

**Zum Einfluss Therapeutischer Interaktion
auf die Änderungsmotivation
in der Kognitiven Verhaltenstherapie
der Zwangsstörung**

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

vorgelegt von
Markus Gmelch
aus
Erlangen

Bamberg, den 16. September 2010

Tag der mündlichen Prüfung:

16. November 2010

Dekanin:

Universitätsprofessorin Dr. Sibylle Rahm

Erstgutachter:

Universitätsprofessor Dr. Hans Reinecker

Zweitgutachter:

Apl. Professor Dr. Ludwig Schindler

Danksagung

„Der Weg entsteht beim Gehen“ (Taoistische Weisheit)

Dieses Buch steht am Ende eines 4 bis 5-jährigen Prozesses. Vielen Menschen, die es auf den Weg gebracht haben oder mich dabei begleitet haben, bin ich dankbar.

Prof. Hans Reinecker schenkte mir die Freiheit und das Vertrauen, meinen eigenen Weg zu gehen, und unterstützte mich bei wichtigen Wendepunkten und schwierigen Hindernissen. Vielen Dank für die Haltung des Selbstmanagement, das richtige Maß an „Verantwortungsübergabe und Unterstützung“ und die gemeinsame Zeit!

Herrn Prof. Ludwig Schindler danke ich, dass er mich schon während der Diplomarbeit auf dem Pfad der Prozessforschung begleitet hat und wiederum als Zweitkorrektor mitwirkte.

Herzlichen Dank an Dr. Peter Kaimer, der mir als Wegweiser in Zeiten der Orientierungslosigkeit und Verwirrung und als freundlicher, ermutigender Begleiter zur Seite stand.

Hans Preß danke ich für zahlreiche kreative und kritische Anregungen und Diskussionen.

Zu großem Dank bin ich meinen DiplomandInnen verpflichtet, die den Weg groß und breit, bunt und facettenreich, und letztlich überhaupt erst möglich werden ließen: (In alphabetischer Reihenfolge) Emilia Angelova, Stephanie Brosch, Christian Burgmayr, Natalie Horn, Daniela Madjaric und Anja Spielvogel sind Abschnitte des Wegs mit mir gemeinsam gegangen und haben ihn dabei entstehen lassen, bis sie auf ihren Weg der eigenen Diplomarbeit abgebogen sind. Emilia Angelova, Christian Burgmayr und Natalie Horn danke ich zudem, dass sie mich als wissenschaftliche Hilfskräfte u.a. bei zahlreichen Zweitratings unterstützt haben.

Für kollegiale Hilfe und Austausch in methodischen Fragen bin ich Kerstin Riedelbauch, Anja Geßner und Thorsten Schmitzlutz dankbar. Claudia Huber danke ich für den regen Austausch, wechselseitige Unterstützung und Verständnis beim gemeinsamen Zurücklegen wichtiger Dissertationsetappen, insbesondere der anstrengenden Endstrecke.

Meinem Vater gebührt ein großes Dankeschön für die abschließende Durchsicht und Korrektur.

Die Anstrengungen des Wegs waren nur durch viel Ermutigung und Ermunterung bewältigbar. Vielen Dank an das gesamte Lehrstuhl- und Ambulanzteam, meine Familie und alle Freunde, die interessierte und ermutigende Begleiter waren. Mein größter Dank gebührt Joana, die zu jedem Zeitpunkt viel Verständnis und aufmunternde Worte für mich hatte.

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Abbildungen	12
Verzeichnis der Tabellen	16
Vorbemerkungen	20
1. Fragestellung	21
1.1 Hintergrund und Ausgangsproblematik	21
1.1.1 Forschung zu Misserfolgen in der Verhaltenstherapie der Zwänge	22
1.1.2 Änderungsmotivation fördernde Therapeutische Interaktion – ein vernachlässigtes Thema	24
1.1.3 Prozess-Outcome-Forschung: Hinweise auf konkretes Handeln	25
1.2 Ziele und Fragestellungen	27
1.2.1 Hypothesengenerierung zur Änderungsmotivation	28
1.2.2 Hypothesengenerierung zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation	29
1.3 Aufbau der Arbeit	31
2. Wissenschaftstheoretische Grundlagen	33
2.1 Was ist Prozessforschung, was ist Einzelfallforschung? – Begriffsklärungen	34
2.1.1 Was ist Prozessforschung?	34
2.1.2 Was ist Einzelfallforschung?	35
2.2 Wann Einzelfallstudien, wann Gruppenstudien? - Indikation und Leistungsvermögen für die Psychotherapieforschung	36
2.2.1 Unterschiedliche Erkenntnisziele	37
2.2.2 Unterschiedliche Art und Weise, zur Theoriebildung beizutragen	38
2.2.3 Unterschiedliche Adäquatheit für die Psychotherapieforschung	39
2.3 Warum sind Einzelfallstudien nicht die Regel in der Psychotherapieforschung? - Wissenschaft im Einfluss von Sprache, Interessen und Politik	41
2.3.1 Wissenschaftsinhärente Gründe	41
2.3.2 Wissenschaftspolitische Gründe	43
2.4 Wozu tragen Einzelfallstudien in der Psychotherapieforschung bei? – Theorien bilden als wichtige Funktion	46
2.4.1 Wert und Relevanz von Theorien für die Praxis	46
2.4.2 Entstehungs-, Begründungs- und Verwertungszusammenhang von Theorie und Technologie	46
2.5 Wie kann Einzelfallforschung zu neuen Theorien führen? – Forschungslogik von Einzelfallstudien	48
2.5.1 Deduktion und Replikation zur Entwicklung von Theorien	48
2.5.2 Permeabilität (als Wert von Theorien) und Diffusion	49
2.5.3 Triangulation und Veränderung von Theorien	50
2.6 Fazit	52

3. Theoretische Konzepte	53
3.1 Therapiemotivation	53
3.1.1 Was verstehen wir unter „Therapiemotivation“? – auf der Suche nach einer Konstruktklärung	55
3.1.1.1 Terminologische und theoretische Unklarheit	55
3.1.1.2 Notwendigkeit terminologischer Klärung	56
3.1.1.3 Begriffliche Unterscheidungen	57
3.1.2 Warum „Therapiemotivation“? – zur Relevanz therapiemotivationsorientierter Forschung	59
3.1.2.1 Empirisch begründete Relevanz der Therapiemotivation für den Therapieerfolg	59
3.1.2.2 Relevanz der Therapiemotivation in mod. Psychotherapietheorien ...	60
3.1.3 Was verstehen wir unter „Motivation“? – Allgemeinps. Überlegungen	63
3.1.3.1 Was verstehen wir unter einem „Motiv“? – Begriffsklärung	64
3.1.3.2 Arten von Motiven	65
3.1.3.3 Der motivationale Prozess	67
3.1.3.4 Grundbedürfnisse	68
3.1.4 Konzeptualisierungen von Therapiemotivation in verschiedenen Psychotherapeutischen Ansätzen	70
3.1.4.1 Therapiemotivation und Widerstand als Persönlichkeitsmerkmal? ...	70
3.1.4.2 Therapiemotivation in der Psychoanalyse	75
3.1.4.3 Therapiemotivation im Selbstmanagementansatz	76
3.1.4.4 Therapiemotivation im Lösungsfokussierten Ansatz	78
3.1.4.5 Therapiemotivation im Transtheor. Modell: Stages of Change	82
3.1.4.6 Therapiemotivation im Motivational Interviewing	86
3.1.5 Änderungsmotivation – ein Arbeitsmodell	89
3.1.5.1 Änderungsmotivation als interaktioneller Prozess	89
3.1.5.2 Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam ..	91
3.1.5.3 Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand	94
3.1.5.4 Der Prozesscharakter der Änderungsmotivation	95
3.1.6 Fazit	97
3.2 Therapeutische Beziehungsangebote	98
3.2.1 Was verstehen wir unter „Therapeutischer Beziehung“?	99
3.2.1.1 Alltagsbeziehung vs. Therapeutische Beziehung: Die Therapeutische Allianz	100
3.2.1.2 Zum Verhältnis von Therapeutischer Beziehung und Therapeutischen Techniken	101
3.2.2 Warum „Therapeutische Beziehung“? – zur Relevanz	103
3.2.3 Basis Therapeutischer Beziehungsangebote: Rollenverständnis und Therapeutische Haltung	106
3.2.3.1 Die TherapeutIn als ExpertIn für Inhalte	106
3.2.3.2 Die TherapeutIn als ExpertIn für den Prozess	107
3.2.4 Therapeutische Beziehungsangebote zw. Stabilisieren, Fördern und Fordern ..	110
3.2.4.1 Stabilisierende Beziehungsangebote: Anerkennung des Leids	112
3.2.4.2 Fördernde Beziehungsangebote: Unterstützung	113
3.2.4.3 Fordernde Beziehungsangebote: Verantwortungsübergabe	115
3.2.5 Therapeutische Beziehungsangebote als Einladungen zu Sprachspielen	117
3.2.5.1 Angebote zur Problem- und Beibehaltungssprache: Problemfokus	119
3.2.5.2 Angebote zur Lösungs- und Änderungssprache: Ressourcenfokus	120
3.2.6 Individuelle Anpassung von Therapeutischen Beziehungsangeboten	122
3.2.7 Fazit	124

4. Methode	125
4.1 Anforderungen an das Erhebungsinstrument	126
4.1.1 Anforderungen aufgrund des Forschungsgegenstandes	126
4.1.1.1 Individualisierte Erhebung	126
4.1.1.2 Interaktionssensitivität	127
4.1.1.3 Veränderungssensitivität	127
4.1.2 Gütekriterien qualitativer Forschung	128
4.1.3 Anforderungen an Methoden der Prozessforschung	130
4.1.4 Fazit	133
4.2 Aufbau und Planung der Studie	133
4.2.1 Design	133
4.2.1.1 Überblick	133
4.2.1.2 Kriterien für die Erhebungszeitpunkte	135
4.2.1.3 Erfolgskriterium	137
4.2.2 Zerlegung in Teilprojekte	138
4.3 Stichprobe	140
4.3.1 Anforderungen an die Stichprobe	140
4.3.2 Beschreibung der Stichprobe	141
4.3.3 Beschreibung der Institution	142
4.4 Operationalisierung der Konstrukte	143
4.4.1 Motive der KlientIn	143
4.4.2 Änderungsmotivation	145
4.4.3 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	146
4.4.4 Interaktionale Strategien der TherapeutIn (Th. Beziehungsangebote)	146
4.5 Aufbereitung des Materials	147
4.5.1 Transkription	147
4.5.1 Erstellen von Sinneinheiten	147
4.6 Entwickeln einer Kategorisierungsmethodik	149
4.6.1 Zentrale Grundannahmen der Plananalyse	150
4.6.2 Methodik der Plananalyse	152
4.6.3 Modifikation der Plananalyse um Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse ..	154
4.6.4 Anwendung des plananalytischen Kategoriensystems auf die Sinneinheiten	158
4.6.5 Leitfaden orientiertes Vorgehen und Supervision	158
4.7 Qualitative Auswertungsstrategien	159
4.7.1 Das Fremdrating der Motivationsentwicklung (FRAME)	159
4.7.1.1 Ziel des Ratings	159
4.7.1.2 Theoretischer Hintergrund und Aufbau des Ratings	159
4.7.1.3 Anwendungsbereich	164
4.7.1.4 Konkrete Vorgehensweise	164
4.7.1.5 Reliabilitätsbestimmung und Einigung	165
4.7.2 Interpretation der Therapeutenpläne: Spannungsverhältnisse zwischen „Plankomplexen“	166
4.7.2.1 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	166
4.7.2.2 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	167
4.8 Quantitative Auswertungsstrategien	168

5. Ergebnisse und Diskussion auf Einzelfallebene	170
5.1 Einleitende Erklärungen	170
5.1.1 Zum Aufbau des Kapitels	170
5.1.2 Interraterreliabilitäten	173
5.2 Fall G	176
5.2.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeut	176
5.2.1.1 Klient G: Demographische Daten und Eingangsproblematik	176
5.2.1.2 Therapeut T1: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	176
5.2.2 Ergebnis	177
5.2.2.1 Outcomedaten	177
5.2.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	179
5.2.3 Pläne Klient G: Änderungsmotivation – in der Beziehung G	180
5.2.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten G	180
5.2.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	183
5.2.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	184
5.2.3.4 Fazit	187
5.2.4 Pläne Therapeut T1: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	188
5.2.4.1 Beschreibung der Pläne des Therapeuten T1	188
5.2.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	191
5.2.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	192
5.2.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	195
5.3 Fall D	198
5.3.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeut	198
5.3.1.1 Klient D: Demographische Daten und Eingangsproblematik	198
5.3.1.2 Therapeut T1: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	198
5.3.2 Ergebnis	198
5.3.2.1 Outcomedaten	198
5.3.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	199
5.3.3 Pläne Klient D: Änderungsmotivation – in der Beziehung D	200
5.3.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten D	200
5.3.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	201
5.3.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	202
5.3.3.4 Fazit	204
5.3.4 Pläne Therapeut T1: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	204
5.3.4.1 Beschreibung der Pläne des Therapeuten T1	204
5.3.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	206
5.3.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	207
5.3.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	210
5.4 Fall A	212
5.4.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin	212
5.4.1.1 Klientin A: Demographische Daten und Eingangsproblematik	212
5.4.1.2 Therapeutin T2: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	212
5.4.2 Ergebnis	212
5.4.2.1 Outcomedaten	212
5.4.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	214

5.4.3 Pläne Klientin A: Änderungsmotivation – in der Beziehung A	216
5.4.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin A	216
5.4.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	218
5.4.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	220
5.4.3.4 Fazit	222
5.4.4 Pläne Therapeutin T2: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	223
5.4.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T2	223
5.4.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	225
5.4.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	226
5.4.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	229
5.5 Fall B	232
5.5.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin	232
5.5.1.1 Klientin B: Demographische Daten und Eingangsproblematik	232
5.5.1.2 Therapeutin T2: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	232
5.5.2 Ergebnis	232
5.5.2.1 Outcomedaten	232
5.5.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	233
5.5.3 Pläne Klientin B: Änderungsmotivation – in der Beziehung B	234
5.5.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin B	234
5.5.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	236
5.5.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	237
5.5.3.4 Fazit	239
5.5.4 Pläne Therapeutin T2: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	240
5.5.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T2	240
5.5.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	242
5.5.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	244
5.5.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	247
5.6 Fall H	249
5.6.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeutin	249
5.6.1.1 Klient H: Demographische Daten und Eingangsproblematik	249
5.6.1.2 Therapeutin T3: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	249
5.6.2 Ergebnis	249
5.6.2.1 Outcomedaten	249
5.6.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	251
5.6.3 Pläne Klient H: Änderungsmotivation – in der Beziehung H	252
5.6.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten H	252
5.6.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	254
5.6.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	256
5.6.3.4 Fazit	258
5.6.4 Pläne Therapeutin T3: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	258
5.6.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T3	258
5.6.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	260
5.6.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	261
5.6.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	264

5.7 Fall E	267
5.7.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin	267
5.7.1.1 Klientin E: Demographische Daten und Eingangsproblematik	267
5.7.1.2 Therapeutin T3: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	267
5.7.2 Ergebnis	267
5.7.2.1 Outcomedaten	267
5.7.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	268
5.7.3 Pläne Klientin E: Änderungsmotivation – in der Beziehung E	268
5.7.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin E	268
5.7.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	270
5.7.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	272
5.7.3.4 Fazit	274
5.7.4 Pläne Therapeutin T3: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	274
5.7.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T3	274
5.7.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	275
5.7.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	276
5.7.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	279
5.8 Fall C	281
5.8.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeutin	281
5.8.1.1 Klient C: Demographische Daten und Eingangsproblematik	281
5.8.1.2 Therapeutin T4: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	281
5.8.2 Ergebnis	281
5.8.2.1 Outcomedaten	281
5.8.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	283
5.8.3 Pläne Klient C: Änderungsmotivation – in der Beziehung C	284
5.8.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten C	284
5.8.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	286
5.8.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	287
5.8.3.4 Fazit	289
5.8.4 Pläne Therapeutin T4: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	290
5.8.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T4	290
5.8.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	291
5.8.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	293
5.8.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	296
5.9 Fall F	299
5.9.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin	299
5.9.1.1 Klientin F: Demographische Daten und Eingangsproblematik	299
5.9.1.2 Therapeutin T5: Demogr. Daten und Therapeut. Hintergrund	299
5.9.2 Ergebnis	299
5.9.2.1 Outcomedaten	299
5.9.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf	300
5.9.3 Pläne Klientin F: Änderungsmotivation – in der Beziehung F	301
5.9.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin F	301
5.9.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME	303
5.9.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	304
5.9.3.4 Fazit	306

5.9.4 Pläne Therapeutin T5: Beziehungsangebote – und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation	306
5.9.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T5	306
5.9.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf	308
5.9.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	309
5.9.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	312
6. Vergleichende Diskussion: Ein Modell motivationsförderlicher Therapeutischer Interaktion	314
6.1 Modifikation und Erweiterung des Arbeitsmodells zur Änderungsmotivation	315
6.1.1 Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand	316
6.1.1.1 Ambivalenz und niedrige Änderungsmotivation als erwartbare Ereignisse zu Therapiebeginn	316
6.1.1.2 Unterschiede in der Änderungsmotivation zu Therapiebeginn zwischen erfolgreichen vs. nicht erfolgreichen Fällen	318
6.1.2 Der Prozesscharakter der Änderungsmotivation	319
6.1.2.1 Veränderung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf und Therapieerfolg	320
6.1.2.2 Muster erfolgreicher Motivationsprozesse: Verschiebung von Schwerpunkten	321
6.1.2.3 Muster nicht erfolgreicher Motivationsprozesse: Stagnation	324
6.1.2.4 Elemente des Erfolgs: Kontinuierliches Entscheiden und Wahrnehmen von Erfolgen	325
6.1.3 Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam	326
6.1.4 Änderungsmotivation als interaktioneller Prozess	327
6.1.5 Fazit: Hypothesen zur Änderungsmotivation	328
6.2 Therapeutische Beziehungsangebote und Änderungsmotivation	329
6.2.1 Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Gratwanderungen	329
6.2.1.1 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids	329
6.2.1.2 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus	331
6.2.2 Verlaufsmuster Therapeutischer Beziehungsangebote	333
6.2.2.1 Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Verlaufsmuster bzgl. Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids	333
6.2.2.2 Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Verlaufsmuster bzgl. Ressourcenfokus und Problemfokus	336
6.2.3 Konkrete Verhaltensweisen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Therapeutischer Beziehungsangebote	339
6.2.3.1 Therapeutenpläne, die nur in nicht erfolgreichen Therapien realisiert wurden	339
6.2.3.2 Therapeutenpläne, die nur in erfolgreichen Therapien realisiert wurden	342
6.2.3.3 Therapeutenpläne, die charakteristisch für erfolgr. Therapien sind ..	343
6.2.4 Anpassung Therapeutischer Beziehungsangebote an Interaktionsstile der KlientInnen	345
6.2.4.1 Vermeidender Interaktionsstil (Fall G)	345
6.2.4.2 Dependenter Interaktionsstil (Fall A vs. H)	346
6.2.5 Fazit: Hypothesen zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation und Implikationen für die Praxis	347

7. Kritische Anmerkungen zum methodischen Vorgehen	349
7.1 Zum naturalistischen Charakter der Studie	349
7.2 Zur Stichprobe	349
7.3 Zur Kategorisierungsmethodik	350
7.4 Zur qualitativen Auswertung	352
7.5 Zur quantitativen Auswertung	352
8. Empfehlungen für die weitere Forschung	354
8.1 Qualitative Analyse der Interaktion von Therapeuten- und Klientenplänen	354
8.2 Quantitative Analyse der Interaktion von Therapeuten- und Klientenplänen	357
8.3 Verlaufsanalyse auf höherem Auflösungsgrad	358
8.4 Theoriegeleitete Untersuchung weiterer Stichproben	359
8.5 Experimentelle Studien	359
9. Zusammenfassung	361
Literaturverzeichnis	363

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1:	Verschiedene Stufen von Misserfolg in der Verhaltenstherapie der Zwänge (nach Reinecker, 2009, S.70; leicht modifiziert).....	23
Abb. 2.1:	Beziehungen zwischen Klinischer Praxis, Theorienbildung, Outcome- und Einzelfallforschung (Salkovkis, 2002, S.5; aus dem Englischen übersetzt)....	40
Abb. 3.1:	7 Phasen der Selbstmanagementtherapie (nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; leicht modifiziert).....	61
Abb. 3.2:	Das Phasenabfolgemodell („Rubikonmodell“) von Heckhausen (aus Grawe, 1998, S.61; leicht modifiziert).....	62
Abb. 3.3:	Der motivationale Prozess (Modell nach Dörner & Schaub, 1998, S.12; geringfügig erweitert).....	68
Abb. 3.4:	Die Stages of Change des Transtheoretischen Modells.....	84
Abb. 3.5:	Ambivalenz als natürliches Phänomen der Veränderung. Therapiemotivation wird als Medaille mit den 2 Seiten Widerstand und Change-talk angesehen (Miller & Rollnick, 2004, S.34).....	87
Abb. 3.6:	Änderungsmotivation wird als interaktioneller Prozess zwischen KlientIn und TherapeutIn angesehen. Jedes Therapeutenverhalten kann in diesem Sinne danach beurteilt werden, welchem Klientenmotiv es Raum gibt und welchem nicht.....	91
Abb. 3.7:	Ausschnitt aus einer Plananalyse. Zur besseren Übersicht wurden nur drei Planebenen berücksichtigt, die durch unterschiedliche Schattierungen verdeutlicht werden.....	92
Abb. 3.8:	Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam. Die Andeutung von Planstrukturen soll die Vielfalt relevanter Pläne auf Klienten- wie Therapeutenseite verdeutlichen.....	93
Abb. 3.9:	Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand. Die unterschiedlichen Farben der Klientenmotive soll die Dimensionalität der Veränderungsbereitschaft unterstreichen.....	94
Abb. 3.10:	Therapiemotivation als kontinuierlich sich verändernder Prozess.....	96
Abb. 3.11:	Schätzung der relativen Bedeutsamkeit von Prädiktoren für Therapieerfolg (nach Lambert & Barley, 2008, S.112).....	104
Abb. 3.12:	Die therapeutische Beziehung als Gratwanderung (nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000, S. 467; modifiziert und erweitert).....	111
Abb. 4.1:	Schematische Darstellung des Designs der Studie.....	135
Abb. 4.2:	Schematische Darstellung einer Planstruktur. Untergeordnete Pläne stellen die Mittel für übergeordnete Pläne dar, welche wiederum die Ziele der untergeordneten Pläne repräsentieren (Caspar, 1996, S.12; modifiziert).....	151
Abb. 4.3:	Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse (Mayring, 2008, S.20). Bezugnahme auf Schritte dieser Studie.....	155

Abb. 4.4:	Ausschnitt aus dem „Fremdrating zur Motivationsentwicklung FRAME“ (Gmelch, 2009). Überblick über Stufen der Veränderungsbereitschaft und dazugehörige Marker.....	162
Abb. 5.1:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall G.....	179
Abb. 5.2:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall G.....	186
Abb. 5.3:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall G.....	194
Abb. 5.4:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall G.....	197
Abb. 5.5:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall D.....	199
Abb. 5.6:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 3 pro Sitzung im Fall D.....	203
Abb. 5.7:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall D.....	209
Abb. 5.8:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall D.....	211
Abb. 5.9:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall A.....	215
Abb. 5.10:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall A.....	221
Abb. 5.11:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall A.....	228
Abb. 5.12:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall A.....	230
Abb. 5.13:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall B.....	233
Abb. 5.14:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall B.....	238
Abb. 5.15:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall B.....	245
Abb. 5.16:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall B.....	248
Abb. 5.17:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall H.....	252
Abb. 5.18:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall H.....	257
Abb. 5.19:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall H.....	263
Abb. 5.20:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall H.....	265
Abb. 5.21:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall E.....	268

Abb. 5.22:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall E.....	273
Abb. 5.23:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall E.....	278
Abb. 5.24:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall E.....	280
Abb. 5.25:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall C.....	283
Abb. 5.26:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall C.....	288
Abb. 5.27:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall C.....	295
Abb. 5.28:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall C.....	297
Abb. 5.29:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall F.....	300
Abb. 5.30:	Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall F.....	305
Abb. 5.31:	Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall F.....	311
Abb. 5.32:	Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall F.....	313
Abb. 6.1:	Änderungsmotivation als 1) ambivalenter Zustand, 2) kontinuierlich sich verändernder Prozess, 3) individuelles, komplexes Motivamalgam und 4) interaktionistisches Konstrukt (s. Kap. 3.1.5).....	315
Abb. 6.2:	Prozentuale Häufigkeiten der Motivationsstufen 1-2 (rote Balken) und 3-6 (grüne Balken) in der ersten untersuchten Sitzung pro Fall.....	317
Abb. 6.3:	Prozentuale Häufigkeiten der Motivationsstufen 1-2 (rote Balken) und 3-6 (grüne Balken) in den ersten drei untersuchten Sitzungen pro Fall.....	318
Abb. 6.4:	Entwicklung der Änderungsmotivation zu den vier Erhebungszeitpunkten und Erfolgseinschätzung (weitere Erläuterungen im Text).....	320
Abb. 6.5:	Prozentualer Anteil der sechs Motivationsstufen an der Änderungsmotivation zu den vier Erhebungszeitpunkten in den erfolgreichen Fällen G, A und C.....	322
Abb. 6.6:	Prozentualer Anteil der sechs Motivationsstufen an der Änderungsmotivation zu den vier Erhebungszeitpunkten in den nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F.....	324
Abb. 6.7:	Prozentuale Häufigkeiten von Therapeutenplänen der Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und des Verhältnisses zwischen den Plankomplexen über alle untersuchten Sitzungen.....	330
Abb. 6.8:	Prozentuale Häufigkeiten von Therapeutenplänen des Ressourcen- und Problemfokus und des Verhältnisses zwischen den Plankomplexen über alle untersuchten Sitzungen.....	332

