. Einschränkend ist hier anzumerken, dass viele Unterkategorien 3. und 4. Ebene der Oberkategorien 1.1.-1.3. sowie 2.1. und 2.2. (s.o., Abb. 14.01) in der Nachdifferenzierung gebildet wurden (s. Kap. 10.4.2.3), hinsichtlich derer keine ICR berechnet werden konnte. Diese sind im Überblick

der Kategoriensysteme (s. Anhang F) nicht durchgehend mit Großbuchstaben geschrieben, im Gegensatz zu denjenigen Kategorien, für welche die oben genannte ICR gilt.

14.3.2 Begriffsexplikation

Im 2. Kapitel waren verschiedene Gütekriterien präziser Begriffe vorgeschlagen worden. Diese betreffen entweder Bedingungen, die von Begriffsklärungen im Allgemeinen (s. Kap. 2.2.3) oder vom Verfahren der Explikation im Speziellen erfüllt werden sollen (s. Kap. 2.3.3). Folgende Tabelle 14.05 listet die m.E. auch hier anzulegenden Kriterien auf, deren Zusammenstellung im Wesentlichen auf Pawłowski (1980) zurückgeht:

Tab. 14.05. Gütekriterien präziser Begriffsbestimmungen im Überblick;

allgemeine Bedingungen	spezielle Bedingungen der Explikation
<ul style="list-style-type: none"> • formale Korrektheit, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> → keine Zirkularität → kein ignotum per ignotum → Widerspruchsfreiheit • wissenschaftliche Nützlichkeit, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> → Erhöhung der Differenzierungsfähigkeit → Ausschluss empirisch sinnloser Begriffe 	<ul style="list-style-type: none"> • wissenschaftliche Nützlichkeit (s.links) • Präzision (entspricht Erhöhung der Differenzierungsfähigkeit, s. links) • Ähnlichkeit mit dem Explikandum • Einfachheit • Adäquatheitsbedingungen

Die in Tabelle 14.05 aufgeführten Bedingungen selbst wurden bereits an anderer Stelle detailliert erläutert (s. Kap. 2.2.3 und 2.3.3), weswegen im Folgenden lediglich auf deren Berücksichtigung in der Explikation eingegangen wird (s. Kap. 14.3.2.1 und 14.3.2.2).

14.3.2.1 Allgemeine Bedingungen

Formale Korrektheit. Soweit erkennbar, scheint die erste allgemeine Bedingung im Sinne der formalen Korrektheit, der *Ausschluss der Zirkularität* (s. Tab. 14.05), gegeben zu sein. Kein Element der Explikation ist durch ein anderes Element ersetzbar, was u.a. daran ersichtlich wird, dass zwei wesentlichen Bestimmungsstücke, nämlich Realisierung (z.B. konkrete sprachliche Äußerungen) und kognitiver Hintergrund (z.B. bestimmte Einstellungen) durch das dritte Bestimmungsstück, die Art der zwischen diesen herrschenden Beziehungen (z.B. Konsistenz) in einen funktionalen Zusammenhang gebracht werden kann. Vollkommen neue oder unbekannte Begriffe wurden zudem in der Explikation nicht verwendet, womit auch das Problem des „*ignotum per ignotum*“ (s. Tab. 14.05) vermieden wurde. Vage Begriffe, wie „Realisierung“, „therapiebezogen“, oder der in der ersten Annäherung noch genutzte Begriff der „kognitiven Struktur“ (s. Tab. 13.05) wurden entweder durch etablierte Konstrukte wissenschaftlicher Begriffssysteme ersetzt, oder zumindest eindeutige Begriffe der Alltagssprache. Soweit in den Erläuterungen ausgeführt, scheinen sich auch keine *widersprüchlichen Aussagen* aus dem Explikat abzuleiten, was sich aber erst im Lauf weiterer Nutzung, Präzisierung und Operationalisierung erhärten lässt.

Gleiches gilt für die *wissenschaftliche Nützlichkeit*, die sich in zukünftigem Gebrauch erweisen muss. Für eine *Erhöhung der Differenzierungsfähigkeit* spricht die Diskussion des Haltungskonzeptes im Sinne der bisherigen Taxonomie der Therapeutenvariablen (vgl. Beutler et al., 2004) und des Allgemeinen Modells (vgl. Orłinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) in Abschnitt 13.3.4.2). Beide Begriffssysteme differenzieren zwar eine große Anzahl von Einflussfaktoren, berücksichtigen aber bisher wenig deren systematischen Zusammenhänge (s. Kap. 13.3.5.2), welche im Explikat aufgegriffen werden. Im Rahmen der Explikation wurde eine ganze Reihe vager und in ihrem *empirischen Sinn uneindeutiger Begriffe* oder Verwendungsweise ausgeschlossen, wie z.B. die Rede von der (einen) Grundhaltung (singuläres Personmerkmal) vs. den (vielen) Haltungen, die einer Person zukommen können (s. Kap. 13.3.3 und 13.3.5).

Soweit ohne weitere Überprüfung durch die Bewährung im wissenschaftlichen Gebrauch möglich, kann davon ausgegangen werden, dass die allgemeinen Bedingungen i.S. Pawłowskis (1980; s. Tab. 14.05) als *erfüllt, oder zumindest nicht verletzt* gelten können.

14.3.2.2 Spezielle Bedingungen

Die in Tabelle 14.05 aufgeführten speziellen Bedingungen decken sich teilweise mit den allgemeinen. Insofern werden hier nur noch die zusätzlichen Kriterien Ähnlichkeit mit dem Explikandum, Einfachheit und Adäquatheit. aufgegriffen. Die *Ähnlichkeit mit dem Explikandum* sollte durch die Berücksichtigung vieler Anregungen aus der Bedeutungsanalyse gewährleistet werden. Sofern Bedeutungsaspekte in den Experteninterviews oder auch dem Literaturübersicht vergleichsweise häufig verwendet wurden, konnten diese im Explikat aufgegriffen werden, vage Begriffe oder Widersprüchlichkeiten wurden weitestgehend ausgeschlossen (s. auch o., Kap. 14.3.2.1). *Einfachheit* gilt als wissenschaftstheoretisch umstrittenes Kriterium (s. Kap. 2.3.3) und ist eigentlich nur zur Entscheidung zwischen konkurrierenden Explikationen geeignet (vgl. Pawłowski, 1980), was im vorliegenden Fall nicht möglich ist. In einem anderen Sinn, nämlich als Forderung nach Einfachheit der Theorien, in welche der Begriff eingebettet wird, wäre eine Überprüfung der Bedingung möglich und in zukünftigen Arbeiten sinnvoll (s. auch Kap. 14.4.1).

Mit *Adäquatheitsbedingungen* ist weniger ein methodisches Kriterium gemeint, als vielmehr die dem Forschungsinteresse folgende Anpassung der anderen Bedingungen gefordert. Das von Pawłowski (1980) dazu gewählte Beispiel, die besondere Betonung der Absicht, „nicht zu stark vom Verständnis in der Alltagssprache abzuweichen“ (ebd., S. 183) trifft im Fall der vorliegenden Arbeit zu und fällt in diesem Sinne im Wesentlichen semantisch mit dem Kriterium der Ähnlichkeit zusammen (s.o.). Wie im Ausblick dargestellt, könnten dazu vergleichsweise bedeutungsnahe „Übersetzungen“ hilfreich sein, welche sowohl die Kommunikation zwischen Praktikern untereinander, als auch die zwischen Forschern und Praktikern erleichtern (s. dazu Kap. 14.3.2.2).

14.4 Ausblick

Die vorliegende Arbeit abschließend sollen im Ausblick noch einige Überlegungen bezüglich des möglichen Nutzens der gewonnenen Erkenntnisse dargestellt werden. Dies wird zum einen umgesetzt, indem sich aus der Arbeit ergebende Fragen aufgegriffen und Ideen zu deren Beantwortung im Sinne *zukünftiger Forschungsbemühungen* entwickelt werden (s. Kap. 14.4.1). Zum anderen wird darauf eingegangen, welche *Relevanz für die Praxis* sich aus der Begriffsexplikation ergeben könnte (s. Kap. 14.4.2).

14.4.1 Zukünftige Forschung

Im Rahmen der Explikation in Kapitel 13 wurden erste Schritte unternommen, das Konzept der Haltung als wissenschaftliches Konstrukt zu spezifizieren (vgl. Schnell, Hill & Esser, 2011). An den hier dargestellten Stand der Begriffsbildung ließe sich mit einer Reihe verschiedener Forschungsprojekte mehr oder weniger direkt anschließen. Diese betreffen u.a. die weitere *Präzisierung des Konzepts*, die Exploration sich daraus ergebender Hypothesen hinsichtlich möglicher *Zusammenhänge von Therapeutenvariablen*, die Nutzung des Konstrukts in der *psychotherapeutischen Prozess- und Ergebnisforschung* sowie in der *gesundheitspsychologischen Untersuchung* der Rückwirkungen auf das psychische Wohlbefinden von Therapeuten.

Eine *weitere Präzisierung* des hier entwickelten Begriffs wäre wünschenswert, da der Fokus in der vorliegenden Arbeit auf der Berücksichtigung des Alltagsverständnisses lag und die Therapeutische Haltung zunächst, den Empfehlungen von Pawłowski (1980) und Westermann (2000) folgend (s. Kap. 13.3.1), auf einem recht hohen Abstraktionsniveau definiert wurde, um gegenüber zukünftigen, empirisch basierten Veränderungsanregungen offen zu bleiben. Auf eher theoretischer, die Konzeptspezifikation betreffender Ebene, wäre eine *Vereinheitlichung der zentralen Bestimmungsstücke* des Begriffs, wie „Realisierung“, „Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen“ und deren Relationen („Art und Weise“ der Strukturierung/Realisierung) vor dem Hintergrund umfassender psychologischer Theorien sinnvoll. Hier böten sich im deutschsprachigen Raum u.a. die Konsistenztheorie Grawes (1998), die Theorie der Organisation psychischen Geschehens von Dörner (1999), oder die persönlichkeitspsychologische Konzeption Kuhls (2001) an. Grawes (1998) Theorie wäre insofern besonders geeignet, als sie im psychotherapeutischen Kontext entwickelt wurde und dessen Begrifflichkeiten aufgreift. Allerdings liegt der Fokus der Konsistenztheorie auf der Erklärung psychischer Probleme und deren Veränderung (vgl. ebd.), nicht auf der Exploration des Zusammenhangs zwischen kognitiver Organisation und deren Realisierung in sozialen Situationen. Wichtig wäre auch eine Spezifizierung für das Konstrukt der Therapeutischen Haltung *besonders relevanter Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen*, um den Bereich potentiell zu operationalisierender Dimensionen einzugrenzen (s. auch Kap. 13.4). Hierbei wäre eine der vorliegenden Arbeit ähnliche Vorgehensweise denkbar, d.h. die Kombination von Expertenbefragung und systematischer Literaturübersicht. An die weitere Konzeptspezifikation und Eingrenzung des Bereichs relevanter kognitiver Hintergründe der Haltung könnte sich dann eine *ausführli-*

che Operationalisierung anschließen, wie in Abschnitt 13.4. angedeutet, mit dem Ziel der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten und -designs.

Sobald einigermaßen zuverlässige Erhebungsstrategien vorliegen, könnten auf Basis des Konstrukts Hypothesen über *Zusammenhänge zwischen Therapeutenvariablen* abgeleitet werden, die bisher nur unverbunden untersucht wurden (vgl. Beutler et al., 2004). Beispielsweise ließe sich fragen, ob die Kombination bestimmter erschlossener Persönlichkeitsmerkmale, wie etwa Werte (s. Kap. 5.3.2.4) und bestimmter beobachtbarer therapie-spezifischer Zustände, wie z.B. interpersoneller Therapiestil (s. Kap. 5.3.2.3), zusammenhängen, welche Typen sich bilden lassen und wie das Vorliegen bestimmter Typen sich wiederum auf Prozess und Ergebnis der Therapie auswirkt. In eine ähnliche Richtung würde sich die Untersuchung der ergebnisbezogenen Vorhersagekraft unterschiedlicher Haltungen in *Abhängigkeit der Erhebungsperspektive* bewegen. Im Kontext der Untersuchung des Konstrukts der Allianz zeigt sich, dass die ergebnisbezogene Vorhersagekraft in Abhängigkeit der Erhebungsperspektive schwankt: Während sich in der Metaanalyse von Horvath und Kollegen (2011) für den Zusammenhang zwischen der Klienteneinschätzung der Qualität der Allianz und klienteneingeschätztem Therapieergebnis eine Effektstärke von .30 ermitteln ließ, lag diejenige für die diesbezügliche Therapeuteneinschätzung nur bei .18. Die Frage der Perspektivabhängigkeit steht in Verbindung mit der Frage nach dem *Zusammenhang zwischen direkten/expliciten und indirekten/impliziten Maßen* der Haltung, welche im Kontext der Einstellungs- aber auch Werthaltungsforschung diskutiert wird (vgl. Kanning, 2011; s. auch Kap. 7.2.1.5 und 7.2.2.5). Wie in Abschnitt 13.4 schon angedeutet, könnten Untersuchungen der Zusammenhänge von mittels Verhaltensbeobachtung rekonstruierter und in Selbstauskunft beschriebener Haltung Hinweise auf für den hiesigen Haltungsbegriff zentrale Dimensionen, wie Konsistenz und Stabilität bieten.

Neben den oben genannten, wären auch typischere Untersuchungen im Sinne der *Prozess- sowie Ergebnisforschung* (vgl. Lambert & Ogles, 2004; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) von Interesse. Dabei ließen sich zum einen Zusammenhänge zwischen Prozess-/Ergebnisvariablen und bestimmten *inhaltlichen Haltungsprofilen* erforschen, wie sie z.B. zur Charakterisierung eines psychodynamischen oder systemischen Haltungstyps genutzt werden (s. Kap. 6.3.3). Im Sinne der hier vorgelegten Explikation wären aber insbesondere Zusammenhänge zwischen Prozess-/Ergebnisvariablen und den oben beschriebenen, eher *formalen Charakteristika* von Interesse, wie Stabilität, Konsistenz oder Bewusstheit (s. Kap. 14.2.3). Im gesundheitspsychologischen Bereich wären Untersuchungen der in der praxisorientierten Literatur bereits postulierten Zusammenhänge zwischen individueller Haltung und *psychischem Wohlbefinden/Selbstfürsorge* anzusiedeln (vgl. Hoffmann & Hoffmann, 2008). Hinsichtlich potentieller Wirkungen der Haltung, die in zukünftiger Forschung exploriert werden könnten lassen sich zudem viele weitere, durchaus plausible Hypothesen den Experteninterviews entnehmen (s. u.a. Kap. 12.06, Tab. 12.19).

Schließlich wurde ebenfalls bereits im Rahmen der Bedeutungsanalyse eine Reihe von Annahmen rekonstruiert, welche potentielle Einflüsse auf die *Entwicklung der Therapeutischen Haltung* als stabiles Therapeutenmerkmal („trait“) sowie auf deren *Realisierung* im Sinne eines „state“ betreffen (s. Kap. 12.06, Tab. 12.20 und 12.21). Hinsichtlich beider Be-

trachtungen der Therapeutischen Haltung als abhängige Variable im Geflecht funktionaler Relationen wären Untersuchungen denkbar und wünschenswert. Die Entwicklung betreffende Überlegungen wurden auch im Artikel von Grünbaum (2005) angestellt, der die Ausformung der Therapeutischen Haltung *im Rahmen der Ausbildung* thematisiert, was in zukünftiger Forschung untersucht werden könnte. Sowohl die Annahmen der befragten Experten, als auch die in der Literatur verfügbaren Annahmen zur lebensgeschichtlichen Entwicklung von die Haltung konstituierenden Konstrukten, wie dem der Werthaltung (vgl. Kanning, 2011; Schmuck & Kruse, 2005; Schwartz, 2007), legen eine *zentrale Bedeutung zwischenmenschlicher Begegnungen* für die Entwicklung individueller Haltungen nahe. Aus dem Explikat der Haltung lässt sich diesbezüglich ein mindestens zweistufiges Modell der Entwicklung ableiten, da das Element des Therapiebezugs eine „Nachformung“ oder Spezifizierung allgemeiner Einstellungen und Werthaltungen in Abhängigkeit der beruflichen Sozialisation nahelegt. Vereinfacht ausgedrückt kann vermutet werden, dass *lebensgeschichtliche Ereignisse*, insbesondere zwischenmenschliche Begegnungen und Erlebnisse im Kontext psychosozialer Problemsituationen sowie deren Bewältigung, die Entwicklung eines kognitiven „Rahmens“ (z.B. allgemeiner Überzeugungen, wie „Hilfe von außen ist nur begrenzt sinnvoll und möglich“) begünstigen. Diese werden dann im weiteren Verlauf der *beruflichen Sozialisation* den spezifischen Bedingungen der Arbeit mit Klienten angepasst, gegebenenfalls aber auch revidiert. Im Zusammenhang mit diesen Vermutungen böte sich auch eine eher theoretische Arbeit an, in der bestehende Modelle der professionellen Entwicklung von Therapeuten (vgl. u.a. Klein, Bernard & Schermer, 2011; Rønnestad & Skovholt, 2005; Skovholt, 2012) dahingehend untersucht werden, inwiefern sich diesen Anregungen für Hypothesen zur Entwicklung der Therapeutischen Haltung entnehmen lassen.

Was die Realisierung der Haltung betrifft wurde in Abschnitt 13.3.5.1 u.a. ein potentieller Zusammenhang mit *therapeutischen Kompetenzen* postuliert, der Gegenstand von Studien sein könnte. So ließe sich z.B. fragen, inwiefern spezifische Kompetenzen die Art und Weise der Realisierung therapiebezogener Überzeugungen, Einstellungen und Werthaltungen moderieren oder medieren. Im Rahmen der Bedeutungsanalyse wurde zudem vorgeschlagen, den Realisierungsaspekt der Haltung in Abhängigkeit von *Klientenmerkmalen* zu sehen (s. Tab. 13.02). Damit wird die Untersuchung der Therapeutischen Haltung in Richtung eines Bereichs gerückt, welcher im Fokus der aktuellen Therapieforschung steht: die Untersuchung des Zusammenwirkens von Klienten- und Therapeutenmerkmalen (vgl. Kapitel des dritten Teils in Norcross, 2011; s. auch Kap. 5.3.2.2). In diesem Sinn wäre es sinnvoll zu untersuchen, wie sich die Realisierung der individuellen Therapeutischen Haltung einzelner Therapeuten in Abhängigkeit bestimmter Interaktionsmuster von Klienten verändert und inwiefern es den Therapeuten gelingt dennoch die „gleiche“ Haltung zu realisieren. Anfänglich wären dazu vermutlich Vergleiche intensiver Einzelfallanalysen hilfreich, analog des von Gmelch (2011) gewählten Designs.

14.4.2 Praktische Relevanz und Fazit

Wie die obige Darstellung zukünftiger Forschungsmöglichkeiten zeigt (s. Kap. 14.4.1), sind für eine *direkte* praktische Nutzung von Ergebnissen noch einige theoretische und empirische Vorarbeiten nötig, an die sich dann Praxisempfehlungen anschließen. Überlegungen hinsichtlich des potentiellen praktischen Nutzens solcher *zukünftiger Forschung* waren bereits in Abschnitt 1.2.3 angestellt worden, worauf hier verwiesen sei. Um einen fruchtbaren Forschungs-Praxis-Austausch zu erleichtern, wird im vorliegenden Abschnitt, wie schon oben angedeutet (s. Kap. 14.3.2.2), eine Art „Rückübersetzung“ des wissenschaftlich-abstrakt formulierten Explikats in *alltagssprachliche Begriffe* vorgenommen, wobei es gilt Vagheit und Ambiguität des Explikandums zu vermeiden. Abgeschlossen werden Abschnitt, Kapitel und damit die vorliegende Arbeit von einem kurzen Fazit.