Abb. 6.9:	Prozentuale Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zu den vier Erhebungszeitpunkten in den erfolgreichen Fällen G, A und C.....	334
Abb. 6.10:	Prozentuale Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zu den vier Erhebungszeitpunkten in den nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F.....	335
Abb. 6.11:	Prozentuale Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus zu den vier Erhebungszeitpunkten in den erfolgreichen Fällen G, A und C.....	337
Abb. 6.12:	Prozentuale Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus zu den vier Erhebungszeitpunkten in den nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F..	338
Abb. 6.13:	Einordnung der Therapeutenpläne auf den Dimensionen Verantwortung geben vs. Verantwortung nehmen und Ressourcenfokus vs. Problemfokus..	344

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1:	Klassifikationssystem für Einzelfallanalysen (nach Westmeyer, 1996, S.32; leicht modifiziert).....	47
Tab. 3.1:	Gegenüberstellung der Interaktionsarten und der damit verbundenen Therapiemotivation.....	80
Tab. 3.2:	Stufen des Aktiven Zuhörens (nach Engle & Arkowitz, 2006, S.161-162; Arkowitz & Miller, 2008, S.8; Gehring, 2008; modifiziert und erweitert).....	114
Tab. 4.1:	Dimensionen für Maße der Prozessforschung und Beispiele nach Hill & Lambert (2004), Einordnung der verwendeten Methodik.....	131
Tab. 4.2:	Verteilung der Aufgaben auf die beteiligten Forschungsprojekte.....	140
Tab. 4.3:	Merkmale der erhobenen Stichprobe.....	142
Tab. 4.4:	Bestandteile einer Plankategorie: Bezeichnung, Abkürzung, Beschreibung, Ankerbeispiel, Kodierregeln zur Abgrenzung.....	156
Tab. 5.1:	Reihenfolge der dargestellten Fälle.....	171
Tab. 5.2:	Farblegende der Motivationsstufen.....	172
Tab. 5.3:	Vorschlag zur Bewertung von Cohens Kappa nach Landis & Koch (s. Rustemeyer, 1992, S.115).....	173
Tab. 5.4:	Beobachterübereinstimmung bei der Zerlegung des Materials in Sinneinheiten (Cohens Kappa).....	174
Tab. 5.5:	Beobachterübereinstimmung bei der Zuordnung von Kategorien zu Sinneinheiten (Cohens Kappa).....	174
Tab. 5.6:	Beobachterübereinstimmung im FRAME für die Bewertung der Pläne der Klienten A bis H (Cohens Kappa).....	175
Tab. 5.7:	Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen in den individuellen Zielskalen des Klienten G.....	177
Tab. 5.8:	Gegenüberstellung der Prä- und Post -Messungen im SCL-90-R des Fall G..	178
Tab. 5.9:	Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall G.....	178
Tab. 5.10:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klient G.....	180
Tab. 5.11:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient G.....	181
Tab. 5.12:	Zuordnungen der Pläne des Klienten G zu den Motivationsstufen im FRAME.....	183
Tab. 5.13:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall G pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	185
Tab. 5.14:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall G.....	188
Tab. 5.15:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall G.....	189
Tab. 5.16:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall G pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	191
Tab. 5.17:	Pläne des Therapeuten T1 im Fall G im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	192
Tab. 5.18:	Pläne des Therapeuten T1 im Fall G im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	195

Tab. 5.19:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klient D.....	200
Tab. 5.20:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient D.....	200
Tab. 5.21:	Zuordnungen der Pläne des Klienten D zu den Motivationsstufen im FRAME.....	201
Tab. 5.22:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall D pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	202
Tab. 5.23:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall D.....	204
Tab. 5.24:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall D.....	205
Tab. 5.25:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall D pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	206
Tab. 5.26:	Pläne des Therapeuten T1 im Fall D im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	207
Tab. 5.27:	Gegenüberstellung der herausfordernden Pläne des Therapeuten T1 in den Fällen G und D.....	208
Tab. 5.28:	Pläne des Therapeuten T1 im Fall D im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	210
Tab. 5.29:	Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen in den individuellen Zielskalen der Klientin A.....	213
Tab. 5.30:	Gegenüberstellung der Prä- und Post -Messungen im SCL-90-R des Fall A..	213
Tab. 5.31:	Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall A.....	214
Tab. 5.32:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin A.....	216
Tab. 5.33:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin A.....	216
Tab. 5.34:	Zuordnungen der Pläne der Klientin A zu den Motivationsstufen im FRAME.....	218
Tab. 5.35:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall A pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	220
Tab. 5.36:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall A.....	223
Tab. 5.37:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall A.....	224
Tab. 5.38:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall A pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	225
Tab. 5.39:	Pläne der Therapeutin T2 im Fall A im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	226
Tab. 5.40:	Pläne der Therapeutin T2 im Fall A im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	229
Tab. 5.41:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin B.....	234
Tab. 5.42:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin B.....	234
Tab. 5.43:	Zuordnungen der Pläne der Klientin B zu den Motivationsstufen im FRAME.....	236
Tab. 5.44:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall B pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	238

Tab. 5.45:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall B.....	240
Tab. 5.46:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall B.....	241
Tab. 5.47:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall B pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	243
Tab. 5.48:	Pläne der Therapeutin T2 im Fall B im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	244
Tab. 5.49:	Pläne der Therapeutin T2 im Fall B im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	247
Tab. 5.50:	Gegenüberstellung der Prä- und Post -Messungen im SCL-90-R des Fall H.....	250
Tab. 5.51:	Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall H.....	251
Tab. 5.52:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klienten H.....	253
Tab. 5.53:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient H.....	253
Tab. 5.54:	Zuordnungen der Pläne des Klienten H zu den Motivationsstufen im FRAME.....	255
Tab. 5.55:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall H pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	256
Tab. 5.56:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T3 im Fall H.....	258
Tab. 5.57:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T3 im Fall H.....	259
Tab. 5.58:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall H pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	260
Tab. 5.59:	Pläne der Therapeutin T3 im Fall H im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	261
Tab. 5.60:	Pläne der Therapeutin T3 im Fall H im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	264
Tab. 5.61:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin E.....	269
Tab. 5.62:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin E.....	269
Tab. 5.63:	Zuordnungen der Pläne der Klientin E zu den Motivationsstufen im FRAME.....	270
Tab. 5.64:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall E pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	272
Tab. 5.65:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T3 im Fall E.....	274
Tab. 5.66:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall E pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	275
Tab. 5.67:	Pläne der Therapeutin T3 im Fall E im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	276
Tab. 5.68:	Pläne der Therapeutin T3 im Fall E im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	279
Tab. 5.69:	Gegenüberstellung der Prä- und Post -Messungen im SCL-90-R des Fall C.....	282
Tab. 5.70:	Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall C.....	282

Tab. 5.71:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klient C.....	284
Tab. 5.72:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient C.....	284
Tab. 5.73:	Zuordnungen der Pläne des Klienten C zu den Motivationsstufen im FRAME.....	286
Tab. 5.74:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall C pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	288
Tab. 5.75:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T4 im Fall C.....	290
Tab. 5.76:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T4 im Fall C.....	290
Tab. 5.77:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall C pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	292
Tab. 5.78:	Pläne der Therapeutin T4 im Fall C im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	293
Tab. 5.79:	Pläne der Therapeutin T4 im Fall C im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	296
Tab. 5.80:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin F.....	301
Tab. 5.81:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin F.....	301
Tab. 5.82:	Zuordnungen der Pläne der Klientin F zu den Motivationsstufen im FRAME.....	303
Tab. 5.83:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall F pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	304
Tab. 5.84:	Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T5 im Fall F.....	306
Tab. 5.85:	Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T5 im Fall F.....	307
Tab. 5.86:	Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall F pro Sitzung und im Gesamtverlauf.....	308
Tab. 5.87:	Pläne der Therapeutin T5 im Fall F im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.....	309
Tab. 5.88:	Pläne der Therapeutin T5 im Fall F im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.....	312
Tab. 6.1:	Differenzen zwischen prozentualen Häufigkeiten motivationsförderlicher und motivationshinderlicher Klientenpläne in der ersten untersuchten Sitzung.....	317
Tab. 6.2:	Differenzen zwischen prozentualen Häufigkeiten motivationsförderlicher und motivationshinderlicher Klientenpläne in den ersten drei untersuchten Sitzungen.....	319
Tab. 6.3:	Therapeutenpläne, die nur in nicht erfolgreichen Therapien realisiert wurden.....	340
Tab. 6.4:	Therapeutenpläne, die nur in erfolgreichen Therapien realisiert wurden.	342
Tab. 8.1:	Bewertung des Beziehungsangebots der Pläne des Therapeuten G im FRIP gegenüber den häufigsten Klientenplänen jeder Motivationsstufe.....	355

Vorbemerkungen

In dieser Arbeit wurde versucht, geschlechtsneutrale Formulierungen in einer leicht lesbaren Form umzusetzen. Wenn daher im Allgemeinen von Klientinnen und Klienten oder Therapeutinnen und Therapeuten die Rede ist, werden die geschlechtsneutralen Ausdrücke „KlientInnen“ und „TherapeutInnen“ und dazugehörige weibliche Pronomina verwendet.

Die Studie stellt ein Forschungsprojekt dar, das auf Ergebnisse aus sechs Teilprojekten (Diplomarbeiten) zurückgreift und diese integriert. Es wurde versucht, die dort erstellten Kategorien, deren Bezeichnungen und Beschreibungen originalgetreu zu übernehmen und nur in Ausnahmefällen geringfügige Änderungen zu unternehmen. Auf die in den Kategorienbeschreibungen auftretenden idiographischen Schreibstile der unterschiedlichen AutorInnen sei daher an dieser Stelle bereits hingewiesen.

1. Fragestellung

„Bei der Behandlung von Zwangsstörungen kommt man um die genaue Betrachtung des Themas der Misserfolge nicht herum (...)Erfahrungen aus Ausbildung und Supervision sprechen stark dafür, dass es sich [bei Behandlungsfehlern]weniger um technische Aspekte der Durchführung (z.B. Dauer der Konfrontation), sondern in überwiegendem Maße um Probleme in den ersten Stufen des therapeutischen Prozesses handelt.“
(Reinecker, *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*, 2009, S.69-72)

„Solange keine ausreichende Motivation zur Veränderung vorliegt, kann selbst von der besten therapeutischen Methode kein positiver Effekt erwartet werden.“
(Kanfer, Reinecker & Schmelzer, *Selbstmanagementtherapie*, 2000, S. 195).

„An und für sich trifft die Frage nach der Beziehung zwischen ‚Motivation und Handeln‘ (Heckhausen, 1980) mitten ins Zentrum therapeutischer Fragen, aber ein Therapeut findet in den Lehrbüchern zu dieser Thematik in der Regel trotzdem wenig Antworten (...)“
(Grawe, *Psychologische Therapie*, 1998, S.64).

1.1 Hintergrund und Ausgangsproblematik

Beim Treffen weit reichender Entscheidungen kann die Motivlage oft komplex und vielschichtig sein. Das Thema eines langjährigen Forschungsprojekts zu wählen, stellt sicher eine weit reichende Entscheidung dar; die wichtigsten Motive des Autors, das Thema dieser Arbeit anzugehen, sollen in den einleitenden Worten Erwähnung finden.

Gerade die eigene *praktische* verhaltenstherapeutische Beschäftigung mit KlientInnen mit der Diagnose Zwangsstörung weckte das Interesse, Fragen nachzugehen, die in Inter- und Supervisionen immer wieder aufkamen: Während die Forschung die Bedeutsamkeit der Exposition mit Reaktionsmanagement für die erfolgreiche Therapie von Zwängen bestätigt hat (Eddy et al., 2004) und verhaltenstherapeutische Manuale die korrekte Durchführung der Exposition genau beschreiben (z.B. Lakatos & Reinecker, 2007), drehten sich die Fragen von uns TherapeutInnen nur selten darum, wie die Exposition korrekt durchzuführen ist, sondern vielmehr darum, wie die KlientInnen zur Durchführung von Expositionen *motiviert* werden können. Unsere KlientInnen schienen sehr gute Fähigkeiten im (mehr oder weniger subtilen) Ausweichen der Expositionen zu besitzen. Der Vorschlag der Manuale, das

Therapie rational verständlich zu machen, schien nicht bei allen die gewünschte Wirkung zu haben und oft „am Thema vorbeizugehen“: Die meisten KlientInnen konnten das Vorgehen rational gut nachvollziehen, schienen aber auch (nicht immer Ihnen bewusste) Gründe dafür zu haben, dieses nicht oder noch nicht angehen zu wollen. Sie wollten und wollten doch nicht sich ändern.

Das aus der konkreten Praxis entstandene Interesse, Handlungsvorschläge zur Förderung der Änderungsmotivation von KlientInnen zu bekommen, insbesondere in der Verhaltenstherapie der Zwänge, wurde noch weiter durch die Tatsache genährt, dass *Lehrbücher oder Manuale kaum Vorschläge* zu einem adäquaten Umgang mit der Motivation der KlientIn liefern (oder diese selten in einer konsistenten Theorie verankert sind) und die *Forschungslage zur Änderungsmotivation als widersprüchlich* angesehen werden kann (s. Kap. 3.1.2).

Für die Konkretisierung der Fragestellungen und des methodischen Vorgehens spielten v.a. drei Ausgangspunkte eine Rolle, die im Folgenden vorgestellt werden.

1.1.1 Forschung zu Misserfolgen in der Verhaltenstherapie der Zwänge

In mehreren Meta-Analysen erwies sich die Kognitive Verhaltenstherapie, insbesondere das Verfahren der Exposition mit Reaktionsmanagement (ERM), als wirksamste Behandlung der Zwangsstörung (van Balkom et al., 1994; Eddy et al., 2004). Somit stimmen auch führende Forscher darin überein, dass in der Therapie der Zwänge ERM die Methode der Wahl und ein potentes, gut abgesichertes Mittel zur Veränderung der Zwänge darstellt (Lambert, 1992; Reinecker, 2009).

Während über den Behandlungsansatz generell Einigkeit besteht, wirft die *Forschung zu Misserfolgen* in der Verhaltenstherapie der Zwänge viele Fragen auf (s. Reinecker, 2009). In einer frühen, viel zitierten Untersuchung unterschieden Foa et al. (1983) verschiedene Stufen von Misserfolgen in der Behandlung der Zwänge (s. Abb. 1.1): 5-25% der KlientInnen weigern sich, eine Therapie zu beginnen, nachdem eine genaue Diagnostik und Aufklärung über verschiedene Möglichkeiten der Behandlung stattgefunden hat. Bis zu 12% brechen die Therapie vor dem Ende ab. 15-40% können von einer korrekt durchgeführten Therapie nicht profitieren. Zwischen 20 und 30% fallen nach einer erfolgreichen Therapie in alte Verhaltensmuster zurück.

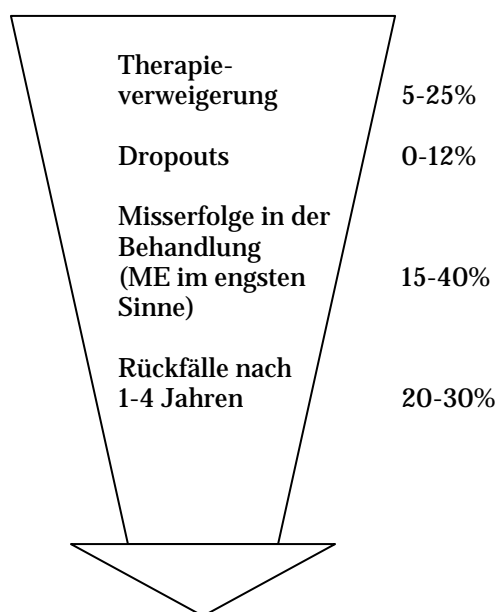


Abb. 1.1: Verschiedene Stufen von Misserfolg in der Verhaltenstherapie der Zwänge (nach Reinecker, 2009, S70; leicht modifiziert).

In einer neueren Studie von Foa et al. (2005) zeigte sich, dass sogar 43% der KlientInnen mit Zwängen, eine Therapie mit ERM entweder verweigerten oder abbrachen! Diese *hohe Anzahl an Personen*, die trotz der klaren Evidenz der Wirksamkeit von ERM die *Behandlung ablehnen*, erscheint vielen Autoren „clinically unacceptable“ (Tolin & Maltby, 2008). Die Gründe, warum einige KlientInnen mit Zwangsstörung die Therapie mit ERM ablehnten, sind dabei nicht gut dokumentiert (ebd.). Reinecker (2009) vermutet - wie im einleitenden Zitat zu diesem Kapitel bereits angeführt - hinter der hohen Zahl an Misserfolgen weniger Fehler in der korrekten Umsetzung der „Technik“ (ERM). Die Beobachtungen aus der Supervision lassen eher die Hypothese zu, dass in den ersten Phasen des therapeutischen Prozesses Probleme aufgetreten sind, die die Klärung und Übernahme der Rollen in der Therapie, den Aufbau einer angemessenen Arbeitsbeziehung und das Klären und Fördern von Änderungsmotivation und Zielen umfassen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006).

Die meiste Forschung zur *Änderungsmotivation* in der Psychotherapie existiert im Suchtbereich (s. z.B. Prochaska & Di Clemente, 1983, 2005; Miller & Rollnick, 2004). Zwar wurden in den letzten Jahren Modelle der Änderungsmotivation und des förderlichen Umgangs mit Motivation in der Therapie für andere Störungsbilder adaptiert (z.B. Arkowitz, Westra, Miller & Rollnick, 2008), die Forschungslage erscheint für den Bereich der Zwangsstörungen in dieser Hinsicht dennoch spärlich.

Studien, die die Stufe der Motivation bei Rauchern in der Allgemeinbevölkerung erhoben, zeigten, dass 40% sich keines Problems bewusst waren und weitere 40% einer Verhaltensänderung sehr ambivalent gegenüber standen. Nur 20% waren dazu entschlossen, ihr gewohntes Rauchverhalten zu ändern (Velicer, Fava, Prochaska, Abrams, Emmons & Pierce, 1995). Wenn sich diese Ergebnisse auch nicht ohne weiteres auf jedes andere automatisierte, dysfunktionale Verhalten (wie z.B. Zwangsrituale) übertragen lassen, können sie doch als ein Indiz angesehen werden, dass möglicherweise nur ein Bruchteil der Personen, die eine Psychotherapie beginnen, auch von der ersten Sitzung an zu einer Verhaltensänderung bereit sind.

Die Exposition mit Reaktionsmanagement stellt ein hoch wirksames Verfahren für KlientInnen mit Zwängen dar, die zur Verhaltensänderung bereit sind und entschlossen sind, diese anzugehen. Für KlientInnen mit ambivalenter oder niedriger Änderungsmotivation, die den angeführten Ergebnissen zu Folge wohl die Mehrzahl ausmachen, scheint das Angebot zur ERM zu früh zu kommen (Tolin & Maltby, 2008). Dem Aufbau und der Erhaltung einer *Änderungsmotivation förderlichen Therapeutischen Interaktion* in der Verhaltenstherapie von KlientInnen mit Zwängen soll daher in dieser Studie Aufmerksamkeit geschenkt werden.

1.1.2 Änderungsmotivation fördernde Therapeutische Interaktion - ein vernachlässigtes Thema¹

Einflussreiche Psychotherapieforscher wie Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2000) oder Grawe (1998) betonen seit langem die Bedeutsamkeit der Änderungsmotivation der KlientInnen *vor* der Anwendung von Techniken. Gleichzeitig erkennen sie aber auch die mangelnde Berücksichtigung konkreter Handlungsvorschläge in Lehrbüchern, Manualen und Forschung, Änderungsmotivation zu fördern (Kap. 3.1.2; s.a. die einführenden Zitate).

In den letzten Jahrzehnten wurden im Bereich der Verhaltenstherapie mehr und mehr Manuale entwickelt, die für spezifische Störungsbilder zugeschnittene Interventionen beschreiben. Die zunehmende Spezifizierung kann zum einen als Evidenz basiertes, differenzierteres Angebot passender Techniken für umschriebene Störungen angesehen werden. Aus der Tendenz, zunehmend Manual gestützt vorzugehen, lässt sich aber auch der Eindruck gewinnen, dass die Aufgabe von VerhaltenstherapeutInnen im reinen Anwenden von „Techniken“ besteht und Psychotherapie auf das Applizieren von Interventionen reduziert wird. Gerade die ersten Phasen der Therapie, die Themen des Aufbaus und der Erhaltung einer guten

¹ Detailliertere Besprechungen der Relevanz der Forschung zu Änderungsmotivation und Therapeutischen Beziehungsangeboten finden sich in den Kapiteln 3.1.2 bzw. 3.2.2.

Arbeitsbeziehung mit bestimmter Rollenverteilung und die Förderung von Änderungsmotivation werden vernachlässigt.

Die Aufgabe der PsychotherapeutIn kann aber auch im *Anstoßen und Begleiten von Prozessen* gesehen werden („Instigation therapy“; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006), so dass der KlientIn ihre eigenen Motive klarer erscheinen, sie zunehmend Verantwortung für die eigene Änderung übernimmt und Mut, Zuversicht und Kraft für erste Schritte Richtung Ziel entwickeln kann.

Wie bereits oben erwähnt liegen noch kaum empirische Untersuchungen vor, die konkrete Handlungsvorschläge für einen förderlichen Umgang mit Änderungsmotivation in der Verhaltenstherapie der Zwänge liefern. Ein seltenes Beispiel stellt eine Pilotstudie dar mit kleinem Stichprobenumfang, für die eine vier Sitzungen umfassende, aus dem Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2004) abgeleitete Intervention zur Förderung der Änderungsmotivation für KlientInnen mit Zwängen entwickelt wurde, die nach genauer Information eine Behandlung mit ERM abgelehnt hatten (Tolin & Maltby, 2008). Ziel war es, ihre Motivation zu erhöhen, damit auch sie von der Methode der ERM profitieren könnten. Obwohl signifikant mehr KlientInnen, die die vier Sitzungen absolvierten, daraufhin eine Verhaltenstherapie mit ERM (bei anderen TherapeutInnen) begannen als Personen der Kontrollbedingung, war die Abbruchrate mit 50% deutlich höher als typischerweise in Studien zu Zwängen beschrieben (Foa et al., 2005). Die Therapeutische Haltung und das Beziehungsangebot der TherapeutInnen in den „Motivationssitzungen“ und in der darauffolgenden Behandlung mit ERM schienen deutlich zu divergieren. Dies deutet daraufhin, dass Motivation über den gesamten Verlauf der Therapie fluktuieren kann und der therapeutische Umgang mit Motivation als *Daueraufgabe* der TherapeutIn betrachtet werden muss. „Given the fact that motivation is likely to fluctuate over the course of treatment, employing MI principles in an ongoing manner is likely to be more effective than using principles solely during pretreatment“ (Tolin & Maltby, 2008; S. 103).

Das Interesse in dieser Studie liegt so an Motivationsförderlichen Bedingungen, die die TherapeutIn während des gesamten Therapieverlaufs realisiert. Gerade das (mikroanalytisch zu untersuchende) Anstoßen, Begleiten und Fördern von Prozessen, das sich im *Interaktionsstil der TherapeutIn bzw. ihren „Beziehungsangeboten“* ausdrückt, steht dabei im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

1.1.3 Prozess-Outcome-Forschung: Hinweise auf konkretes Handeln

Psychotherapie stellt ein extrem komplexes Vorgehen dar, in dem die TherapeutIn kontinuierlich ihr Verhalten an individuelle Gegebenheiten der KlientIn anpassen und ständig neue Entscheidungen treffen muss. Unterschiedliche theoretische Modelle

tragen der Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses Rechnung, indem sie versuchen Kriterien anzugeben, unter welchen Bedingungen welche Intervention am sinnvollsten erscheint: Abhängig von individuellen Fallkonzeptionen (z.B. Reinecker, 2005; Caspar, 2007), Phasen des Therapieprozesses (z.B. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; Prochaska & DiClemente, 2005; Stiles, 2002), Dimensionen von Klientenverhalten (z.B. Beutler & Harwood, 2000) oder komplexen Theorien des Klientenverhaltens (z.B. Grawe, 1998; Young, Klosko & Weishaar, 2005) versuchen psychotherapeutische Theorien Hinweise zu geben, welches Therapeutenverhalten zu welchem Zeitpunkt in der Therapie indiziert erscheint. Die Komplexität des therapeutischen Prozesses schlägt sich auch in Supervisionen während der Ausbildung zur Psychologischen PsychotherapeutIn nieder, in denen eigene videographierte Therapiesitzungen minutiös nachbesprochen werden.

Weite Teile der Psychotherapieforschung konzentrierten sich in den letzten Jahrzehnten darauf, die Effektivität verschiedener Behandlungen für bestimmte psychische Störungsbilder zu vergleichen. Seit den 80ern gilt die randomisierte Gruppenstudie als „Goldstandard“ der Psychotherapieforschung: KlientInnen der gleichen DSM-Diagnose werden nach dem Zufallsprinzip zwei unterschiedlichen Interventionen zugeteilt, um eine Aussage machen zu können, welche Intervention bei welcher Störung am effektivsten ist (Pachankis & Goldfried, 2007; Reinecker, 2005, Buchkremer & Klingberg, 2001). Durch diese Art der Forschung konnte eine Vielzahl an empirisch validen Behandlungsansätzen bei spezifischen Störungen identifiziert werden (Chambless et al., 1996; Nathan & Gorman, 2007).

Die Erforschung der *Effekte* ganzer psychotherapeutischer Behandlungsprogramme durch randomisierte Gruppenstudien lässt aber auch viele für die Praxis relevante Fragen unbeantwortet (Salkovkis, 2002): Welche *Mechanismen* liegen psychotherapeutischen Interventionen zugrunde? Wie können die Aussagen von Studien, in denen manualisierte Therapieprogramme unter kontrollierten Bedingungen durchgeführt wurden, auf die *natürlichen Bedingungen* der klinischen Praxis übertragen werden (efficacy vs. effectiveness)? Wie können Interventionen an die Bedingungen der *individuellen KlientIn angepasst* werden? Weil sich gerade Verhaltensweisen auf Mikroebene, wie das Anbieten von Verständnis, Unterstützung oder das Übergeben von Verantwortung, nicht standardisiert untersuchen lassen, sondern u.a. an motivationale Eigenheiten der KlientIn adaptiert werden müssen, bleiben Fragen nach *konkretem therapeutischen Handeln in konkreten Situationen* offen.