Anstatt nun eine weitere, lediglich etwas praxistauglichere Definition der Therapeutischen Haltung anzubieten, soll das Konzept, wie in der Alltagssprache üblich, „in mehreren Anläufen“ umschrieben werden, d.h. es werde mehrere sich in der Wortwahl leicht unterscheidende *Varianten* angeboten. Dabei wird darauf geachtet, dass Entsprechungen aller Bestimmungsstücke des Explikats formuliert werden (Realisierung, kognitiver Hintergrund, Relationen), sowie in diesem enthaltene Begriffe mit wissenschaftlicher und alltagssprachlicher Bedeutung (wie z.B. „Art und Weise“, „Einstellungen“) erhalten bleiben, auch wenn sich deren sprachspielabhängigen Bedeutungen nicht ganz entsprechen.

Vereinfacht ausgedrückt, kann unter „Therapeutischer Haltung“ die *Art und Weise* verstanden werden, wie sich die mit Therapie zusammenhängenden *Annahmen, Überzeugungen, Einstellungen und Werte* von Therapeuten *in deren Verhalten ausdrücken*. Gemeint ist damit die *Verkörperung* der Sichtweisen von Therapeuten auf ihre *Klienten* (mit deren Problemen und Zielen), der Annahmen über *Veränderung* und dazu notwendiger Handlungen sowie des Verständnisses der *eigenen Rolle* im Therapieschehen. Im Zentrum des Konzeptes stehen *Ausdruck bzw. Umsetzung* der Perspektiven, Annahmen und Werte sowie die *Eigenschaften oder Merkmale* mit denen diese sich beschreiben lassen.

Mit oben stehender Umschreibung wird diese Arbeit abgeschlossen. Das Hauptziel bestand darin, den im alltäglichen psychotherapeutischen Sprachgebrauch verankerten Begriff der Therapeutischen Haltung soweit zu präzisieren, dass er für *wissenschaftliche Forschung* zugänglich wird. Dabei bestand jedoch das gleichzeitige explizite Anliegen den Begriff nicht zu weit von derjenigen Bedeutung zu entfernen, welche in der *therapeutischen Sprachgemeinschaft* weitgehend geteilt wird. Intensive, vornehmlich qualitative Analysen von Interviews mit Psychotherapeuten – deklarierten Experten der Begriffsverwendung – zum Thema „Therapeutische Haltung“ sollten dieses Anliegen absichern. Inwiefern der Spagat zwischen wissenschaftlicher Exaktheit und praktischer Relevanz gelungen ist, muss sich in zukünftiger Forschung und Begriffsverwendung herausstellen. Wie in den letzten beiden Kapiteln der Arbeit gezeigt wurde, scheint mit der vorliegenden Explikation jedoch ein *erster Schritt* getan und ein vielversprechender Beitrag zum Beginn einer *systematischen Beschäftigung mit der Therapeutischen Haltung* geleistet worden zu sein.

Literaturverzeichnis

- A**ckerman, S.J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- Albani, C.; Blaser, G.; Geyer, M., Kächele, H. (1999). Die „Control-Mastery“ Theorie - eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie von Joseph Weiss. *Forum der Psychoanalyse*, 15, 224-236.
- Aldwin, C. M. (2009). Gender and wisdom: A brief overview. *Research in Human Development*, 6, 1-8.
- Anderson, J. R. (2007). *Kognitive Psychologie* (6. Aufl.). Heidelberg: Spektrum.
- Anderson, T., Lunnen, K. M. & Ogles, B. M. (2010). Putting models and techniques in context. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller, & B. Wampold, (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (2nd Ed.) (pp. 201-226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Aronson, E., Wilson T.D., & Akert, R.M. (2008). *Sozialpsychologie* (6. Auflage). München: Pearson Education.
- Asendorpf, J. B. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit*. (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- B**aldwin, S. A., & Imel, Z. E. (im Druck). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York, NY: Wiley.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Barlow, D. H. (2010). The dodo bird – again – and again. *the Behavior Therapist*, 33, 15-16.
- Bastine, R. H. E. (1998). *Klinische Psychologie Band 1. Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumann, P. (2006). *Erkenntnistheorie*. Stuttgart: Metzler.
- Beck, A.T. (1975). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bender, G. (1986). "Des Kaisers neue Kleider". Eine Antwort auf M. Schnabel: Zur Integration von Einzel- und Familientherapie, klientenzentrierter Haltung und systemischem Denken. *GwG-Info*, 65, 158-159.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Bertolino, B. (2010). *Strengths-Based Engagement and Practice. Creating Effective Helping Relationships*. Boston: Allyn & Bacon.

- Best, D. (2010). Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes. Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis. In W. Hiller, Leibing E., Leichsenring F. & Sulz S. K. D. (Hrsg.), *Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (2. Aufl., S. 457–471). München: CIP Medien.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 259–269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). New York, NY: J. Wiley & Sons.
- Bierhoff, H.-W. (2006). *Sozialpsychologie. Ein Lehrbuch* (6. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Biesta, G. (2010). Pragmatism and the philosophical foundations of mixed methods research. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Sage Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp 95-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bilsky, W. (2005). Werte und Werthaltungen. In H. Weber & T. Rammsayer (Hrsg.), *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie* (S. 298-304). Göttingen: Hogrefe.
- Bleckwedel, J. (2012). Systemische Guerilla-Techniken - wie man erstarrte Systeme behutsam zum Tanzen bringen kann. Anmerkungen zu einer couragierten und systemüberschreitenden Haltung im Risikofeld der Kinder- und Jugendhilfe. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 30(2), 65-71.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009a). Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung – Zur Einführung in eine sich intensivierende Methodendebatte. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. Aufl.) (S. 7-31). Wiesbaden: VS Verlag.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009b). Das theoriegenerierende Experteninterview. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. Aufl.) (S. 7-31). Wiesbaden: VS Verlag.
- Bohner, G., & Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 62, 391 - 417.
- Böker, Heinz. (1995). Psychose und Konflikt: Handlungsdialoge, Zwischenräume und kontextbezogene psychotherapeutische Haltung in der stationären Therapie schizophrener Patienten. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 25 (1), 23-29.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefaßte Statistik für die Klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Breuer, F. (1991). *Wissenschaftstheorie für Psychologen: Eine Einführung*. Münster: Aschendorff.
- Breuer, F. (2010). *Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie*. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 35-49). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Budd, R. & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird Verdict - controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 510-522.

- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson-Education.
- Bürgin, Dieter. (2002). Ethische Aspekte in der psychotherapeutischen Haltung. *Kinderanalyse, 10 (2)*, 177-198.
- Burtscheidt, W. (2001). *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Ein Therapiemanual*. Berlin: Springer.
- Busch, A. & Stenschke, O. (2007). *Germanistische Linguistik*. Tübingen: Narr.
- Busse, D. (2009). *Semantik*. Paderborn: Fink.
- C**arlsson, J., Norberg, J., Schubert, J., Sandell, R. (2011). The development of therapeutic attitudes during and after psychotherapy training. *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 13 (3)*, 213–229.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse* (3. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (2008a). Plananalyse. In B. Röhrle, F. Caspar, & P. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 149-166). Stuttgart: Kohlhammer.
- Caspar, F. (2008b). Motivorientierte Beziehungsgestaltung – Konzept, Voraussetzungen bei den Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In M. Hermer, & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1. Allgemeiner Teil* (S. 527-558). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Caspar, F. (2010). A Plan analysis view of the case of David. *Journal of Psychotherapy Integration, 20(1)*, 59-71.
- Caspar, F., Silberschatz, G., Goldfried, M., & Watson, J.C. (2010). Similarities and Differences in Four Views of David. *Journal of Psychotherapy Integration, 20(1)*, 101-110.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology, 62 (6)*, 631-638.
- Charmaz, K. & Henwood, K.L. (2008). Grounded theory. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (eds.), *Handbook of Qualitative Research in Psychology* (pp 240-260). London: Sage.
- Christmann, G. B. (2009). Telefonische Experteninterviews – ein schwieriges Unterfangen. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (3. Aufl., S. 197–222). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Cone, J.D. & Foster, S.L. (2006). *Dissertations and theses from start to finish: Psychology and related fields* (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Conen, M.-L. (2007). Ressourcenorientierung als therapeutische Grundhaltung. Salvador Minuchin zum 85. Geburtstag. *Familiendynamik, 32*, 41–54.
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Crano, W.D., & Prislin, R. (2006). Attitudes and persuasion. *Annual Review of Psychology, 57*, 345-374.

- Crano, W.D., Cooper, J. & Forgas, J.P. (2010). Attitudes and Attitude Change. In J.P. Forgas, J. Cooper & W.D. Crano (Eds.), *The psychology of attitude and attitude change* (pp.). New York: Psychology Press.
- Creswell, J. & Plano Clark, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., . . . Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81-91.
- Crutch, S. J. & Warrington, E. K. (2005). Abstract and concrete concepts have structurally different representational frameworks. *Brain, 128*(3), 615–627.
- D**ahm, A. (2012). Gesundheitspolitische Grundlagen der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl., S. 690–695). Stuttgart: Thieme.
- Dantlgraber, J. (1989). Die psychoanalytische Haltung als Stufe in der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung. *Psyche, 43*(11), 973-1006.
- Dantlgraber, J. (2000). Haltung, psychoanalytische. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 270–273). Stuttgart: Kohlhammer.
- De Jong, P & Berg, IK (2012). *Interviewing for Solutions*. Belmont, CA: Brooks Cole.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A.O., Symonds, D. & Wampold B.E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32* (7), 642–649.
- Diebel-Braune, E. (2006). Psychoanalytisch orientierte Krisenintervention - Theorie und Technik. In F. Leichsenring (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2.* (S. 251-265). München: CIP Medien.
- Dieckmann, A. & Albertini, V. (2009). Psychoanalytisch-interaktionelle Suchttherapie in der Klinik – Erfahrungen mit einer einheitlichen therapeutischen Haltung. In K.W. Bilitza (Hrsg.), *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis* (2. Aufl., S. 160–178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dienslage, A. (1982). Zur Änderung therapierelevanter Überzeugungen durch berufliche Sozialisation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 14* (1), S. 9-21.
- Dirlich-Wilhelm, H. & Maurer, T. (1998). Die professionelle Therapeutenrolle und ihre Vermittlung. In S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Das Therapiebuch* (S. 53-64). München: CIP-Medien.
- Doering, S. & Schüssler, G. (2006). Theorie und Praxis der psychodynamischen Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung. In F. Leichsenring (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie Band II* (S. 3-32). München: CIP-Medien.
- Doering, S. & Sachse, R. (in Doering, S., Sachse, R., Habermeyer, V., Rudolf, G., Herpertz, S.C. & Renneberg, B., 2008). Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.). *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 445-499). München: Elsevier.
- Dörner, D (1999). *Bauplan für eine Seele*. Reinbek: Rowohlt.
- dr. dresing & pehl GmbH. (2007). *F4* (Version 3.1.0), [Computer Software]. Marburg: dr. dresing & pehl GmbH.

Dresing, T. & Pehl, T. (2010). Transkription. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl., S. 723–733). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Dudenredaktion (Hrsg.) (2002). *Duden – das Bedeutungswörterbuch, Bd.10*. Mannheim: Dudenverlag.

Dudenredaktion (Hrsg.) (2011). *Duden – Deutsches Universalwörterbuch* (7. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.

Duncan, B.L. (2010). *On Becoming a Better Therapist*. Washington, DC: APA.

Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The Heroic Client* (2nd. Ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Eckert, J. (2000). Grundhaltung, therapeutische. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 251-252). Wien: Springer.

Eckert, J. (2007). Gesprächspsychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke, E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 233-287). Heidelberg: Springer.

Egger, J.W. (2007). Aspekte des therapeutischen Handelns und ihnen zugrunde liegende Haltungen in den verhaltenstheoretischen Psychotherapien. *Psychologische Medizin*, 18(2), 26-37.

Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.

Eidenschink K. & Eidenschink H. (1992). „Du darfst so bleiben, wie du bist!“ Zur therapeutischen Haltung und der Paradoxie der Veränderung. *Gestalttherapie* 6 (1), 39–45.

Eith, F. (1997). Die therapeutische Haltung des Familientherapeuten am Beispiel der Behandlung einer Magersucht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker. Persönlichkeit und Prozeßqualität* (S. 64-85). Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht.

Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd. ed.) (pp. 132-152). New York: Oxford University Press.

Erim, Y. (2012). Psychotherapie mit Migranten. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie, ein integratives Lehrbuch der Psychotherapie* (5. Aufl.) (S. 684-690). Stuttgart: Thieme.

Erlanger, A. (1996). Gegenübertragung: Reaktion oder Haltung? *Daseinsanalyse*, 13(2), 113-127.

Fazio, R. H. (2007). Attitudes as object-evaluation associations of varying strength. *Social Cognition*, 25, 603-637.

Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zu Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42(3), 284-292.

Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (2001). Motivationsarbeit und therapeutische Grundhaltungen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschun*, 24 (2), 5-9.

- Fiedler, P. (2011). Biographie-Arbeit in der Verhaltenstherapie. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Biographische Diagnostik* (S. 178-187). Lengerich: Pabst.
- Fischer, G. (2006). Störungsspezifische Interventionen auf der Basis analytischer Therapie bei posttraumatischen und akuten Belastungsstörungen. In F. Leichsenring (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2.* (S. 165-172). München: CIP Medien.
- Flick, U. (2005). *Qualitative Sozialforschung.* Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 395-407), Wiesbaden: VS Verlag.
- Flückiger, C & Wüsten, G (2008). *Ressourcenaktivierung.* Bern: Huber.
- Flückiger, C., Del Re. A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. C. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59,10-17.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- G**abriel, G. (2005). Explikation. In J. Mittelstraß (Hrsg.), *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Band 2: C-F* (2. Aufl.) (S. 459). Stuttgart: Metzler.
- Gadanne, V. (2005). *Philosophie der Psychologie.* Bern: Hogrefe.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Hrsg.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd eds.). New York: Wiley.
- Gastner, J.A. (2009). *Die Wirksamkeit dreier Psychotherapieverfahren bei der Behandlung von Depressionen: Eine prospektive Praxisstudie.* Inaugural-Dissertation in der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- GBA (2011). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie* (Psychotherapie-Richtlinie, in Kraft getreten am 08. Juli 2011). Verfügbar über: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-544/PT-RL_2011-04-14.pdf (Zugriff 04.03.2013)
- Geiss-Mayer, G., Ramsenthaler, C., von Heyking, C. Oldenbourg, R. Otto, M. Simon, S. & Krischke, N. (2009). Echtheit, Wertschätzung und Empathie als Elemente einer Grundhaltung in der Sterbebegleitung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 40 (2) 81-85.
- Gerlach, A. (2003). Der Psychoanalytiker als ethnopsychanalytischer Forscher – eine Bewährungsprobe für die psychoanalytische Haltung. In A. Gerlach, A.-M. Schlösser, A. Springer (Hrsg.), *Psychoanalyse mit und ohne Couch – Haltung und Methode.* Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gmelch, M. (2011). *Zum Einfluss Therapeutischer Interaktion auf die Änderungsmotivation in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Zwangsstörung.* Inaugural-Dissertation in der Fakultät Humanwissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.

- Goldfried, MR & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (4), 421–430.
- Grande, T. & Schauenburg, H. (2007). Therapeutische Haltung und Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit Borderline-Patienten. *Psychotherapie im Dialog*, 8 (4), 311-315.
- Grande, T. (2002). Therapeutische Haltungen im Umgang mit „Struktur“ und „Konflikt“. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 236-248). Stuttgart: Schattauer.
- Grant, J. & Sandell, R. (2004). Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In P. Richardson, H. Kächele & C. Renlund (Eds.), *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults* (1st. ed., pp. 81–108). London: H. Karnac.
- Grawe, K (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, D. & Latchford, G. (2012). *Maximising the Benefits of Psychotherapy*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Grimmer, K. (1996). Monodramatechnik mit Alkoholabhängigen. Problemstellung – therapeutische Haltung – Monodramatechnik. In B. Erlacher-Farkas & C. Jorda (Hrsg.), *Monodrama. Heilende Begegnung. Vom Psychodrama zur Einzeltherapie* (S. 222–235). Wien: Springer.
- Groeben, N. & Rustemeyer, R. (2002). Inhaltsanalyse. In E. König & P. Zedler (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (2. Aufl.) (S.233-258). Weinheim: Beltz.
- Gross, R. (2002). Psychoanalytische Haltung im sozialpsychiatrischen Team. In M. Ertl, B. Keintzel, R.P. Wagner(Hrsg.), *Ich bin tausend Ich. Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen* (S. 247-269). Wien: Facultas.
- Grünbaum, J. (2005). Das Konzept der „Interaktionellen Fallarbeit“ (IFA) als Mittel zur Entwicklung therapeutischer Haltungen und therapeutischer Identität. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 37 (3), 497-506.
- Gupta, A. (2008). Definitions. In E.N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2012 Edition). Verfügbar über: <http://plato.stanford.edu/entries/definitions/> (Zugriff 04.03.2013).
- Gutberlet, M. (2003). Die personenzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft? Über die Schwierigkeiten des Verstehens und Vermittelns von Rogers' sanfter Revolution. *Person*, 7(1), 15–23.
- H**abermeyer, V. (2009). Kann kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie in der Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen schaden? *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie*, 13(1), 43-53.
- Habermeyer, V., Rudolf, G. & Herpertz, S.C (in Doering, S., Sachse, R., Habermeyer, V., Rudolf, G., Herpertz, S.C. & Renneberg, B., 2008). Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.). *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 445-499). München: Elsevier.
- Häcker, H. & Stapf, K.-H. (Hrsg.). (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (15. Aufl.). Bern: Huber.

- Haddock, G. & Maio, G. R. (2007). Einstellungen: Inhalt, Struktur und Funktionen. In K. Jonas, W. Stroebe & M. Hewstone (Hrsg.), *Sozialpsychologie* (5. Aufl., S. 188-223). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Hans-Rauschkolb, B. (1989). Ergotherapie bei Essstörungen. Therapeutische Haltung und Behandlungsmethoden. *Psychosomatik: Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 5, 326-330.
- Hargens, J. (1998). *Von Lösungen zu Ressourcen oder: Wie lassen sich Haltungen operationalisieren? Und wie noch? Und was geschieht mit Problemen?* Zeitschrift für Systemische Therapie 16(1), 4-8.
- Hargens, J. (2006). Erziehung - erziehen - beziehen oder: Vom Konzept zur Haltung zum Tun zur Haltung. In C. Tsirigotis, A. von Schlippe & J. Schweitzer-Rothers (Hrsg.), *Coaching für Eltern. Mütter, Väter und ihr "Job"* (S. 68-83). Heidelberg: Carl-Auer.
- Hartkamp, N. (2004). Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und ihre Anwendung. In F. Leichsenring, (Hg.) *Lehrbuch der Psychotherapie Band 2.* (S. 63-86). München: CIP-Medien.
- Hartmann-Kottek, L. (2007). Gestalttherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke. *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 317-342). Heidelberg: Springer.
- Häuser, W. (1994). Wer hat Angst vor ... Panikattacken? – Reflexionen über therapeutische Grundhaltungen und Techniken im medizinisch-psychotherapeutischen Kontext. *Zeitschrift für systemische Therapie* 12 (1), 33-43.
- Hautzinger, M. & Eckert, J. (2007). Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie. In C., Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 17-31). Heidelberg: Springer.
- Hautzinger, M. (2007). Aus- und Fortbildung in Psychotherapie für Psychologen. In C., Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 771-779). Heidelberg: Springer.
- Hayes, A. F. & Krippendorff, K. (2007). Answering the Call for a Standard Reliability Measure for Coding Data. *Communication methods and measures*, 1(1), 77-89.
- Helfferrich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Heltzel, R. (2000): Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie. *Psychotherapie Forum*, 8 (3), 107-116.
- Henningsen, F. (2011). Widerstand. Eine Frage der analytischen Haltung? *Psychotherapeut*, 56, 118-127.
- Henningsen, P. & Martin, A. (2008). Somatoforme Störungen. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 541 – 559). München: Elsevier.
- Hermer, M. (2012). Entwicklungsförderung bei PsychotherapeutInnen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 44(4), 817-835.
- Herpertz, S. C., & Caspar, F. (2008). Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. In S. Herpertz, F. Caspar, & Ch. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 77-89). München : Elsevier Verlag, Urban & Fischer.
- Herpertz, S. C., Caspar, F. & Mundt, C. (Hrsg.) (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München : Elsevier Verlag, Urban & Fischer.