Letztlich stellen diese Fragen Spezialfälle der von Kiesler formulierten Frage dar: *Welche Intervention von welchem Therapeuten ist für welchen Klienten mit welchem spezifischem Problem unter welchen Bedingungen am effektivsten?* (Kiesler, 1966; Paul, 1967; Schindler, 1996). Die Prozess-Outcome-Forschung versucht diesen Fragen nachzugehen, indem sie Beschreibungen auf hohem Auflösungsgrad von Prozessen in der Therapie zu den Ergebnissen in Bezug setzt. Durch den Vergleich mehrerer

einzelfallanalytisch untersuchter Therapien können so Hypothesen generiert werden, welche Verhaltensweisen unter ganz bestimmten Bedingungen am effektivsten sind (Pachankis & Goldfried, 2007, s. Kap. 2). In diesem Sinne möchte diese Studie einen Beitrag dazu leisten, Vorschläge für *konkretes therapeutisches Handeln* zu liefern.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Die Studie ist auf zwei übergeordnete Zielbereiche ausgerichtet, denen verschiedene Fragestellungen zugeordnet sind. Erstes Hauptziel besteht darin, Hypothesen zum Konstrukt der Therapie- bzw. Änderungsmotivation zu generieren und in einem Modell der Änderungsmotivation zu integrieren. Als zweites Hauptziel sollen Hypothesen entwickelt werden, wie Änderungsmotivation durch Beziehungsangebote der TherapeutIn beeinflusst wird und letztlich gefördert werden kann.

Arbeiten der Prozess-Outcome-Forschung werden meist entweder als beschreibend-explorativ oder als theoriebasiert charakterisiert (Llewelyn & Hardy, 2001; Schindler, 1996). Eine dichotome Unterscheidung zwischen explorativem und theoriegeleitetem Vorgehen erscheint aber wenig sinnvoll, wenn man bedenkt, „dass auch eine Studie mit Erkundungscharakter nicht völlig atheoretisch sein kann“ (Schindler, 1996, S. 272). Dahinter steht die philosophische Erkenntnis, dass es keine theriefreie Beobachtung geben kann (Kant, 1781; Popper, 1934). Es stellt sich vielmehr die Frage, in wie fern explizit auf Theorien Bezug genommen wird und wie offen und erweiterungsfähig theoretische Annahmen angelegt sind. Zudem scheint es nur durch den Bezug auf theoretische Konzepte möglich, aus der Vielzahl denkbarer Variablen einige bedeutsame auszuwählen und die Komplexität des Therapieprozesses zu reduzieren (Schindler, 1996, S. 289).

Diese Studie hat sowohl eine explorative als auch eine theoriegeleitete Ausrichtung. Im theoretischen Teil wird versucht, aus einer Zusammenschau verschiedener theoretischer Perspektiven Hypothesen zu Änderungsmotivation und Dimensionen Therapeutischer Beziehungsangebote aufzustellen. Diese sollen zunächst zur Entwicklung eines theoriebasierten methodischen Vorgehens genutzt werden. Anhand der empirischen Beobachtungen können Aussagen zu den Hypothesen gemacht werden, diese revidiert oder modifiziert bzw. beibehalten, (aber auch im explorativem Sinne) verfeinert und mit Details angereichert werden.

Weitere im Folgenden dargestellte Fragestellungen haben zum einen explorativen Charakter, da sie keine Hypothesen testen, sondern offene Fragen an das Thema herantragen. Zum anderen spiegelt sich in der Art der Frage immer schon ein bestimmtes theoretisches Verständnis wieder.

1.2.1 Hypothesengenerierung zur Änderungsmotivation

Ziel ist es, einen Beitrag zur Klärung des Konstrukts der Änderungsmotivation zu leisten. Dazu sollen zunächst Hypothesen aus bisherigen theoretischen Modellen und empirischen Befunden entwickelt werden und in einem „Arbeitsmodell der Änderungsmotivation“ integriert werden:

1. Welche Hypothesen lassen sich nach Sichtung verschiedener Perspektiven zum Konzept der „Therapie- bzw. Änderungsmotivation“ aus wichtigen psychotherapeutischen Ansätzen, der empirischen Befundlage und allgemeinspsychologischen Konzepten der Motivation in einem vorläufigen Arbeitsmodell der Änderungsmotivation aufstellen?

Anhand der Analyse von Therapieverläufen in acht Einzelfällen unterschiedlichen Therapieerfolgs sollen die Hypothesen dieses Modells revidiert oder modifiziert bzw. beibehalten, mit Details angereichert oder erweitert werden. Fragestellung 2 steht mit der Ausarbeitung des Arbeitsmodells der Änderungsmotivation somit im Mittelpunkt der Hypothesengenerierung dieses Zielbereichs:

2. Inwiefern können die Hypothesen dieses Arbeitsmodells durch die empirischen Beobachtungen in acht Einzelfällen beibehalten oder mit weiteren Details angereichert und erweitert werden bzw. müssen revidiert oder modifiziert werden?

Neben der Erweiterung der Hypothesen des Arbeitsmodells richtet sich das Vorgehen an weiteren expliziten Fragestellungen aus. Dabei ist von Interesse, ob erfolgreiche KlientInnen bereits eine hohe Änderungsmotivation in die Therapie „mitbringen“ oder sich diese erst im Verlauf der Therapie entwickelt.

3. Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher Entwicklung der Änderungsmotivation (Motivationssteigerung) von Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung (Stagnation, Absinken der Motivation) in der Ausgangsmotivation der KlientInnen zu Therapiebeginn?

Ein stärker explorativ ausgerichtetes Ziel besteht darin, den Prozess der Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf zu beschreiben, ggf. Verlaufsmuster zu identifizieren und zum Erfolg (Steigerung vs. Stagnation der Änderungsmotivation) in Bezug zu setzen.

4. Welche motivationalen Verlaufsmuster lassen sich in Fällen erfolgreicher Entwicklung der Änderungsmotivation (Motivationssteigerung) erkennen? Welche motivationalen Verlaufsmuster lassen sich in Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung (Stagnation, Absinken der Motivation) erkennen? Unterscheiden sich die Verlaufsmuster?

Letztlich soll auch auf die Ebene konkreter Verhaltensweisen und bestimmter Motive der KlientInnen eingegangen werden, die für die Entwicklung der Änderungsmotivation relevant sein könnten. Ein wiederum eher explorativ ausgerichtetes Ziel sieht vor, Unterschiede zwischen Fällen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung sowohl hinsichtlich der Qualität der gezeigten Verhaltensweisen und Motive als auch deren Auftretenshäufigkeit zu untersuchen.

5. Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher Entwicklung der Änderungsmotivation (Motivationssteigerung) von Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung (Stagnation, Absinken der Motivation) in Qualität und Quantität (Inhalt und Häufigkeit) des Verhaltens und der Motive der KlientInnen?

1.2.2 Hypothesengenerierung zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation

Neben der Analyse der Entwicklung der Änderungsmotivation der KlientInnen steht der Einfluss der TherapeutInnen auf die Änderungsmotivation im Mittelpunkt des Interesses. Wie bereits erwähnt wird dabei nicht die Effektivität umschriebener therapeutischer Techniken untersucht, sondern das gesamte Interaktionsverhalten der TherapeutInnen.

Auch in diesem Zielbereich sollen zunächst unterschiedliche theoretische Perspektiven zur Therapeutischen Beziehung und Interaktion beschrieben und verglichen und zu Ordnungsdimensionen für so genannte Therapeutische Beziehungsangebote (s. Kap. 3.2) integriert werden. Diese Herangehensweise soll den im methodisch-empirischen Teil explizit eingenommenen theoretischen Fokus transparent machen:

6. Welche theoretischen Dimensionen können zur Ordnung unterschiedlicher Therapeutischer Beziehungsangebote, die in verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen beschrieben werden, konstruiert werden?

Die aus den theoretischen Vorüberlegungen konstruierten Dimensionen werden in der Analyse der acht Einzelfälle wiederum genutzt, um die Therapeutischen

Beziehungsangebote in erfolgreichen und nicht erfolgreichen Fällen vergleichen zu können:

7. Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher Entwicklung der Änderungsmotivation (Motivationssteigerung) von Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung (Stagnation, Absinken der Motivation) in den Ausprägungen Therapeutischer Beziehungsangebote auf den beschriebenen Dimensionen?

Analog zur Klientenseite werden auch auf Seite der TherapeutInnen die Entwicklungen der Therapeutischen Beziehungsangebote im Therapieverlauf zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Fällen verglichen.

8. Welche Verlaufsmuster Therapeutischer Beziehungsangebote lassen sich in Fällen erfolgreicher Motivationsentwicklung erkennen? Welche Verlaufsmuster lassen sich in Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung erkennen? Unterscheiden sich die Verlaufsmuster?

Das mikroanalytische Vorgehen erlaubt Fragestellungen zu konkreten Verhaltensweisen zu untersuchen und diese in qualitativem wie quantitativem Auftreten zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Fällen zu vergleichen. Gerade auf Therapeutenseite spielt diese Frage eine besondere Rolle, da sie zu Hypothesen über Handlungsvorschläge für die konkrete Praxis führen kann.

9. Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher Motivationsentwicklung von Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung in Qualität und Quantität (Inhalt und Häufigkeit) des Verhaltens und der Pläne der TherapeutInnen? Welche konkreten therapeutischen Handlungsweisen sind günstig für eine Steigerung der Änderungsmotivation, welche ungünstig?

Letztlich soll versucht werden, Verhalten und Motive der KlientInnen zu den Therapeutischen Beziehungsangeboten im Bezug zu setzen, und wiederum in Fällen unterschiedlichen Erfolgs „Passungen“ zu vergleichen. Hier liegt das Ziel in einer Generierung von Hypothesen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Anpassung von Therapeutischen Beziehungsangeboten an den Interaktionsstil der KlientInnen.

10. Wie können Therapeutische Beziehungsangebote an den individuellen Interaktionsstil der KlientInnen angepasst werden?

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in neun Kapitel, die aufeinander aufbauen. Nachdem in diesem Kapitel in die Thematik eingeführt und Ziele und einzelne *Fragestellungen* der Studie vorgestellt wurden, widmet sich Kapitel 2 den *wissenschaftstheoretischen Grundlagen*. Die übergeordneten Strategien der Prozess- und Einzelfallforschung werden beschrieben und ihre Indikation und ihr Leistungsvermögen für die Psychotherapieforschung herausgearbeitet. Insbesondere die Art und Weise, wie Einzelfallforschung zur Entwicklung neuer Theorien beitragen kann, spielt für die Logik des weiteren Vorgehens eine große Rolle.

In Kapitel 3 wird auf die für die Studie relevanten *theoretischen Konstrukte* näher eingegangen: *Therapiemotivation und Therapeutische Beziehungsangebote*. Am Anfang der betreffenden Abschnitte stehen jeweils terminologische und theoretische Eingrenzungen und Begründungen der Forschungsrelevanz. Daraufhin werden unterschiedliche Konzepte und Modelle aus verschiedenen Theorien vorgestellt und empirische Befunde referiert, um daraus – unter Bezugnahme auf die Fragestellungen 1 und 6 – eigene Hypothesen entwickeln zu können. Die daraus resultierende Aufstellung eines Arbeitsmodells der Änderungsmotivation und Beschreibung von Dimensionen Therapeutischer Beziehungsangebote sollen zum einen die theoriegestützte Entwicklung der Methodik erleichtern. Zum anderen lassen sich die expliziten Hypothesen zur Änderungsmotivation mit den im empirischen Teil beschriebenen Beobachtungen vergleichen und somit modifizieren oder erweitern.

Kapitel 4 schildert das *methodische Vorgehen* in den einzelnen aufeinander aufbauenden Schritten. Zu Beginn werden Anforderungen an ein für den Forschungsgegenstand adäquates Erhebungsinstrument aus theoretischer, methodologischer und praktischer Perspektive herangetragen. Nach der Darstellung des Aufbaus und der Planung der Studie, der Beschreibung der Stichprobe, der Operationalisierung der Konstrukte und der Erklärung, wie das Material aufbereitet wurde, wird auf die im Zentrum stehende Entwicklung der Kategorisierungsmethodik eingegangen: Dabei werden methodische Schritte der Plananalyse um Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse erweitert. Zur weiteren qualitativen Auswertung der Klienten- wie Therapeutenkategorien wurde jeweils ein Verfahren entwickelt, denen eigene Abschnitte gewidmet sind. Die Erklärung der quantitativen Auswertungsstrategie beschließt das Kapitel.

Der Kern der Arbeit besteht in Kapitel 5: Der Besprechung der erzielten Interraterreliabilitäten folgen acht gleichartig aufgebaute Kapitel, die für jeden untersuchten Einzelfall die *Ergebnisse* aus den eingesetzten Erhebungsinstrumenten zusammentragen: Nach kurzen Beschreibungen von KlientIn und TherapeutIn werden

Outcome- und Prozessdaten geliefert, die Aussagen zum Erfolg der Therapie erlauben. Sämtliche mittels der verschiedenen Erhebungsinstrumente gewonnenen Prozessdaten werden in getrennten Abschnitten für KlientIn und TherapeutIn beschrieben und graphisch aufbereitet. Zur besseren Übersicht erfolgt bereits direkt nach der Vorstellung der Resultate deren *Diskussion auf der Ebene des einzelnen Falles*.

Um Antworten auf die eingangs aufgestellten Fragen liefern zu können, widmet sich Kapitel 6 einer *vergleichenden Diskussion* der Ergebnisse: Ein erster Teil befasst sich mit Ausführungen zur Änderungsmotivation, ein zweiter mit dem Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation. Der Aufbau orientiert sich an den einzelnen Fragestellungen und Hypothesen, zu denen mit Hilfe vergleichender Analysen Aussagen getroffen werden. Die aufgestellten Hypothesen zur Änderungsmotivation werden modifiziert und mit Details angereichert. Hypothesen zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote werden aus den beschriebenen Daten generiert.

Das 7. Kapitel setzt sich *kritisch mit dem methodischen Vorgehen* auseinander, reflektiert Vor- und Nachteile und versucht Verbesserungsvorschläge zu formulieren.

Kapitel 8 befasst sich mit *Empfehlungen für die weitere Forschung*: Begonnene, aber nicht weiter geführte Forschungsstränge werden vorgestellt wie weitere Möglichkeiten, sich dem Forschungsgegenstand anzunähern.

Das 9. und letzte Kapitel fasst die Studie in einer wenige Zeilen umfassenden *Übersicht* zusammen.

2. Wissenschaftstheoretische Grundlagen

*It was six men of Indostan to learning much inclined
Who went to see the Elephant (though all of them were blind)
That each by observation might satisfy his mind.*

*The First approached the Elephant, and happening to fall
Against his broad and sturdy side, at once began to bawl:
'God bless me! But the Elephant is very like a wall!'*

*The Second, feeling of the tusk cried, 'Ho! What have we here,
So very round and smooth and sharp? To me 'tis mighty clear
This wonder of an Elephant is very like a spear.'*
(...)

*And so these men of Indostans disputed loud and long,
Each in his own opinion exceeding stiff and strong,
Though each was partly in the right, and all were in the wrong!*
(John Godfrey Saxe, *The Blind Men and the Elephant*, 1816-1887)

Welcher „wissenschaftliche Wert“ kommt dieser Studie zu?

Was sind die Chancen und Grenzen der Forschungsstrategien, die hier Anwendung finden?

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Prozess- und Einzelfallforschung. Die Rechtfertigung dieses Forschungsansatzes steht aus zwei Gründen am Anfang:

Zum einen führt die Untersuchung von individuellen Prozessen in der sozialwissenschaftlichen Forschung immer noch ein „Mauerblümchendasein“ (Lamnek, 2005). Allein schon aufgrund der Randständigkeit des Forschungsansatzes entgegen dem Mainstream der randomisierten Gruppenstudien innerhalb der Psychotherapieforschung scheint eine explizite Argumentation für seine Anwendung notwendig.

Zum anderen sollen dem Leser die Chancen und Grenzen des im Folgenden beschriebenen Vorgehens aufgezeigt werden und so die Grundlage für das Verständnis der weiteren theoretischen, methodischen und empirischen Ausführungen geschaffen werden. Hauptziel dieses Kapitels ist somit zu klären, was die vorliegende Studie zu leisten vermag und was nicht.

2.1 Was ist Prozessforschung, was ist Einzelfallforschung? - Begriffsklärungen

2.1.1 Was ist Prozessforschung?

Psychotherapieforschung ist ein Unternehmen, das darauf abzielen sollte, die Wirkmechanismen der Psychotherapie besser verstehen und die Anwendung der Psychotherapie erfolgreicher gestalten zu können, um letztlich Praktikern konkrete Handlungsvorschläge zu liefern (Schindler, 1996).

In einer viel zitierten Übersicht über den Stand der Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre versucht Grawe die unterschiedlichen Forschungsbemühen dieses Bereichs klinisch-psychologischer Forschung anhand der dazugehörigen übergeordneten Fragestellungen zu differenzieren:

- 1) Wirkt Psychotherapie überhaupt (generelle Wirksamkeit)?
- 2) Welches Verfahren wirkt besser (vergleichende Wirkung)?
- 3) Bei welchem Klienten unter welchen Umständen etc. wirkt welches Verfahren besser (differentielle Indikation)?
- 4) Wie wirkt Psychotherapie (Wirkungsweise von Psychotherapie)? (Grawe, 1992).

Die bisherige Psychotherapieforschung hat sich zu großen Teilen den ersten zwei dieser Fragen gewidmet und zahlreiche Belege für die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie erbracht, wie auch eine große Anzahl an Studien und Metaanalysen, die die Überlegenheit bestimmter psychotherapeutischer Ansätze gegenüber anderen unterstreichen bzw. diese gerade verneinen (Grawe et al., 1994; Luborsky et al., 1975; Smith et al., 1980). Die Untersuchung genereller oder vergleichender Wirksamkeit von Psychotherapie wird als Outcomeforschung bezeichnet. Wie einige Autoren bemerken, hat die weitgehende Einschränkung auf Outcomeforschung und die Frage, *ob* ein Verfahren (besser) wirkt, dazu geführt, „dass Psychotherapie eine Wissenschaft ist, die sich praktisch noch kaum mit ihrem eigentlichen Forschungsgegenstand befasst hat“ (Schindler, 1996, S.269; vgl. Grawe, 1988). Als eigentlicher Forschungsgegenstand wird dabei der psychotherapeutische Prozess angesehen, das „Wie“ der Veränderung.²

Den Fragen, *wie* Psychotherapie wirkt, bzw. bei welchen Klienten unter welchen konkreten Umständen etc., versucht die so genannte Prozessforschung nachzugehen (Grawe, 1988; Pachankis & Goldfried, 2007). Im Mittelpunkt steht dabei die Untersuchung der Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn mit dem Ziel, Veränderungsprozesse zu identifizieren (Greenberg & Pinsoff, 1986, in Llewelyn & Hardy, 2001). Frühe Prozessforschung interessierte sich für spezifische therapeutische Ereignisse, die auf Tonband aufgezeichnet wurden, und setzte sie mit dem jeweiligen Ergebnis der Sitzung in Relation (Rogers, 1954; Kiesler, 1971; Rice & Kerr, 1986). In der Mitte der 80er Jahre wurden längere Veränderungsprozesse und deren Effekte auf das

² Der Frage, *warum* Prozess- und Einzelfallforschung bisher in der Psychotherapieforschung vernachlässigt wurden, widmet sich das Kapitel 2.3.

gesamte Therapieergebnis untersucht (Greenberg & Pinsof, 1986). Um bei der reinen Beschreibung von Prozessen nicht stehen zu bleiben, wird immer auf eine Kombination aus Prozess- und Outcome-Maßen gesetzt, also eigentlich *Prozesserfolgsforschung* betrieben. Durch den Vergleich mehrerer Therapien können so Hypothesen formuliert werden, welche Prozesse mit welchen Ergebnissen in Bezug stehen könnten. Ziel der Prozessforschung ist, Theorien zu den Wirkmechanismen der Veränderung aufstellen zu können und somit praktisch tätigen Psychotherapeuten konkrete Vorschläge für effektive Verhaltensweisen unter ganz bestimmten Bedingungen an die Hand zu geben (Pachankis & Goldfried, 2007).

Psychotherapieprozessforschung widmet sich in der Regel relativ komplexen Fragestellungen auf hohem Auflösungsgrad, die Spezialfälle der Kieslerschen Frage darstellen: Welche Intervention von welchem Therapeuten ist für welchen Klienten mit welchem spezifischem Problem unter welchen Bedingungen am effektivsten? (Kiesler, 1966; Paul, 1967). Eine Annäherung an ihre Beantwortung hat somit unmittelbare Handlungsrelevanz (Schindler, 1996).

Kieslers Frage unterstreicht die Individualität psychotherapeutischer Prozesse (bzw. jeder zwischenmenschlichen Interaktion) und die Forderung nach Anpassung psychotherapeutischen Handelns in jedem Einzelfall. Die Erforschung dieser individuellen Prozesse erfolgt notwendigerweise an konkreten einzelnen Fällen: Prozessforschung ist somit Einzelfallforschung.³

2.1.2 Was ist Einzelfallforschung?

Studien der Einzelfallforschung zeichnen sich dadurch aus, dass sie ein einzelnes Element und dessen spezifische Charakteristika in den Fokus der Analyse setzen, im Gegensatz zu Gruppenstudien, die sich für zusammengefasste Eigenschaften mehrerer Individuen interessieren (Reinecker, 1999). Der Forschungsgegenstand einer Einzelfallstudie ist somit eine einzelne Untersuchungseinheit, z.B. eine Person, (homogene) Gruppe oder Kultur, ein Setting oder eine komplexe Sozialstruktur (Reinecker, 1999; Petermann, 1996). Die Fragestellung bezieht sich dabei auf die Untersuchungseinheit als Ganzes, also z.B. auf das Verhalten der Gruppe als nicht mehr teilbare Einheit. Die Einzelfallstudie stellt keine spezifische isolierte Technik der empirischen Sozialforschung dar, sondern einen „Approach“, einen Forschungsansatz, der auf das gesamte Spektrum sozialwissenschaftlicher Erhebungsmethoden zurückgreift (Witzel, 1982, nach Lamnek, 2005). Die Anwendung der Erhebungsmethoden geschieht dabei vor dem Hintergrund eines theoretischen Paradigmas und einer speziellen Methodologie. In der deskriptiven Einzelfallanalyse

³ In Kapitel 4.1.3 werden konkrete methodologische Strategien der Prozessforschung näher vorgestellt. An dieser Stelle sollen zunächst die wissenschaftstheoretischen Grundlagen erörtert werden.

wird die natürlicherweise auftretende Stabilität oder Variabilität der Untersuchungseinheit analysiert, während die explikative Einzelfallstudie die durch Interventionen induzierte Veränderbarkeit betrachtet.

Gruppenstudien untersuchen eine große Stichprobe zu wenigen Messzeitpunkten und werden oft als Laborexperiment geplant. Einzelfallanalysen ermöglichen im Gegensatz dazu feldnahe und geschehensnahe Forschung: Die einschränkenden Vorannahmen zur Beschaffenheit der Stichprobe können deutlich geringer ausfallen, zudem lassen sich mehr Messzeitpunkte erheben (Petermann, 1996, s.a. Kap. 4.3). Die Beeinträchtigung der externen Validität der Ergebnisse, die in Laborexperimenten durch die Künstlichkeit der Situation hervorgerufen werden können, können Einzelfallstudien umgehen, indem sie die Möglichkeit zu naturalistischer Forschung natürlicher Situationen bieten (Mayring, 2002, nach Lamnek, 2006).

Replikationsstudien erlauben Aussagen zur Generalisierung der Ergebnisse zu machen (Petermann, 1996, s. genauer: Kap. 2.5.1). Denn letztlich versucht die Einzelfallstudie nicht beim individualistischen Einzelfall stehen zu bleiben, sondern zu generellen Handlungsmustern zu gelangen, die wiederum aber nur in individuellen Handlungen realer Personen festzumachen sind (Lamnek, 2005).

Mit der Entwicklung der Einzelfallanalyse waren und sind nach Petermann (1996) verschiedene Hoffnungen verbunden: Die Hoffnung auf eine angemessenere Erfassung und Abbildung von Prozessen und Verläufen, die Hoffnung auf das Erkennen der Individualität, die Hoffnung auf eine Wende zur qualitativen Betrachtung und die Hoffnung auf eine kontrollierte Praxis.

Die vorliegende Studie kann als komparative Einzelfallanalyse angesehen werden: Die Untersuchungseinheiten stellen Interaktionen zwischen zwei Personen dar, KlientIn und TherapeutIn, die in acht Fällen beschrieben, verglichen und interpretiert werden. Dadurch werden wechselseitige Replikationen ermöglicht.

2.2 Wann Einzelfallstudien, wann Gruppenstudien? - Indikation und Leistungsvermögen für die Psychotherapieforschung

Stellt sich die(se) Frage nach der Indikation von Einzelfall- versus Gruppenstudien in der Psychotherapieforschung, werden von führenden Autoren häufig zunächst methodische und pragmatische Argumente ins Feld geführt (Huber, 1973). Huber sieht sogar Einzelfallstudien nur dann angebracht, wenn die Voraussetzungen für gruppenstatistisches Vorgehen nicht erfüllt sind: z.B. bei selten verteilten Ereignissen, wenn keine hinreichend homogene oder angemessen große Stichprobe vorliegt, bei aufwendigen Langzeitexperimenten oder wenn ein neues Verfahren aus ethischen Gründen erst bei einer einzelnen Person getestet werden sollte (um nur einige der angeführten Gründe zu nennen). Aus dieser Perspektive erscheinen Einzelfallstudien

nur als unvollkommener Ersatz für die eigentlich ihnen vorzuziehenden Gruppenstudien, die aufgrund bestimmter widriger Umstände nicht durchgeführt werden konnten.