- Herrmann, T. & Grabowski, J. (1994). *Sprechen: Psychologie der Sprachproduktion*. Heidelberg: Spektrum.
- Herrmann, T. (2005). *Sprache verwenden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hicklin, A. (1993). Die psychotherapeutische Haltung. *Daseinsanalyse*, 10, 189-202.
- Hilbert, A., Röhrle, B. & Ehring, T. (2008). Kognitiv orientierte klinisch-psychologische Diagnostik. In B. Röhrle, F. Caspar & P. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 113-148). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F. & Sulz, S. K. D. (Hrsg.) (2010), *Lehrbuch der Psychotherapie. Bd. 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (2. Aufl.). München: CIP-Medien.
- Hoffmann, J. (1986). *Die Welt der Begriffe*. Weinheim: PVU.
- Hoffmann, J. (1996). *Die Genese von Begriffen, Bedeutungen und Wörtern*. In J. Grabowski, G. Harras und T. Herrmann (Hrsg.), *Bedeutung – Konzepte – Bedeutungskonzepte*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.
- Hofmann, S. & Weinberger, J. (Eds.) (2007). *The art and science of psychotherapy*. New
- Hogg, M. A., & Smith, J. R. (2007). Attitudes in social context: A social identity perspective. *European Review of Social Psychology*, 18, 89-131.
- Hohahe, R. (2011). *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge*. Stuttgart: Schattauer.
- Holm-Hadulla, R. M. (2007). Die therapeutische Beziehung bei Persönlichkeitsstörungen – Hinweise zur Methodenintegration auf der Basis einer "kreativen therapeutischen Haltung". In H Lang, H Faller & M Schowalter (Hrsg.), *Struktur- Persönlichkeit - Persönlichkeitsstörung* (S. 251- 260). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Holzinger, A. Floris, F. Schomerus, G. Carta M. G. & Angermeyer, M.C. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: A systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 73-85.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. B. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd. ed.) (pp. 25-69). New York: Oxford University Press.
- Howarth, Caroline (2006a). How social representations of attitudes have informed attitude theories: the consensual and the reified. *Theory and psychology*, 16 (5), 691-714.
- Howarth, Caroline (2006b). A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory. *British journal of social psychology*, 45 (1). 65-86.
- Howitt, D. & Cramer, D. (2011). *Introduction to Research Methods in Psychology*. Essex: Pearson.
- Howitt, D. (2010). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Harlow: Prentice Hall.
- Hügli, A. & Lübcke, P. (Hrsg.) (1998). *Philosophielexikon* (2. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.

- Hümmer, M. & Kurszkiewicz, A. (2012). *Zur Verwendungspraxis des Konstrukts „Therapeutische Haltung“ durch approbierte Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung leitfadengestützter Experteninterviews*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K. & Woods, S.W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcomes in a multi-center trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747-755.
- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin: Springer.
- J**aeggi, E. & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Kotta.
- Jakobitsch, A., Kronenberg, C. & Streb, P. (2000). Die psychotherapeutische Grundhaltung. In J. Küchenhoff & R. Mahrer Klemperer (Hrsg.), *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag* (S. 20-34). Stuttgart: Thieme.
- James, I., Todd, H. & Reichelt, F.K. (2009). Schemas defined. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2 (1), 1-9.
- Janssen, P.L. (1992). Die psychotherapeutische Haltung. *Psycho*, 18 (11), 784-790.
- Jegodtka, R. (2002). Therapeutische Haltungen in der Therapie mit Kindern und Enkeln von Holocaust-Überlebenden. *Systema*, 16 (2), 137-140.
- Jordan, J. & Herrmann- Lingen, C. (2012). Herzerkrankungen. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (5. Aufl.) (S. 562-573). Stuttgart: Thieme.
- K**aimer, P. (2007). Superspektiven - Überlegungen zur Supervision aus sozialkonstruktivistischer und lösungsfokussierter Sicht. *Systeme*, 21(1), 52-74.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanning, U. P. (2011). Diagnostik von Einstellungen, Interessen und Werthaltungen. In L. F. Hornke, M. Amelang & M. Kersting (Hrsg.), *Persönlichkeitsdiagnostik* (S. 467-512). Göttingen: Hogrefe.
- Kanwischer, H. (2006). Somatoforme Störungen. In F. Leichsenring (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie Band 2* (S. 173-182). München: CIP-Medien.
- Kim, D.-M., Wampold, B. & Bolt, D. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.
- Klein, R.H., Bernard, H.S. & Schermer, V.L. (2011). Conclusions: A Phase-Specific Model for Psychotherapist Development. In dies. (Ed.), *On Becoming a Psychotherapist. The Personal and Professional Journey* (pp. 269-301). Oxford: OUP.
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R. & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable: Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*, 53 (2), 83-91.

- Klug, G., Kächele, H. & Huber, D. (2007). *Psychotherapeutische Haltung (ThAt) – Ein Fragebogen zu Ausbildung, Erfahrung, Stil und Werten*. Zu erhalten über: g.klug@lrz.tumuenchen.de.
- Klüwer, R. (2003). Psychoanalytische Haltung bei der Behandlung suizidaler Patienten. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 119 (3), 397-407.
- Knaier, W., Lohmer, M., & Meisl, H. (1982). Therapeutische Haltung : Psychotherapie im Spannungsfeld von Psychoboom und notwendiger Hilfeleistung. In H. Keupp & D. Rerich (Hrsg.), *Psychosoziale Praxis - gemeindepsychologische Perspektiven : ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 140-148). Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Kneer-Weidenhammer, S. (2012). Rechtliche Grundlagen psychotherapeutischen Handelns. In W. Senf & M. Broda, *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. (5. Aufl., S. 742–748). Stuttgart: Thieme.
- Knellessen, O. (2011). Ambivalenz und gleichschwebende Aufmerksamkeit. Oder: das Glück einer psychoanalytischen Haltung für den aktuellen Psychotherapiediskurs. *Forum der Psychoanalyse*, 27(4), 329-337.
- Koenigswieser, R. & Hillebrand, M. (2006). Haltung in der systemischen Beratung. In N. Tomaschek (Hrsg.), *Systemische Organisationsentwicklung und Beratung bei Veränderungsprozessen. Ein Handbuch* (S. 74-82). Heidelberg: Carl-Auer.
- Kohl, S., Barnow, B., Brähler, E., Fegert, J.M., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Glaesmer, H., Goldbeck, L., Lebiger-Vogel, J., Leuzinger-Bohleber, M., Michels-Lucht, F., Sonntag, A., Spröder, N., Willutzki, U. & Strauß, B. (2009). Die Psychotherapieausbildung aus Sicht der Lehrkräfte. Ergebnisse der Befragung von Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut*, 54 (6), 445-456.
- Kolden, G.G., Klein, M.H., Wang, C., & Austin, S.B. (2011). Congruence/Genuineness. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.) (S. 187-202). New York: Oxford University.
- Krampen, G. (1991). *FKK - Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An Introduction to Its methodology* (2nd. ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Krupinski, M. & Nedopil, N. (1997). Aggressionstheorien und ihre Implikationen für die therapeutische Haltung. *Psycho*, 23 (5), 290-296.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2010). Computergestützte Analyse (CAQDAS). In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 734–750). Wiesbaden: VS.
- Kuckartz, U. (2010). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S. & Stefer, C. (2008): *Qualitative Evaluation* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.

- Kutschera, F. v. & Breitkopf, A. (2007). *Einführung in die moderne Logik* (8. Aufl.). Freiburg: Karl Alber.
- Kutter, P. (1988). Grundhaltung, professionelle Einstellungen und psychoanalytische Methode. In P. Kutter, R. Páramo-Ortega & P. Zagermann (Hrsg.), *Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse* (S.17-28). München-Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Kutter, P. (2003). Psychoanalytische Haltung – Klein, Bion und Selbstpsychologie Basiskonflikt, Laios und Iokaste. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28, 371-382.
- L**aireiter, A.-R. (2011). Selbsterfahrung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (7. Aufl.) (S. 25-30). Heidelberg: Springer.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: MJ Lambert (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5. Auflage) (S.139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (2004). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy research and its achievements. In J.C. Norcross, G.R. VandenBos, D.K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed.) (pp. 299-332). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Lambert, M.J. (Ed.) (im Druck). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M Hermer & B Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1* (S. 109-140). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lambert, M.J., & Shimokawa, K. (2011). Measuring client outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lebow, J. (2006). *Research for the Psychotherapist*. London: Routledge.
- Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (2003). Psychodynamik und Therapieprozess im Jugendalter und die Haltung des Therapeuten. In A. Gerlach, A.-M. Schlösser & A. Springer (Hrsg.), *Psychoanalyse mit und ohne Couch. Haltung und Methode* (S. 614-626). Gießen: Psycho-sozial.
- Lehmkuhl, G. & Resch, F. (2007). Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (Bd. 2) (S. 1388-1406). Göttingen Hogrefe.
- Leibing, E., Hiller, W. & Sulz, S.K.D. (2010). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3*. München: CIP-Medien.
- Leichsenring, F. (Hrsg.) (2006). *Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 2*. München: CIP Medien.
- Lenssen, K. (2010), Umweltpsychologie: Wie wir mit Hilfe personenzentrierter Haltungen vom Wissen zum Handeln kommen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 41(1), 34-38.

- Lessin, U. (1997). Wu-wei-Annäherungen - Thema und Kontrapunkt con variazioni über Veränderungen (m)einer therapeutischen Haltung. *Gestalttherapie*, 11 (2), 32-50.
- Liebold, R. & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strodtholz & A. Tafertshofer, A. (Hrsg.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 32-56). Wiesbaden: VS.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (2011). *Verhaltenstherapiemanual* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Lindenmeyer, J. (2009). Rückfallprävention. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1* (3. Aufl.) (S. 721-742). Berlin: Springer.
- Littig, B. (2008). Interviews mit Eliten – Interviews mit ExpertInnen: Gibt es Unterschiede? [37 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(3), Art. 16. Verfügbar über: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0803161>. (Zugriff 04.03.2013).
- Lleras, F. (2000). Phänomenologische Haltung. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 213-214). Wien: Springer.
- Löbner, S. (2002). *Semantik. Eine Einführung*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.
- Löffler, W. (2008). *Einführung in die Logik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12.
- Lude, W. (1997). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Grundhaltung, therapeutisches Handeln und Gestaltungsmöglichkeiten - mit einem Fallbeispiel. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 2: Anwendung und Praxis* (S. 135-156). Göttingen: Hogrefe.
- Luderer, H.-J. & Böcker, F.M. (1988). Klientenzentrierte Grundhaltung bei der Aufklärung psychiatrischer Patienten. In GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person. Band 1: Diesseits von Psychotherapie* (S.41-48). Köln: GwG.
- Lutz, W, Ehrlich, T & Zaunmüller, L (2010). Richtungen und Verfahren der Psychotherapie im Überblick 2: Neuere Positionen und Entwicklungen im Verständnis von Psychotherapie in Forschung und Praxis. In W Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 151-171). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lutz, W. & Böhnke (2010). Psychotherapieforschung. In W Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 49-69). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lutz, W. (2010b). Was ist Psychotherapie? – Grundlagen und Modelle. In W Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 25-47). Bern: Verlag Hans Huber.
- Lutz, W. (Hrsg.) (2010a). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lutz, W., Klein, J., Mocanu, S., Weimer, D., Stadler, K. & Welscher, A. (2010). Richtungen und Verfahren der Psychotherapie im Überblick 1: Theoretische Orientierungen. In W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 125–150). Bern: Huber.

- Machery, E. (2009). *Doing Without Concepts*. New York: Oxford University Press.
- Mann, K. & Loeber, S. (2008). Psychotherapie bei Alkoholismus. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 501-522). München: Urban & Fischer.
- Margolis, E. & Laurence, S. (2011). Concepts. In E.N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2012 Edition). Verfügbar über: <http://plato.stanford.edu/entries/concepts/> (Zugriff 04.03.2013).
- Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.) (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1*. Berlin: Springer.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010a). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010b). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601-613). Wiesbaden: VS.
- Mayring, P. (2010c). Design. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 225-237). Wiesbaden: VS.
- Medin, D. L. & Rips, L. J. (2005). Concepts and Categories: Memory, Meaning and Metaphysics. In K. J. Holyoak & R. G. Morrison (Eds.), *The Cambridge Handbook of Thinking and Reasoning* (pp. 37-72). New York: Cambridge University Press.
- Meggle, G. (2010). *Handlungstheoretische Semantik*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Merk, A. (2009). Der Ausdruck von Emotionen in der analytischen Haltung. Koreferat zum Vortrag von Christoph Walker. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 24(3), 320-329.
- Mertens, W. (1993). Die psychoanalytische Haltung. In M. Ermann (Hrsg.), *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse* (S. 11-34). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, D. Jahn, H.-J. Lauth & G. Pickel (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen* (S. 465-479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Interviews. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Aufl., S. 423-435). Wiesbaden: VS.
- Michalak, J., Schulte, D. & Willutzki, U. (2007). Therapiemotivation. In B. Strauß, F. Hoha-gen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 1327-1357). Göttingen: Hogrefe.
- Michel, C. & Novak, F. (2007). *Kleines Psychologisches Wörterbuch. Das Standardwerk*. (21. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods*. Beverly Hills: Sage.
- Miller, G. A. (1993). *Wörter. Streifzüge durch die Psycholinguistik*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (2008). Toward a unified theory of personality: Integrating dispositions and processing dynamics within the Cognitive-Affective Processing System

- (CAPS). In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality* (3rd Ed. (pp. 208-241). New York: Guilford.
- Mittelstraß, J. (Hrsg.). (2005). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie* (2. Aufl.). Stuttgart: J.B. Metzler.
- Mohr, A. & Kohler, A. (2012). *Zur Verwendungspraxis des Konstrukts „Therapeutische Haltung“ durch approbierte, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung halbstrukturierter Experteninterviews..* Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Mummendey, H. D. (2006). *Psychologie des "Selbst". Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Murphy, G. L. (2002). *The Big Book of Concepts*. MA: MIT Press.

- N**orcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd Ed.) (pp. 3-21). NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Guy, J. D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis. Wie Psychotherapeuten für sich selbst sorgen können*. Bern: Hans Huber.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2011). *Psychotherapy Relationships That Work* (2nd Ed.). NY: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (Eds.) (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

- O**berauer, K., Mayr, U. & Kluwe, R. (2006). Gedächtnis und Wissen. In H. Spada (Hrsg.), *Lehrbuch allgemeine Psychologie* (3. Aufl., S. 115–196). Bern: Huber.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M.E. (2005). Dimensions of work involvement, In D. E. Orlinsky & Michael Helge Rønnestad (ed.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (S. 61-70). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd eed.) (pp. 311–381). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.E. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Chance. In: M.J. Lambert (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.) (pp. 307-389). New York: Wiley.

- P**awłowski, T. (1980). *Begriffsbildung und Definition*. Berlin: deGruyter.
- Pelzer, H. (2011). Systemische Haltung und Balance. In H. Schindler, W. Loth & J. von Schlippe (Hrsg.), *Systemische Horizonte* (S. 39-48). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Perrez, M. & Baumann, U. (2011b). Psychotherapie: Systematik und methodenübergreifende Faktoren. In dies. (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (4. Aufl.) (S. 430-455). Bern: Huber.
- Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.) (2011a). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.) (2005). *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Peus, C., Braun, S., & Frey, D. (2011). Konsistenztheorien. In D. Frey & H.-W. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie – Individuum und soziale Welt* (S. 61-83). Göttingen: Hogrefe.
- Pfadenahuer, M. (2009). Das Experteninterview. In R. Buber & H.H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung* (S. 449-461). Wiesbaden: GWV.
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 67-76.
- Pieringer, W. (1995). Grundhaltungen in therapeutischen Beziehungen. *Psychotherapie Forum*, 3 (3), 115-127.
- Pinquart, M. (2011). Gegenstand und Aufgaben der Entwicklungspsychologie. In M. Pinquart, G. Schwarzer & P. Zimmermann, *Entwicklungspsychologie Kindes- und Jugendalter* (S. 14–39). Göttingen: Hogrefe.
- Pörtner, M. (2008). *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Potter, N.N. (2009). *Mapping the edges and the in-between. A critical analysis of borderline personality disorder*. Oxford: OUP.
- Power, MJ & Dalgleish, T (2008). *Cognition and Emotion – From Order to Disorder* (2nd Ed.). Hove: Psychology Press.
- Prechtel, P. (Hrsg.). (2004a). *Grundbegriffe der analytischen Philosophie*. Stuttgart: Metzler.
- Prislin, R. & Crano, W. D. (2008). Attitudes and attitude change. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (S. 3-15). New York: Psychology Press.
- Prochaska, J.O. & Norcorss, J.C. (2010). *Systems of Psychotherapy* (7th Ed.). Belmont: Brooks/Cole.
- Project MATCH Research Group (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455-474.
- R**eimer, C. & Rüger, U. (Hrsg.) (2006). *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Reimer, C. (2005). Probleme der Lebensqualität von Psychotherapeuten. In: O.F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert (Hrsg.), *Wir: Was wir Psychotherapeuten schon immer über uns wissen wollten* (S. 92-101). Stuttgart: Schattauer.

- Reimer, C. (2007a). Krisen, Krisenintervention und Kurzpsychotherapie. In C., Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 713-723). Heidelberg: Springer.
- Reimer, C. (2007b). Ethische Aspekte der Psychotherapie. In C., Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 745-759). Heidelberg: Springer.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.) (2007). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Reinecker, H. (1999). Methoden der Verhaltenstherapie. In ders. (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 147-333). Tübingen: dgvt.
- Reinecker, H. (2005). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Reinecker, H. (2009a). Selbstmanagement. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. Aufl.) (S. 629-644). Heidelberg: Springer.
- Reinecker, H. (2009b). Therapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. Aufl.) (S. 83-100). Heidelberg: Springer.
- Riemann, D., Spiegelhalder, K., Espie, C. & Perlis, M. L. (2008). Psychotherapie bei Schlafstörungen. In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 561-575). München: Urban & Fischer Elsevier.
- Rønnestad, M.E. & Orlinsky, D.E. (2005). Clinical implications: Training, supervision and practice. In D. E. Orlinsky & Michael Helge Rønnestad (ed.), *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (S. 181-201). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, T (2005). Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 102-120). Göttingen: Hogrefe.
- Rosner, R. & Gavranidou, M. (2007). Kultursensitive Psychotherapie. In B. Strauß, F. Hohaagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 785-809). Göttingen: Hogrefe.
- Rost, D.H. (2007). *Interpretation und Bewertung pädagogisch-psychologischer Studien. Eine Einführung*. Stuttgart: UTB.
- Rothermund, K. & Eder, A. (2011). *Allgemeine Psychologie: Motivation und Emotion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (2006). Somatoforme Störungen. In C. Reimer & U. Rieger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3. Aufl.) (S. 311-318). Heidelberg: Springer
- Rudolf, G. (2006). Persönlichkeitsstörungen. In C. Reimer & U. Rieger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3. Aufl.) (S. 329-340). Heidelberg: Springer
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Rühl, K. (1996). Die Begegnung mit dem behinderten Menschen. Haltung und Erleben des Therapeuten. *Existenzanalyse*, 13 (2), 40-43.

- Rummer, R. & Engelkamp, J. (2006). Wortwissen und mentales Lexikon. In J. Funke & P. A. Fensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition* (S. 592–600). Göttingen: Hogrefe.
- Rustemeyer, R. (1992). *Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse. Eine Einführung am Beispiel der Analyse von Interviewtexten*. Münster: Aschendorff.
- Ryle, G. (1969). *Der Begriff des Geistes*. Stuttgart: Reclam.
- S**andell, R. (2007). Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In A. Springer, K. Münch & D. Munz (Hrsg.), *Psychoanalyse heute?!. Tagungsband der 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2006* (S. 461–481). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert J. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Projekts. *Psyche*, 3, 277–310.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Schubert, J., Carlsson, J. & Broberg, J. (1999). Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse*, 15, 327–347.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patients' outcomes. I. Development and validation of the Therapist Attitudes Scales (TASC2). *Psychotherapy Research*, 14, 469–484.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy*, 79 (4), 629–647.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17, 196–204.
- Sannwald, R. & Bahrke, U. (2008). Kindheit und Jugend in Ost und West – Auswirkungen auf die therapeutische Haltung und den therapeutischen Prozess. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 4, 60–71.
- Sapyta, J., Riemer, M. & Bickman, L. (2005). Feedback to Clinicians: Theory, Research, and Practice. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 61, 145–153.
- Sauer, S. (2012). *Zur Verwendungspraxis des Begriffs "Therapeutische Haltung" durch Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie). Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung halbstrukturierter Experteninterviews*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Sauter, F.C. (1998). Der Lehrkraft als Person im Spannungsfeld zwischen personenzentrierter Haltung und Unterrichtstechnik. Würzburg: Universität, Institut für Psychologie, Serie: *Arbeiten aus dem Institut für Psychologie*, Nr. 19. Location: Sondersammelgebiet Psychologie an der Saarländischen Universitäts- und Landesbibliothek Saarbrücken.
- Saxon, D. & Barkham, M. (2012). Patterns of Therapist Variability: Therapist Effects and the Contribution of Patient Severity and Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (4), 535–546.

- Schmidt-Lellek, C. (2005). Das Übersehen der Grenzen: Gefährdungen und Deformationen der therapeutischen Haltung. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (2), 157-161.
- Schmuck, P. & Kruse, A. (2005). Entwicklung von Werthaltungen und Lebenszielen. In J. Asendorpf (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (S. 191-258). Göttingen: Hogrefe.
- Schnabel, M. (1986). Zur Integration von Einzel- und Familientherapie, klientenzentrierter Haltung und systemischem Denken. *GwG-Info*, 64, 128-146.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Schreier, M. & Odağ, Ö. (2010). Mixed Methods. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 263-277). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schröder, C. (2007). Geschichte der Psychotherapie. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 1047-1074), Göttingen: Hogrefe.
- Schurz, G. (2006). *Einführung in die Wissenschaftstheorie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Schwartz, S. H. (2007). Value orientations: Measurement, antecedents and consequences across nations. In R. Jowell, C. Roberts, R. Fitzgerald & G. Eva (Eds.), *Measuring attitudes cross-nationally: Lessons from the European Social Survey* (pp. 161-193). London: Sage.
- Schwartz, S. H. (2012). Toward refining the theory of basic human values. In S. Salzborn, E. Davidov & J. Reinecke (Eds.), *Methods, theories, and empirical applications in the social sciences* (S. 39-46). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K., Dirilen-Gumus, O., & Konty, M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 663-688.
- Schwarz, M. & Chur, J. (2004). *Semantik. Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). Tübingen: Narr.
- Schwarz, N. (2007). Attitude construction: evaluation in context. *Social Cognition*, 25, 638-56.
- Schwarz, N. (2008). Attitude measurement. In W. D. Crano & R. Prislin (Eds.), *Attitudes and attitude change* (pp. 41-60). New York: Psychology Press.
- Schweitzer, J. (2012). Systemische Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie, ein integratives Lehrbuch der Psychotherapie* (5. Aufl.) (S. 244-255). Stuttgart: Thieme.
- Schweitzer, J., Schlippe, A. von, Ochs, M. (2007). Theorie und Praxis der systemischen Psychotherapie. In B. Strauß, F. Caspar, F. Hohagen (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (S. 261- 286). Göttingen: Hogrefe.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson.
- Seewald, C. (2008). Personzentrierte Haltungen und Claus Otto Scharmers "Theorie U: Von der Zukunft her führen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 39(1), 30-32.
- Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) (2012). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

- Silberschatz, G. (2010). The Control-Mastery perspective: A clinical formulation of David's plan. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1), 81-88.
- Six, B. (1985). Werte und Werterhaltung. In Th. Herrmann & E.D. Lantermann (Hrsg.), *Persönlichkeitspsychologie – ein Handbuch in Schlüsselbegriffen* (S. 401-415). München: Urban & Schwarzenberg.
- Skovholt, T.M. (Hrsg.) (2012). *Becoming a Therapist*. Hoboken: John Wiley & Sons..
- Skovholt, T.M. & Starkey, M.T. (2010). The three legs of the practitioner's learning stool: Practice, research/theory, and personal life. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(3), 125-130.
- Slaney, K. L., & Racine, T. P. (2011). On the ambiguity of concept use in psychology: Is the concept "concept" a useful concept? *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 31, 73-89
- Sporn, H. (1989). Die therapeutische Haltung des Teams. Stationäre Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 15 (4), 270-276.
- Staemmler, F.-M. (1994). Kultivierte Unsicherheit. Gedanken zu einer gestalttherapeutischen Haltung. *Integrative Therapie*, 20(3), 272-288.
- Steigleder, S. (2008). *Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktive kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring*. Marburg: Tectum.
- Stellpflug, M.H., Pucher-Matzner, I. & Holzberger, B. (2009). Rechtliche Rahmenbedingungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. Aufl.) (S. 859-888). Heidelberg: Springer.
- Stemmer, W. (2006). Die Beunruhigung und das Nichtwissen des Analytikers als Aspekte der psychoanalytischen Haltung. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, 21(4), 449-473.
- Storbeck, J & Clore, G.L. (2007). On the interdependence of cognition and emotion. *Cognition and Emotion*, 21 (6), 1212-1237.
- Strauß, B., Hohagen, F. & Caspar, F. (Hrsg.) (2007), *Lehrbuch Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Streb, P. (2009). Die therapeutische Grundhaltung. In J. Küchenhoff & R. Mahrer Klempecker, *Psychotherapie im psychiatrischen Alltag. Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung* (S.25-41). Stuttgart: Schattauer.
- Streek, U. (2006). Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. In C. Reimer & U. Rieger (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (3. Aufl.) (S. 107-136). Heidelberg: Springer
- Strube, G. & Herrmann, T. (2006). Sprechen und Sprachverstehen. In H. Spada, *Lehrbuch Allgemeine Psychologie* (3. Aufl.) (S. 277–342). Bern: Huber.
- Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.). (2000). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer.

- T**ashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds.) (2010). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (2nd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taubner, S., Kächele, H., Visbeck, A., Rapp, A., & Sandell, R. (2010). Therapeutic attitudes and practice patterns among psychotherapy trainees in Germany. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12(4), 361–381.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Teyber, E. & McClure, F. (2000). *Therapist Variables*. In C. R. Snyder, *Handbook of psychological change* (pp. 63–87). New York: Wiley.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2010). Entwicklung - Abstimmung - Regulation. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 269–283). Stuttgart: Schattauer.
- V**erbi GmbH (2004). *MAXqda* (Version 2), [Computer Software]. Berlin: Verbi GmbH.
- Verheyen, S., Stukken, L., De Deyne, S., Drym, M. J. & Storms, G. (2011). The generalized polymorphous concept account of graded structure in abstract categories. *Memory & Cognition*, 39(6), 1117–1132.
- W**ahrig-Burfeind, R. (Hrsg.) (2011). *Wahrig Deutsches Wörterbuch* (9. Aufl.). Gütersloh: wissenmedia.
- Waldmann, M. R. (2006). Konzepte und Kategorien. In J. Funke & P. A. Fensch (Hrsg.), *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Kognition* (S. 281–293). Göttingen: Hogrefe.
- Waldmann, M. R. (2008). Kategorisierung und Wissenserwerb. In J. Müsseler (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie* (2. Aufl., S. 377–428). Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wampold B.E. & Bhati, K.S. (2004). Attending to the Omissions: A Historical Examination of Evidence-Based Practice Movements. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 563-570.
- Wampold B.E., Hollon S. D. & Hill C. E. (2011). Unresolved questions and future directions on psychotherapy research. In Norcross J. C., VandenBos G. R. & Freedheim, D. K. (eds.) *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd. Ed.) (pp. 333–356). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B.E. (2006). The psychotherapist. In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200–208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857–873.
- Wampold, B.E. (2010a). *The Basics of Psychotherapy: An Introduction to Theory and Practice*. Washington, DC: APA.

- Wampold, B.E. (2010b). The research evidence for the common factors models: A Historically situated perspective. In Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. (Eds.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2nd Ed., pp. 49-73). London: Sheridan Books.
- Wampold, B.E. (2010c). Yes, I have an allegiance... to the research evidence. *The Behavior Therapist*, 33, 137-139.
- Wampold, B.E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Wänke, M. & Bohner, G. (2006). Einstellungen – attitudes. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 404 – 414). Göttingen: Hogrefe.
- Wänke, M., Reutner, L., & Bohner, G. (2011). Einstellung und Verhalten. In Bierhoff H.-W., & Frey D. (Hrsg.), *Sozialpsychologie – Individuum und soziale Welt* (S. 211 - 232). Göttingen: Hogrefe.
- Watson, J.C. (2010). A Case of Depression: Introducing David. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20 (1), 52-58
- Westermann, R. (2000). *Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur Psychologischen Methodenlehre*. Göttingen: Hogrefe.
- Wiemer-Hastings, K. & Xu, X. (2005). Content Differences for Abstract and Concrete Concepts. *Cognitive Science*, 29(5), 719-736.
- Wilke, E. (2007). Katathym-imaginative Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke, E. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (3. Aufl.) (S. 135-166). Heidelberg: Springer.
- Willutzki, U. & Ambühl, H. (2000). Selbsterfahrung und die professionelle Entwicklung von Verhaltenstherapeuten- Eine empirische Perspektive. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde* (S. 457-474). Tübingen: DGVT.
- Willutzki, U. & Laireiter, A.R. (2005). Ausbildung in Verhaltenstherapie – was ist ein guter (Verhaltens-) Therapeut und wie soll Ausbildung gestaltet sein? In Laireiter A.R., Willutzki U. (Hrsg): *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 21-49). Göttingen: Hogrefe.
- Willutzki, U. Orlinsky, D.E., Cierpka, M., Ambühl, H., Laireiter, A.-R., Meyer-Berg, J. & das SPR Collaborative Research Network (2005). Wir - Daten über uns. Psychotherapeuten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg), *Wir. Oder: Was wir schon immer über uns wussten, aber nie zu schreiben wagten* (S. 26-38). Schattauer: Stuttgart.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H-U & Hoyer, J (Hrsg.) (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H-U & Jacobi, F. (2011). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In H-U Wittchen & J Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 57-90). Heidelberg: Springer.

- Wittenbrink, B., & Schwarz, N. (2007). An introduction to the assessment of attitudes with implicit measures. In B. Wittenbrink & N. Schwarz (Eds.), *Implicit measures of attitudes* (pp. 1-13). New York: Guilford Press.
- Wittgenstein, L. (1953/1999). *Werkausgabe Band I*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Wöller, W., Bernard, J., Kruse, J. & Albus, C. (2010). Spezielle psychotherapeutische Techniken bei Patienten mit Strukturpathologien. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* (3. Aufl.) (S. 302-352). Stuttgart: Schattauer.
- Wruck, A. (2003). Gegenübertragung, Affekt und Kognition. Tiefenpsychologische und analytische Deutungsprozesse in analytischer Haltung. In A. Gerlach, A.-M. Schlösser, A. Springer (Hrsg.), *Psychoanalyse mit und ohne Couch – Haltung und Methode*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Wurll, P. (2011). Achtsamkeit als therapeutische Grundhaltung. In U. Anderssen-Reuster (Hrsg.), *Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode* (S. 110-121). Stuttgart: Schattauer.
- Z**agermann, P. (1988). Das Hexeneinmaleins. Die psychoanalytische Haltung und ihr Verhältnis zur Metapsychologie. In Kutter, P. et al. (Hrsg.), *Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse*. München: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Zarbock, G. (2008). *Praxisbuch Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst.
- Zimmer, D. (2011). Supervision. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (7. Aufl.) (S. 35-38). Heidelberg: Springer.
- Zwitslerlood, P. & Bölte, J. (2008). Worterkennung und -produktion. In J. Müsseler (Hrsg.), *Allgemeine Psychologie* (2. Aufl., S. 467–503). Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

Anhang – Gliederung

Anhang A	– Tabelle Literaturüberblick	S. 369
Anhang B	– Anschreiben	S. 373
Anhang C	– Kurzfragebogen (KFB)	S. 375
Anhang D	– Manual (IML) mit Interviewleitfaden (ILF)	S. 380
Anhang E	– Transkriptionsregeln	S. 387
Anhang F	– Tabelle Überblick Kategoriensysteme	S. 390
Anhang H	– Codierleitfaden. <i>Der in der eingereichten Arbeit als digitaler Anhang auf CD-Rom beiliegende Codierleitfaden kann auf Anfrage beim Autor eingesehen werden.</i>	

Nr.	Autor	Jahr	Orient.*	Suche*	Def.*	primärer Begriff*	inhaltlicher Kontext*
1	Bender	1986	KZE	I	nein	klientenzentrierte Haltung	Integration von Einzel- und Familientherapie, klientenzentrierter Haltung und systemischem Denken
2	Bleckwedel	2012	SYS	I	**	**	**
3	Böker	1995	PD	I	nein	therapeutische Haltung	Zusammenhang zwischen institutionellem Rahmen der Psychiatrie, intrapsychischen Konflikten psychotischer Patienten und kontextbezogener therapeutischer Haltung
4	Bürgin	2002	PD	I	nein	(psycho-) therapeutische (Grund-) Haltung	beziehungsethische Perspektive in der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
5	Burtscheidt	2001	VT	III-VII	nein	Therapeutische Haltung	VT bei Alkoholabhängigkeit
6	Conen	2007	SYS	I	nein	Therapeutische Grundhaltung	Würdigung von Salvador Minuchin
7	Dantlgraber	1989	PD	I	nein	(psycho-) analytische Haltung	analytische Haltung als Instrument in der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung
8	Diebel-Braune	2006	PD	ER	nein	Haltung, Therapeutische Haltung	allgemeine Überlegungen zu Behandlungstechniken in der Krisenintervention
9	Dieckmann & Albertini	2009	PD	I	nein	Therapeutische Haltung	psychoanalytisch-interaktionelle Suchttherapie im stationären Setting
10	Dinslage	1982	VT	III-VII	nein	Begriff wird nicht verwendet	berufliche Sozialisation
11	Dirlich-Wilhelm & Maurer	1998	VT	III-VII	nein	therapeutische Haltung, innere Haltung	vernachlässigte Basisfertigkeiten in der VT, Vermittlung von Basisfertigkeiten
12	Doering & Schüßler	2006	PD	ER	nein	Therapeutische Haltung	therapeutische Techniken bei der psychodynamischen Erstuntersuchung im Rahmen psychodynamischer Diagnostik
13	Doering & Sachse	2008	Sonst	ER	nein	respektvoll-akzeptierende Haltung	Störungsorientierte Psychotherapie bei „Persönlichkeitsstörungen“
14	Eckert	2007	KZE	ER	nein	therapeutische Haltung	Praxis des Erstinterviews zu Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes im Rahmen der Darstellung der Gesprächstherapie
15	Egger	2007	VT	III-VII	nein	Haltungen	Grundannahmen und Techniken der integrativen VT
16	Eidenschink & Eidenschink	1992	GT	I	nein	therapeutische Haltung	Paradoxie der Veränderung
17	Eith	1997	PD	I	nein	(familien-) therapeutische Haltung	Familientherapie
18	Erim	2012	PD	ER	nein	therapeutische Haltung	Ausgangslage psychotherapeutischer Praxis bei der Psychotherapie mit Migranten
19	Erlanger	1996	PD	II	ja	Haltung	theoretische Diskussion des Konzepts der Gegenübertragung
20	Feselmayer & Beiglbök	2001	Sonst	I	nein	Therapeutische Grundhaltung	Motivationsarbeit mit Suchtkranken
21	Fiedler	2011	VT	III-VII	nein	psychotherapeutische Haltungen	Biographie-Arbeit in der VT
22	Fischer	2006	PD	ER	nein	Haltung der Neutralität	FAQs im Bereich Psychotherapie bei PTBS und ABS
23	Geiss et al.	2009	KZE	II	nein	Grundhaltung	Grundhaltungen von Professionellen in der Sterbebegleitung (empirische Studie)
24	Gerlach	2003	PD	II	nein	psychoanalytische Haltung	Begegnung mit fremden Kulturen
25	Grande	2002	PD	I	nein	(therapeutische) Haltung	konflikt- vs. strukturorientierte therapeutische Arbeit
26	Grande & Schauenburg	2007	PD	I	nein	therapeutische Haltung	Therapie von Borderline-Patienten
27	Grimmer	1996	Sonst	I	nein	therapeutische Haltung	Monodramatechnik bei Alkoholabhängigkeit
28	Gross	2002	PD	I	nein	psychoanalytische Haltung	Psychoanalyse im stationären psychiatrischen Rahmen
29	Grünbaum	2005	VT	I	nein	therapeutische Haltung	Entwicklung der ThHa im Kontext der Ausbildung, insb. Supervision bzw. interaktioneller Fallarbeit
30	Gutberlet	2003	KZE	I	nein	personenzentrierte Haltung	Diskussion der Kritik an der personenzentrierten Haltung nach Rogers