Von einer *wissenschaftstheoretischen* Warte aus sind diese methodisch-pragmatischen Indikationsgründe untergeordnet und ihre Schlussfolgerungen nicht haltbar (Westmeyer, 1996, S.20-23). Eine differenzierte Analyse führt vielmehr zu einem völlig anderen Verhältnis zwischen Einzelfall- und Gruppenstudien. Die folgenden drei Abschnitte versuchen, drei verschiedene wissenschaftstheoretische Argumentationslinien zu skizzieren.

2.2.1 Unterschiedliche Erkenntnisziele

Westmeyer (1996) sieht als entscheidendes Indikationskriterium für Einzelfall- versus Gruppenstudien die Frage, auf welches Erkenntnisziel sich eine Untersuchung bezieht. Das inhaltliche Erkenntnisziel spielt für die Wahl der geeigneten Untersuchungsform die ausschlaggebende Rolle, nicht ihre Erkenntnismethode. Methoden und Ziele dürfen dabei nicht verwechselt werden.

„Forschungsbezogene Einzelfall- und Gruppenexperimente richten sich auf unterschiedliche Erkenntnisziele und konkurrieren überhaupt nicht miteinander. Sie können deshalb einander in der Regel auch nicht ersetzen. Und wenn sich das Substitutionsproblem einmal doch stellt, dann in einer anderen Form: Können bestimmte Erkenntnisziele, die eigentlich in Einzelfallexperimenten verfolgt werden müssten, in Annäherung auch durch Gruppenexperimente erreicht werden, wenn Einzelfallexperimente nicht durchführbar sind? Der Ersatz von Gruppenexperimenten durch Einzelfallexperimente ist demgegenüber nur von untergeordneter Bedeutung.“ (Westmeyer, 1996, S. 20).

Zur Klärung des Erkenntnisziels einer Studie muss die in der Fragestellung der Studie angeführte Hypothese näher betrachtet werden. Zwischen acht verschiedenen Arten von Hypothesen ist dabei nach Bunge (1967) bzw. Groeben und Westmeyer (1975) zu differenzieren:

Während bei (1) singulären Hypothesen Verhaltensweisen von Personen qualifiziert werden, werden bei (2) pseudosingulären oder idiographischen Hypothesen die Personen selbst qualifiziert. (3) Unbestimmte Existenzhypothesen liegen vor, wenn die Existenz bestimmter Sachverhalte oder Ereignisse behauptet wird und einige Variablen dabei unbestimmt bleiben. Bei (4) bestimmten Existenzhypothesen kommt es dagegen zu einer räumlichen und/ oder zeitlichen Eingrenzung. Werden Annahmen über alle Personen oder Objekte einer bestimmten Art aufgestellt, handelt es sich um (5) unbeschränkte universelle Hypothesen. Wird deren Geltungsbereich explizit auf Elemente einer abgeschlossenen Menge eingeschränkt, spricht man von (6) beschränkt

universellen Hypothesen, werden Ausnahmen in bestimmter oder unbestimmter Zahl (z.B. im Sinne von „meistens“) zugelassen, spricht man von (7) quasi-universellen Hypothesen. (8) Aggregat-Hypothesen sind Hypothesen, bei denen nicht einem einzelnen Element einer Klasse (z.B. einer Person), sondern der gesamten Klasse Eigenschaften zugeschrieben werden.

Bei allen Hypothesenarten, die Aussagen über einzelne Individuen beinhalten, sind Einzelfallanalysen Methode der Wahl, also bei den Hypothesenarten 1-7. Immer dann und nur dann, wenn Aussagen über Aggregate von Individuen gemacht werden, ist die Gruppenstudie die geeignete Methode.

Die Hypothesenarten 1 und 2 spielen v.a. in der kontrollierten Praxis eine Rolle. Fragestellungen von Einzelfallstudien in der Forschung beziehen sich auf die Hypothesenarten 3 bis 7, die wiederum mit Hilfe von singulären und pseudosingulären Hypothesen geprüft werden. In besonderen Fällen können Gruppenstudien auch als Aggregation von Einzelfallstudien interpretiert werden, und umgekehrt Replikationen von Einzelfallstudien gruppenstatistisch ausgewertet werden.

Weil Einzelfallanalysen und Gruppenstudien sich auf verschiedene Arten von Hypothesen und Zielen richten, können sie nicht direkt miteinander konkurrieren und sich auch nicht ersetzen.

„Die Ansicht, Einzelfallanalysen seien im Rahmen der Forschung nur da angemessen, wo sich Untersuchungen an Gruppen aus methodisch-pragmatischen Gründen verbieten, ist deshalb nicht haltbar. Einzelfallanalysen sind die Methode der Wahl bei der Prüfung [und Entwicklung, Anm. d. A.] aller Hypothesen, die direkt Aussagen über einzelne Individuen und nicht über Personenaggregate bzw. - bei individuumsbezogener Interpretation - fiktive statistische Durchschnittspersonen machen.“ (Westmeyer, 1996, S.22).

2.2.2 Unterschiedliche Art und Weise, zur Theoriebildung beizutragen

Stiles, der als Psychotherapieforscher seit Jahrzehnten mit der Einzelfallmethode vertraut ist (z.B. Stiles et al., 1991; Stiles et al., 1992; Stiles, 2002), versucht in einem Artikel zu wissenschaftstheoretischen Überlegungen (2005) den Wert von Einzelfallstudien über ihren Beitrag für wissenschaftliche Theorien zu bestimmen. Er sieht Theorien als Hauptprodukte der Wissenschaft an. Die Forschung beeinflusst über die Güte ihrer Theorien die Praxis (s.a. Salkovkis, 2002). Im Bereich der Psychotherapie stellen Theorien vielschichtige, konzeptuelle Instrumente dar, mit deren Hilfe die TherapeutIn die KlientIn verstehen kann und geeignete Interventionen durchführen kann. Die Qualität der Theorie kann auf diesem Weg stark die Qualität der Therapie beeinflussen (s.a. Kap. 2.4.1). Studien, in denen Hypothesen statistisch getestet werden,

sind genauso wie Einzelfallstudien Strategien empirischer Forschung, die versuchen, die Qualität von Theorien zu kontrollieren. In beiden Fällen werden Beobachtungen mit der Theorie verglichen.

Im Fall der Strategie des statistischen Hypothesentestens wird eine Behauptung von der Theorie abgeleitet und mit vielen Beobachtungen verglichen. Wenn die Beobachtungen zur Behauptung passen, steigt das Vertrauen in diese einzelne Behauptung substantiell an. Das wiederum liefert eine kleine Erhöhung des Vertrauens in die Theorie als Ganzes.

Die Einzelfallstrategie sieht vor, viele theoretisch basierte Behauptungen mit vielen Beobachtungen eines Falles zu vergleichen, indem versucht wird, die Beobachtungen mit Hilfe der theoretischen Konzepte zu beschreiben. Der Forscher stellt sich dabei die Frage, wie gut die jeweilige Theorie Details des Falls beschreiben kann. Aufgrund bestimmter Einschränkungen (z.B. geringe power, evtl. selektive Stichprobe etc.) ist der Anstieg des Vertrauens in eine einzelne Behauptung dabei gering. Da aber in einer Einzelfallstudie viele Behauptungen einer Theorie untersucht werden, kann mit Hilfe dieser Strategie der Anstieg des Vertrauens in die Theorie als Ganzes in vergleichbarem Ausmaße untersucht werden wie in der Strategie des statistischen Hypothesentestens.

2.2.3 Unterschiedliche Adäquatheit für die Psychotherapieforschung

Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, tragen Einzelfallstudien und gruppenstatistische Studien auf unterschiedlichem Wege zur Theoriebildung in der Psychotherapieforschung bei. Inwieweit der eine oder der andere Weg für den Forschungsgegenstand, also der Theorie des psychotherapeutischen Prozesses, eher als adäquat erscheint, soll im Folgenden behandelt werden.

Zur Durchführung statistischer Verfahren in Gruppenstudien ist eine ausreichend große Stichprobe („power“) notwendig. Das hat zur Folge, dass nur bestimmte, aggregierte Variablen untersucht werden können (s.a. 2.2.1), die z.B. in Fragebogendaten vorliegen. Für die Theoriebildung in der Psychotherapieforschung kann diese Strategie problematisch sein: Die untersuchten Merkmale bleiben notgedrungen artifiziell und Aussagen über sie können nur in sehr globalem Maße getroffen werden: Wenn die Effektivität einer Intervention (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwängen) im Vergleich zu einer anderen Behandlung (z.B. Schematherapie bei Zwängen) anhand eines Prä-Post-Vergleichs von Fragebogendaten der Gruppenteilnehmer im Kontrollgruppendesign untersucht wird, können nur sehr globale Hypothesen einer Theorie mit sehr artifiziellen Maßen getestet werden. Für eine Theorie, die für den konkreten praktischen Umgang mit KlientInnen Anwendung finden soll, reicht die Untersuchung einzelner, stark dekontextualisierter Hypothesen

nicht aus. Die Theorie muss vielmehr an eine Vielzahl individueller Merkmale (Personen, Settings, Umstände etc.) angepasst werden. Die PraktikerIn wird sich z.B. mit Fragen konfrontiert sehen, wie sie nun mit der KlientIn umgehen soll, die neben dem Zwang auch noch von anderen Problemen berichtet (Komorbidität), die nicht „motiviert“ zu Expositionen erscheint etc. Mangelndes Interesse praktizierender TherapeutInnen an der Forschung könnte auch dadurch begründet sein, dass Studien, die mit künstlichen Maßen globale Behauptungen außerhalb des Kontexts einer Theorie untersuchen, keine konkreten Vorschläge für die Praxis liefern können (Stiles, 2005).

„Clinicians know that an in-session process is so full of nuances and responsive adjustments that researchers’ labels or simple description of global variables (e.g. “interpersonal therapy”) do not adequately represent clinical reality.“ (Stiles, 2005, S.61).

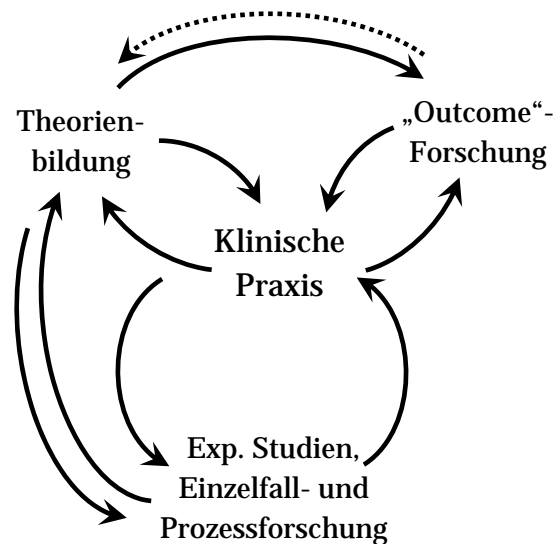


Abb. 2.1: Beziehungen zwischen Klinischer Praxis, Theoriebildung, Outcome- und Einzelfallforschung (Salkovkis, 2002, S.5; aus dem Englischen übersetzt).

Salkovkis (2002) stellt die Beziehungen zwischen Klinischer Praxis, Theoriebildung, Outcome-Forschung und Einzelfallforschung in einem grafischen Modell dar (s. Abb. 2.1). Demnach ist der Beitrag von Gruppenstudien für die Theoriebildung extrem gering (was durch den gestrichelten Pfeil angedeutet wird): „The effectiveness of a particular treatment tells us nothing about the mechanisms involved in a particular disorder. (..) The technology of single case experimental design (..) allows the creative application of a range of controls for threats to internal and external validity in ways

that simply cannot be encompassed within the current practice of EBM⁴. Such work is to be encouraged rather than criticized." (Salkovkis, 2002, S. 5-6).

Einzelfallstudien fokussieren nicht auf wenige Variablen oder Hypothesen. Ihre Ergebnisse sind „über die Theorie verteilt“ und nicht in einem Satz konzentriert. Typischerweise passen einige Beobachtungen zur bestehenden Theorie, andere fügen neue Details hinzu, modifizieren sie oder bereichern sie. Weil konkrete Beobachtungen angeführt werden, kann der Kontext der Beobachtung berücksichtigt werden und als neue Präzisierung Eingang in die Theorie finden. Realismus, Präzision und Berücksichtigung des Kontextes sind Merkmale der Ergebnisse von Einzelfallstudien, weswegen sie m.E. der Theorienbildung in der Psychotherapieforschung eher gerecht werden (s. Stiles, 2005).

2.3 Warum sind Einzelfallstudien nicht die Regel in der Psychotherapieforschung? - Wissenschaft im Einfluss von Sprache, Interessen und Politik

Welche Forschungsstrategie in der Psychotherapieforschung vorzuziehen ist, ob Einzelfall- oder Gruppenstudie, ist durchaus umstritten: Viele führende Vertreter des Fachs plädieren für eine intensive Erforschung des psychotherapeutischen Prozesses anhand systematisch durchgeführter Reihen von Einzelfallstudien (Grawe, 1988; Greenberg, 1986; Orlinsky et al., 2004; Pachankis & Goldfried, 2007). Der Mainstream der Forschung scheint trotz der oben aufgeführten wissenschaftstheoretischen Argumente die randomisierte Gruppenstudie zu bevorzugen: Sie gilt vielen Vertretern als „Goldstandard“ der Psychotherapieforschung (Buchkremer & Klingberg, 2001). Warum sind Einzelfallstudien nicht die Regel in der Psychotherapieforschung bzw. nehmen nicht, in Abhängigkeit vom Erkenntnisziel (s. Kap. 2.2.1), einen gleichberechtigten Status in der gegenwärtigen Forschung wahr? Die folgenden zwei Abschnitte versuchen wissenschaftsinhärente und wissenschaftspolitische Gründe näher zu erörtern.

2.3.1 Wissenschaftsinhärente Gründe

Westmeyer (1996) kritisiert die *Methodenbestimmtheit* und den Gebrauch einer *unpräzisen Wissenschaftssprache* in großen Teilen psychologischer Forschung.

Die Fokussierung auf die Anwendung bestimmter Erkenntnismethoden führte zu einer unkritischen Verselbständigung dieser Anwendung und ließ die Frage nach den

⁴ EBM steht für „Evidence Based Medicine“ und die damit verbundene randomisierte Gruppenstudie.

Erkenntniszielen dagegen in den Hintergrund treten. „Die Dominanz der Methode vor dem Gegenstand und die einhergehende Favorisierung und zum Teil Fetischisierung quantitativer Forschung in Daten und Befunden hat die Einzelfallstudie über Jahrzehnte hinweg zu einem Mauerblümchendasein degradiert.“ (Lamnek, 2005, S.298). Die Methoden bestimmen so zunehmend die Art der Forschung, nicht mehr die eigentlich interessierende Fragestellung bzw. die Erkenntnisziele.

Kommt eine unpräzise Wissenschaftssprache dazu, kann es zu Verwechslungen zwischen Hypothesenarten kommen: Häufig werden in Gruppenstudien vergleichende Aggregat-Hypothesen mit vergleichenden universellen Hypothesen fälschlicherweise gleich gesetzt. Aussagen über psychometrische Daten oder abstrakte Konzepte (wie z.B. Introversion) werden unzulässigerweise in Form universeller Hypothesen ausgedrückt und interpretiert. Eine Schlussfolgerung wie „Introvertierte sind leichter konditionierbar als Extravertierte“ kann nicht aus Gruppenstudien gezogen werden, da sie eine universelle Hypothese darstellt, die keine Gegenbeispiele zulässt. Gruppenstudien können dagegen nur zu Aggregat-Hypothesen führen wie: „Zwischen Introversion und Konditionierbarkeit besteht in der Bevölkerung ein positiver Zusammenhang.“ Wird im Rahmen randomisierter Gruppenstudien in der Psychotherapieforschung die Wirksamkeit einer Behandlung gegenüber einer anderen Behandlung getestet und varianzanalytisch ausgewertet, müssen die Aussagen als Aggregat-Hypothesen formuliert werden. Die häufige Verwechslung der Hypothesenarten führt v.a. dann zu Problemen, wenn versucht wird, Aggregathypothesen auf Einzelfälle anzuwenden.

Methodenbestimmtheit und Verwendung einer unpräzisen Wissenschaftssprache könnten als mögliche Gründe die Überschätzung des Leistungsvermögens von Gruppenstudien gerade in der Psychotherapieforschung und deren (in weiten Teilen) unreflektierte Vormachtsstellung als Goldstandard erklären.

Die geringe Akzeptanz von Einzelfallstudien und ihre relative Abwertung aus quantitativer Forschungsperspektive könnte auch auf einem falschen Verständnis einer methodologischen Polarität nomothetischer und idiographischer Forschung beruhen (Lamnek, 2005): Einzelfallstudien scheinen aus quantitativer Sicht lediglich zur Exploration und Illustration quantitativer Daten sinnvoll einsetzbar zu sein. Diese Dichotomie scheint aufgrund der unterschiedlichen Erkenntnisziele nicht angebracht (Reinecker, 1999; Westmeyer, 1996; s. Kap. 2.2.1).

Ein Grund für den inferioren Stellenwert der Einzelfallanalyse in Methodenlehrbüchern kann zudem in der Schwierigkeit gesehen werden, sie eindeutig in gängige Taxonomien einzuordnen: Sie gilt weder als konkrete Erhebungstechnik wie z.B. Interview oder Beobachtung, noch als eigenständiges methodologisches Paradigma; vielmehr kann sie als Approach bzw. Forschungsansatz bezeichnet werden (Lamnek, 2005).

2.3.2 Wissenschaftspolitische Gründe

Neben der Explizierung von Prozessen innerhalb der Wissenschaft sollte der Blick auf übergeordnete soziologisch-politische Zusammenhänge, in denen Wissenschaft steht und durch die Wissenschaft beeinflusst wird, nicht vernachlässigt werden.

Der amerikanische Wissenschaftstheoretiker Thomas Kuhn stellte nach seinen historischen Analysen des Wissenschaftsprozesses die Theorie wissenschaftlicher Paradigmen und Revolutionen auf (Kuhn, 1967). Wissenschaft sei demnach v.a. ein soziales Unternehmen, und nicht, wie im Positivismus des Wiener Kreises noch angenommen, ein rein rationaler, streng selbstkritischer Prozess, der stetig sich der vollkommenen Wahrheit und Erkenntnis über die Natur der Dinge annähert (Walach, 2005). Das vom Großteil der zu einem Zeitpunkt tätigen Wissenschaftler geteilte Paradigma, die so genannte „Normalwissenschaft“, stellt den Denkraum zur Verfügung, innerhalb dessen Wissenschaft betrieben werden kann. Können neue Ergebnisse nicht innerhalb des bestehenden Paradigmas erklärt werden und wird die Zahl der Wissenschaftler, die mit diesem Paradigma unzufrieden sind, zunehmend größer, kann es zur Krise kommen. An diesem Punkt bekämpfen sich Vertreter der Normalwissenschaft mit den Anhängern eines rivalisierenden neuen Paradigmas - oft mit wenig rationalen Argumenten oder unlauteren Methoden. Erst ein Entwurf, der beide Paradigmen integrieren kann, kann zur neuen Stabilität führen (Walach, 2005; Chalmers, 2001).

Kuhns Beschreibung der Eingebundenheit des Wissenschaftsprozesses in soziale und politische Gegebenheiten, findet auch Entsprechung in der Historie der Psychotherapieforschung. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki (2004) gehen in ihrem viel zitierten Überblick über 50 Jahre Psychotherapieforschung auch auf geschichtliche Entwicklungen in den USA ein. Eine der größten Kontroversen der jüngeren amerikanischen Forschungsgeschichte folgte 1995 dem Bericht der „Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures“ der Division Klinische Psychologie der American Psychological Association (Chambless et al., 1996). Diese Forschergruppe wurde als Reaktion auf den massiv gestiegenen Einfluss der biologischen Psychiatrie im amerikanischen Gesundheitssystem gegründet, mit dem Ziel, sich gegenüber der Behandlung mit Psychopharmaka mit psychotherapeutischen Interventionen zu behaupten, aber auch manualisierte psychotherapeutische Verfahren für spezifische Störungsbilder gegen einander zu testen. Der Beginn dieses Unternehmens kann nur vor dem Hintergrund einer damaligen starken Intensivierung des Wettbewerbs um professionelle Zuständigkeitsbereiche und knappe ökonomische Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems der USA verstanden werden, der zwischen Psychiatrie, Klinischer Psychologie und benachbarten Disziplinen bestand: Die Psychiatrie stand dabei unter dem Druck der pharmazeutischen Industrie ihre Behandlungen auf pharmakologische Interventionen zu stützen und Patientenkontakte

zu minimieren. Die psychosozialen Berufsgruppen, die traditionellerweise ohne wirtschaftliche Lobby auskommen müssen, insbesondere die Klinische Psychologie, sahen sich nun gezwungen, die Effektivität ihrer Verfahren unter Beweis zu stellen. „Without a major industry deeply invested in their work, the professions of psychology, social work, and counseling have been forced to defend their contributions in the healthcare system by demonstrating their effectiveness in the provision of short-term treatment, both in themselves and often in comparison to pharmacological methods too.“ (Orlinsky et al., 2004, S.310).

Dieser politische und ökonomische Kontext beeinflusste die Art der Forschung der Task Force Division 12 massiv: Der Fokus auf der Rechtfertigung psychotherapeutischer Maßnahmen gegenüber der Behandlung mit Medikamenten transportierte die Forschungslogik des medizinischen Modells in die Psychotherapieforschung. Die Übertragung von Erfolgskriterien aus dem medizinischen in den psychotherapeutischen Bereich, die standardisierte Anwendung manualisierter Behandlungen für spezifische Störungen und die Begrenzung der Forschung auf kontrollierte Gruppenstudien waren die Folgen. Andere Forschungsstrategien, die individuelle Prozesse in den Fokus rückten, wurden dagegen vernachlässigt und wichtige Ergebnisse ignoriert. „(...) in restricting the scope of its survey to controlled clinical trials of manualized treatments for specifically diagnosed disorders, the Task Force preemptorily excluded the significant body of well-replicated results that has accumulated in 50 years of process-outcome research.“ (Orlinsky et al., 2004, S.310).

Die Schwierigkeiten, die diese Beschränkung der Psychotherapieforschung (v.a. für die Praxis) mit sich brachten, führten wiederum zur Gründung einer neuen Task Force der Division Psychotherapie der American Psychological Association (Norcross, 2002), die sich als Gegengewicht zur einseitigen Betonung von Listen empirisch unterstützter Behandlungen etablierte. Die Forschungsziele der Gruppe um Norcross bestehen zum einen darin, Elemente effektiver therapeutischer Beziehungen zu identifizieren, zum anderen Methoden zu bestimmen, Psychotherapie auf die individuelle KlientIn maßschneidern zu können. Die Erforschung individueller Prozesse in der Psychotherapie scheint seitdem in amerikanischen Publikationen wieder vermehrt berücksichtigt zu werden.

Auch im deutschsprachigen Raum können ähnliche Kontroversen gefunden werden (Reinecker & Fiedler, 1997; Strauss & Kächele, 1998). Das 1999 in Deutschland in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz, durch das approbierte PsychotherapeutInnen Therapien mit der Krankenkasse abrechnen können, kann als entscheidender Schritt für den Berufsstand angesehen werden. Neben der dringenden gesellschaftlichen Aufwertung von Psychotherapie und der günstigeren Stellung innerhalb des Gesundheitssystems scheinen in der Folge des Psychotherapeutengesetzes aber auch einige ungünstigere Nebenwirkungen für die Forschung aufgetreten zu sein. Die

Beschränkung des Zugangs zum Kassensystem auf bestimmte therapeutische „Schulen“ führte zu einem vermehrten Forschungsaufkommen, Behandlungsverfahren (meist in Form von Manualen) in Gruppenstudien gegeneinander zu testen. Die Frage, welche Therapieform der anderen überlegen ist, steht wieder im Mittelpunkt des Interesses. Der oben skizzierte Trend aus den USA, kontrollierte Gruppenstudien als Goldstandard der Forschung zu postulieren, wurde also auch hierzulande fortgeführt - mit allen damit verbundenen wissenschaftstheoretischen Problemen, die diese Beschränkung gerade für die Psychotherapieforschung mit sich bringt (s. Kap. 2.2). Die Frage, wie Psychotherapie wirkt, die Untersuchung der Mechanismen, letztlich die Kieslersche Frage, die die Komplexität und Individualität menschlicher Interaktionen betonte (Welche Intervention von welchem Therapeuten ist für welchen Klienten mit welchem spezifischem Problem unter welchen Bedingungen am effektivsten? Kiesler, 1966; Paul, 1967; Schindler, 1996, s.a. Kap. 2.1.1), rückte wieder in weite Ferne. Auch der viel zu frühe Tod des zu dieser Zeit vielleicht einflussreichsten deutschsprachigen Psychotherapieforschers Klaus Grawes 2005, dessen Forschungsbemühen in den letzten Jahren immer stärker die Prozesse psychotherapeutischer Interaktionen in den Mittelpunkt stellte, kann in diesem Zusammenhang als weiterer kontextueller Einflussfaktor auf die Einschränkung der Forschungslandschaft angesehen werden. Der derzeitige schwierige Stand der Prozess- und Einzelfallforschung in der deutschen Psychotherapieforschung sollte in diesem Sinne auch als soziales Phänomen in Anlehnung an Thomas Kuhn reflektiert und vor dem Hintergrund bestehender v.a. gesundheitspolitischer Verhältnisse verstanden werden.