Nr.	Autor	Jahr	Orient.*	Suche*	Def.*	primärer Begriff*	inhaltlicher Kontext*
31	Habermeyer	2009	VT	III-VII	nein	therapeutische Haltung	schädigendes Verhalten in der KVT bei „Persönlichkeitsstörungen“
32	Habermeyer, Rudolf & Herpertz	2008	Sonst	ER	nein	Therapeutische Haltung	Störungsorientierte Psychotherapie bei „Persönlichkeitsstörungen“
33	Hans-Rauschkolb	1989	Sonst	I	nein	Therapeutische Haltung	Ergotherapie bei Essstörungen
34	Hargens	1998	SYS	II	nein	innere Haltung	Haltung des Therapeuten im Verhältnis zu konkreten Techniken
35	Hargens	2006	SYS	II	**	**	**
36	Hartkamp	2006	PD	ER	nein	Haltung	Behandlungskonzepten der Tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie
37	Hartmann-Kottek	2007	GT	ER	nein	Achtsamkeitshaltung	Definition und methodisches Selbstverständnis von Gestalttherapie im Rahmen der Einleitung („Phänomenologischer Zugang“)
38	Häuser	1994	SYS	I	nein	Therapeutische Grundhaltung	Umgang mit Panikstörungen in einem stationären Setting
39	Heltzel	2000	PD	I	nein	Psychodynamische Grundhaltung	Gemeindepsychiatrie
40	Henningsen	2011	PD	I	nein	analytische Haltung	Widerstand
41	Henningsen & Martin	2008	Sonst	ER	nein	Haltung des Psychotherapeuten	psychodynamisches Vorgehen bei somatoformen Störungen
42	Herpertz & Caspar	2008	Sonst	ER	nein	Therapeutische Haltung	allgemeine therapeutische Beziehungsgestaltung
43	Hicklin	1993	PD	I	nein	Psychotherapeutische Haltung	Versuch die Tätigkeit des Psychoanalytikers zu beschreiben
44	Hoffmann & Hofmann	2008	VT	III-VII	ja	innere Haltung, Grundhaltung	Selbstfürsorge bei Therapeuten
45	Hohage	2011	PD	ER	nein	Therapeutische Haltung, Grundhaltung	Therapiemotivation, Therapieziele und therapeutische Grundposition in der analytisch orientierten Psychotherapie
46	Holm-Hadulla	2007	Sonst	I	nein	(therapeutische) Haltung	Methodenintegration im Rahmen der Beziehungsgestaltung in Therapien bei „Persönlichkeitsstörungen“
47	Jaeggi & Riegels	2008	PD	ER	ja	Haltung des Therapeuten	Eigenständiges Thema im Kontext psychodynamischer Therapie
48	Jakobitsch, Kronenburg & Streb	2000	Sonst	I	ja	(psycho-) therapeutische (Grund-) Haltung	Psychotherapie im psychiatrischen Alltag
49	Janssen	1992	Sonst	I	nein	Psychotherapeutische Haltung	Psychotherapieforschung und Beziehungsgestaltung
50	Jegodtka	2002	SYS	I	nein	(therapeutische) Haltungen	Therapie mit Kindern und Enkeln von Holocaust-Überlebenden
51	Jordan & Hermann-Lingen	2012	PD	ER	nein	therapeutische Haltung	Therapie bei Herzkrankungen, insb. bei diesbezüglichen Belastungsstörungen
52	Kanfer et al.	2012	VT	ER	nein	provokative Haltung; (ir-)rationale Haltung	allgemeinem Interaktions- und Gesprächsstil; Therapeuten als Person
53	Kanwischer	2006	PD	ER	nein	supportive Haltung	Therapie bei somatoformen Störungen
54	Klug et al.	2008	PD	III-VII	ja	therapeutische Haltung	Unterschiedliche Therapeutische Haltungen hinsichtlich theoretischer Orientierung (empirische Studie)
55	Klüwer	2003	PD	I	nein	psychoanalytische Haltung	Behandlung suizidaler Patienten
56	Knaier, Lohmer & Meisl	1982	Sonst	I	nein	therapeutische (Grund-) Haltung	therapeutischer Ansätze in therapeutischen Wohngemeinschaften
57	Knellessen	2011	PD	I	nein	psychoanalytische Haltung	klinische Relevanz des Ambivalenzkonzepts
58	Königswieser & Hillebrand	2006	SYS	II	ja	Haltung, systemische Haltung	systemische Beratung
59	Krupinski & Nedopil	1997	Sonst	I	nein	therapeutische Haltung	Darstellung von Aggressionstheorien und deren Bedeutungen für die therapeutische Haltung
60	Kutter	2003	PD	I	nein	psychoanalytische Haltung, Grundhaltung	Unterschiede zwischen psychoanalytischen Schulen
61	Lehmkuhl & Lehmkuhl	2003	PD	II	nein	Haltung des Therapeuten	Therapie mit Jugendlichen

Nr.	Autor	Jahr	Orient.*	Suche*	Def.*	primärer Begriff*	inhaltlicher Kontext*
62	Lehmkuhl & Resch	2007	Sonst	ER	nein	(therapeutische) Haltung	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
63	Lessen	2010	KZE	I	**	**	**
64	Lessin	1997	GT	I	nein	gestalttherapeutische Haltung	autobiographisches zur Veränderung der eigenen gestalttherapeutischen Haltung
65	Lindenmeyer	2009	VT	ER	nein	therapeutische Grundhaltungen	Rückfallprävention bei Alkoholismus
66	Lude	1997	KZE	II	nein	therapeutische (Grund-) Haltung	personenzentrierte Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
67	Luderer & Böker	1988	KZE	I	nein	klientenzentrierte Grundhaltung	Aufklärung psychiatrischer Patienten (empirische Studie)
68	Lutz et al.	2010	Sonst	ER	nein	Therapeutische Haltungen	Darstellung systemischer Ansätze
69	Mann & Loeber	2008	VT	ER	nein	Therapeutische Haltung	allgemeine Richtlinien bei Behandlung der Alkoholabhängigkeit
70	Merk	2009	PD	I	nein	analytische Haltung	Ausdruck von Emotionen anhand eines Fallbeispiels
71	Mertens	1993	PD	I	nein	(psycho-) analytische Haltung	Rolle der psychoanalytischen Haltung für die Beziehungsgestaltung
72	Michalak et al.	2007	VT	ER	nein	Grundhaltungen	Basisstrategien zur Unterstützung der Patientenmotivation
73	Pelzer	2011	SYS	I	nein	systemische Haltung	Diskussion der syst. Haltung im Verhältnis zum Konzept der Balance-Kompetenz
74	Pieringer	1995	PD	II	ja	Grundhaltungen	allgemein menschliche Grundhaltungen und therapeutische Selbsterfahrung
75	Pörtner	2008	KZE	I	nein	personenzentrierte Haltung	Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen
76	Reimer	2007a	PD	ER	nein	Haltung	Behandlungsprobleme bei Krisenintervention und Kurzpsychotherapie
77	Reimer	2007b	PD	ER	nein	Heilbringerhaltung	narzisstischer Missbrauch im Rahmen ethischer Aspekte der Psychotherapie
78	Riemann et al.	2008	VT	ER	nein	Therapeutische Haltung	Therapie bei primärer Insomnie
79	Rosner & Gavranidou	2007	VT	ER	nein	Haltung des Therapeuten	kultursensitive Psychotherapie
80	Rudolf	2006	PD	ER	nein	therapeutische Haltung	strukturelle Psychotherapie bei „Persönlichkeitsstörungen“
81	Rudolf	2010	PD	ER	ja	Therapeutische Haltung	konfliktdeckende und strukturbezogene Psychotherapie; Diagnostik; Menschenbildannahmen; therapeutische Kompetenzen
82	Rudolf & Henningsen	2006	PD	ER	nein	Therapeutische Haltungen	Therapie somatoformer Störungen
83	Rühl	1996	Sonst	II	nein	Therapeutische Haltung	Arbeit mit Behinderten
84	Sannwald & Bahrke	2008	Sonst	I	nein	therapeutische Haltung	Einfluss ost- vs. westdeutscher Kindheit auf therapeutische Haltung und therapeutischen Prozess
85	Sauter	1998	KZE	I	**	**	**
86	Schmidt-Lellek	2005	Sonst	I	nein	(therapeutische) Haltung	Grenzüberschreitungen im psychotherapeutischen Kontext
87	Schnabel	1986	KZE	I	nein	klientenzentrierte Haltung	Integration von Einzel- und Familientherapie, klientenzentrierter Haltung und systemischem Denken
88	Schröder	2007	VT	ER	nein	Therapeutengrundhaltung	psychotherapiegeschichtliche Behandlung der Entwicklung der klientenzentrierten Therapie
89	Schweitzer	2012	SYS	ER	nein	therapeutische Haltungen	Darstellung der Systemischen Therapie
90	Schweitzer et al.	2007	SYS	ER	nein	therapeutische Haltungen	Darstellung der Theorie und Praxis der Systemischen Therapie
91	Seewald	2008	KZE	I	**	**	**
92	Sinderauf	2009	VT	III-VII	nein	Grundhaltung	Integrative VT nach traumatischen Ereignissen
93	Sporn	1989	PD	I	nein	therapeutische Haltung	stationäre Suchttherapie
94	Staemmler	1994	GT	I	nein	gestalttherapeutische Haltung	kultivierte Unsicherheit

Nr.	Autor	Jahr	Orient.*	Suche*	Def.*	primärer Begriff*	inhaltlicher Kontext*
95	Stemmer	2006	PD	I	nein	(psycho-) analytische Haltung	Umgang mit Unsicherheit und Nichtwissen im Therapieprozess
96	Streb	2009	Sonst	I	nein	therapeutische Grundhaltung	Beziehungsgestaltung
97	Streeck	2006	PD	ER	nein	Haltung des Therapeuten	Darstellung der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie
98	Trautmann-Voigt & Voigt	2010	PD	ER	nein	therapeutische Haltung	rhythmisch-dynamische Handlungsdialoge in der mittleren Phase einer tiefenpsych. fundierten Psychotherapie
99	Wilke	2007	PD	ER	nein	protektive Haltung	therapeutischer Prozess in der katathym-imaginativen PT
100	Willutzki & Ambühl	2000	VT	III-VII	nein	negative Haltung	Selbsterfahrung und professionelle Entwicklung
101	Wöller & Kruse	2010b	PD	ER	nein	(psychodynamische) Grundhaltung	Grundorientierungen und diverse spezifische Aufgaben/Phasen in der tiefenpsych. fund. Psychotherapie
102	Wöller et al.	2010	PD	ER	nein	Therapeutische Haltung	tiefenpsych. fundierte Psychotherapie bei Patienten mit Strukturpathologien
103	Wruck	2003	PD	II	nein	analytische Haltung	Verhältnis von Gegenübertragung, Affekt und Kognition
104	Wurll	2011	PD	I	nein	therapeutische Grundhaltung	Achtsamkeit als therapeutische Grundhaltung in der Hakomi-Therapie
105	Zagermann	1988	PD	I	nein	psychoanalytische Haltung	Lage der psychoanalytischen Metatheorie

* *Orient.* = theoretische Orientierung der Autoren, soweit recherchierbar; *Suche* = Recherchen I bis VII (s. Kap. 6.2.1, Tab. 6.02 und 6.03) sowie *ER* = ergänzende Recherchen (s. Kap. 6.2.2, Tab. 6.03); *Def.* = Definition der Therapeutischen Haltung in der Quelle; *primärer Begriff* = Variante/Version des Haltungsbegriffs, welcher im betreffenden Artikel vornehmlich behandelt wird; *inhaltlicher Kontext* = inhaltlicher Kontext, in welchem die Therapeutische Haltung thematisiert wird; *PD* = psychodynam.; *KV* = kognitiv-verhaltenstherapeutisch; *SYS* = systemisch; *KZE* = klientenzentriert; *GT* = gestalttherapeutisch; *Sonst:* keiner einzelnen Orientierung zuordenbar (z.B. Gemeinschaftsarbeit von Autoren unt. Orientierungen);

** keine Angaben, da sich bei genauerer Betrachtung der Quelle herausstellte, dass Haltung nicht im therapeutischen Sinn thematisiert wurde;

Otto-Friedrich-Universität Bamberg



Otto-Friedrich-Universität Bamberg – Fakultät Humanwissenschaften
 Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Markusplatz 3 – 96047 Bamberg – z.H. Hans Preß (DP)

Frau
 Dr. Eva Mustermann
 Allerweltsallee 11
 96047 Bamberg

**Otto-Friedrich-Universität
 Bamberg**

Lehrstuhl für Klinische
 Psychologie und
 Psychotherapie
 (Prof. Dr. Hans Reinecker)
<http://www.uni-bamberg.de/klinpsych/>

Forschungsprojekt
 „Therapeutische Haltung“
forschung.klinpsych@uni-bamberg.de

Forschungsprojekt der Universität Bamberg:
 Ihre Ideen zur **Therapeutischen Haltung** interessieren uns!

Projektverantwortlicher:
 Hans Preß (Dipl.-Psych.)
 Tel.: 0951-863-1880
hans.press@uni-bamberg.de

Sehr geehrte Frau Dr. Mustermann,

Bamberg, 04. April 2011

mit diesem Schreiben möchten wir Sie darum bitten, Ihr Expertenwissen in das Forschungsprojekt „Therapeutische Haltung“ einzubringen, das gegenwärtig vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bamberg durchgeführt wird. Es handelt sich dabei um ein Dissertationsvorhaben, an das zudem fünf Diplomarbeiten angegliedert sind. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich einen Moment Zeit nehmen würden, um sich mit unserem Anliegen vertraut zu machen.

Womit befasst sich das Projekt?

Der Begriff der *Therapeutischen Haltung* wird in fachlichen Veröffentlichungen, kollegialen Gesprächen unter Professionellen des psychosozialen Bereichs wie auch in Ausbildungsseminaren, Internetauftritten psychotherapeutischer Praxen und zu vielen weiteren Anlässen rege genutzt. Was die vielen Nutzer des Begriffs darunter genau verstehen, bleibt allerdings oft unklar. Im Rahmen des Forschungsprojektes möchten wir einen Beitrag zur Klärung der vielen Bedeutungsaspekte des Begriffs leisten und den möglichen Nutzen einer systematischeren Beschäftigung mit der „Haltung“ für Theorie, Praxis und Ausbildung erkunden.

Wie können Sie uns dabei unterstützen?

Der inhaltliche Schwerpunkt des Projektes liegt auf der Erhebung und Analyse der persönlichen Nutzung des Begriffs der *Therapeutischen Haltung* durch Expertinnen und Experten. Als solche Expertin können Sie uns unterstützen, indem Sie uns 30-60 Minuten Ihrer Zeit zur Verfügung stellen und sich in einem Interview zu Ihrer Meinung bezüglich unterschiedlicher Aspekte der *Therapeutischen Haltung* befragen lassen. Damit wir uns möglichst flexibel an Ihre zeitlichen Möglichkeiten anpassen können, werden die Interviews telefonisch durchgeführt.

POSTADRESSE:
 Otto-Friedrich-Universität Bamberg
 Fakultät Humanwissenschaften
 Lehrstuhl für Klinische Psychologie
 und Psychotherapie
 Markusplatz 3
 96047 Bamberg

Um die Interviews später auswerten zu können, ist eine digitale Aufzeichnung vorgesehen (dies geschieht natürlich nur mit Ihrem Einverständnis; s. auch unten, Thema Datenschutz).



Die konkreten Schritte

Wenn Sie es sich vorstellen können, als Expertin an der qualitativ orientierten Studie teilzunehmen, bitten wir Sie, den diesem Schreiben beigeftigten Kurzfragebogen auszufüllen und diesen im ebenfalls beiliegenden frankierten Rückumschlag bis Dienstag, den 12. April 2011, zurück zu senden. Informationen und Instruktionen zur Bearbeitung werden im Kopf des Fragebogens gegeben. Eine Mitarbeiterin des Projekts wird sich dann mit Ihnen zwecks Terminabsprache in Verbindung setzen.

Die Durchführung der Interviews ist für den Zeitraum von Mai bis Juli 2011 geplant.

Sollten Sie nicht am Interview teilnehmen wollen, wären wir Ihnen dennoch dankbar, wenn Sie den beiliegenden Kurzfragebogen ausgefüllt zurückschicken würden. Sie müssen dazu lediglich am Ende des Fragebogens das Item „Ich bin damit einverstanden, wegen des Experteninterviews kontaktiert zu werden“ mit „nein“ ankreuzen, dann werden nur die Fragebogendaten berücksichtigt.

Wie wird der Datenschutz gewährleistet?

Da im Fragebogen sowie im Interview Daten und Ihre persönliche Meinung erhoben werden, ist eine anschließende Anonymisierung obligatorisch. Für diese Studie ist es vorgesehen alle Daten nach Abschluss des Interviews zu anonymisieren. Dies geschieht, indem das jeweilige Deckblatt des Kurzfragebogens entfernt wird, auf dem noch Ihr Name angegeben ist, um die Zuordnung zum Interview zu garantieren. Ab diesem Zeitpunkt werden Fragebogen- und Interviewdaten als „Fall“ mit dem von Ihnen gewählten Kürzel (s. Fragebogen) behandelt. Eine direkte Zuordnung von Daten zu Ihrer Person wird ab dann nicht mehr möglich sein. Zudem werden die digitalen Interviewmitschnitte nach der Transkription gelöscht.

Haben Sie noch Fragen?

Sollten Sie uns durch Ihre Teilnahme am Experteninterview unterstützen wollen und noch Fragen zur Studie haben (oder sich noch unsicher über die Teilnahme sein), dann können Sie uns sehr gerne unter den rechts angegebenen Kontaktdaten (per Tel. oder Mail) erreichen.

Über Ihre Unterstützung würden wir uns sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Hans Reinecker
(Projektbetreuer)

Dipl.-Psych. Hans Preß
(Projektverantwortlicher)

**Otto-Friedrich-Universität
Bamberg**

Lehrstuhl für Klinische
Psychologie und
Psychotherapie
(Prof. Dr. Hans Reinecker)
<http://www.uni-bamberg.de/klinpsych/>

Forschungsprojekt
„Therapeutische Haltung“
forschung.klinpsych@uni-bamberg.de

Projektverantwortlicher:
Hans Preß (Dipl.-Psych.)
Tel.: 0951-863-1880
hans.press@uni-bamberg.de

POSTADRESSE:
Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Fakultät Humanwissenschaften
Lehrstuhl für Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Markusplatz 3
96047 Bamberg

Kurzfragebogen zum Forschungsprojekt „Therapeutische Haltung“

-- Deckblatt --

(wird zur Anonymisierung nach dem Interview vom Kurzfragebogen abgetrennt)

Personenbezogene Daten	Adresse der Praxis
Name: _____	Straße: _____
Vorname: _____	Postleitzahl: _____
Titel: _____	Ort: _____

Informationen und Instruktionen zum Fragebogen

Im vorliegenden Kurzfragebogen werden Fragen zu soziodemographischen, ausbildungs- und berufsbezogenen sowie projektbezogenen Themen gestellt. Die so erhobenen Daten dienen zur Beschreibung der Stichprobe sowie der späteren Diskussion potentieller Unterschiede in den Interviewantworten.

- Sollten Sie *Fragen nicht beantworten* können oder wollen, können Sie das entsprechende Feld selbstverständlich frei lassen.
- Sollten Sie *nicht am Interview teilnehmen* wollen, dann kreuzen Sie bitte das entsprechende Item an (s. Ende des Fragebogens).
- Es wird in mehreren Fragen nach Häufigkeiten, Dauer, Prozentangaben o.ä. gefragt. Sollte es Ihnen nicht möglich sein in diesen Bereichen genaue Angaben zu machen, dann sind *Schätzungen völlig ausreichend*.
- Sofern Sie den Eindruck haben, dass *Mehrfachnennungen* möglich und nötig sein sollten, können Sie dies gerne tun.

Anonymisierung

Zur späteren Anonymisierung der Daten bitten wir Sie einen *individuellen Code* wie folgt zu erstellen:

- Die *erste* und *zweite* Stelle ergeben sich aus dem ersten und zweiten Buchstaben des Straßennamens Ihrer ambulanten Praxis (z.B. MA bei Markusstraße).
- Die *dritte* und *vierte* Stelle ergeben sich aus dem ersten und zweiten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. LE bei Lena).
- Die *fünfte* und *sechste* Stelle ergeben sich aus dem ersten und zweiten Buchstaben Ihres Geburtsortes (z.B. ER bei Erlangen).

Der Code wäre nach dem gerade geschilderten Beispiel: M-A-L-E-E-R.