Der Einfluss politischer, ökonomischer und sozialer Faktoren fordert Mut und Weitsicht von denen, die gegen den Mainstream schwimmen und eine Beschränkung der Forschung auf einen Goldstandard für den falschen Weg halten. Daher sei Orlinsky et al. das Schlusswort dieses Abschnitts gegeben: „Our argument, rather, is against the promulgation of any one method as the „gold standard“ in psychotherapy research and for the notion that a genuinely scientific understanding of psychotherapy demands the judicious and critical integration of results arrived at by varied methods.“ (Orlinsky et al., 2004; S.310-311).

2.4 Wozu tragen Einzelfallstudien in der Psychotherapieforschung bei? - Theorien bilden als wichtige Funktion

2.4.1 Wert und Relevanz von Theorien für die Praxis

Theorien können als Hauptprodukt von Wissenschaft angesehen werden (Stiles, 2005). Über Theorien beeinflusst die Forschung die Praxis (s.a. Abb. 2.1): Die klinisch tätige PsychotherapeutIn stützt sich auf Theorien zur Erklärung und Veränderung menschlichen Verhaltens. Theorien dienen ihr als reichhaltige konzeptuelle Instrumente, um KlientInnen verstehen und hilfreiche „Interventionen“ anbieten zu können. Die Qualität der Theorie kann so stark die Qualität der Therapie beeinflussen: Ungenaue, verworrene oder in sich widersprüchliche Theorien können zu unangemessenen, wirkungslosen oder sogar schädigenden Therapeutenverhalten führen (Stiles, 2007).

Auch Vorurteile, persönliche Erwartungen oder „Commonsense“ darüber, wie Menschen psychologische Probleme bewältigen können, stellen Theorien, allerdings implizite Theorien dar. Aufgrund der fehlenden Möglichkeit, sie zu reflektieren und mit Beobachtungen zu vergleichen, können implizite Theorien aber oft zu einfach, inkonsistent, unpräzise oder unrealistisch sein. Um Theorien wissenschaftlich untersuchen zu können, müssen sie explizit formuliert werden. Gute Theorien sollten in sich konsistent, präzise, allgemeingültig und realistisch sein (Levins, 1968, nach Stiles, 2005).

Der große Wert von Einzelfallstudien ist, die Logik des Theorienbildens in der Wissenschaft explizit zu machen. Dabei haben sie den Vorteil, die Komplexität und Subtilität des psychotherapeutischen Prozesses sowie den einzigartigen Kontext berücksichtigen zu können. Mit Hilfe von Einzelfallstudien können Theorien mit komplexen, nuancierten und kontextrelevanten Informationen angereichert werden (s. Kap. 2.5). Dadurch kann Forschung zu realistischeren Aussagen führen und für die praktizierende PsychotherapeutIn interessanter werden.

2.4.2 Entstehungs-, Begründungs- und Verwertungszusammenhang von Theorie und Technologie

Einzelfallstudien können an verschiedenen Punkten im wissenschaftlichen Prozess des Theorienbildens wichtige Funktionen einnehmen. Westmeyer (1996) differenziert in einem Klassifikationsschema für Einzelfallstudien zwischen Entstehungs-, Begründungs- und Verwertungszusammenhang von einerseits wissenschaftlichen Theorien und andererseits technologischen Regeln.

	Wissenschaftliche Theorien	Technologische Regeln
Entstehungszusammenhang	Exploratorische Funktion	
Begründungszusammenhang	Konfirmatorische Funktion	
Verwertungszusammenhang	Anwendungsfunktion	

Tab. 2.1: Klassifikationssystem für Einzelfallanalysen (nach Westmeyer, 1996, S.32; leicht modifiziert).

Im Entstehungszusammenhang wissenschaftlicher Theorien dienen Einzelfallanalysen dazu auf systematischem und gut begründetem Wege neue Hypothesen aufzustellen und zum Konstruieren wissenschaftlicher Theorien anzuregen. Gerade Einzelfallstudien können diese exploratorische Funktion gut erfüllen, da sie detaillierte Informationen liefern können. Im Begründungszusammenhang wissenschaftlicher Theorien besitzen Einzelfallanalysen konfirmatorischen Charakter: In Einzelfallexperimenten unter Laborbedingungen wird eine universelle Hypothese einer strengen Prüfung unterzogen. Im Verwertungszusammenhang wissenschaftlicher Theorien dienen Theorien als Hintergrundwissen zur Orientierung für in der Praxis angewandte technologische Regeln. Therapeutische Praxis, die sich auf wissenschaftliche Theorien stützt, kann in der Analyse von Einzelfällen näher untersucht werden.

Die vorliegende Studie lässt sich v.a. in den Entstehungszusammenhang wissenschaftlicher Theorien einordnen: Psychotherapeutische Sitzungen werden ausgehend von Bausteinen bereits bestehender wissenschaftlicher Theorien analysiert (s. Kap. 3). Durch den Vergleich mit einer Vielzahl von Beobachtungen kann die bestehende Theorie allerdings erweitert oder modifiziert werden, ggf. können neue Theorien entwickelt werden (vgl. die Diffusionsmetapher, Kap. 2.5.2).

Im Entstehungszusammenhang technologischer Regeln können Einzelfallstudien zum Aufstellen technologischer Regeln (z.B. hilfreicher Handlungsmuster in der therapeutischen Praxis) und entsprechender Effektivitätsbehauptungen anregen. In Serien von Replikationen kann der Anwendungsbereich diese Regeln geklärt und ihre Effektivität mit der konkurrierender Regeln verglichen und geprüft werden; diese Einzelfallstudien werden also im Begründungszusammenhang technologischer Regeln durchgeführt. Im Verwertungszusammenhang technologischer Regeln steht nicht mehr die Forschung im Vordergrund, sondern vielmehr die kontrollierte Praxis.

Neben den oben erwähnten Funktionen bei der Theorienbildung möchte diese Studie auch zur Exploration und Begründung technologischer Regeln dienen: Wiederkehrende Muster (Handlungen, Interaktionen) sollen erkannt und mit Erfolgskriterien in Beziehung gesetzt werden. Der Anwendungsbereich der Muster soll

sukzessive (z.B. auf bestimmte „Phasen“) eingeschränkt werden, so dass letztlich Wenn-Dann-Beziehungen angestrebt werden. Durch den systematischen Vergleich mehrerer Fälle können die aufgestellten technologischen Regeln Prüfungen unterzogen werden, repliziert, modifiziert oder wieder verworfen werden.

Einzelfallanalysen sind also im so genannten „context of discovery“ wichtige Verfahren, um systematisch und gut begründbar neue (meist quasi-universelle) Hypothesen und konkrete, den Kontext berücksichtigende technologische Regeln generieren zu können. Diesem Ziel wird auch in der vorliegenden Untersuchung nachgegangen. Die generierten Hypothesen und technologischen Regeln müssen in der Folge in weiteren Replikationsstudien überprüft werden („context of justification“).

2.5 Wie kann Einzelfallforschung zu neuen Theorien führen? - Forschungslogik von Einzelfallstudien

2.5.1 Deduktion und Replikation zur Entwicklung von Theorien

Wird in einer Einzelfallstudie die erfolgreiche Anwendung einer bestimmten Behandlung bei einer KlientIn beschrieben, lässt sich dieses Ergebnis nicht auf weitere Fälle verallgemeinern. Es bleibt nämlich unklar, welches die relevanten Faktoren (z.B. Merkmale der KlientIn, Merkmale der TherapeutIn, systemische Bedingungen etc.) waren, die den Erfolg zuließen, und welche dafür irrelevant waren. Eine induktive Generalisierung - vom Erfolg eines Falls auf die erfolgreiche Anwendung bei anderen Fällen zu schließen - erscheint also nicht vernünftig (Westmeyer, 1996).

Westmeyer beschreibt daher ein Vorgehen, das von einem deduktiven Bestätigungsmodell ausgeht. Zu Beginn des Forschungsvorhabens steht eine quasi-universelle Hypothese, wie z.B. „Bei KlientInnen mit der Diagnose Zwangsstörung verringern sich in der Regel nach einer Kognitiven Verhaltenstherapie ihre Zwänge“. Für eine Einzelfallstudie kann aus dieser Hypothese eine entsprechende singuläre Hypothese abgeleitet und geprüft werden. Durch erfolgreiche Prüfung der singulären Hypothese erfährt auch die quasi-universelle Hypothese relativ zum Hintergrundwissen Bestätigung. Direkte und systematische Replikationsstudien dienen zur weiteren Untersuchung singulärer Hypothesen und letztlich der quasi-universellen Hypothese. Die wiederholte Durchführung ähnlich angelegter Studien zielt darauf, Ergebnisse abzusichern (Petermann, 1982). In direkten Replikationsstudien müssen Variablen der situativen Bedingungen, des „Versuchsleiters“ (bzw. der TherapeutIn) und der „Versuchsperson“ (bzw. der KlientIn) in den entscheidenden interessierenden Merkmalen mit der ursprünglichen Studie übereinstimmen. Dabei gilt es, die Bedingungsvariablen genau zu dokumentieren, um weitere Wiederholungen zu ermöglichen (Petermann, 1996). In systematischen Replikationsstudien wird versucht, ähnliche Ergebnisse bei einer

Variation der Variablen der situativen Bedingungen, der TherapeutIn oder der KlientIn zu erzielen, um so zu einer Generalisierung zu gelangen. Dabei dürfen nur die Variablen variiert werden, über die nicht verallgemeinert werden soll (Hersen & Barlow, 1976, nach Petermann, 1996). Bei einem therapeutischen Misserfolg in einer Studie können die Geltungsbedingungen der Hypothese eingeschränkt und präzisiert werden. So lassen sich Anpassungen und Optimierungen des therapeutischen Vorgehens für verschiedene Fälle und verschiedene Randbedingungen beschreiben.

Konnte die quasi-universelle Hypothese nach direkten und systematischen Replikationen beibehalten werden, kann überlegt werden, ob die beschriebenen Handlungsregeln von anderen TherapeutInnen in anderen Fällen etc. genauso erfolgreich umgesetzt werden können. Um die Effektivität des Vorgehens zu testen, können nun kontrollierte Gruppenstudien eingesetzt werden. Einzelfallstudien und Replikationen dienen in dieser Vorgehensweise also dazu, eine in sich konsistente, relativ robuste Struktur an Hypothesen zu entwickeln, die der Prüfung durch weitere Studien zugänglich ist. Sie sind als eine Art Filter Gruppenexperimenten vorgeschaltet, die zur Theorieentwicklung viel zu unflexibel wären (Westmeyer, 1996).

In diesem Verständnis werden Hypothesen durch Einzelfallstudien nicht „bestätigt“. Durch die Ausschaltung plausibler Alternativhypothesen lassen sich aber immer mehr gute Begründungen im Sinne einer relativ rationalen Rechtfertigung psychotherapeutischen Handelns anführen (Reinecker, 1994; Westmeyer, 1979).

2.5.2 Permeabilität (als Wert von Theorien) und Diffusion

Stiles (2005) schlägt für diesen Vorgang des Theoriebildens mit Hilfe von aufeinander folgenden Einzelfallstudien die Metapher der *Diffusion* vor. Systematisch erhobene Beobachtungen werden mit der bestehenden Theorie verglichen und können die Theorie belegen oder entkräften bzw. (in einem weniger absoluten Verständnis des Theoriebildens) stärken oder schwächen. Eine Veränderung der Theorie kann dabei z.B. Erweiterung, Elaboration, Verfeinerung, Modifikation oder Relativierung umfassen. Wenn so neue Beobachtungen die Theorie „durchdringen“, werden bestimmte Aspekte der Theorie verändert, um zu den Beobachtungen zu passen, und Aspekte der Beobachtungen werden Teil der Theorie. Die Theorie muss eventuell auf eine andere Art und Weise erklärt werden oder neue sprachliche Konzepte benutzen, um die neuen Beobachtungen mit den bereits bestehenden integrieren zu können. Dadurch wird die Theorie allgemeingültiger, präziser und realistischer. Darwins Theorie des Ursprungs der Spezies durch natürliche Selektion beispielsweise konnte in diesem Sinne durch neue Beobachtungen kontinuierlich ausgebaut und verfeinert werden.

Die Diffusionsmetapher stellt eine Alternative zur Backsteinmetapher dar, in der der Forschungsprozess als eine kumulative Aneinanderreihung von Fakten begriffen wird. Wenn neue Beobachtungen die bestehende Theorie durchdringen, dabei alte Beobachtungen und Gedanken erhalten bleiben, wird die Theorie vielmehr sukzessive elaboriert.

Permeabilität kann dabei als zentraler Wert von Theorien angesehen werden. Eine lebendige Theorie muss permeabel sein und neue Beobachtungen zulassen, erklären und integrieren können, gleichzeitig frühere Beobachtungen weiter berücksichtigen. Permeabilität ist somit eine Generalisierung des Wertes der Falsifizierbarkeit von Theorien nach Popper (Popper, 1934): Im tatsächlichen Forschungsprozess werden Theorien nicht nach einer nicht passenden Beobachtung ein für alle mal verworfen, sondern vielmehr graduell verändert (s.a. Lakatos, 1974). Wissenschaftliche Theorien müssen expliziert werden, um permeabel zu werden: Implizite oder informelle Theorien bleiben undurchdringbar, wenn sie Inkonsistenzen zu Beobachtungen nicht ausgesetzt werden können, oder zu permeabel, wenn sie durch jede neue Beobachtung verändert werden und so einen Zuwachs an Verständnis nicht zulassen. Wissenschaftliche Theorien müssen einerseits permeabel für neue Beobachtungen sein, andererseits bestehendes Wissen weiterhin mit einbeziehen.

Auch für die Vorgehensweise in der vorliegenden Arbeit scheint die Diffusionsmetapher eine treffende Beschreibung zu liefern. Zunächst wird versucht, auf der Grundlage verschiedener etablierter Theorien und empirischer Forschungsergebnisse ein Arbeitsmodell der Änderungsmotivation und Therapeutischer Beziehungsangebote zu entwerfen (s. Kap. 3.1 und 3.2). Die Beobachtungen von acht Einzelfällen sollen diese „Theorie“ in aufeinander folgenden Schritten „durchdringen“ und somit bestimmte Elemente elaborieren und Details hinzufügen, andere Aspekte ggf. modifizieren oder relativieren (s. Kap. 5.2 bis 5.9). In Kapitel 6 wird versucht, die so von der Vielzahl der Beobachtungen durchdrungene Theorie zusammenfassend darzustellen.

2.5.3 Triangulation und Veränderung von Theorien

Um Theorien verändern zu können, müssen die Merkmale der neuen Beobachtungen, die sich von der Theorie unterscheiden, berücksichtigt werden. Während in der Logik des auf Replikation ausgerichteten statistischen Hypothesentestens unterscheidende Merkmale als Fehler oder irrelevante Aspekte betrachtet werden und keine weitere Berücksichtigung finden können, werden diese im Forschungsansatz der Einzelfallanalyse explizit als informativ angesehen (Rosenwald, 1988; Stiles, 2005). Zur Theorienbildung bedarf es vielmehr multipler unterschiedlicher Perspektiven, um dem Gegenstand gerecht werden zu können, wie Stiles durch einen Verweis auf eine

indische Parabel exemplifiziert (welche in Auszügen dieses Kapitel eingeleitet hat): Sechs Blinde, die einen Elefanten untersuchen, kommen jeweils zu gänzlich anderen Ansichten über den Elefanten: Der Mann, der seine Seite berührte, war davon überzeugt, dass ein Elefant einer Wand gleich ist; der, der seinen Stoßzahn anfühlte, glaubte, ein Elefant sei einem Speer ähnlich; der, der den Rüssel anfasste, war davon überzeugt, es mit einer Schlange zu tun zu haben; der Mann, der das Bein berührte, erkannte einen Baum, der, der das Ohr befühlte, einen Fächer und der, der den Schwanz betastete, ein Seil⁵. In diesem Sinne ist es wahrscheinlich, dass eine Forschungslogik, die ihre Aufmerksamkeit auf bestimmte Merkmale der Psychotherapie einschränkt, nicht zu einer Ausdifferenzierung von Theorien führt.

Die Logik der Einzelfallstudie nützt vielmehr Triangulation: Ein Phänomen wird von zwei verschiedenen Punkten aus betrachtet. Die bestehende Theorie wie die Beschreibung des Einzelfalls führen zu unterschiedlichen Perspektiven auf das interessierende Phänomen und können so das Verständnis des Gegenstands erweitern. Die Aufgabe des Forschers besteht darin, jedem besonderen Fall zu erlauben, die Theorie zu durchdringen, neue Perspektiven mit bestehenden zu vereinbaren und zu integrieren und somit die Allgemeingültigkeit der Theorie zu erhöhen (Stiles, 2005). Der Beobachtung kommt in der wissenschaftlichen Forschung dabei die Autorität zu: Theorien, die nicht zur Beobachtung passen, müssen verändert werden!

In einem ersten Schritt kann die bestehende Theorie genutzt werden, um den beobachteten Einzelfall zu verstehen und zu zeigen, auf welche Weise die theoretischen Überlegungen zu den neuen Beobachtungen passen. Der zweite Schritt besteht darin, die Beobachtungen zurück auf die Theorie anzuwenden, um diese zu verbessern, und abweichende Beschreibungen zu integrieren. Frühere Beobachtungen müssen dabei weiterhin erklärt werden können und die Theorie muss in sich konsistent bleiben.

⁵ John Godfrey Saxe (1816-1887): The Blind Men and the Elephant

2.6 Fazit

Diese Studie interessiert sich dafür, wie sich Änderungsmotivation von KlientInnen im Therapieverlauf entwickelt und wie diese in der therapeutischen Interaktion beeinflusst werden kann (s. Kap. 1.2). Fragestellung und Erkenntnisziel beziehen sich auf Prozesse einzelner Individuen. Die Theoriebildung steht im Mittelpunkt des Interesses. Forschungsstrategien der Prozess- und Einzelfallforschung sind Methoden der Wahl.

Ausgehend von bestehenden theoretischen Annahmen zur Therapiemotivation und Therapeutischen Interaktion sollen anhand einer Reihe von vergleichenden, sich wechselseitig replizierenden Einzelfallanalysen wissenschaftliche Hypothesen und technologische Regeln zur Umsetzung entwickelt werden. Konkrete Handlungsvorschläge für die praktisch tätige PsychotherapeutIn werden angestrebt.

Die folgenden Kapitel 3.1 und 3.2 versuchen ein Modell der Therapiemotivation und Therapeutischen Interaktion durch eine Integration etablierter Theorien zu entwickeln. In Kapitel 4 wird die konkrete methodische Umsetzung für eine systematische Analyse der Einzelfälle geschildert. Die theoretischen Annahmen dienen zunächst als Raster, um die interessierenden Merkmale der Einzelfälle adäquat beschreiben zu können. Im nächsten Schritt „durchdringen“ die Beobachtungen jedes Einzelfalls die Theorie und verändern und erweitern sie sukzessive. Dieser Prozess der „Diffusion“ wird in den Kapiteln 5.2 bis 5.9 für jeden Einzelfall transparent gemacht. Dem Resultat dieses Prozesses widmet sich Kapitel 6, das eine Diskussion und Integration aller Ergebnisse versucht.

3. Theoretische Konzepte

3.1 Therapiemotivation

*„Widerstand ist etwas, das nur im Rahmen einer Beziehung oder eines Systems auftritt. (..) Es bedarf mindestens zweier Personen, um nicht zu kooperieren und Widerstand zu erzeugen“
(Miller & Rollnick, Motivierende Gesprächsführung, 2004, S.69).*

Warum kommen Menschen zu einer Psychotherapie?

Die Frage erscheint zunächst trivial: Sie suchen Hilfe, da sie mit bestimmten psychischen, oft emotionalen oder auch psychosomatischen Beschwerden nicht mehr zu Recht kommen. So eindeutig ist die Motivlage aber nicht immer. Manche Menschen werden von einem Arzt zur Psychotherapie überwiesen – ohne eine Vorstellung, dass Psychotherapie oft mit großen Anstrengungen und Mut zur Veränderung verbunden ist, sie kommen vielleicht nicht aus eigenem Antrieb und vielleicht auch nicht, um selbst etwas zu verändern. Andere kommen auf Drängen des Partners, der mehr unter der Situation leidet als die „KlientIn“. Manche gehen auch aus eigenen Stücken zur TherapeutIn, um den Partner oder Angehörige zu besänftigen und sich damit rechtfertigen zu können, „ja alles in der eigenen Macht stehende zu tun“. Andere werden gar vom Richter dazu verpflichtet, eine Psychotherapie zu beginnen. Eine Therapie zu versuchen und schließlich erfolglos abubrechen, kann auch das eigene Bild der Welt und des Selbst wieder bestätigen: „Ich bin einfach ein zu schwerer Fall“. Die Motive, weshalb Menschen eine Psychotherapie beginnen, scheinen vielfältig und heterogen und mit der Aufzählung dieser wenigen Beispiele kaum ausgeschöpft.

Warum wollen Menschen sich in einer Psychotherapie verändern?

Auch diese Frage scheint auf den ersten Blick banal: Sie leiden unter ihren Beschwerden und erhoffen sich ein neues, besseres Leben. Auf den zweiten Blick wirkt eine Veränderung aber relativ abwegig. Die Person nimmt sehr unangenehme kurzfristige Konsequenzen auf sich für langfristig positive Konsequenzen. Sie muss sich zum Beispiel immer wieder ihren Ängsten stellen, um letztlich ein Leben ohne pathologische Angst führen zu können. Entgegen aktueller Bedürfnisse und Verstärkungsbedingungen soll die Person „Selbstkontrolle“ zeigen, ein Phänomen, das im Lichte klassischer Lerntheorien geradezu paradox wirkt (Reinecker, 1999), und so auch als „heldenhaftes Verhalten“ (oder „Widerstehen einer Versuchung“) durchaus treffend Eingang in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Literatur gefunden hat.

Warum Menschen in die Therapie kommen und v.a. warum sie sich wirklich in der Therapie verändern wollen, sind Fragen, die aufgrund des angesprochenen Paradoxons sehr interessant erscheinen. Sie beziehen sich auf das Konstrukt der *Therapiemotivation*. Noch interessanter erscheint dabei die Frage, welchen Beitrag die TherapeutIn leisten *kann* und welchen Beitrag sie leisten *sollte*, um die Therapiemotivation der KlientIn angemessen zu unterstützen.

In einer umfassenden Analyse kommen Drieschner, Lammers & van der Staak (2004) zu dem Schluss, dass es vielen Studien zur Therapiemotivation an einer genauen Definition und Operationalisierung mangelt, was die Interpretation und Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert bis unmöglich macht. Das Ziel dieses Kapitels ist es, ein Arbeitsmodell von „Therapie- bzw. Änderungsmotivation“ zu entwickeln. Obwohl empirische Befunde dazu eine große Rolle spielen werden, wird nicht davon ausgegangen, die „richtige“ Vorstellung von Therapiemotivation zu „finden“. Vielmehr wird versucht, ein Modell zu entwerfen, das empirisch begründet sowie theoretisch plausibel und konsistent erscheint, aber v.a. hilfreiche Perspektiven für den praktischen Umgang mit „Therapiemotivation“ bietet. Bei der Auswahl theoretischer Perspektiven spielen neben empirischen Ergebnissen also auch subjektive Vorstellungen des Autors eine Rolle, die begründet werden müssen und letztlich in ein Modell münden, das einer empirischen Analyse im zweiten Teil dieser Arbeit unterzogen wird.

In Abschnitt 3.1.1 wird zunächst auf die bestehende terminologische und theoretische Unklarheit und die Notwendigkeit einer Klärung eingegangen. Bisherige Versuche, Therapiemotivation zu definieren und differenzieren, werden vorgestellt.

Die Relevanz therapiemotivationsorientierter Forschung wird in Abschnitt 3.1.2 diskutiert. Zur Besprechung der empirisch fundierten Relevanz werden bisherige Forschungsbemühungen angeführt, die versucht haben, Therapiemotivation und Therapieoutcome in Verbindung zu setzen. Daraufhin wird dem Stellenwert der Variable „Therapiemotivation“ in modernen psychotherapeutischen Theoriegebäuden Aufmerksamkeit geschenkt.

Der Weg, der eine Aufklärung des Konstrukts Therapiemotivation zum Ziel hat, führt zunächst über eine Besprechung des grundlegenden Konzepts der Motivation auf allgemeinspsychologische Pfade. In Abschnitt 3.1.3 werden theoretische Ideen vorgestellt, was man unter einem Motiv verstehen kann, welche Arten von Motiven man unterscheiden kann, wie man sich den Ablauf des motivationalen Prozesses vorstellen kann und von welchen Grundbedürfnissen man ausgehen kann. Verbindungen zu Beispielen aus der Psychotherapie sollen dabei zeigen, wie diese allgemeinspsychologischen Modellvorstellungen für das klinisch-psychologische Anwendungsfeld genutzt werden können.

Um einem eigenen Arbeitsmodell der Therapiemotivation näher zu kommen, werden in Abschnitt 3.1.4 Konzeptualisierungen von Therapiemotivation in verschiedenen Psychotherapeutischen Ansätzen vorgestellt. Perspektiven, die der Eigenschaftsansatz, die Psychoanalyse, die moderne Verhaltenstherapie, die Systemisch-lösungsfokussierte Therapie, das Transtheoretische Modell und das Motivational Interviewing auf „Therapiemotivation“ werfen, werden beschrieben, empirische Ergebnisse und theoretische Konsistenz diskutiert und die Konsequenzen für den praktischen Umgang mit der KlientIn aufgezeigt. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Sichtweisen werden analysiert und hilfreiche Perspektiven für ein Arbeitsmodell zusammengefasst. Die Analysen und Vorüberlegungen dienen dazu, in Abschnitt 3.1.5 ein schrittweise komplexer werdendes Modell zu entwickeln.

3.1.1 Was verstehen wir unter „Therapiemotivation“? – auf der Suche nach einer Konstruktklärung

3.1.1.1 Terminologische und theoretische Unklarheit

Was verstehen wir unter dem Begriff „Therapiemotivation“? Verschiedene Psychotherapieforscher, die sich mit dieser Frage beschäftigen, kritisieren die Heterogenität und Vieldeutigkeit der Begriffsverwendung und den Mangel an Klärungsversuchen.

Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2000) stellen fest, dass - trotz der hohen Relevanz der Therapiemotivation für die therapeutische Praxis - keinerlei terminologische Klarheit vorliegt (auch Kleinginna & Kleinginna, 1981) und anerkannte theoretische Konzeptionen zur Therapiemotivation bisher fehlen.

Veith (1997) beschreibt Therapiemotivation als wichtige unspezifische Wirkvariable - in mehrerer Hinsicht. Als spezifische Wirkfaktoren werden in der vergleichenden Psychotherapieforschung „spezielle Techniken und Strategien, die von den jeweiligen therapeutischen Systemen explizit zur Behandlung von psychischen Störungen entwickelt wurden“ (Huf, 1992, S. 45), bezeichnet. Neben diesen scheinen TherapeutInnen aber auch andere Faktoren zu realisieren, die nicht in der jeweiligen Therapietheorie beschrieben werden (Reinecker, 1984), welche aber einen erheblichen Anteil des Therapieerfolgs erklären (Lambert & Ogles, 2004). Diese Faktoren, die allen Ansätzen gemeinsam zugrunde liegen, dort aber nicht explizit dargestellt werden, werden als common factors oder unspezifische Wirkfaktoren bezeichnet. Therapiemotivation, neben der Therapeutischen Beziehung eine der bedeutendsten unspezifischen Wirkvariablen, könnte die Effekte der spezifizierten Methoden „überlagern“ (Veith, 1997). Eine kontrollierte Berücksichtigung der Variable könnte somit wichtige Erkenntnisse für psychotherapeutische Theorie, Forschung und Praxis

liefern. Entscheidende Voraussetzung dafür ist aber eine Spezifizierung dieses „unspezifischen“ Wirkfaktors!

Unspezifisch scheint der Begriff aber gerade in dieser Hinsicht: In der Forschung herrscht kaum Einigkeit über Definition und Grenzen des Konstrukts. Es bleibt z.B. unklar, ob „Therapiemotivation“ auf den gesamten Bereich des Gesundheitssystems sich bezieht oder auf das Feld der Psychotherapie eingeschränkt ist. Daraus resultieren sogar extrem divergierende Meinungen, inwieweit intensive Forschung zur Therapiemotivation vorliegt (z.B. Becker & Rosenstock, 1984; Schneider, 1990; Meichenbaum & Turk, 1994) oder der Bereich sträflich vernachlässigt wird (z.B. Ramsay, 1975; Pütz, 1980; Schneider, 1990; siehe Veith, 1997). Die Schwierigkeiten bei der Konstruktklärung verdeutlichen die Komplexität, Vielschichtigkeit und Dynamik, die das Konstrukt „Therapiemotivation“ mit sich bringt (Veith, 1997).

Auch Drieschner, Lammers & van der Staak (2004) unterstreichen in einer ausführlichen Analyse des Konzepts die vorherrschende Unklarheit. Versuche, die einzelnen Komponenten von „Therapiemotivation“ zu benennen, führten zu unterschiedlichsten Ergebnissen (Rosenbaum & Horowitz, 1983; DeMoor & Croon, 1987; Keijsers et al., 1999). Aber auch zum grundlegenden Konzept der Motivation besteht eine verwirrende Unmenge an Definitionen (Kleinginna, & Kleinginna, 1981) und Theorien (Ford, 1992).

Es verwundert also kaum, dass aufgrund der Heterogenität der Konzeptualisierungen keine einheitlichen Schlussfolgerungen aus der Forschung für die therapeutische Praxis gezogen werden können (Reinecker, 2005).

3.1.1.2 Notwendigkeit terminologischer Klärung

Einigkeit herrscht vielmehr über die Bedeutsamkeit terminologischer und theoretischer Klärung des Konstrukts „Therapiemotivation“ (u.a. Rosenbaum & Horowitz, 1983).

„Our concepts limit what we can communicate and possibly even what we can think. Therefore, confusion surrounding the concept of treatment motivation is not merely an academic concern but has consequences for clinical practice, theory, and research“ (Drieschner et al., 2004, S. 1125).

Wie Drieschner et al. bemerken, werden durch die von uns verwendeten Konzepte die Grenzen unseres Denkens und Kommunizierens festgelegt, was Auswirkungen auf Theorie, Forschung und Praxis hat. Unklare Konzepte resultieren außerdem in unklaren Messinstrumenten des Konzepts, die zum einen die Interpretationslage erschweren, zum anderen aber die zugrunde liegenden unklaren Konzepte weiter konsolidieren (Ebd.).

Die allgemeine Frustration über die herrschende Ambiguität des Konzepts kontrastiert mit der Einigkeit über die Relevanz der Therapiemotivation für den Therapieerfolg (s.a. Punkt 3.1.2). Diese Arbeit versteht sich in diesem Sinne als Beitrag zu einer Aufklärung des Konstrukts „Therapiemotivation“.

3.1.1.3 Begriffliche Unterscheidungen

Viele Motivationstheoretiker sehen ein Motiv als eine Relation zwischen einem Bedürfnis und einem Ziel an (Dörner, 1999a, siehe dazu Punkt 3.1.3.1). Überträgt man die Definition auf den Begriff der Therapiemotivation, stellt sich die Frage, *auf welches Ziel* diese sich bezieht. Wie bereits in der Einführung geschildert, sind unterschiedlichste Ziele einer „Therapiemotivation“ vorstellbar. *„Because ‘treatment’ does not automatically designate a particular behaviour, it remains unclear to which behavior the motivation refers“* (Drieschner et al., 2004, S.1117).

Eine in der Literatur immer wiederkehrende und m.E. sinnvolle Unterscheidung besteht zwischen der „motivation to come“ (motivation to enter treatment, Teilnahmemotivation) und der „motivation to change“ (motivation to engage in treatment, Änderungsmotivation) (Kanfer et al., 2006, Veith, 1997, Drieschner et al., 2004). *Teilnahmemotivation* und *Änderungsmotivation* beziehen sich auf unterschiedliches Zielverhalten: Erstere beschreibt die Entscheidung zu und das konkrete Aufsuchen einer Therapie (Veith, 1997), während letztere das Ziel beinhaltet, bestimmtes Problemverhalten „loszuwerden“ und bestimmtes alternatives Verhalten durchzuführen. Auch kann das eine Motiv unabhängig von dem anderen vorhanden sein: KlientInnen können an der Therapie teilnehmen, ohne sich für die Änderung ihres Verhaltens zu engagieren. Ebenso ist es denkbar, dass sie ihr Verhalten selbstständig ändern, ohne Therapie in Anspruch zu nehmen (Schäfer, 2007).

Meichenbaum und Turks (1994) Definition von Therapiemotivation lässt sich im Sinne der genannten Änderungsmotivation lesen: *„Ein aktives, vom Patienten bewusst eingegangenes, auf Kooperation zielendes Engagement, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen oder präventiv etwas für seine Gesundheit zu tun“* (S.15).

Wie Drieschner et al. (2004) zudem bemerken, kann nur dann von Motivation die Rede sein, wenn das entsprechende Zielverhalten auch unter der volitionalen Kontrolle der Person steht.

Der aktiv geleistete Beitrag der KlientIn wird noch deutlicher, wenn man Therapiemotivation von *Compliance* abgrenzt: Unter „Compliance“ wird die Wahrscheinlichkeit, an einer vorsorgenden Maßnahme teilzunehmen, verstanden, was die passive Rolle der KlientIn betont, deren Aufgabe auf das Befolgen von Expertenratschlägen beschränkt ist. Compliance spielt daher eher im medizinischen

Kontext eine Rolle. Forschungsbemühungen dazu zielen kaum auf den Beitrag der TherapeutIn (z.B. Interaktionsverhalten oder Persönlichkeitsmerkmale) zum Aufbau von Compliance (Veith, 1997).

Veith unterscheidet von Teilnahme- und Änderungsmotivation zudem die „*Beziehungsmotivation*“. Damit bezeichnet er das Engagement der KlientIn, das in Abhängigkeit der Qualität der therapeutischen Beziehung sich positiv oder negativ verändern kann.

Während m.E. der Begriff der Teilnahmemotivation wenig Interpretationsspielraum zulässt, bedarf es einer genaueren Analyse der Änderungs- und Beziehungsmotivation:

Wenn Änderungsmotivation sich auf ein Zielverhalten bezieht, muss dieses sehr klar umrissen und konkretisiert werden. Je nach therapeutischer Ausrichtung der TherapeutIn können bestimmte Zielverhaltensweisen für den Therapieerfolg ausschlaggebend sein: Während eine PsychoanalytikerIn möglicherweise das Äußern von freier Assoziation für wichtiges Zielverhalten ansieht, mag eine VerhaltenstherapeutIn dieses an tatsächlich beobachtbarem Verhalten festmachen. Das Kriterium eines adäquaten Zielverhaltens variiert zudem in Abhängigkeit der Art des Problems bzw. der psychischen Störung. In dieser Studie, die Verhaltenstherapien von Zwangsstörungen untersucht, wird somit als Kriterium für Zielverhalten das glaubhafte Berichten der KlientInnen in den Sitzungen vom Unterlassen von Neutralisierungen, dem Aushalten der aufkommenden Angst und dem Durchführen von Alternativverhalten angesehen (s. Kap 4.2.1.3 und 4.7.1.3).

Die von Veith aufgestellte Differenzierung von Änderungs- und Beziehungsmotivation scheint m.E. nicht gerechtfertigt: Änderungsmotivation wird durch die Zielkomponente des Motivs (hier: Berichte veränderten Verhaltens) definiert, Beziehungsmotivation aber durch den determinierenden Faktor Therapeutische Beziehung. Eine Überschneidung beider Konzepte ist also möglich. Gerade aber diese Überschneidung scheint von größter Bedeutung! Welche Möglichkeiten der Einflussnahme durch die therapeutische Beziehung bestehen auf die Motivation der KlientIn, Zielverhalten zu zeigen? Die vorliegende Studie widmet sich dieser Frage und damit der „Schnittfläche“ zwischen Änderungs- und Beziehungsmotivation. *Wenn im Folgenden der Terminus „Therapie- oder Änderungsmotivation“ aus sprachlichen Gründen verwendet wird, ist genau diese Schnittfläche gemeint.*

Eine einfache Definition von „Änderungsmotivation“ scheint aber noch wenig Licht in das beklagte Dunkel des Konstrukts zu werfen und stellt hier nur eine erste terminologische Klärung dar. Kapitel 3.1.3, 3.1.4 und 3.1.5 widmen sich der Klärung der Komponenten der Änderungsmotivation, ihres Veränderungsprozesses und ihrer Beeinflussbarkeit, um ein umfassenderes Bild einer für die Praxis hilfreichen theoretischen Konzeption zu bekommen.

Vorab wird im nächsten Abschnitt auf die Frage eingegangen, warum Therapiemotivation einen relevanten Forschungsgegenstand darstellt.

3.1.2 Warum „Therapiemotivation“? – zur Relevanz therapiemotivationsorientierter Forschung

3.1.2.1 Empirisch begründete Relevanz der Therapiemotivation für den Therapieerfolg

Welche Bedeutung kann der Therapiemotivation für den Prozess und den Erfolg der Psychotherapie zugeschrieben werden? Wie Veith bemerkt, werden die meisten praktisch tätigen TherapeutInnen die Therapiemotivation als hoch bedeutsame Variable für den Verlauf und Erfolg der Therapie ansehen (Veith, 1997). Ein Überblick über empirische Ergebnisse zeigt, dass die Frage in dieser Allgemeinheit aber kaum zu beantworten ist. Vielmehr müssen Überlegungen angestellt werden, was genau unter Therapiemotivation verstanden wird und welche Erfolgskriterien dafür plausibel sind (s.o.). Die bereits dargestellte Problematik unterschiedlicher Kriterien und Operationalisierungen der Therapiemotivation schlägt sich somit auch in widersprüchlichen Ergebnissen nieder. M.E. ist die genaue Operationalisierung eines Zielkriteriums erfolgreich veränderter Therapiemotivation entscheidend (s. Kap 4.2.1.3 und 4.7.1). Studien zur Therapiemotivation legen so unterschiedliche Kriterien wie die (Nicht-)Einhaltung verschriebener Medikation, das Ausschlagen eines Therapieangebots oder den Therapieabbruch als Indikatoren für (mangelnde) Therapiemotivation an.

Metaanalysen über Studien, die den Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und Therapieerfolg untersuchen, kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen: Luborskys (1971) Metaanalyse von Psychotherapievergleichsstudien konnte noch einen Zusammenhang zwischen Ausgangsmotivation der KlientIn und Therapieerfolg konstatieren. Orlinsky, Grawe & Parks (1994) geben in ihrer process-outcome orientierten Metaanalyse, die strenge methodische Kriterien an die einbezogenen Studien stellt, einen Überblick über Ergebnisse von 28 Studien, die Therapiemotivation berücksichtigen. Während in 14 Fällen ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und Therapieerfolg gefunden werden konnte, finden 13 Studien keinen und eine Studie einen negativen Zusammenhang. Die Autoren sehen zudem die Übernahme der Klientenrolle als bedeutsamen Motivationsindikator an, für den sie 54 Ergebnisse vorstellen: In 35 Fällen wird von einer positiven, in 17 Fällen von keiner und in 2 Fällen von einer negativen Korrelation zwischen der Rollenübernahme und dem Therapieerfolg berichtet. Wird die Rollenübernahme durch die TherapeutIn im

Therapieprozess eingeschätzt, wird der Zusammenhang deutlicher: In 13 Studien ergab sich 12-mal ein positiver und einmal kein Zusammenhang.

Petry (1993) fasst Ergebnisse aus der Metaanalyse von Gibbs und Flanagan (1977) bzgl. des Zusammenhangs zwischen Therapiemotivation und Therapieabbruch von Alkoholikern zusammen: Für verschiedene Motivationsindikatoren zeigt sich in 32 Fällen eine positive Beziehung zum Therapieerfolg, in 26 Fällen ergab sich keine und kein Ergebnis deutet auf einen negativen Zusammenhang hin.

Mit Veith (1997) kann man folgende Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen ziehen: Aus dem kaum auftretenden negativen Zusammenhang kann gefolgert werden, dass Therapiemotivation zumindest einem Therapieerfolg nicht im Wege steht.

Die Bedeutung der Therapiemotivation für den Prozess und den Erfolg der Therapie ist bisher noch wenig geklärt! Die positiven Zusammenhänge, die in den meisten Fällen vorlagen, ergaben sich zwar relativ unabhängig von theoretischer Basis und methodischer Operationalisierung. Ihnen stehen aber Ergebnisse gegenüber, in denen kein Zusammenhang gefunden wurde. Es kann dabei vermutet werden, dass der bereits beklagte Mangel an terminologischer und theoretischer Klarheit sich in den widersprüchlichen Ergebnissen widerspiegelt. Eines der Ziele dieser Arbeit ist somit eine einzelfallanalytische Generierung von Hypothesen, die in einem theoretisch und empirisch begründeten Arbeitsmodell der Änderungsmotivation mündet und begriffliche wie theoretische Klarheit bringen soll.

3.1.2.2 Relevanz der Therapiemotivation in modernen Psychotherapietheorien

Die Selbstmanagementtherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) und die Allgemeine Psychotherapie (Grawe, 1998) stellen zwei im deutschsprachigen Raum anerkannte und viel zitierte, moderne Theorien der Psychotherapie dar. Der Stellenwert der Therapiemotivation in diesen Modellen soll exemplarisch vorgestellt werden.

Die Selbstmanagementtherapie nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2000, 2006) gilt als Grundlage der modernen Kognitiven Verhaltenstherapie. Im Kern der Therapietheorie steht ein rekursives Phasenmodell des Therapieprozesses, das in Abbildung 3.1 schematisch dargestellt ist.

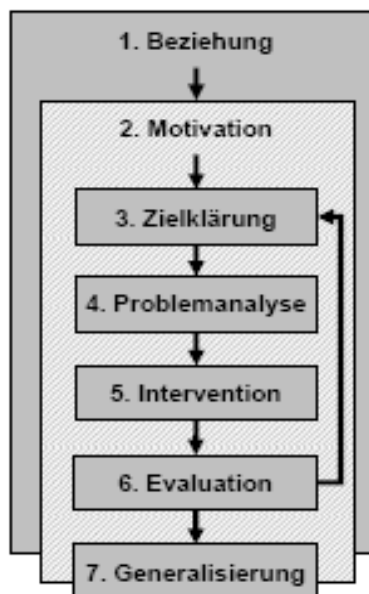


Abb. 3.1: 7 Phasen der Selbstmanagementtherapie (nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; leicht modifiziert).

Bereits in der vereinfachten Abbildung wird der hohe Stellenwert der Therapiemotivation für den weiteren Therapieverlauf deutlich: Auf den Grundlagen der Therapiebeziehung und der Motivation der KlientIn zur Veränderung fußen die weiteren Phasen, die im Kern ein Problemlösemodell mit Zielklärung, Problemanalyse, Intervention und Evaluation darstellen. Motivationsklärung, aber auch gezielte Strategien zum Aufbau und zur Unterstützung von Motivation stellen die notwendige Basis dar, um überhaupt kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen durchführen zu können: „Solange keine ausreichende Motivation zur Veränderung vorliegt, kann selbst von der besten therapeutischen Methode kein positiver Effekt erwartet werden.“ (Kanfer et al. , 2000, S. 195).

Kanfer fordert dementsprechend, dass motivationalen Komponenten ein größerer Stellenwert in Forschung und Praxis eingeräumt werden sollte: „In any case, the time has come to give the motivational and emotional components of human experiences a more explicit and prominent place in cognitive-behavioral therapy, both as subject matter of treatment and as potential tools for behavior change.“ (Kanfer, 1996, S.25).

Im starkem Kontrast zu dieser Forderung legten Vertreter der Kognitiven Verhaltenstherapie in den letzten Jahrzehnten ihren Fokus auf die Phase 5 des oben skizzierten Phasenmodells, die Interventionsphase: Für unterschiedliche psychische Störungen wurden spezifische Interventionen entwickelt und evaluiert (Chambless et al., 1996; Nathan & Gorman, 2007). Obwohl die Bedeutung der Therapiemotivation für den Therapieerfolg unumstritten ist, werden in störungsspezifischen Manualen Hinweise zum Umgang mit Therapiemotivation kaum geliefert (z.B. Margraf & Schneider, 1989), sondern eine Vielzahl an „Techniken“ für Phase 5 dargestellt. Der

Stellenwert störungsspezifischer Techniken für die Verhaltenstherapie soll hier in keiner Weise geschmälert werden. Das Herausstreichen der Relevanz der Therapiemotivation von Kanfer, Reinecker und Schmelzer scheint dabei aber „übersehen“ worden zu sein.

Im letzten Jahrzehnt haben integrative therapeutische Ansätze zunehmend an Bedeutung gewonnen. Ziel dieses Unternehmens ist es, effektive Elemente unterschiedlicher therapeutischer Traditionen zu nutzen und unter einem neuen theoretischen Dach in Einklang zu bringen.

Im deutschsprachigen Raum hat v.a. Klaus Grawe Ideen und Konzepte einer integrativen Psychotherapie vorgestellt. Grawe beginnt seine „Psychologische Therapie“ mit dem Wunsch, zwei grundsätzlich verschiedene therapeutische Vorgehensweisen, die er als Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung bezeichnet, in ein Modell zu integrieren. Dabei greift er auf das Rubikonmodell von Heckhausen et al. (1987) zurück (siehe Abb. 3.2): Personen, die sich auf der linken Seite des Rubikons befinden, haben demnach noch keine feste Intention zur Veränderung von Verhalten gefasst. Sie befinden sich vielmehr in einer ambivalenten Haltung. Die TherapeutIn kann durch Anstoßen und Begleiten von Klärungsprozessen, z.B. Ausmalen des erwünschten Zielzustands oder genaues Herausarbeiten der Ambivalenz, die KlientIn bei der Herausbildung einer Intention unterstützen. Das Überschreiten des Rubikons kommt dem Fällen einer Entscheidung gleich: Eine Intention setzt sich gegenüber anderen durch und wird handlungsleitend. Auf der rechten Seite des Rubikons spielen bewältigungsorientierte Strategien eine Rolle: Die TherapeutIn erarbeitet mit der KlientIn Methoden, um die Intention in die Tat umsetzen zu können bzw. um sich dem gesetzten Ziel annähern zu können. Oben erwähnte störungsspezifische Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie können hier einen wichtigen Beitrag leisten.

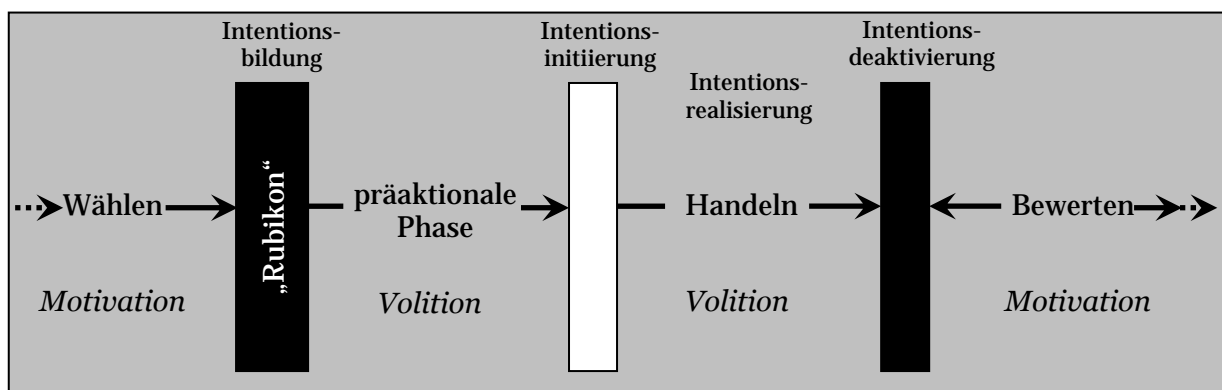


Abb. 3.2: Das Phasenabfolgmodell („Rubikonmodell“) von Heckhausen (aus Grawe, 1998, S.61; leicht modifiziert).

Zur Beschreibung unterschiedlicher Therapiephasen und zur Integration unterschiedlicher Techniken therapeutischer Schulen greift Grawe auf dieses im Kern motivationspsychologische Modell zurück. Der Einsatz der passenden therapeutischen Verhaltensweise zum richtigen Zeitpunkt orientiert sich somit an der motivationalen Lage der KlientIn. Das Zurückgreifen auf ein motivationspsychologisches Modell als Basis integrativen Vorgehens unterstreicht die Relevanz der Berücksichtigung der Variable Therapiemotivation. Auch Grawe stellt dabei fest, dass die Übertragung motivationaler Aspekte auf die Psychotherapie bisher stark vernachlässigt wurde:

„An und für sich trifft die Frage nach der Beziehung zwischen ‚Motivation und Handeln‘ (Heckhausen, 1980) mitten ins Zentrum therapeutischer Fragen, aber ein Therapeut findet in den Lehrbüchern zu dieser Thematik in der Regel trotzdem wenig Antworten (..)“ (Grawe, 1998, S.64).

Die Vernachlässigung der Therapiemotivation in Theorie und Forschung wird auch von anderen Vertretern des Fachs beklagt (z.B. Miller & Rollnick, 2004) und der Ruf nach weiterer Forschung laut (Prochaska & Norcross, 2002).

Folgendes Fazit lässt sich ziehen:

Führende Theoretiker der Klinischen Psychologie und Psychotherapie stellen die Bedeutung der Therapiemotivation für Verlauf und Erfolg der Therapie heraus. Die Motivation der KlientIn wird als Grundlage für den weiteren Verlauf (Kanfer et al., 2006) oder als Richtschnur, an der sich die therapeutischen Interventionen orientieren sollen (Grawe, 1998), angesehen und bekommt somit eine prominente Stellung in den Modellen. Gleichzeitig wird das mangelnde Wissen über den geeigneten Umgang mit der Motivation der KlientIn erkannt. In störungsspezifischen Therapiemanualen und Ausbildungscurricula wird das Thema Motivation noch stiefmütterlich behandelt.

3.1.3 Was verstehen wir unter „Motivation“? – Allgemeinpsychologische Überlegungen

Auf die herrschende begriffliche Verwirrung zum Konstrukt „Therapiemotivation“ und die Wichtigkeit einer Klärung wurde bereits ausführlich eingegangen. In diesem Kapitel werden erste Schritte dahin auf allgemeinpsychologischem Wege begangen. Es wird dabei versucht, die umfassender gestellten Fragen nach der Zusammensetzung, Wirkweise und Differenzierung von Motiven aus allgemeinpsychologischer Sicht zu besprechen, diese aber anhand des – in dieser Arbeit interessierenden – Themas „Psychotherapie der Zwangsstörung“ zu exemplifizieren und damit auf ein klinisch-psychologisches Anwendungsfeld zu übertragen.

3.1.3.1 Was verstehen wir unter einem „Motiv“? - Begriffsklärung

Auf die existierende Vielfalt an unterschiedlichen Definitionen und Theorien zur Motivation wurde bereits hingewiesen (Kleinginna & Kleinginna, 1981; Ford, 1992).

Wenn nicht anders gekennzeichnet, bezieht sich dieses Kapitel auf die theoretische Konzeption von Dörner (1996, 1999a, 1999b).

Rohracher (1987) unterscheidet generell psychische Kräfte von psychischen Funktionen und teilt die Motivation den ersteren zu (und z.B. Wahrnehmen, Denken den letzteren). Ein Motiv wird genauer von Madsen (1974) als eine Instanz definiert, die ein Verhalten in Gang setzt, auf ein Ziel ausrichtet und aufrechterhalten kann. Mit Dörner (1999a) kann man sagen, dass ein Motiv dafür zwei Bestandteile benötigt: ein Bedürfnis und ein Ziel.