Tragen sie bitte Ihren persönlichen Code ein:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Erreichbarkeit zur Terminabsprache für das Interview

Unter der **Telefon-Nr.** bin ich zu folgenden **Zeiten** gut erreichbar:

<i>Wochentag:</i>	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<i>Zeitfenster 1:</i>	.....Uhr	.....Uhr	.....Uhr	.....Uhr	.....Uhr
<i>Zeitfenster 2:</i>	.....Uhr	.....Uhr	.....Uhr	.....Uhr	.....Uhr

Unter folgender **Mailadresse** bin ich gut erreichbar:

A) Soziodemographische Daten

A.1) **Geschlecht:** weiblich männlich

A.2) **Alter:** (Jahre)

A.3) **Familienstand:** verheiratet geschieden verwitwet ledig liiert

A.4) **Kinder:** (Anzahl)

A.5) **Religionszugehörigkeit:** römisch-katholisch evangelisch konfessionslos
 sonstige:

A.6) **Praktizierte Religiosität/Spiritualität:** ja gelegentlich nein

A.7) **Migrationshintergrund:** nein ja, und zwar:
 in 1. Generation in 2. Generation

A.8) **Muttersprache:** deutsch andere, und zwar:

A.9) **Zweitsprache** (falls bilingual aufgewachsen):

B) Ausbildungsbezogene Daten

B.1) Nicht-akademische **Berufsausbildung/Lehre** (falls abgeschlossen):
 nein ja, und zwar: (Berufsbezeichnung)

B.2) **Abschluss des Erststudiums** (Diplom/Master/2. Staatsexamen/Magister): (Jahr)
Studiengang: Medizin Dipl.-Psych. MSc.-Psych. sonstiger:
Thema der Abschlussarbeit:

B.3) **Promotion Erststudium:** nein ja, Thema:

B.4) **Abschluss des Zweitstudiums** (falls gegeben): (Jahr)
Studiengang: Medizin Dipl.-Psych. MSc.-Psych. sonstiger:
Thema der Abschlussarbeit:

B.5) **Promotion Zweitstudium:** nein ja, Thema:

B.6) **Studienland** (während der überwiegenden Dauer der Studienzeit):
 Deutschland anderes Land, und zwar:

B.7) **Kassenzulassung für:** VT TFP PA **im Jahr:**

B.8) **Psychotherapeutische Grundausbildung** (erste reguläre abgeschlossene Therapieausbildung):
 nein ja, und zwar in: (Verfahren)
Institut: *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

B.9) **Sonstige Therapieausbildung/en** (falls gegeben):

Verfahren:

Institut: *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

Verfahren:

Institut: *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

Verfahren:

Institut: *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

B.10) Spezifische, psychotherapiebezogene **Fort-/Weiterbildungen** (z.B. Psychoonkologie, EMDR, ...):

1) *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

2) *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

3) *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

4) *Dauer:* (Jahre) *Abschluss:* (Jahr)

B.11) **Supervision** während der o.g. psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen

Gruppe: (ca. Stunden/Schätzung)

Einzel: (ca. Stunden/Schätzung)

B.12) **Theoretische Orientierung der Supervision** (über alle Aus-/Fort-/Weiterbildungen hinweg)

	nie	selten	manchmal	häufig	meistens	immer
<i>psychoanalytisch/tiefenpsych.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>klientenzentriert</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>gestalttherapeutisch</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>kognitiv-behavioral</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>systemische/familientherap.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>sonstige:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.13) **Selbsterfahrung** während der o.g. psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen

Gruppe: (ca. Stunden/Schätzung)

Einzel: (ca. Stunden/Schätzung)

B.14) **Theoretische Orientierung der Selbsterfahrung** (über alle Aus-/Fort-/Weiterbildungen hinweg)

	nie	selten	manchmal	häufig	meistens	immer
<i>psychoanalytisch/tiefenpsych.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>klientenzentriert</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>gestalttherapeutisch</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>kognitiv-behavioral</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>systemische/familientherap.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>sonstige:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) Berufsbezogene Daten

C.1) Psychotherapeutische Tätigkeit

Beginn: (Jahr) Gesamtdauer: (Jahre) davon in Teilzeit: (Jahre)

C.2) Beschäftigungsverhältnis: selbstständig abhängige Beschäftigung

C.3) Praxisorganisation: allein arbeitend Gemeinschaftspraxis mit TherapeutInnen

C.4) Teilnahme an einer Intervisionsgruppe im letzten Berufsjahr (durchschnittlich):

wöchentlich 14-tägig monatlich einmal pro Quartal seltener nie

C.5) Teilnahme an Supervision (Gruppe u./o. Einzel) im letzten Berufsjahr (durchschnittlich):

wöchentlich 14-tägig monatlich einmal pro Quartal seltener nie

C.6) Eigene Tätigkeit als Supervisor/-in im letzten Berufsjahr

Stunden pro Woche: (durchschnittlich)

C.7) Eigene Tätigkeit als Selbsterfahrungsleiter/-in im letzten Berufsjahr

Stunden pro Woche: (durchschnittlich)

C.8) Prozentualer Anteil wissenschaftlicher Arbeit an der Gesamtarbeitszeit seit Beginn der therapeutischen Tätigkeit (geschätzt): (%)

Wesentliche Forschungsgebiete:

C.9) Prozentualer Anteil wissenschaftlicher Arbeit im letzten Jahr (geschätzt): (%)

Wesentliche Forschungsgebiete:

C.10) Prozentualer Anteil stationärer Arbeit an der Gesamtarbeitszeit seit Beginn der therapeutischen Tätigkeit (geschätzt): (%)

Stationäre/-r Fachbereich/-e:

C.11) Prozentualer Anteil stationärer Arbeit im letzten Jahr (geschätzt): (%)

Stationäre/-r Fachbereich/-e:

C.12) Orientierung der ggw. therapeutischen Arbeit an folgenden Traditionen:

	nie	selten	manchmal	häufig	meistens	immer
psychoanalytisch/tiefenpsych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klientenzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestalttherapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kognitiv-behavioral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
systemische/familientherap.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) Projektbezogene Daten

D.1) Wie sind Sie bisher mit dem Thema „**Therapeutische Haltung**“ konfrontiert worden/In welchen Kontexten wird die „**Therapeutische Haltung**“ thematisiert? (bitte auf Linie intuitiv ankreuzen)

	nie	oft
(Fach-)Literatur & Medien	|-----|	
kollegiale Gespräche	|-----|	
Inter- & Supervision	|-----|	
Aus- & Fortbildung	|-----|	
Kongresse & Tagungen	|-----|	
Sonstiges:	|-----|	
.....	-----	

D.2) Für **wie wichtig** halten Sie die „**Therapeutische Haltung**“ für ... (bitte auf Linie intuitiv ankreuzen)

	irrelevant	hoch relevant
Therapiepraxis?	|-----|	
Therapietheorie?	|-----|	
Therapieausbildung?	|-----|	
Therapieerfolg?	|-----|	
Therapieforschung?	|-----|	
Sonstiges:	|-----|	
.....	-----	

D.3) **Wie hoch schätzen Sie den Stellenwert ein**, der dem Thema „**Therapeutische Haltung**“ im Rahmen Ihrer Therapieausbildungen beigemessen wurde? (bitte auf Linie intuitiv ankreuzen)

sehr gering	|-----|	sehr hoch
-------------	-------	-----------

D.4) Empfinden Sie den **Stellenwert**, der dem Thema „**Therapeutische Haltung**“ im Rahmen Ihrer Therapieausbildungen beigemessen wurde, als **angemessen**? (bitte auf Linie intuitiv ankreuzen)

überhaupt nicht	|-----|	vollkommen
-----------------	-------	------------

D.5) Haben Sie schon einmal an einer **Studie zum Thema „Therapeutische Haltung“** teilgenommen?

nein ja, und zwar: (Titel der Studie)

Ich bin damit einverstanden, wegen des Experteninterviews kontaktiert zu werden: ja nein

Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Projekt „Therapeutische Haltung“

Manual zum Experteninterview

Code des Interviewpartners:

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

A) Vorbereitung des Interviews

A.1) Vorbereitung der Arbeitsumgebung	Check
• „Bitte nicht stören!“-Schild an der Tür?	<input type="checkbox"/>
• Standtafel mit Aufschrift „Bitte Ruhe! Interviewaufzeichnung“ aufgestellt?	<input type="checkbox"/>
• Glas mit Wasser?	<input type="checkbox"/>
• Taschentücher?	<input type="checkbox"/>
• Notizblock?	<input type="checkbox"/>
• Stifte (incl. roter Stift für Ergänzungen des KurzFB)?	<input type="checkbox"/>
• Uhr auf dem Tisch?	<input type="checkbox"/>
• Extrablatt für Mailadresse (falls Feedback gewünscht werden sollte)?	<input type="checkbox"/>
• KFB des jeweiligen Tn mit Notizen (auf Rückseite des KFB) für das Interview?	<input type="checkbox"/>
Telefonnr.: 0951-863-1880 (Hans Preß);	
Mailadresse: forschung.klinpsych@uni-bamberg.de	
A.2) Vorbereitung der Technik	Check
• Batterien des Aufnahmegeräts geladen?	<input type="checkbox"/>
• Ersatzbatterien am Tisch?	<input type="checkbox"/>
• Aufnahmegerät mit Adapter ans Telefon angeschlossen?	<input type="checkbox"/>
• Aufnahmetest erfolgreich?	<input type="checkbox"/>
A.3) Inhaltliche Vorbereitung	Check
• KFB nach offenen Fragen und sonstigen relevanten Auffälligkeiten durchgesehen?	<input type="checkbox"/>
• Notizen zum KFB auf dessen Rückseite?	<input type="checkbox"/>
• Stichpunktartige Zusammenfassung der wichtigsten Daten zum Interviewpartner	
→ Alter, Geschlecht, Ausbildung, Fachrichtung?	<input type="checkbox"/>
→ Direktrücksendung oder nachtelefoniert?	<input type="checkbox"/>
→ Pers. Eindruck bei der Vereinbarung des Interviewtermins?	<input type="checkbox"/>

B) Durchführung des Interviews

B.1) Kontaktaufnahme	Check
• Grüß Gott/Guten Tag, mein Name ist	<input type="checkbox"/>
• Ich hatte mit Ihnen den Termin zum Interview im Rahmen des Forschungsprojektes zur Therapeutischen Haltung vereinbart.	<input type="checkbox"/>
• Ganz herzlichen Dank, dass Sie unser Projekt durch Ihre Teilnahme am Interview unterstützen!	<input type="checkbox"/>
• Ich hatte Ihnen angekündigt, dass das Interview bis zu/ca. 60 Minuten dauern wird. Bis wie viel Uhr haben Sie sich Zeit genommen?	<input type="checkbox"/>
• Bevor wir mit dem eigentlichen Interview und der Ton-Aufnahme beginnen, würde ich Ihnen gerne noch einige kurze Nachfragen zum KurzFB stellen und Informationen zum Interview geben.	<input type="checkbox"/>
B.2) Vorbereitete Nachfragen zum KurzFB	Check
• [zu Item C.1 des KurzFB] Sie haben im KFB angegeben ca. ... Jahre psychotherapeutisch tätig zu sein. Haben Sie dabei auch psychotherapeutische Tätigkeit im Rahmen von Ausbildungen mit eingerechnet? Falls nein, wie viele Jahre waren Sie schon während der Ausbildungen psychotherapeutisch tätig?	<input type="checkbox"/>
• F1:	<input type="checkbox"/>
• F2:	<input type="checkbox"/>
• F3:	<input type="checkbox"/>
• F4:	<input type="checkbox"/>
B.3) Vorinformationen zum Interview	Check
• Im Interview wird es darum gehen, Ihr aktuelles persönliches Verständnis der Therapeutischen Haltung zu erfassen.	<input type="checkbox"/>
• Dazu werde ich Ihnen einige recht offene Fragen stellen und ggf. genauer nachfragen.	<input type="checkbox"/>
• Bei der Beantwortung gibt es kein richtig und kein falsch. Uns kommt es vor allem darauf an, Ihre subjektiven Ideen und Meinungen zum Thema zu erfahren.	<input type="checkbox"/>
• Am besten erzählen Sie uns einfach das, was Ihnen in den Sinn kommt.	<input type="checkbox"/>
B.4) Hinweise zum Ablauf	Check
• Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, dann fragen Sie bitte einfach nach.	<input type="checkbox"/>
• Natürlich können Sie Fragen unbeantwortet lassen, wenn Sie das möchten.	<input type="checkbox"/>
• Ich wollte Sie außerdem noch einmal darauf hinweisen, dass ich ab Beginn des eigentlichen Interviews die Aufzeichnung starten werde. Wir gewährleisten natürlich die Anonymisierung.	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie vorher noch Fragen zum Ablauf?	<input type="checkbox"/>
• Okay, dann starte ich jetzt die Aufzeichnung.	<input type="checkbox"/>

C) Interviewleitfaden

C.1) Anwärm- und Eröffnungsfrage

Check

Anwärmfrage: Was hat Sie (eigentlich) dazu bewegt, am Interview teilzunehmen?

Überleitung: Wie Sie wissen geht es bei unserem Projekt um die Therapeutische Haltung. Wir würden gerne zu Beginn von Ihnen wissen, was Sie mit dem Begriff ThHa verbinden.

Eröffnungsfrage: Was fällt Ihnen spontan zum Begriff „Therapeutische Haltung“ ein?

Umformulierungen:

- Welche spontanen Assoziationen kommen Ihnen, wenn Sie an die ThHa denken?
- Welche Assoziationen weckt der Begriff der ThHa bei Ihnen?
- Es geht ganz intuitiv um Ihr Verständnis von ThHa. Erzählen Sie einfach, was Ihnen einfällt, wenn Sie den Begriff hören. An was denken Sie zuerst? Was fällt Ihnen ein, ganz intuitiv?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn Frage „Was meinen Sie mit ThHa?“ → Wir haben es bisher vermieden, eine klare Definition der ThHa zu bilden, um Ihr Verständnis von ThHa möglichst unvoreingenommen erheben zu können (dann Umformulierung der Hauptfrage, s.o.)*

C.2) Eigene ThHa

Check

Überleitung: Natürlich interessieren uns Ihre persönlichen Vorstellungen zur ThHa; zunächst die zu einer idealen ThHa ...

Hauptfrage: Wie würden Sie Ihr Ideal der ThHa beschreiben?

Umformulierung:

- Wie sollte eine optimale Haltung Ihrer Meinung nach aussehen?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn keine Gründe/Werte für das Ideal genannt werden → Aus welchen Gründen, vielleicht auch Werten, halten Sie eine solche ThHa für ideal?*

Überleitung: Jetzt haben Sie gerade beschrieben, wie eine ideale ThHa für Sie aussehen würde ...

Hauptfrage: Wie würden Sie eine Haltung charakterisieren, die Sie persönlich ablehnen?

Potentielle Nachfragen:

- *Wenn keine Gründe für die Ablehnung genannt werden → Warum lehnen Sie eine solche ThHa ab?*
- *Wenn keine Situation angesprochen wird → Fallen Ihnen dazu konkrete Situationen ein, an denen Sie das festmachen?*

Überleitung: Eben haben Sie eine ThHa beschrieben, die sie als persönliches Ideal sehen und eine, die Sie ablehnen ...

Hauptfrage: Wie würden Sie Ihre eigene ThHa ggw. charakterisieren?

Umformulierung:

- Wie kann ich mir Ihre ggw. ThHa vorstellen? Welche Eigenschaften hat Ihre ThHa?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn oft ein Bestreben, als eine aktuelle ThHa beschrieben wird, i.S. von „ich versuche so oder so zu sein/ mich so oder so zu verhalten/etc.“ → Inwiefern gelingt es Ihnen so oder so zu sein/dies oder jenes zu tun/sich so oder so zu verhalten?*

C.3) Einflüsse auf die ThHa**Check**

Überleitung: Wir haben jetzt gerade über Ihre eigene Haltung gesprochen, nun würde ich Ihnen gerne ein paar Fragen zur Entwicklung der ThHa stellen ...

Hauptfrage: Was war wichtig für die Entwicklung Ihrer ThHa, wie Sie sie eben beschrieben haben?

Umformulierungen:

- Was glauben Sie, waren wichtige Einflüsse auf die Entwicklung Ihrer ThHa?
- Wenn Sie ihr Leben anschauen, was hat die Entwicklung Ihrer ThHa beeinflusst?

Potentielle Nachfragen:

- *Wenn keine Personen als Einflüsse genannt werden* → Welche Personen haben den die Entw. Ihrer pers. ThHa beeinflusst? Inwiefern?
- *Wenn nur professionelle Personen als potentielle Einflüsse genannt werden* → Gab es auch nicht-professionelle, die Einfluss auf die Entw. Ihrer ThHa genommen haben?

Überleitung: Abgesehen von den speziellen Bedingungen, die zur Entwicklung Ihrer persönlichen ThHa beigetragen haben ...

Hauptfrage: Was könnten weitere/sonstige Einflüsse auf die Entwicklung einer ThHa im Allgemeinen sein?

Umformulierungen:

- Neben den ganz individuellen Einflussfaktoren auf die Entwicklung ihrer ThHa, sind ja bei anderen ThHaen noch weitere Einflüsse denkbar. Welche könnten das Ihrer Meinung nach sein?
- Welche Einflüsse könnten für die Entwicklung unterschiedlicher ThHaen verantwortlich sein?
- Wie lassen sich die Unterschiede zwischen den ThHaen verschiedener Therapeuten erklären?
- Wissenschaftlich gedacht: was könnten weitere Einflüsse auf die Entwicklung einer (persönlichen/individuellen) ThHa sein?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn nur soziale Einflüsse genannt werden* → Abgesehen von den sozialen Bedingungen, wodurch könnte die Entwicklung der ThHa noch beeinflusst werden? [wenn Nachfrage „Was meinen Sie damit?“, dann Beispiele: „z.B. Kultur, Genetik, ...“]

Überleitung: In den letzten Fragen ging es v.a. darum, was Einflüsse auf die Entwicklung der ThHa sein könnten ...

Hauptfrage: Wodurch wird Ihre ThHa in verschiedenen, aktuellen Situationen beeinflusst?

Umformulierungen:

- Was könnten Faktoren sein, die Ihre ThHa in der jeweiligen konkreten Situation beeinflussen?
- Was gibt es für situative Einflüsse auf Ihre ThHa?
- Unterscheidet sich ihre ThHa in versch. Sitzungen?
- Es geht darum, wie sich Ihre ThHa in verschiedenen Situationen unterscheidet und wodurch sich diese Unterschiede erklären lassen.

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn bestimmte Einflüsse (Person des Klienten, Diagnose, Setting, Therapiephase) nicht genannt werden, dann Nachfrage* → Welchen Einfluss könnte es noch geben?

Obligatorische Nachfrage [gg. Ende dieses Parts]: Haben Sie den Eindruck, dass bestimmte ThHa erwünscht/unerwünscht sind?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn Reaktion:* „Wo unerwünscht/erwünscht?“, „In welchen Kontexten/Situationen?“, „Bei wem?“, o.ä. → Wo/In welchen Kontexten/Situationen/Bei wem ist es Ihnen denn bisher am deutlichsten aufgefallen?
- *Wenn dann bestimmte Kontexte/Personen etc. genannt werden* → Wdh. der obligat. Nachfrage

C.4) Folgen der ThHa**Check**

Überleitung: Wir haben gerade darüber geredet, wodurch die Entwicklung oder die aktuelle Realisierung der ThHa beeinflusst werden könnte ...

Hauptfrage: Was möchten Sie mit Ihrer ThHa erreichen?

Umformulierungen:

- Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrer ThHa?
- Wozu dient Ihre ThHa?
- Welchem Zweck dient Ihre ThHa?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn keine intrapsychischen Auswirkungen/Funktionen genannt werden* → Inwiefern ist Ihre ThHa für Sie persönlich hilfreich, welchen Nutzen ziehen Sie aus der ThHa?

Überleitung: Abgesehen von den Absichten, die Sie mit Ihrer persönlichen ThHa verfolgen ...

Hauptfrage: Was könnten ganz allgemein Effekte oder Folgen einer ThHa sein?

Umformulierungen:

- Was hat es ganz allgemein für Auswirkungen, eine bestimmte ThHa zu haben?
- Worauf kann sich eine bestimmte ThHa auswirken und in welcher Form?
- Welche Wirkungen der ThHa können Sie beobachten?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn keine interpersonellen Auswirkungen/Funktionen genannt werden* → Welche Auswirkungen hat die ThHa auf andere Personen, wie z.B. Klienten?