Motiv = Bedürfnis + Ziel

Es wird davon ausgegangen, dass Lebewesen letztlich danach streben, einen Zustand des Gleichgewichts, der Homöostase aufrechtzuerhalten (Cannon, 1939; Dörner, 1999a) gegenüber den Anforderungen der Umwelt, die es aus diesem Gleichgewicht herausbringen können. Sämtliche Grundbedürfnisse, wie z.B. das Hungerbedürfnis, lassen sich als Streben nach einer Rückführung eines Systems in einen Zustand der Homöostase interpretieren. Bei physiologischen Funktionen wird dieses Gleichgewicht durch feste Regelkreise reguliert: Sinkt die Außentemperatur, wird der Organismus beginnen über z.B. Verbrennungsvorgänge in den Muskeln die abgesunkene Körperwärme wieder auszugleichen. Dagegen spielen bei psychologischen Funktionen offene Regelkreise eine Rolle: Durch Verhaltensweisen wird auf die Umwelt eingewirkt und so ein verloren gegangenes Gleichgewicht wiederhergestellt.

Während die (Grund-)Bedürfnisse des Menschen als angeboren (aber in ihrer Ausprägung in der frühen Lebensphase formbar, s.u.) betrachtet werden, werden (fast) alle Ziele und Verhaltensweisen zum Ziel erworben. Niedrige Lebensformen besitzen auch angeborene Ziele und Handlungsabläufe, man würde dann aber nicht mehr von Motiven, sondern von Instinkten sprechen. Die Möglichkeit, Ziele zu erlernen, macht den Menschen flexibler und an unterschiedliche Umwelten anpassungsfähiger. Wird ein Bedürfnis befriedigt, werden die vorangegangenen Gedächtnisschemata verstärkt, die Informationen zu Ziel und Verhaltensweisen zum Ziel in Form sensorischer und motorischer Schemata enthalten (s. Abb. 3.3). Diese Verknüpfung von Bedürfnissen und Zielen wird Appetenzrelation genannt. In gleicher Weise können Aversionsrelationen entstehen, die dazu führen, dass ein System Handlungen und Endzustände, die in einer Bedürfnisverletzung resultierten, fortan vermeidet.

Zudem wurde auf den Unterschied zwischen Bedarf und Bedürfnis hingewiesen (Bischof, 1989, Dörner, 1996): Als Bedarf kann eine tatsächliche Ist-Sollwertabweichung

bezeichnet werden, als Bedürfnis die Meldung dieses Bedarfs. Bedarf und Bedürfnis müssen sich nicht notwendigerweise entsprechen: Auch wenn kein tatsächlicher Bedarf vorliegt, können wir ein großes Bedürfnis (z.B. etwas zu essen) registrieren.

Ein Motiv ist also vorhanden, wenn ein Bedarf, ein Bedürfnis und die Information eines Ziels vorliegen. Daraufhin wird wie Madsen beschreibt, eine Handlungstendenz in Richtung Ziel in Gang gesetzt.

Bei einer Person mit Zwängen kann aufgrund unterschiedlicher prädisponierender Faktoren (z.B. Genetische Faktoren, Ungünstiger Bindungsstil der Eltern etc.) z.B. ein erhöhtes Bedürfnis nach Bestimmtheit vorliegen. Auslösende Situationen, wie z.B. erhöhte Anforderungen in der Arbeit, führen zu einem grundsätzlichen Bedarf nach Kontrolle und Bestimmtheit und triggern das erhöhte Bedürfnis. Die Person hat gelernt, dass mehrfaches, langes Kontrollieren das Bedürfnis kurzfristig befriedigen kann (und damit den gleichzeitig ausgelösten emotionalen „Discomfort“ senken). Die Einschränkungen, die die Person durch ihr Kontrollverhalten erfährt, führen jedoch zur ständigen Nichtbefriedigung einer Vielzahl anderer Bedürfnisse (z.B. Verletzung des Affiliationsbedürfnis durch Streit mit dem Partner, Verletzung des Kompetenzbedürfnisses durch ineffizientes Arbeiten etc.), weswegen sie letztlich Hilfe in der Therapie sucht.

3.1.3.2 Arten von Motiven

Dörner (1999b) unterscheidet weiter verschiedene Arten von Motiven in Abhängigkeit der Art ihrer Komponenten Bedürfnis und Ziel.

Als *Sehnsucht* wird ein Motiv mit einer unklaren Zielkomponente bezeichnet: Dieses Motiv bleibt eher vage und passiv ruhend und treibt nicht zum Handeln an.

Ein *Wunsch* beinhaltet ein Ziel, das klar vor Augen liegt, aber als nicht erreichbar angesehen wird. Die Handlung, die zum Ziel führt, ist der Person nicht zugänglich. Wünschen kann in sich jedoch schon als bedürfnisbefriedigend erlebt werden. Auch kann eine Durchführung des Wunsches die negativen Seiten, die damit verbunden sind, offenbaren, so dass die bloße gedankliche Beschäftigung mit einem unerreichbaren Ziel bevorzugt wird.

Sehnsucht und Wunsch können in der Psychotherapie durch die Klärung von Zielen, die Zerlegung dieser in gehbare Zwischenziele und die Planung konkreter Schritte in „echte“ Motive überführt werden.

Als *Wille* bezeichnet man ein bewusst erlebtes Motiv, das gegen ein widerstreitendes Motiv aktiv aufrechterhalten werden muss. Um von Willen zu sprechen, muss also ein Konflikt zwischen mindestens zwei Motiven zugrunde liegen. Oft handelt es sich um ein *antizipatorisches Motiv*: Ein in der fernen Zukunft liegender Zielzustand wird

angestrebt (oder vermieden) und muss gegenüber gegenwärtig aktiven Motiven verteidigt werden. Dazu bedarf es neben Antizipation und Vorstellungsgabe auch der ständigen Anstrengung der Person.

Dieses Phänomen der bewussten bzw. „kontrollierten“ Aufrechterhaltung eines Motivs, das langfristig positive Ziele beinhaltet, gegenüber im Konflikt dazu stehenden Motiven, die kurzfristige Bedürfnisbefriedigung mit sich bringen, ist das Grundschema des Modells der Selbstkontrolle (Reinecker, 1999) und damit ein genuin psychotherapeutisches Thema. In der Therapie der Zwangsstörung kommt es zum Tragen, wenn die KlientIn in Expositionen im Selbstmanagement aus eigenem Antrieb Neutralisierungen unterlässt, die kurzfristig ihr Bedürfnis nach z.B. Kontrolle befriedigen könnten, und somit sich dem unangenehmen Gefühl (der Angst z.B.) stellt, um langfristige Ziele z.B. nach größerer Freiheit oder zufriedenerer Partnerschaft verfolgen zu können.

Von einem *sekundären Motiv* spricht man, wenn dieses zur Erreichung eines Ziels beiträgt, das Bestandteil eines primären Motivs ist. Sekundäre Motive haben also instrumentellen Charakter. Das Motiv, viel Geld zu verdienen, kann als sekundäres Motiv angesehen werden, um sich viele primäre Motive erfüllen zu können. Übertragen auf den Bereich der Psychotherapie können sekundäre Motive der KlientIn z.B. in der Gestaltung der Therapeutischen Beziehung eine große Rolle spielen (Beier & Young, 1984; siehe Kap. 3.2.4.3): Um angstbesetzte Themen zu vermeiden, könnten KlientInnen danach streben, ausführlich über unwichtigere Themen zu berichten. Um nicht die Verantwortung für eine Veränderung übernehmen zu müssen, könnten KlientInnen versuchen, lange über ihr Leiden zu klagen. Je nach Auflösungsgrad lassen sich Motive immer weiter in Untermotive und Ziele immer weiter in Zwischenziele zerlegen und in ihrer Instrumentalität vernetzen. Ein Ansatz der Darstellung und Klärung von Motiv- und Bedürfnisstrukturen ist die Plananalyse, auf die in Kap. 4.6 ausführlich eingegangen wird.

Berücksichtigt man die instrumentelle Vernetzung der verschiedensten Motive untereinander, gelangt man schnell zu der Annahme, dass es kaum Motive gibt, die nur EIN bestimmtes Bedürfnis durch das Anstreben eines Ziels befriedigen wollen. Jedes Motiv stellt vielmehr ein *Motivamalgam* dar, das auf die Befriedigung verschiedenster Bedürfnisse abzielt. So beginnen Menschen z.B. ein Studium an der Uni aus Wissbegier und Neugier, dem Streben nach sinnvoller Betätigung, aber auch, um neue Leute kennen zu lernen und Parties zu feiern. Ein Verhalten kann also als multi-determiniert betrachtet werden (Kanfer et al., 2006). Motive der KlientIn, die in der Psychotherapeutischen Sitzung „aktiv“ sind, können unterschiedlichen anderen Motiven dienen, die allerdings wiederum miteinander in Konflikt stehen können. M.E. muss diese gesamte „Motivlandschaft“ der KlientIn berücksichtigt werden, wenn man „Therapiemotivation“ verstehen und näher untersuchen will. Die isolierte Betrachtung eines Motivs, ein bestimmtes Verhalten ändern zu wollen, missachtet das komplexe

und konflikthafte Eingebundensein dieses Motivs (sonst hätte die Person das Verhalten ja schon geändert!) und übersieht so entscheidende Phänomene (siehe dazu Kap. 3.1.5.2).

3.1.3.3 Der motivationale Prozess

„Lebende(n) Organismen (sind) ständig motiviert“ (s. Kanfer et al., 2000, S.68) – zu jedem Zeitpunkt gibt es ein vorherrschendes Motiv. Es stellt sich aber die Frage, welches Motiv sich auf welche Weise „durchsetzt“, wenn mehrere, unterschiedliche, im Konflikt stehende Motive „aktiv“ sind.

Viele gängige Motivationstheorien lösen dieses Selektionsproblem mit dem Erwartungs-x-Wert-Prinzip (s. Heckhausen, 1980). Danach setzt sich jede Motivstärke aus dem Produkt von Erwartung und Wert zusammen. Das Motiv mit der größten Motivstärke wird handlungsleitend, bis ein anderes Motiv eine größere Stärke erreicht.

$$\text{Motivstärke} = \text{Erwartung} \times \text{Wert}$$

Was bedeuten die Komponenten Erwartung und Wert? Den Wert des Motivs kann man mit seiner Bedürfnisstärke gleichsetzen. Diese kann sich wiederum aus der Ist-Sollwertabweichung (dem Bedarf, s.o.), der Dringlichkeit der Bedürfnisbefriedigung und einem bedürfnisspezifischen Gewicht zusammensetzen: Je stärker das Bedürfnis depriviert ist, d.h. je größer die Abweichung des Ist- vom Sollzustand, und je dringlicher eine Befriedigung für das System, desto höher ist die Wertkomponente des Motivs. Bestimmte Bedürfnisse müssen zudem schneller befriedigt werden als andere und haben damit ein höheres Bedürfnisgewicht, z.B. hat Durst ein höheres Gewicht als Hunger. Der Wert reicht aber noch nicht aus zur Motivselektion. Möglicherweise liegen zwei Motive mit ähnlich hohem Wert vor, die Person hat aber nur klare Vorstellungen, wie sie eines sofort befriedigen kann, bzw. eine günstige Gelegenheit dazu. Die Zuversicht, das Bedürfnis zu befriedigen, wird in der Erwartungskomponente ausgedrückt (Dörner, 1999a). Das Erwartungs-x-Wert-Prinzip macht durch seine multiplikative Verbindung der Komponenten deutlich, dass ein Mindestmaß an Bedürfnisstärke wie Erfolgsaussichten, das Bedürfnis zu befriedigen, vorliegen müssen, damit ein Motiv handlungsleitend wird.

Es wird weiter angenommen, dass der Selektionsprozess von Motiven ständig abläuft und ein Motiv das andere in kürzester Zeit ablösen kann. Abbildung 3.3 skizziert ein Grundschemata des motivationalen Auswahlprozesses.

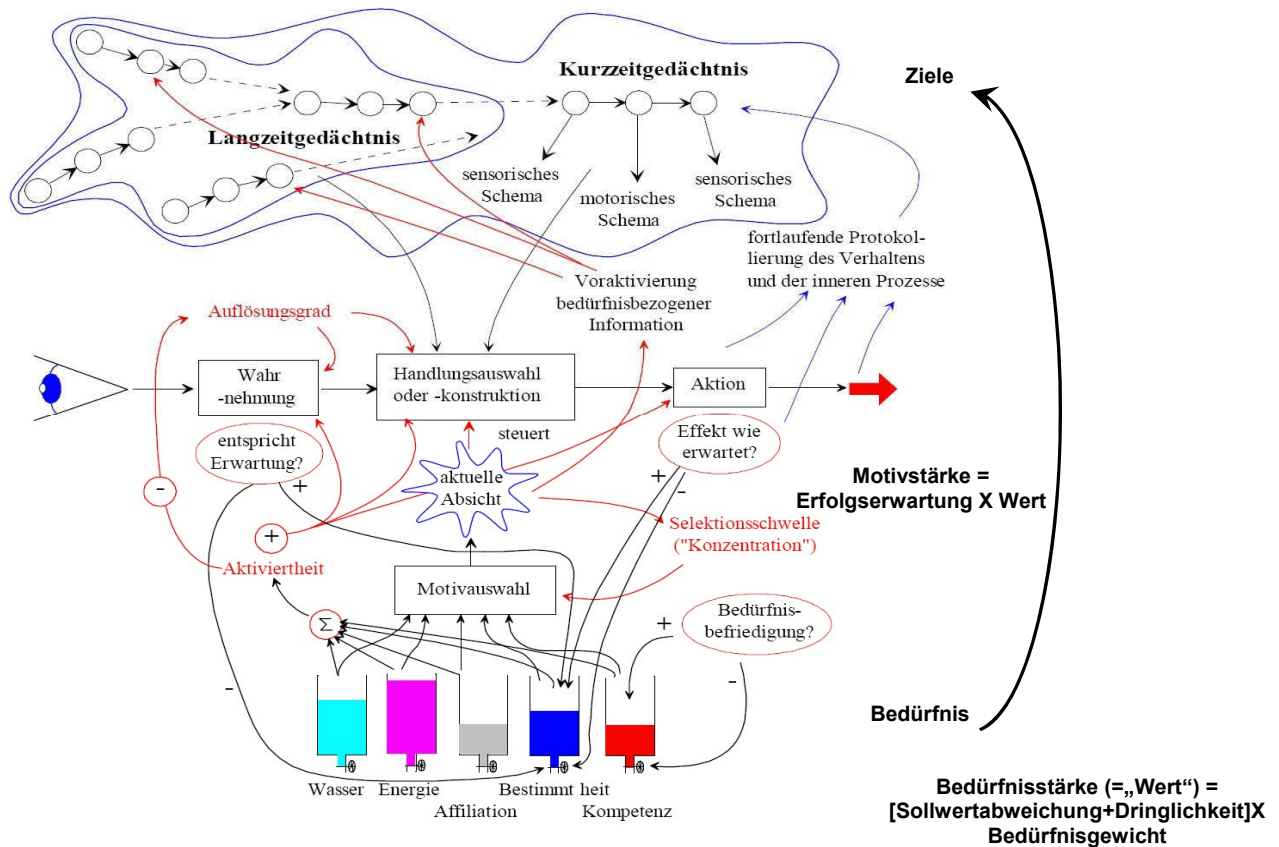


Abb. 3.3: Der motivationale Prozess (Modell nach Dörner & Schaub, 1998, S.12; geringfügig erweitert).

3.1.3.4 Grundbedürfnisse

Wie bereits angesprochen können Motive als Zusammensetzung angeborener Bedürfnisse und erworbener Ziele verstanden werden. Ein Motiv kann dabei auf mehrere Bedürfnisse verweisen (und wird dann als Motivamalgam bezeichnet, s.o.). Versucht man die Bedürfnisse zu clustern, stellt sich die Frage nach den Grundbedürfnissen, also den Bedürfnissen, die in verschiedener Ausprägung alle Menschen besitzen und auf die sich spezifischere Bedürfnisse zurückführen lassen.

In der Geschichte der Psychologie wurden bereits unterschiedlichste Modelle zu den Grundbedürfnissen des Menschen entworfen. Einige eher „monothematische“ Motivtheorien stellen ein Bedürfnis in den Vordergrund (wie Freud die Sexualität oder Adler das Machtstreben), andere „polythematische“ versuchen das menschliche Handeln mit einer bestimmten Anzahl an Bedürfnissen zu erklären (z.B. Maslow, 1954). An dieser Stelle werden skizzenhaft die Grundbedürfnisse beschrieben, wie sie von Dörner postuliert werden.

Dörner (1999a) unterscheidet materielle von informationellen Bedürfnissen und zählt zu ersteren die existentiellen Bedürfnisse (z.B. nach Nahrung und körperlicher

Unversehrtheit) sowie das Bedürfnis nach Sexualität. Dörners informationelle Bedürfnisse beinhalten das Streben nach Affiliation, Bestimmtheit und Kompetenz.⁶

Das *Affiliationsbedürfnis* ist ein Bedürfnis nach sozialen Kontakten. Wenn es aktiv ist, sucht das Individuum nach so genannten Legitimitätssignalen, d.h. nach Signalen der sozialen Umwelt, die ihm sagen, dass er sich im Einklang mit den Gruppennormen befindet. Solche Signale können z.B. in einem Lächeln oder einer verbalen Bestätigung bestehen, aber auch in einer Ähnlichkeit des Individuums mit den sozialen Bezugspersonen (z.B. in Verhaltensweisen, Einstellungen, Äußerlichkeiten etc.).

Das *Bestimmtheitsbedürfnis* beinhaltet das Streben danach, die Umwelt vorhersehen und kontrollieren zu können. Passieren Ereignisse, wie wir sie erwartet haben, bekommen wir Bestimmtheitssignale, während nicht erwartete oder nicht verstehbare Ereignisse unsere Unbestimmtheit (und damit das Bedürfnis nach Bestimmtheit) erhöhen. Kennen wir die anzustrebenden Ziele zu unserem Bedürfnis nicht oder die Methoden, um sie zu erreichen, erhöht sich das Bestimmtheitsbedürfnis. Das Bestimmtheitsbedürfnis kann aber auch dazu führen, dass wir neue Dinge ausprobieren, erforschen, explorieren (Berlyne, 1974; Dörner, 1999a).

Das Bedürfnis nach *Kompetenz* wird dann befriedigt, wenn sich die Person als „effizient“ erlebt, d.h. bei jeder durchgeführten Bedürfnisbefriedigung bzw. jedem „gelösten Problem“. Dadurch erkennt die Person, dass sie die Fähigkeit besitzt, ihre Bedürfnisse zu befriedigen. So können im oben beschriebenen Sinne unbestimmte Situationen (wie z.B. Bungeejumping oder das Lesen eines neuen Buchs) gerade deswegen aufgesucht werden, um „sich selbst zu beweisen“, also das Kompetenzbedürfnis zufrieden zu stellen. Das Ausmaß an erfahrener Kompetenz beeinflusst wiederum Erleben (Selbstbewusstsein, „self-efficacy“ im Sinne Banduras) und Verhalten der Person.

⁶ Dörners postulierte Bedürfnisse weisen im Kern große Ähnlichkeit auf mit den in Grawes Konsistenztheorie genannten Bedürfnissen nach Bindung, Kontrolle und Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz (Grawe, 1998).

3.1.4 Konzeptualisierungen von Therapiemotivation in verschiedenen Psychotherapeutischen Ansätzen

In diesem Abschnitt werden Perspektiven auf die Therapiemotivation vorgestellt, wie sie in unterschiedlichen psychotherapeutischen Traditionen explizit oder implizit vertreten werden. Eine vollständige Anführung aller Vorschläge zur Konzeptualisierung von Therapiemotivation aus jeder psychotherapeutischen Schule kann natürlich nicht erfolgen und scheint für das Ziel des Kapitels auch nicht sinnvoll. Vielmehr sollen aus Hauptrichtungen ausgewählte, aber durchaus charakteristische Aspekte vorgestellt werden, um unterschiedliche Möglichkeiten der Konzeptualisierung sichtbar zu machen. Zur Diskussion der Modelle werden empirische Befunde referiert, die theoretische Konsistenz analysiert und die praktischen Konsequenzen für das psychotherapeutische Handeln beschrieben. Die Perspektiven, die nach diesen Kriterien (und z.T. aus subjektiver Sicht) als hilfreich für einen förderlichen Umgang mit Therapiemotivation angesehen werden (und in einem eigenen Arbeitsmodell Berücksichtigung finden sollten, s. Kap. 3.1.5), werden am Ende jedes Abschnitts kurz zusammengefasst.

3.1.4.1 Therapiemotivation und Widerstand als Persönlichkeitsmerkmal?

In einer viel zitierten Review stellt Miller 1985 fest, dass unter TherapeutInnen eine große Beliebtheit der Konzepte der mangelnden Therapiemotivation bzw. des so genannten „Widerstands“ der KlientIn gegenüber therapeutischen Interventionen herrscht, wenn sie sich therapeutische Misserfolge erklären wollen. Die defizitäre Therapiemotivation wird dabei oft als stabiles Persönlichkeitsmerkmal der KlientIn konstruiert.

Moore (1971) fand in einem Nationalen Survey von Kliniken, die AlkoholikerInnen behandeln, dass in 72% der Fälle des negativen Outcomes den KlientInnen dafür die Verantwortung gegeben wurde, ein Muster, das in ähnlicher Weise von Orford & Hawker (1974) repliziert wurde.

Als häufigste Erklärung für den Misserfolg dient dabei das psychoanalytische Konzept der Abwehrmechanismen, insbesondere der Verleugnung (z.B. Clancy, 1961; DiCicco, Unterberger & Mack, 1978; Moore & Murphy, 1961; Fox, 1967). Verleugnung wird als Teil der Charakterstruktur von AlkoholikerInnen angesehen, die daraus resultierende Behandlung besteht in einer aufgezwungenen Konfrontationstechnik (in der z.B. Angehörige und Kollegen auf sie einreden), die die KlientIn zur Einsicht bringen soll.

Zwei Varianten dieses Traitmodells werden unterschieden (Miller, 1985; Kanfer et al., 2006):

Im „*moral-blame*“ model wird davon ausgegangen, dass eine Person, die sich nicht verändert, „willensschwach“ ist, was wiederum als moralisch verwerflich bewertet wird. Wenn die KlientInnen nur wirklich wollen und es hart genug versuchen würden, könnten sie sich auch verändern.

Die zweite Variante sieht mangelnde Motivation als *konstitutionelles Defizit* an: Es fehle bestimmten Menschen von Natur aus an ausreichend Motivation.

Zwei Arten charakterologischer Beeinflussung lassen sich weiterhin unterscheiden (Veith, 1997):

Merkmale wie Alter, Geschlecht oder sozialer Herkunft kann ein *direkter Einfluss* auf die Therapiemotivation unterstellt werden. Die Forschung dazu hat sich bisher als sehr unergiebig erwiesen (Kilpatrick et al., 1978).

In der zweiten Variante wird Persönlichkeitseigenschaften, von denen man ausgeht, dass sie zur psychischen Störung führten, ein gleichzeitiger Einfluss auf die Therapiemotivation der KlientIn unterstellt. Beispielsweise wird das umstrittene Konzept der „Alkoholikerpersönlichkeit“ u.a. durch geringe Frustrationstoleranz und Verleugnungstendenzen beschrieben. Diese Merkmale sollen Störung wie Therapiemotivation beeinflussen. In diesem Zusammenhang kann auch das psychoanalytische Konzept der Abwehrmechanismen genannt werden: Mangelnde Therapiemotivation wird hier als Ausdruck von Abwehrmechanismen angesehen, welche wiederum stabilen Dispositionen zugeordnet werden (z.B. Reimer, 1990; Rauchfleisch, 1990; Radebold, 1990; alle in Schneider, 1990).

Wie lässt sich diese dispositionelle Attributionsweise der TherapeutInnen erklären?

Jones und Nisbett (1972) beschreiben die Tendenz, eigenes Verhalten eher auf externe Ursachen zu attribuieren, beobachtetes Verhalten anderer aber eher deren internen Merkmalen zuzuschreiben, als *Beobachter-Akteur-Effekt*. Dieser Effekt konnte auch bei TherapeutInnen und KlientInnen nachgewiesen werden (Stafford, 1982).

Dem Konzept des Widerstands kann auch ein implizit übernommenes *medizinisches Modell* des Helfens zugrunde liegen, das von (dem Mediziner) Freud in die Psychotherapie eingeführt wurde (de Jong & Berg, 2008). Demnach weiß die TherapeutIn als ExpertIn am besten, welches Problem die KlientIn hat und was sie verändern sollte. Wenn die KlientIn den therapeutischen Vorschlag missachtet, wird angenommen, dass dieser Widerstand einer dispositionellen Pathologie oder charakterologischen Defiziten entspringt. Die Aufgabe der TherapeutIn besteht darin, die KlientIn damit zu konfrontieren, damit diese ihr Problem erkennen kann.

Miller (1985) bemerkt zudem, dass es einfacher und komfortabler für die TherapeutIn ist, die Schuld für den Misserfolg bei der KlientIn zu suchen.

Von verschiedener Seite wurde starke Kritik an einem Eigenschaftsmodell der Therapiemotivation geübt (u.a. Miller, 1985; Kanfer et al., 2006; deJong & Berg, 2008; Miller & Rollnick, 2002; s. Kap. 3.1.4.3 – 3.1.4.6). Folgende Hauptkritikpunkte lassen sich anführen:

Es liegen *kaum empirische Belege* für einen Traitansatz der Therapiemotivation vor (Miller, 1985; Kanfer et al., 2006; Davies, 1981).

Maße, in denen die Motivation der KlientIn als Trait erhoben wurde (z.B. „willingness or intention to participate“), standen nicht mit dem Klientenverhalten oder dem Outcome in Verbindung (Aharan, Ogilvie & Partington, 1967; Finlay, 1977; Orford & Hawker, 1974; alle nach Miller, 1985).