Obligatorische Nachfrage: Was meinen Sie, was könnten ganz allgemein Rückwirkungen auf Therapeuten sein?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn „Wo ist den der Unterschied zur Frage nach dem Nutzen ...“* → In der Frage nach dem Nutzen ging es eher um beabsichtigte Wirkungen/Folgen, jetzt würde uns interessieren, welche nicht intendierten Folgen/Wirkungen die ThHa haben könnte?

C.5) Erfassbarkeit der ThHa**Check**

Überleitung: Wir haben jetzt schon viel darüber gesprochen, wie die ThHa ist, sein sollte, wie sie sich entwickelt hat usw. Uns interessiert auch, woran man ThHa eigentlich erkennen kann und wie man sie erfassen könnte ...

Hauptfrage: Wie zeigt sich eine ThHa, woran lässt sie sich erkennen?

Umformulierungen:

- Woran lässt sich die ThHa für einen außenstehenden Beobachter oder Beteiligten im Geschehen erkennen?
- Was sind quasi die „Erkennungsmerkmale einer ThHa“?

Potentielle Nachfrage:

- *Wenn nur spärliche Antwort kommt* → Erinnern Sie sich an eine Situation, in der sich die ThHa z.B. eines Kollegen/einer Kollegin besonders deutlich gezeigt hat? Woran haben Sie die ThHa bemerkt?

Überleitung: Stellen Sie sich vor, sie könnten eine Studie zur ThHa durchführen ...

Obligatorische Nachfrage: Wie würden Sie versuchen die Haltung der Therapeuten zu erfassen?

Nehmen Sie sich ruhig Zeit für diese Frage

Umformulierung:

- Wie würden Sie versuchen die Haltung von verschiedenen TherapeutInnen zu erfassen?

C.6) Expliziter Begriff der ThHa **Check**

Überleitung: Wir haben bisher über einzelne Aspekte der ThHa geredet. Oft ist es ja schwierig die Bedeutung eines so abstrakten Begriffs auf den Punkt zu bringen. Trotzdem würden wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie ThHa eigentlich definieren würden.

Stellen Sie sich dazu vor, ein Ausbildungskandidat käme auf Sie zu und würde Ihnen erzählen, dass Kollegen und Supervisoren immer wieder über die „ThHa“ reden. Er fragt sich nun, was den eigentlich gemeint ist, mit der ThHa ...

Hauptfrage: Wie würden Sie diesem Ausbildungskandidaten erklären, was unter ThHa zu verstehen ist?

Potentielle Nachfragen:

- Wenn Reaktion „kommt darauf an wer fragt“, dann → Wo sehen Sie denn da Unterschiede? Worin bestehen diese?
- Wenn darauf hin unterschiedliche potentielle Fragesteller beschrieben werden, z.B. „Anfang der Ausbildung vs. Ende der Ausbildung“ o.ä., dann sollte derjenige gewählt werden, dem vermutlich am meisten gesagt werden muss, also z.B. → Wie würden Sie den nun diesem Ausbildungsanfänger erklären ... (s. Hauptfrage)?

Überleitung: Jetzt folgt noch eine etwas abstraktere Frage ...

Hauptfrage: Welche Begriffe sind für Sie bedeutungsgleich mit der ThHa, oder sehr ähnlich?

Umformulierungen:

- Was sind Ihrer Meinung nach Synonyme für ThHa?
- Welche Begriffe sind dem Begriff ThHa sehr ähnlich?
- Gibt es weitere Begriffe, die das Gleiche (wie die ThHa) beschreiben oder dem Konzept sehr nahe sind?

Obligatorische Nachfrage: Welche Begriffe hängen damit zusammen, auch wenn sie nicht das selbe bedeuten?

Potentielle Nachfrage: Wenn bei der Beantwortung der obligatorischen Nachfrage keine Begründung genannt wird ...

- Inwiefern hängt XY mit der ThHa zusammen?
- Was macht dennoch einen Unterschied zw. XY und der ThHa aus?

C.7) Abschluss des Interviews/Nachfragen **Check**

• Von unserer Seite wäre das Interview nun abgeschlossen. Gibt es Punkte zum Thema „Therapeutische Haltung“, die Sie gerne noch ansprechen möchten?

• Dann werde ich jetzt die Aufzeichnung beenden.

• **Optional:** Möchten Sie über die Ergebnisse der Interviewstudien informiert werden? Wenn ja: Auf welchem Weg möchten Sie informiert werden (Mail, Post)? Natürlich nehmen wir diese Daten unabhängig von Ihrem KFB und Interview auf. Es kann allerdings bis Anfang 2012 dauern, bis die Auswertung der Daten abgeschlossen ist.

• Dann bedanke ich mich bei Ihnen noch einmal sehr herzlich, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben! Auf Wiederhören.

D) Nachbereitung des Interviews

D.1) Technische Nachbereitung und Datensicherung	Check
• Aufnahme beendet?	<input type="checkbox"/>
• USB-Verbindungseinstellungen des Aufnahmegeräts im [PC]-Modus?	<input type="checkbox"/>
• Aufnahme in betreffendem Ordner „ThHa_Audiodateien“ auf PC gespeichert? → Datum, Zulassung, Fachrichtung, Geschlecht, Code, Vorname der Interviewenden → Bsp.: 20110622_VT_PP_m_ARRTES_Angela	<input type="checkbox"/>
• Kurzes Anspielen der Audodatei erfolgreich?	<input type="checkbox"/>
• Audiodatei auf Aufnahmegerät gelöscht?	<input type="checkbox"/>
• USB-Verbindungseinstellungen des Aufnahmegeräts im [Netzadapter]-Modus?	<input type="checkbox"/>
• Aufnahmegerät über Netzadapter an Stromnetz angeschlossen → [Akkulademodus]?	<input type="checkbox"/>
D.2) Inhaltliche Nachbereitung und Ablage der Unterlagen	Check
• Notizen zu Rahmenbedingungen?	<input type="checkbox"/>
• Notizen zur eigenen Stimmungslage?	<input type="checkbox"/>
• Notizen zur Stimmungslage des Interviewpartners?	<input type="checkbox"/>
• Notizen zum Gesprächsverlauf?	<input type="checkbox"/>
• Notizen zur Nachinterviewphase?	<input type="checkbox"/>
• KFB, Notizen und kommentiertes Manual/ILF zusammen geheftet?	<input type="checkbox"/>
• Alle Unterlagen zusammen in dafür vorgesehenen Ordner abgelegt?	<input type="checkbox"/>
D.3) Verlassen des Raumes	Check
• PC heruntergefahren?	<input type="checkbox"/>
• Bildschirm abgeschaltet?	<input type="checkbox"/>
• Drucker abgeschaltet?	<input type="checkbox"/>
• Steckerleiste ausgeschaltet (außer Aufnahmegerät wird darüber geladen)?	<input type="checkbox"/>
• Schild an Tür entfernt?	<input type="checkbox"/>
• Standtafel wieder in Raum 330N gestellt?	<input type="checkbox"/>
• Licht aus?	<input type="checkbox"/>
• Raum ordentlich hinterlassen?	<input type="checkbox"/>

Projekt „Therapeutische Haltung“ Transkriptionsregeln

A) Formalitäten

→ **Grundsätzlich:** Macht Euch beim Transkribieren Notizen zu strittigen Punkten oder von Euch gewählten, aber nicht durch Regeln festgelegten Transkriptionsweisen und archiviert diese!

- Für die Transkription zu verwendendes Programm: **Microsoft Word**
- Schriftart: **Arial**
- Schriftgröße: **12**
- Zeilenabstand: **einfach**
- Absatz vor: **0 pt**
- Absatz nach: **0 pt**
- Textausrichtung: **linksbündig (kein Blocksatz)**
- Automatische Silbentrennung: **keine automatische Silbentrennung**
- Nach I: und B: : **ein Leerzeichen**
- Nach Sprecherwechsel: **eine Leerzeile**

B) Transkriptionsregeln (angelehnt an Kuckartz, 2010 und andere)

- 1) Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert.
- 2) Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Bspw. wird aus „Er hatte noch so’n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
- 3) Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

→ **Kommentar:** *Personennamen wenn möglich durch die Relation zum Interviewten oder Berufsbezeichnung bzw. einen Namensplatzhalter zu ersetzen (wird auf bestimmte Personen mehrfach rekuriert, so sollten diese alphabetisch durchnummeriert werden, also A, B, C, ...):*

 - aus „Professor Reinecker“ wird einfach „Professor [Name],
 - aus „mein Supervisor Peter Kaimer“ wird „mein Supervisor [Name]“
 - aus „Eva hat gesagt“ wird „[Tochter] hat gesagt“
 - aus der mehrfach erwähnten Kollegin „Johanna“ wird „[Kollegin A]“

Was Altersangaben angeht, Zeitspannen festlegen die in eckigen Klammern gesetzt geschrieben werden: ... , [31-40],[41-50],[51-60], ... aus „ich bin ja schon 60 Jahre alt“ wird dann eben „ich bin ja schon [51-60] Jahre alt“
- 4) Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.

→ **Kommentar:** *Hier gilt eine 2-Stufen-Regelung, in der kurze, vom Transkribierenden subjektiv als „normal“/„angemessen“ empfundene Sprechpausen mit „(...)“ vermerkt werden. Längere, vom Transkribierenden als „ungewöhnlich“ empfundene Sprechpausen werden mit „(Pause)“ gekennzeichnet.*

→ **Kommentar:** *Sollte ein Satz „zerrissen“ sein, d.h. ohne grammatikalisch korrektes Ende abbrechen wird entweder „...“ oder „-“ eingefügt.*

→ **Kommentar:** *Sprechpausen zu Beginn einer Frage durch den Interviewer, werden folgendermaßen transkribiert*

 - I1-01: (Pause) Bla bla bla ...

- 5) Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
→ **Kommentar:** Betonungen werden nur dann durch Unterstreichung markiert, wenn subjektiv der Eindruck entsteht, dass es sich um eine SEHR deutliche Betonung, jenseits von Satzmelodie etc. handelt. Es wird nicht zwischen unterschiedlichen Formen der Betonung (z.B. gedehntes Wort, lauter gesprochenes Wort, ...) unterscheiden. Ein einheitlicher Vermerk der Betonung genügt.
- B1-01: Ich denke, es geht vor allem um Werte.
- 6) Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (Mhm, Aha etc.) werden NUR DANN transkribiert, wenn sie als deutliche Verstärkung (im lerntheoretischen Sinn) interpretiert werden können. „Mhms“, die lediglich zeigen sollen, dass der Interviewer zuhört, werden nicht mit transkribiert. In einer runden Klammer nach der Äußerung wird zudem die vermutete Richtung/Bedeutung der Verstärkung vermerkt (s.u.)
- B1-01: Ich denke, dass es gerade nicht mit der Beziehung gleichzusetzen ist (I1-01: Aha (*er staunt*)), ...
 - B1-01: Ich denke, dass es gerade nicht mit der Beziehung gleichzusetzen ist (I1-01: Mhm (*zustimmend*)), ...
- 7) Einwürfe der jeweils anderen Person werden in runde Klammern gesetzt.
- 8) Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen) sowie nicht-sprachliche Unterbrechungen und Einwürfe durch die andere Person, Dritte oder nichtmenschliche Geräusche werden kursiv und in Klammern notiert.
- I1-03: Bla bla bla bla (*B1-03 lacht*) bla bla ...
 - B1-03: Bla bla bla bla (*lacht*) bla bla ...
 - B1-03: Bla bla bla bla (*Telefon klingelt*) bla bla ...
 - B1-03: Bla bla bla bla (*Baby schreit kurz dazwischen*) bla bla ...
- 9) Absätze der am Interview beteiligten Personen werden durch eindeutig dem jeweilig Interview zuordenbare Kürzel gekennzeichnet. Dabei sind die Interviewenden dem Alphabet nach durchnummeriert (d.h. Andrea = 1, Anna = 2, Angela = 3, Maria = 4, Sabine = 5). Außerdem nummeriert jede Interviewerin die Teilnehmer in der Reihenfolge ihrer eigenen Interviews durch. So ergäbe sich folgende Transkription für Annas drittes Interview:
- I2-03: ... was meinen Sie?
 - B2-03: Ich würde sagen ...
- 10) Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.
- 11) Sollte innerhalb einer Aussage von Befragten indirekte Rede auftreten, wird diese in Anführungszeichen gesetzt (s.u.)
- B2-03: Und dann habe ich gesagt „das kann doch gar nicht sein“, womit die Situation ...
- 12) Sollten ein oder mehrere Worte unverständlich sein, wird dies in runden Klammern vermerkt
- B2-03: Ich würde sagen (Rest des Satzes unverstanden)
 - B2-03: Ich würde sagen (Wort unverstanden)
- 13) Bei gleichzeitigem Sprechen wird der Sprecher, der sich durchsetzt, als Hauptsprecher wie üblich gekennzeichnet. Das vom Anderen gleichzeitig Gesagte wird wie einen Einwurf behandelt, der an der Stelle eingefügt wird, an der das gleichzeitige Sprechen beginnt und mit einem kleinen „g“ gekennzeichnet.

- I1-03: Bei (g B1-03: Und dann wäre da ...) dieser Frage geht es um XY, was meinen Sie ...

Sollte die Unterbrechung/das gleichzeitige Sprechen am Ende eines Abschnittes beginnen und der Unterbrechende sich durchsetzen, dann wird die Unterbrechung an der Stelle des Beginns markiert und darauf verwiesen, dass die Inhalte der Unterbrechung im folgenden Abschnitt des Befragten ausgeführt werden. Was nach der Klammer, in der der Beginn der Unterbrechung angezeigt wird, auf Seiten des Interviewenden gesprochen wird, kann als gleichzeitig gesprochen verstanden werden:

- I1-03: Was möchten Sie mit Ihrer ThHa erreichen, also welche Ziele (*B01-03 unterbricht, s.u.*) verfolgen Sie?
- B1-03: Mir geht es dabei vor allem um ...

14) Wird ein Wort oder Wortteil zum besseren Verständnis ergänzt, der vom Sprecher/in nicht ganz ausgesprochen wurde, wird dies durch eckige Klammern angezeigt

- B1-03: Die Therapeut[ische] Haltung scheint mir ...

15) Sollte eine transkribierte Stelle beim Leser eventuell für Irritationen sorgen können, da ihm unklar sein könnte, ob eine grammatikalisch fehlerhafte Textstelle (z.B. Wdh.) richtig transkribiert wurde, oder der Fehler beim Transkribieren entstanden sein könnte, wird ein (sic!) eingefügt:

- B1-03: Also, wenn ich dann, ich dann (sic!) quasi ...

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
1. SEMANTISCHE RELATIONEN	750	50
1.1. TAXONOMISCHE RELATIONEN	144	38
1.1.1. OBERBEGRIFFE DER THHA	42	22
1.1.1.1. Beziehungsgestaltung	4	4
1.1.1.2. Haltung/Einstellung	12	9
1.1.1.3. Rest	12	10
1.1.1.4. Fehlcodierung	14	10
1.1.2. UNTERBEGRIFFE DER THHA	102	27
1.1.2.1. PSYCHOANALYTISCHE HALTUNG	34	17
1.1.2.2. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE HALTUNG	20	15
1.1.2.3. HUMANISTISCHE HALTUNG	31	12
1.1.2.4. SYSTEMISCHE HALTUNG	3	3
1.1.2.5. UNTERBEGRIFFE REST	14	11
1.2. TEIL-GANZES-RELATIONEN	118	34
1.2.1. THHA ALS GANZES	108	31
1.2.1.1. Beziehung/Beziehungsgestaltung/Interaktion	23	10
1.2.1.2. Haltung/Einstellung	12	11
1.2.1.3. Prozessgestaltung/Rollenverständnis	9	5
1.2.1.4. Psychologische Grundbegriffe	12	4
1.2.1.5. Theoretische/philosophische Annahmen	21	14
1.2.1.6. Rest	17	11
1.2.1.7. Fehlcodierung	14	10
1.2.2. THHA ALS TEIL	10	8
1.2.2.1. Teil einer übergeordneten Haltung	3	2
1.2.2.2. Rest	5	5
1.2.2.3. Fehlcodierungen	2	2
1.3. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT	405	50
1.3.1. EXPLIZITE SYNONYME	37	15
1.3.1.1. Haltung/Einstellung	21	9
1.3.1.2. inhaltliche Dimensionen	3	2
1.3.1.3. Philosophie/Menschenbild	4	2
1.3.1.4. Therapie-/Prozess-/Beziehungsgestaltung	4	3
1.3.1.5. Rest	5	2
1.3.2. IN-EXISTENZ VON SYNONYMEN	22	22
1.3.3. EXPLIZITE BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT	72	32
1.3.3.1. Beziehung/Beziehungsgestaltung	11	10
1.3.3.2. Haltung/Einstellung	15	14
1.3.3.3. inhaltliche Dimensionen/Unterbegriffe	15	9
1.3.3.4. Menschenbild/Philosophie/Werte	7	7
1.3.3.5. Psychologische Grundbegriffe	5	4
1.3.3.6. Therapie- und Rollenverständnis	13	8
1.3.3.7. Rest	4	4
1.3.3.8. Fehlcodierung	2	2
1.3.4. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT ODER SYNONYMIE	35	15
1.3.4.1. Beziehung/Beziehungsgestaltung	4	4
1.3.4.2. Haltung/Einstellung	7	6
1.3.4.3. inhaltliche Dimensionen/Unterbegriffe	5	4
1.3.4.4. Menschenbild/Philosophie/Werte	6	5

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
1.3.4.5. Psychologische Grundkonzepte	7	2
1.3.4.6. Therapie- und Rollenverständnis	4	2
1.3.4.7. Rest	2	1
1.3.5. LEDIGLICH ASSOZIATIVER ZUSAMMENHANG	229	47
1.3.5.1. Beziehung/Beziehungsgestaltung	35	22
1.3.5.2. formale/funktionale Aspekte der ThHa	10	6
1.3.5.3. Haltung/Einstellung	15	14
1.3.5.4. inhaltliche Dimensionen	64	27
1.3.5.5. konkrete Personen	3	2
1.3.5.6. Körperhaltung	3	3
1.3.5.7. Menschenbild/Philosophie	28	16
1.3.5.8. Psychologische Grundkonzepte	16	6
1.3.5.9. Therapeutenverhalten/-handeln	9	7
1.3.5.10. Therapie- und Rollenverständnis	25	12
1.3.5.11. Werte/Werthaltung	14	7
1.3.5.12. Rest	7	6
1.3.6. BEDEUTUNGSÄHNLICHKEIT REST	10	5
1.4. BEGRIFFLICH GLEICHE EBENE	12	8
1.5. BEGRIFFLICHE ABGRENZUNGEN	32	20
1.6. RESTKATEGORIE	39	22
2. FUNKTIONALE RELATIONEN	2500	50
2.1. AUSWIRKUNGEN DER THHA	989	50
2.1.1. KLIENT	480	50
2.1.1.1. INNERHALB DER THERAPIE	224	44
2.1.1.1.1. Affiliationsbedürfnis	34	17
2.1.1.1.2. Arbeitshaltung/Experimentierfreudigkeit	18	9
2.1.1.1.3. Autonomie/Selbstverantwortung	18	16
2.1.1.1.4. emotionale Auswirkungen	5	5
2.1.1.1.5. Klärung/Bewusstwerden/Reflexion	7	5
2.1.1.1.6. kommunikative Offenheit und Emotionsregulation	23	15
2.1.1.1.7. Sicherheitsgefühl/Vertrauen	34	21
2.1.1.1.8. Stress/Anspannung/Druck	7	4
2.1.1.1.9. therapeutische Wirkung/Fortschritt/Entwicklung	18	13
2.1.1.1.10. Therapieerwartungen/-verständnis	12	9
2.1.1.1.11. Therapiemotivation	16	9
2.1.1.1.12. Rest	15	10
2.1.1.1.13. Fehlkodierung	17	15
2.1.1.2. ÜBER DIE THERAPIE HINAUS	247	48
2.1.1.2.1. allgemein Veränderung/Wirkung/Nutzen	46	31
2.1.1.2.2. Autonomie/Selbstverantwortung/Kontrolle	44	26
2.1.1.2.3. Entwicklung/Entfaltung	26	19
2.1.1.2.4. Modelllernen	5	4
2.1.1.2.5. Selbstachtung/Selbstakzeptanz/Selbstfürsorge	8	7
2.1.1.2.6. Selbsterkenntnis/Reflexionsfähigkeit	22	15
2.1.1.2.7. Selbstwirksamkeit/Selbstwert/Bewältigungsfähigkeit	25	15
2.1.1.2.8. soziale Beziehungen/Sozialverhalten	19	13
2.1.1.2.9. Symptomverbesserung/Gesundheit/Wohlfühlen	23	14
2.1.1.2.10. Therapieerwartung/-verständnis	7	4

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
2.1.1.2.11. Veränderungsmotivation	4	2
2.1.1.2.12. Rest	7	5
2.1.1.2.13 Fehlkodierung	11	6
2.1.1.3. AUSWIRKUNGEN KLIENT REST	9	7
2.1.2. THERAPEUT	333	49
2.1.2.1. INNERHALB DER THERAPIE	187	45
2.1.2.1.1. Anstrengung/Energieaufwand/Belastbarkeit	10	8
2.1.2.1.2. Art/Qualität der therapeutischen Arbeit	26	20
2.1.2.1.3. Bedürfnisbefriedigung/-regulation	17	12
2.1.2.1.4. Beziehungsgestaltung	8	7
2.1.2.1.5. emotionale Befindlichkeit/Spaß an der Arbeit	39	23
2.1.2.1.6. emotionale Offenheit/Distanz	8	4
2.1.2.1.7. Optimierung/Routinisierung/Vereinfachung	15	6
2.1.2.1.8. Problem- und Therapieverständnis	3	3
2.1.2.1.9. Schutz/Sicherheit in der Therapeutenrolle/Professionalität	12	9
2.1.2.1.10. Selbstbeobachtung/-reflexion/-bewertung	8	6
2.1.2.1.11. Verständnis/Informationsgewinn	12	8
2.1.2.1.12. Rest	13	10
2.1.2.1.13 Fehlkodierung	16	12
2.1.2.2. ÜBER DIE THERAPIE HINAUS	137	37
2.1.2.2.1. berufliche/r Effektivität/Erfolg/Zufriedenheit	24	12
2.1.2.2.2. Gesundheit/Wohlbefinden	26	16
2.1.2.2.3. Menschenbild/Klientenbild	8	4
2.1.2.2.4. persönliche/s Wachstum/Entwicklung/Veränderung	15	7
2.1.2.2.5. privates Umfeld, allgemein	6	5
2.1.2.2.6. Qualität und Gestaltung sozialer Beziehungen	23	13
2.1.2.2.7. Selbstfürsorge	8	5
2.1.2.2.8. Selbstreflexion	7	5
2.1.2.2.9. Rest	12	10
2.1.2.2.10. Fehlkodierung	8	5
2.1.2.3. KEINE AUSWIRKUNGEN	4	2
2.1.2.4. AUSWIRKUNGEN THERAPEUT REST	5	3
2.1.3. THERAPIEPROZESS	114	29
2.1.3.1. Interaktion allgemein	11	6
2.1.3.2. Methoden	2	2
2.1.3.3. Struktur/zeitlicher Rahmen	4	3
2.1.3.4. therapeutische Beziehung	26	16
2.1.3.5. therapeutischer Prozess allgemein	14	9
2.1.3.6. Verständnis/Vertrauen/Sicherheit	7	5
2.1.3.7. Veränderung/Erfolg der Therapie	18	11
2.1.3.8. Rest	13	8
2.1.3.9. Fehlkodierung	19	10
2.1.4. RAHMENBEDINGUNGEN	25	15
2.1.4.1. KOLLEGINNEN	2	2
2.1.4.2. GESELLSCHAFT	20	12
2.1.4.3. AUSWIRKUNGEN RAHMEN REST	3	3
2.1.5. AUSWIRKUNGEN REST	37	21
2.2. AKTUELLE EINFLÜSSE AUF DIE THHA	474	49

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
2.2.1. VARIABLE EINFLÜSSE	266	45
2.2.1.1. THERAPEUT	84	29
2.2.1.1.1. Annahmen über Person/Anliegen/Problem des Klienten	12	8
2.2.1.1.2. emotional-motivationale Verfassung/Stimmung	12	11
2.2.1.1.3. körperliche Verfassung/Gesundheit	15	9
2.2.1.1.4. Lebensereignisse/persönliche und berufliche Belastungen	15	11
2.2.1.1.5. Reflexion/Erinnerung	6	3
2.2.1.1.6. Selbstfürsorge/Selbstregulation/Arbeitsorganisation	8	6
2.2.1.1.7. Verfassung/Befinden allgemein	8	5
2.2.1.1.8. Rest	5	5
2.2.1.1.9. Fehlkodierung	3	3
2.2.1.2. KLIENT	135	39
2.2.1.2.1 Art und Ausmaß der Problematik	24	12
2.2.1.2.2. Einstellungen/Werte	5	3
2.2.1.2.3. Stimmung/Bedürfnislage/Lebenssituation	16	12
2.2.1.2.4. Patient/Klient/Gegenüber allgemein	25	20
2.2.1.2.5. Persönlichkeitsstil/Interaktionsverhalten	8	8
2.2.1.2.6. Soziodemographische Merkmale	8	5
2.2.1.2.7. Sympathie	5	5
2.2.1.2.8. Therapiemotivation/Arbeitshaltung/Compliance	14	7
2.2.1.2.9. Ziele/Themen/Erwartungen	14	10
2.2.1.2.10. Rest	8	8
2.2.1.2.11. Fehlkodierung	8	7
2.2.1.3. QUALITÄT DER BEZIEHUNG	7	6
2.2.1.4. RAHMENBEDINGUNGEN	33	17
2.2.1.4.1. Dritte/Institutionen	7	6
2.2.1.4.2. Kollegen	3	3
2.2.1.4.3. räumliche Umgebung	2	2
2.2.1.4.4. zeitliche Organisation	11	9
2.2.1.4.5. Rest	8	5
2.2.1.4.6. Fehlkodierung	2	2
2.2.1.5. EINFLÜSSE VARIABEL REST	7	5
2.2.2. STABILE EINFLÜSSE	158	40
2.2.2.1. THERAPEUT	114	31
2.2.2.1.1. Bedürfnisse/Bedürfnisbefriedigung	6	3
2.2.2.1.2. klienten- und berufsbezogene Einstellungen	10	5
2.2.2.1.3. Lebens-/Berufserfahrungen	8	5
2.2.2.1.4. Menschenbild/Weltanschauung	24	16
2.2.2.1.5. moralische Werte	21	12
2.2.2.1.6. Persönlichkeit/Eigenschaften/Interaktionsstil	10	7
2.2.2.1.7. Selbstfürsorge/Selbstreflexion	12	8
2.2.2.1.8. soziodemographische und körperliche Merkmale	7	3
2.2.2.1.9. Störungs-/Veränderungs-/Gesundheitsverständnis	6	5
2.2.2.1.10. Rest	5	4
2.2.2.1.11. Fehlkodierung	5	5
2.2.2.2. RAHMENBEDINGUNGEN	38	21
2.2.2.2.1. Arbeitsbelastung	9	3
2.2.2.2.2. institutioneller Kontext	12	6

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
2.2.2.2.3. Modalität/Setting	5	5
2.2.2.2.4. Supervision/Intervision	3	3
2.2.2.2.5. wirtschaftlicher Rahmen	4	4
2.2.2.2.6. Rest	3	3
2.2.2.2.7. Fehlkodierung	2	2
2.2.2.3. EINFLÜSSE STABIL REST	6	3
2.2.3. KEINE AKTUELLEN EINFLÜSSE	23	17
2.2.4. EINFLÜSSE REST	27	15
2.3. ENTWICKLUNGSFAKTOREN	1008	50
2.3.1. THERAPEUTISCHER KONTEXT	524	50
2.3.1.1. KLIENTENKONTAKT	66	30
2.3.1.2. INTERVISION	23	14
2.3.1.3. SUPERVISION	37	28
2.3.1.4. SELBSTERFAHRUNG	40	24
2.3.1.5. KOLLEGEN	43	30
2.3.1.6. EXPLIZITE THERAPEUTISCHE VORBILDER	100	35
2.3.1.7. HOSPITATION	5	5
2.3.1.8. THEORIEAUSBILDUNG/SEMINARE	28	15
2.3.1.9. FORT- UND WEITERBILDUNG	16	14
2.3.1.10. EIGENE LEHRTÄTIGKEIT	3	2
2.3.1.11. FACHLITERATUR	22	16
2.3.1.12. RAHMENBEDINGUNGEN	27	11
2.3.1.13. AUSBILDUNG ALLGEMEIN	66	32
2.3.1.14. TRENDS IN DER PSYCHOTHERAPIE	8	4
2.3.1.15. ENTWICKLUNG THERAPIE REST	40	23
2.3.2. AUSSERTHERAPEUTISCHER KONTEXT	219	45
2.3.2.1. FAMILÄRE ERZIEHUNGSERFAHRUNGEN	28	15
2.3.2.2. SCHULISCHE ERZIEHUNGSERFAHRUNGEN	4	4
2.3.2.3. BEDEUTENDE BEGEGNUNGEN	48	27
2.3.2.4. BERUF, STUDIUM UND BILDUNG	28	19
2.3.2.5. ELTERNSCHAFT	8	7
2.3.2.6. PARTNERSCHAFT	12	10
2.3.2.7. KRITISCHE LEBENSEREIGNISSE	22	13
2.3.2.8. LEBENSERFAHRUNGEN (N.N.B.)	47	28
2.3.2.9. ENTWICKLUNG AUSSERTHERAPEUTISCH REST	22	16
2.3.3. SOZIOKULTURELLER KONTEXT	70	29
2.3.3.1. MEDIEN	10	5
2.3.3.2. POLITISCHES SYSTEM	3	3
2.3.3.3. GESUNDHEITSSYSTEM	6	5
2.3.3.4. KULTUR	17	11
2.3.3.5. RELIGION	12	9
2.3.3.6. SOZIOKULTURELLER KONTEXT (N.N.B.)	20	16
2.3.3.7. ENTWICKLUNG SOZIOKULTURELL REST	2	2
2.3.4. PERSÖNLICHKEIT	115	36
2.3.4.1. TEMPERAMENT/BIOLOGIE/GENETIK	12	8
2.3.4.2. INTERESSEN/HOBBYS	8	7
2.3.4.3. WERTE/EINSTELLUNGEN/BEDÜRFNISSE	59	25
2.3.4.4. PERSÖNLICHKEIT (N.N.B.)	23	14

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
2.3.4.5. ENTWICKLUNG PERSÖNLICHKEIT REST	13	10
2.3.5. LERNMECHANISMEN	47	24
2.3.5.1. LERNEN AM MODELL	21	14
2.3.5.2. LERNEN DURCH VERSTÄRKUNG	5	4
2.3.5.3. LERNEN REST	21	13
2.3.6. ENTWICKLUNG REST	33	18
2.4. GRUNDSÄTZLICHE VERÄNDERLICHKEIT DER THHA	23	15
2.5. RESTKATEGORIE	6	5
3. INHALTLICHE DIMENSIONEN	1677	50
3.1. KLIENTENBEZOGEN	612	49
3.1.1. RESPEKT	45	25
3.1.2. WERTSCHÄTZUNG/ZUNEIGUNG	115	31
3.1.3. AKZEPTANZ/ENTHALTUNG	245	45
3.1.4. EMPATHIE/INTERESSE	120	37
3.1.5. RESSOURCENORIENTIERUNG	70	25
3.1.6. DIMENSIONEN KLIENT REST	17	12
3.2. THERAPEUTENBEZOGEN	538	49
3.2.1. AUTHENTIZITÄT/ECHTHEIT	30	13
3.2.2. KONZENTRATION/ACHTSAME WAHRNEHMUNG	88	29
3.2.3. REFLEKTION/SELBSTKRITIK	120	36
3.2.4. DOGMATISMUS/SCHULENDENKEN	17	11
3.2.5. FACHWISSEN	38	18
3.2.6. SELBSTFÜRSORGE/PSYCHOHYGIENE	30	12
3.2.7. SELBSTÖFFNUNG	18	13
3.2.8. OFFENHEIT	58	25
3.2.9. AKTIVITÄT/ENGAGEMENT	59	27
3.2.10. UNTERSTÜTZUNG/HILFE	29	18
3.2.11. DIMENSIONEN THERAPEUT REST	51	20
3.3. THERAPIEPROZESSBEZOGEN	510	49
3.3.1. TRANSPARENZ	16	10
3.3.2. INDIVIDUELLES EINGEHEN	76	31
3.3.3. KONFRONTATION	30	15
3.3.4. KLARHEIT DER RAHMENBEDINGUNGEN	36	15
3.3.5. EMOTIONALE UND KÖRPERLICHE DISTANZ	54	25
3.3.6. KOOPERATION/VERTEILTE EXPERTISE	124	39
3.3.7. DIREKTIVITÄT - NONDIREKTIVITÄT	93	37
3.3.8. PROBLEM-/LÖSUNGSORIENTIERUNG	53	12
3.3.9. DIMENSIONEN PROZESS REST	28	14
3.4. RESTKATEGORIE	17	11
4. ERFASSBARKEIT	860	50
4.1. SITUATIVE KONTEXTE	74	33
4.1.1. THERAPIEKONTEXT	9	7
4.1.1.1. RAHMENBEDINGUNGEN	4	2
4.1.1.2. KONTEXTE THERAPIE REST	5	5
4.1.2. KOLLEGIALER KONTEXT	31	19
4.1.2.1. SELBSTERFAHRUNG	2	2
4.1.2.2. SUPERVISION	10	9
4.1.2.3. INTERVISION	7	5

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
4.1.2.4. KOLLEGIALE GESPRÄCHE	6	6
4.1.2.5. KONTEXTE KOLLEGIAL REST	6	6
4.1.3. ÖFFENTLICHKEIT	6	5
4.1.3.1. KONGRESSE	1	1
4.1.3.2. FACHLITERATUR	3	2
4.1.3.3. MEDIEN	0	0
4.1.3.4. KONTEXTE ÖFFENTLICHKEIT REST	2	2
4.1.4. PRIVATLEBEN/ALLTAG	13	8
4.1.4.1. ENGE BEZUGSPERSONEN	5	4
4.1.4.2. FREMDE	2	2
4.1.4.3. KONTEXTE PRIVAT REST	6	4
4.1.5. KÜNSTLICHE SZENARIEN	4	4
4.1.6. KONTEXTE REST	11	9
4.2. INDIKATOREN	518	50
4.2.1. KLIENTENSEITE	49	11
4.2.1.1. OFFENES VERHALTEN	30	9
4.2.1.2. VERDECKTES VERHALTEN	18	7
4.2.1.3. PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN	0	0
4.2.1.4. INDIKATOREN KLIENT REST	1	1
4.2.1.3. PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN	0	0
4.2.2. THERAPEUTENSEITE	356	47
4.2.2.1. OFFENES VERHALTEN	269	45
4.2.2.2. VERDECKTES VERHALTEN	75	22
4.2.2.3. PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN	1	1
4.2.2.4. INDIKATOREN THERAPEUT REST	11	8
4.2.3. DRITTE	4	3
4.2.3.1. OFFENES VERHALTEN	2	2
4.2.3.2. VERDECKTES VERHALTEN	2	2
4.2.3.3. PHYSIOLOGISCHE REAKTIONEN	0	0
4.2.3.4. INDIKATOREN DRITTE REST	0	0
4.2.4. THERAPIEPROZESS	62	27
4.2.4.1. ATMOSPHÄRE	7	5
4.2.4.2. GESPRÄCHSASEPKTE	33	21
4.2.4.3. INDIKATOREN PROZESS REST	22	13
4.2.5. OUTCOME	6	6
4.2.5.1. SITZUNGSERGEBNIS	1	1
4.2.5.2. THERAPIEERGEBNIS	2	2
4.2.5.3. INDIKATOREN OUTCOME REST	3	3
4.2.6. SETTING/RAHMENBEDINGUNGEN	21	14
4.2.7. INDIKATOREN REST	20	15
4.3. ERHEBUNGSMETHODEN	266	49
4.3.1. INTERVIEW	80	32
4.3.1.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE	16	11
4.3.1.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE	44	23
4.3.1.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE	3	3
4.3.1.4. INTERVIEW (QUELLE N.N.B.)	17	15
4.3.1.5. ERHEBUNG INTERVIEW REST	0	0
4.3.2. FRAGEBOGEN/TEST	29	24

Systeme/Kategorien	Σ	N>0
4.3.2.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE	4	2
4.3.2.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE	13	13
4.3.2.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE	0	0
4.3.2.4. FRAGEBOGEN/TEST (QUELLE N.N.B.)	11	10
4.3.2.5. ERHEBUNG TEST REST	1	1
4.3.3. PHYSIOLOGISCHE MESSUNG	0	0
4.3.3.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE	0	0
4.3.3.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE	0	0
4.3.3.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE	0	0
4.3.3.4. PHYSIOLOGISCHE MESSUNG (QUELLE N.N.B.)	0	0
4.3.3.5. ERHEBUNG PHYSIOLOGIE REST	0	0
4.3.4. BEOBACHTUNG (N.N.B.)	96	40
4.3.4.1. KLIENT ALS AUSKUNFTSQUELLE	5	5
4.3.4.2. THERAPEUT ALS AUSKUNFTSQUELLE	30	18
4.3.4.3. DRITTE ALS AUSKUNFTSQUELLE	11	3
4.3.4.4. BEOBACHTUNG (QUELLE N.N.B.)	50	33
4.3.4.5. ERHEBUNG BEOBACHTUNG REST	0	0
4.3.5. UNGEEIGNETE METHODEN	1	1
4.3.6. ERHEBUNG REST	60	32
4.4. RESTKATEGORIE	2	2
5. IRRELEVANTES	190	39
6. SONSTIGE RELEVANTE AUSSAGEN	824	50
6.1. RELEVANZ DER THHA	92	41
6.1.1. RELEVANZ DER ERFORSCHUNG DER THHA	26	19
6.1.2. RELEVANZ DER THHA IN DER AUSBILDUNG	20	17
6.1.3. RELEVANZ DER THHA (N.N.B.)	41	27
6.1.4. RELEVANZ REST	5	4
6.2. WERTENDE STELLUNGNAHMEN	237	50
6.2.1. EINDEUTIG POSITIV	130	47
6.2.2. EINDEUTIG NEGATIV	107	49
6.3. DEFINITIONSVORSCHLÄGE	56	46
6.4. UNKLARHEITEN BEZÜGLICH THHA	49	24
6.5. ERWÜNSCHTHEIT DER THHA	74	46
6.6. BEURTEILUNG DER ERFASSBARKEIT	25	20
6.6.1. LEICHTE ERFASSBARKEIT	2	2
6.6.2. SCHWIERIGE ERFASSBARKEIT	23	19
6.7. ZUSAMMENHÄNGE INHALTLICHER DIMENSIONEN	114	37
6.7.1. IDIOSYNKRATISCHE DIMENSIONSKOMPLEXE	49	28
6.7.2. IDIOSYNKRATISCHE GEGENSATZPAARE	65	27
6.8. RESTKATEGORIE	177	42