Andere zentrale Behauptungen des Traitmodells bei AlkoholikerInnen konnten nicht bestätigt werden: So ist der als für die Alkoholikerpersönlichkeit charakteristisch angesehene Abwehrmechanismus der Verleugnung nicht häufiger als bei NichtalkoholikerInnen aufzufinden (Chess, Neuringer & Goldstein, 1971; Donovan, Rohsenow, Schau & O’Leary, 1977; Skinner & Allen, 1983; alle nach Miller, 1985). Zudem steht Verleugnung in keiner konsistenten Beziehung zum Outcome (s. Miller, 1985).

Dispositionelle Attributionen können zu *Selbsterfüllenden Prophezeiungen* führen (Merton, 1948; Rosenthal, 1976). Der Pygmalioneffekt (Rosenthal & Jacobson, 1968) konnte von Leake & King (1977) bei TherapeutInnen und KlientInnen repliziert werden: Wenn zufällig ausgewählte KlientInnen mit dem Hinweis an TherapeutInnen zugewiesen wurden, dass eine deutliche Besserung bei ihnen zu erwarten sei, wurden diese zum einen als deutlich motivierter, kooperativer, bemühter etc. von ihren TherapeutInnen eingeschätzt. Zum anderen konnten diese KlientInnen auch tatsächlich bessere Behandlungsergebnisse aufweisen, fehlten seltener und brachen auch seltener die Therapie ab (Leake & King, 1977). Die Information über die Erfolgsaussichten bei KlientInnen führte anscheinend zu einer Veränderung der Motivation und des Verhaltens der TherapeutInnen, was wiederum einen Effekt auf die Motivation und das Verhalten der KlientInnen hatte! Erklärt sich die TherapeutIn die Probleme der KlientIn, ihr Verhalten zu verändern, mit einem dispositionellen Widerstand, könnte das ebenso negative Konsequenzen für den Therapieerfolg mit sich bringen. Auch andere Autoren fanden eine Beziehung zwischen der Therapeutenwahrnehmung der Klientenmotivation und tatsächlicher Klientenmotivation und Outcome (Gillis & Keet, 1969; Schorer, 1965; Wanberg & Jones, 1973; Finlay, 1977; alle nach Miller, 1985).

In diesem Sinne bringt eine eigenschaftstheoretische Perspektive die Gefahr von therapeutischem *Pessimismus und Entmutigung* mit sich, wenn die TherapeutIn keine Möglichkeit sieht, den stabilen internen Zustand der Motivationslosigkeit der KlientIn zu ändern (Kanfer et al., 2006).

Diese Sichtweise *minimalisiert* zudem die *Bedeutsamkeit therapeutischer Interventionen*. Versuche, die Motivation der KlientIn zu ändern, werden seltener. Die TherapeutIn überdenkt eigenes Verhalten nicht mehr, wenn sie die Schuld für den Misserfolg der KlientIn gibt, und tendiert dazu, kontraproduktive Verhaltensweisen zu zeigen, wie Verdächtigungen, Feindseligkeit, Moralisieren, geringe Empathie und Machtkämpfe (Miller, 1985).

Ein Eigenschaftskonzept *impliziert* zudem, dass es sich bei der Therapiemotivation um ein relativ *homogenes Konzept* handelt, und missachtet dabei die zugrunde liegende Komplexität und Dynamik (Veith, 1997; s.a. Kap. 3.1.5.2).

Einige Argumente, die zur Kritik des Konstrukts der „Persönlichkeitsstörungen“ angeführt wurden (Lieb, 1998), können ebenso gegen eine Konstruktion eines dispositionalen Widerstands geltend gemacht werden:

Die Annahme eines dispositionalen Widerstands führt auf mehreren Ebenen zu *Aporien*: Ein therapeutischer Dialog setzt eine gesunde (prinzipiell änderungsfähige) Person als „Bedingung der Möglichkeit“ voraus (Lieb, 1998, S. 58). Widerstand als permanentes dispositionales „Defizit“ macht potentielle Veränderung (z.B. durch therapeutische Interventionen) unmöglich.

Die „Diagnose Widerstand“ kann nur aus einer Außenperspektive gestellt werden. Aus der Innenperspektive der KlientIn kann sie nicht vorliegen, da jegliche Einsicht in einen gezeigten Widerstand bereits einen verminderten Widerstand bedeuten würde. Die Annahme einer Eigenschaft Widerstand führt somit zu einer klassischen Paradoxie: Wenn die Selbstdiagnose Widerstand stimmt, ist sie falsch!

Zudem führt eine solche Konzeption zu Widersprüchlichkeiten im Therapeutischen Beziehungsangebot: Die TherapeutIn soll einerseits die Person akzeptieren, wie sie ist, und ihr mit maximaler Transparenz und Echtheit begegnen. Andererseits nimmt sie einen dispositionalen Widerstand an, mit dem eine Abwertung der Person verbunden ist. Diese Annahme wird entweder nicht transparent gemacht oder, wenn dies geschieht, stört sie als Anschuldigung die Therapeutische Beziehung.

Wird die Persönlichkeit (bzw. ein dispositonaler Widerstand) als Ursache der Störung angesehen, wird die notwendige „Kraft“ zur Veränderung der KlientIn entzogen (vgl. Lieb, 1998). Die Verantwortung für ihr Handeln und die Freiheit, sich anders zu entscheiden, werden der KlientIn abgesprochen. So führt dieser Vorgang der *Pathologisierung*, der ein interaktionales Problem als Disposition der KlientIn umdeutet, notwendigerweise zu selbst erfüllenden Prophezeiungen. Die diagnostizierende TherapeutIn stellt sich dabei als wichtigste InteraktionspartnerIn bei der Konstruktion der „Eigenschaft Widerstand“ heraus.

Ein Sprechen über einen dispositionalen Widerstand ist letztendlich ein Vorgang der *Ontologisierung*: Ein interaktionelles prozesshaftes Geschehen wird verdinglicht, was sich wiederum kontraproduktiv auf die Therapie auswirkt. Wie bereits Skinner (1963) aufzeigte, ist das Schließen von Klientenverhalten auf einen Persönlichkeitszug (hier:

Widerstand), der wiederum als Erklärung für das Verhalten dient, ein tautologisches Unternehmen.

Veith (1997) kann auch Chancen eines eigenschaftstheoretischen Ansatzes der Therapiemotivation erkennen: Studien, die Zusammenhänge zwischen demographischen Daten wie z.B. Schichtzugehörigkeit und Therapiemotivation finden, können zur Generierung von Hypothesen genutzt werden, die diese Zusammenhänge erklären können. Beispielsweise könnte das Therapieangebot bisher nur schlecht auf die Merkmale der Angehörigen einer bestimmten sozialen Schicht zugeschnitten sein.

Die Berücksichtigung individueller kognitiver Informationsverarbeitungsstile stellt dann eine Chance dar, wenn diese in interaktionistische Modelle der Therapiemotivation integriert werden. Die TherapeutIn kann so die Anforderungen in optimaler Weise auf die Kompetenzen der KlientIn zuschneiden.

M.E. transportiert eine (oft *implizit* angenommene) eigenschaftstheoretische Perspektive auf die Therapiemotivation folgende Punkte:

1. Widerstand (bzw. defizitäre Therapiemotivation) liegt in der KlientIn.
2. Therapiemotivation als Disposition ist nicht veränderbar. Gleichzeitig ist Therapiemotivation aber Voraussetzung für die Behandlung.
3. Widerstand ist pathologisch.

Diese Konstruktion von Therapiemotivation birgt die beschriebenen Gefahren in sich und erscheint m.E. nicht hilfreich.

Die von Veith (1997) beschriebenen Chancen des eigenschaftstheoretischen Ansatzes scheinen dann wirkliche Chancen zu sein, wenn gleichzeitig eine Abkehr von den beschriebenen Punkten vorliegt. Ein differenziertes Eingehen der TherapeutIn auf individuelle (v.a. motivationale) Voraussetzungen der KlientIn ist dann hoch sinnvoll, wenn die TherapeutIn von einer Veränderung ausgehen kann. Genau dann liegt aber schon ein *interaktionistisches* Denken vor, das den Grundannahmen des Dispositionismus widerspricht.

In diesem interaktionistischen Sinne streicht Miller heraus, dass das Therapeutenverhalten eine wichtige Einflussvariable der Therapiemotivation darstellt, das zu deren Förderung an das Klientenverhalten angepasst werden muss:

“Client characteristics appear to play a modest and inconsistent role in predicting treatment participation and adherence. (...) Matching of intervention to client characteristics such as severity and conceptual level may improve motivation and outcome” (Miller, 1985, S.99).

“The data to date provide encouraging evidence that entry, continuation, and compliance are behaviours highly influenced by what the therapist does during the early phases of treatment.”(Miller, 1985, S.100).

In den folgenden Abschnitten werden Perspektiven auf das Konzept der Therapiemotivation aus unterschiedlichen therapeutischen Traditionen geworfen, die sich als Gegenentwürfe zu bestimmten Punkten des Eigenschaftsansatzes verstehen.

3.1.4.2 Therapiemotivation in der Psychoanalyse

In psychoanalytischen Modellen der Therapiemotivation spielt das Konzept des Leidensdrucks die prominenteste Rolle. Nach Freud (1905) resultiert aus dem Leidensdruck des Patienten „die Größe seines eigenen Strebens nach Genesung“ (S. 301). Therapiemotivation tritt in dieser Auffassung direkt aus dem Leiden hervor, wird aber noch durch andere Faktoren moderiert (Veith, 1997). Das Leiden kann „echt“, d.h. von objektiven Behinderungen oder Symptomen ausgelöst, oder „neurotisch“ bedingt sein, wenn die reine subjektive Bedeutung des Symptoms Leiden erzeugt (Heigl, 1972). Aus dieser zugeschriebenen Wichtigkeit wurde ein Postulat der notwendigen Voraussetzung des Leidensdrucks für den Beginn einer therapeutischen Behandlung abgeleitet. Bei mangelndem Leidensdruck bleibt der TherapeutIn nur noch die Intervention der „Freilegung des Leidensdrucks“.

Dem Leidensdruck wird das Konzept des (primären und sekundären) Krankheitsgewinns gegenübergestellt: Überwiegt letzterer ist keine ausreichende Motivation zur Behandlung vorhanden.

Neben diesen Variablen spielen auch noch die Zuversicht der KlientIn auf Besserung durch die Therapie und die Kosten und Nutzen der Behandlung eine Rolle und verteilen sich auf die abzuwägenden Seiten.

Während frühere Konzeptionen die Therapiemotivation als Indikations- und Selektionskriterium für die Psychotherapie angesehen hatten, kam in späteren Modellen der Therapeutischen Beziehung eine größere Bedeutung zu. Therapiemotivation wurde somit auch als veränderbar konstruiert. Der rationale Anteil der Therapeutischen Beziehung, das sog. „Arbeitsbündnis“, kann dazu dienen, zu Therapiebeginn mit den gesunden Ich-Anteilen einen Pakt zu schließen. Möglicherweise lässt sich dieses Vorgehen aus verhaltenstherapeutischer Sicht als eine Art „Rollenklärung“ interpretieren. Nach von Schirnding (1975) spielt die irrationale Komponente der therapeutischen Beziehung, die Übertragung, eine entscheidende Rolle für die Motivierung der KlientIn. Die Tatsache, dass diese zur Therapie komme, sei geprägt durch eine neurotische Motivation. Erst durch die Übertragung entstehe eine echte Motivation zur Veränderung.

Resümierend lässt sich feststellen, dass gegenüber dem Eigenschaftsmodell eine Ausdifferenzierung des Therapiemotivationskonzepts in der psychoanalytischen

Literatur erfolgt. Es wird aber versäumt, die einzelnen Elemente konkret zu definieren (Veith, 1997).

Der Fokus auf der Erhöhung des Leidendrucks scheint aus verschiedenen Gründen fragwürdig: Erstens sollten ethische Aspekte bedacht werden, wenn die TherapeutIn versucht, (zu Beginn der Therapie) das Leiden der KlientIn zu erhöhen. Zweitens kann nach Abnahme des ersten Leidens auch die Motivation für eine weitere Veränderung verschwinden. Eine Positivmotivierung durch Erarbeiten von relevanten Zielen sollte daher vorgezogen werden (Kanfer et al., 2006). Drittens kann die Erhöhung des Leidens auch zu einer Abnahme der Zuversicht einer Änderung führen.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der impliziten Annahme des Expertenstatus der TherapeutIn: Letztlich entscheidet sie, ob das Leiden und die Motivation der KlientIn als echt oder neurotisch angesehen wird. Ein vorschnelles Verurteilen und Nichternstnehmen der KlientIn kann m.E. aber eine adäquate Förderung der Motivation verhindern.

Wird Therapiemotivation zur Eingangsvoraussetzung der Psychotherapie, wird die Veränderbarkeit und Prozesshaftigkeit der Variable „Motivation“ übersehen. Diese Sichtweise, die einigen psychoanalytischen Modellen zugrunde liegt, schränkt die Aufnahme möglicher KlientInnen extrem ein.

Bemerkenswert ist, dass auch psychoanalytische Konzepte, wenn auch wenig explizit, Therapiemotivation als ambivalentes Konstrukt verstehen – dieser Gedanke wird in den folgenden Kapitel (v.a. in Kap. 3.1.4.6 & 3.1.5.3) noch weiter ausgeführt. Auch auf die grundsätzliche Relevanz der Therapeutischen Beziehung für die Therapiemotivation wird in den folgenden Abschnitten genauer und mit anderen theoretischen Perspektiven eingegangen.

3.1.4.3 Therapiemotivation im Selbstmanagementansatz

Der Selbstmanagementansatz von Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2006) gilt als Grundlage moderner Kognitiver Verhaltenstherapie. Die Autoren heben sich von Eigenschaftsansätzen, die Motivation als globales und statisches Merkmal einer Person ansehen, deutlich ab. Im Sinne Millers (1985) sehen sie gravierende negative Konsequenzen einer eigenschaftstheoretischen Perspektive für die therapeutische Praxis (Kritikpunkte siehe Kap. 3.1.4.1).

„Motivation ist vielmehr ein multidimensionales Konstrukt, dem ein dynamischer interpersonaler Prozess zwischen den Determinanten „Therapeut“, „Klient“ und „Umgebung des Klienten“ zugrunde liegt (Miller, 1985) und welches ständige Fluktuationen zeigt (vgl. Rosenbaum & Horowitz, 1983)“ (Kanfer et al., 2000; S.70).

Kanfer et al. greifen für das spezifischere Konstrukt der Änderungsmotivation auf Erwartungs-x-Wert-Theorien und Selbstregulationstheorien zurück. Eine KlientIn ist änderungsmotiviert, wenn sie positive Konsequenzen oder Verstärker antizipiert und zuversichtlich ist, sie zu erreichen (die Erwartungskomponente), und wenn sie gute Gründe hat, sich dahin zu verändern, also wenn die Anreizqualität des Ziels hoch ist (die Wertkomponente). Ein Bedürfniszustand kann dabei als Ist-Sollabweichung angesehen werden, das Streben nach Homöostase als kontinuierlicher Prozess (vgl. auch Kap. 3.1.3). Im Problemlösemodell wird das unbefriedigte Bedürfnis als Problemzustand angesehen, dem ein nicht realisierter positiver Zielzustand gegenübersteht, in dem das Bedürfnis befriedigt wird. Zudem existieren potentielle Mittel und Wege um von Problem zum Zielzustand zu gelangen. In der Selbstmanagementtherapie wird eine Positivmotivierung durch die Unterstützung bei der Suche nach subjektiv wichtigen Zielen und Werten dem Erhöhen von Leidensdruck vorgezogen.

Ein Merkmal von Therapiemotivation sei ihre Situationsspezifität: Bei jeder Einzelhandlung und -entscheidung während des Therapieprozesses spielt die Variable Therapiemotivation eine Rolle, da es kein unmotiviertes Handeln gibt. Die Frage, *ob* eine KlientIn motiviert ist oder widerständig, macht demnach keinen Sinn. Vielmehr hat die TherapeutIn die Aufgabe, die KlientIn ggf. bei der Suche danach zu unterstützen, *wozu* diese zum gegenwärtigen Zeitpunkt motiviert ist, d.h. auf welches Ziel hin und mit welcher Intensität.

Therapiemotivation wird zudem als variabel und prinzipiell veränderbar angesehen. Die optimistische Sichtweise, dass Motivation der KlientIn beeinflussbar ist, führt auch zur zentralen therapeutischen Aufgabe, diese zu unterstützen.

Kanfer et al. gehen weiter davon aus, dass es eher die Ausnahme darstellt, wenn KlientInnen zu Therapiebeginn sofort „zur Tat schreiten“ können (ein Phänomen, das unten als „Actionphase“ bezeichnet wird, s. Kap. 3.1.4.5). Vielmehr sei zu erwarten, dass KlientInnen vage motiviert in Therapie kommen in belastendem Ausgangszustand und mit noch unklaren Zielvorstellungen. Sie suchen Therapie auf und wollen sich gleichzeitig nicht ändern (ein Phänomen, das unten als „Contemplationphase“ bezeichnet wird, s. Kap. 3.1.4.5). Die Autoren unterstreichen dabei, dass diese Ambivalenz zu Beginn einer Therapie zu erwarten und normal sei. Mandler (1975) wies darauf hin, dass Änderung prinzipiell aversiv ist, weil Menschen nach Gleichgewichtszuständen streben. Die Aufgabe lebensnotwendiger Verhaltensmuster kann dabei zu starken Ängsten führen (White, 1959). Für die KlientIn muss der erwartete subjektive Nutzen einer Änderung also den Aufwand und die subjektiven Kosten übersteigen. Auch bei der realistischen Einschätzung der Konsequenzen einer Änderung und dem notwendigen Aufwand kann und muss die TherapeutIn die KlientIn unterstützen.

Einen besonderen Stellenwert im Selbstmanagementansatz hat die intrinsische Motivation der KlientIn. *„Gerade in unserem Selbstmanagement-Ansatz, der die Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln zum Ziel hat, ist der Aufbau intrinsischer oder selbstregulatorischer Motivation oberstes Ziel“* (Kanfer et al., 2000, S.69).

Intrinsisch motivierte Personen können sich von externen Anreizen und Verstärkern unabhängig machen und ihre eigenen Tätigkeiten als in sich befriedigend erleben (Deci & Ryan, 1985). Eine Maximierung an Entscheidungsfreiheit in der Therapie ist dabei essentiell wichtig. Das Setzen und Erreichen eigener Ziele und das Schreiten in angemessenen Schritten, die herausfordernd, aber nicht überfordernd sind im Sinne einer Akkomodation bestehender Schemata sensu Piaget (1946), fördert intrinsische Motivation.

Folgende postulierte Merkmale des Konstrukts „Therapiemotivation“ scheinen für eine Konzeption hilfreich:

1. Menschen sind immer motiviert. Motivation auf ein bestimmtes Ziel (z.B. Veränderung in der Therapie) ist dabei sehr variabel und fluktuierend.
2. Motivation ist veränderbar und in der Interaktion beeinflussbar. Es ist eine zentrale therapeutische Aufgabe, die Motivation der KlientIn zu klären und die Änderungsmotivation zu unterstützen.
3. Zu Therapiebeginn stellt Ambivalenz zwischen den Motiven, etwas ändern zu wollen und nichts ändern zu wollen, den Normalfall dar.
4. Therapie sollte die intrinsische Motivation der KlientIn unterstützen, um Selbstkontrollfähigkeiten zu fördern.

3.1.4.4 Therapiemotivation im Lösungsfokussierten Ansatz

Der Lösungsfokussierte Ansatz basiert auf der Arbeit von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg. De Shazer wurde wiederum von Theorien zur Kommunikation von Bateson (Bateson et al., 1956; Bateson, 1972) und dem psychotherapeutischen Ansatz Milton Ericksons (Haley, 1973) beeinflusst.

Der Ansatz wendet sich vom Paradigma des Problemlösens ab, das in den helfenden Berufen vorherrscht. Helfen als Problemlösen ist stark vom „medizinischen Modell“ beeinflusst: Erst wenn das Problem (hier: die psychische Störung) genau diagnostiziert wurde, die Ursache erkannt wurde, kann eine Lösung (eine störungsspezifische Intervention) eingeleitet werden. Auf die Praxis der Psychotherapie übertragen bedeutet das, dass eine genaue Exploration und Analyse des Problems einen großen Raum einnehmen muss – d.h. „Problemsprache“ gesprochen werden muss (s.a. Kap. 3.2.5).

Dem entgegen gesetzt sehen de Shazer (1996) und de Jong & Berg (2008) das „Lösungen-finden“. Rappaport (1981) sieht fundamentale Unterschiede zwischen Krankheiten, für die das medizinische Modell des Problemlösens gut anwendbar ist, und den psychosozialen Problemen, weswegen KlientInnen eine Psychotherapie aufsuchen. Die interaktionelle Vernetztheit (im verhaltenstherapeutischen Jargon: Funktionalität) psychischer Probleme führt dazu, dass sich keine linearen Lösungen aus dem Problem ableiten lassen. Auf der Suche nach „anständigen“ Lösungen sind vielmehr divergierendes Denken und die Wahrnehmungen der KlientIn von entscheidender Bedeutung. Im lösungsfokussierten Ansatz wird versucht, die KlientInnen zu ermächtigen (empowerment), ihre Lösung zu finden: Durch eine therapeutische Haltung des „Nichtwissens“ und Ernstnehmens der KlientIn als ExpertIn und den Fokus auf die Ziele und Ressourcen der KlientIn, werden gemeinsam Lösungen entdeckt und konstruiert (de Jong & Berg, 2008).

Im lösungsfokussierten Ansatz wird eine radikale Gegenposition zum Eigenschaftskonzept der Therapiemotivation und des Widerstands eingenommen: Motivation zur Veränderung wird durch die Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn konstituiert. Durch das gemeinsame Sprechen über und Fokussieren der Aufmerksamkeit auf bestimmte Bereiche (Problem, Ziel, Kompetenzen des Klienten, Ausnahmen etc.) entstehen Wirklichkeiten, die zu einem gemeinsamen Arbeiten in Richtung Ziel (und damit hoher Therapiemotivation!) führen oder zu einem gemeinsamen Klagen über ein Problem, an dessen Lösung die KlientIn sich nicht beteiligt sieht (was in anderen Ansätzen als „Widerstand“ beschrieben wird) oder zu gar keiner Identifizierung eines Problems und Ziels, so dass kein gemeinsames Arbeiten weitererfolgen kann.

Drei Arten von Interaktionen⁷ werden unterschieden, zu deren Konstruktion TherapeutIn wie KlientIn beitragen können (deJong & Berg, 2008): Eine Kundenbeziehung ist entstanden, wenn es KlientIn und TherapeutIn gelungen ist, gemeinsam ein Problem und ein Ziel bzw. eine Lösungsvision zu identifizieren. Die KlientIn sieht sich dabei selbst als Teil der Lösung und ist bereit, an dieser zu arbeiten. Übertragen auf unsere Thematik könnte man sagen, dass die Kundenbeziehung für eine hohe Änderungsmotivation steht.

Eine Klagendenbeziehung liegt vor, wenn KlientIn und TherapeutIn zwar gemeinsam eine Klage oder ein Problem identifizieren konnten, aber keine Rolle der KlientIn beim Prozess des Lösungsfindens. Die Beziehung gestaltet sich vielmehr so, dass die KlientIn z.B. andere Personen als Teil der Lösung sieht und die Erwartung an die

⁷ In der neuesten Auflage des Buchs von de Jong & Berg (2008) werden die Interaktionsarten nicht mehr mit Kunde, Klagender und Besucher bezeichnet, um nicht ungewollt doch eine Persönlichkeitszuschreibung vorzunehmen, sondern die Relevanz der *gemeinsamen* Etablierung einer Wirklichkeit hervorzuheben.

TherapeutIn hegt, diese zu ändern, sie dabei zu unterstützen, diese zu ändern, oder ihr nur beim Klagen zuzuhören ohne jeglichen Änderungswunsch.

Als Besucherbeziehung wird schließlich eine Interaktion bezeichnet, in der TherapeutIn und KlientIn weder eine Klage über ein Problem noch ein Ziel entdecken. Diese Beziehung entsteht häufig, wenn Personen gezwungen werden, eine Therapie aufzunehmen und „NebenklientInnen“ existieren, die Auftraggeber der Therapie sind wie z.B. Eltern, Ehefrau oder Richter.

Die Klagendenbeziehung konstituiert keine Änderungsmotivation, die Besucherbeziehung weder Motivation, sich zu ändern, noch Motivation, überhaupt in die Therapie zu kommen.

Interaktionsart	Beschreibung	Therapiemotivation
Besucherbeziehung	KlientIn und TherapeutIn identifizieren kein Problem und kein Ziel.	Weder Teilnahme-, noch Änderungsmotivation
Klagendenbeziehung	KlientIn und TherapeutIn identifizieren ein Problem, aber kein Ziel, an dem die KlientIn arbeiten kann.	Teilnahmemotivation, aber keine Änderungsmotivation
Kundenbeziehung	KlientIn und TherapeutIn identifizieren klares Ziel, an dem die KlientIn arbeiten kann.	Teilnahme-, und Änderungsmotivation

Tab. 3.1: Gegenüberstellung der Interaktionsarten und der damit verbundenen Therapiemotivation.

Die Annahme, dass Änderungsmotivation und Widerstand nicht als Persönlichkeitsmerkmale anzusehen sind, hat hohe praktische Konsequenzen! In Eigenschaftsansätzen werden KlientInnen, mit denen eine Besucherbeziehung besteht, als „unkooperativ“ und „widerständig“ gegenüber dem Behandlungskonzept angesehen, was mit einer tiefer sitzenden Pathologie erklärt werden muss, z.B. einer Persönlichkeitsstörung. Wie bereits gezeigt wurde, führt diese Erwartung des Widerstands u.a. zu Behandlungspessimismus und Selbsterfüllenden Prophezeiungen (s. Kap. 3.1.4.1). Aus dieser Sichtweise resultiert also der Versuch, die „widerständige“ KlientIn durch Konfrontation mit der „Wahrheit“ zur Einsicht zu bringen, was den Widerstand gegenüber den aufgezwungenen Interventionen nur noch erhöht.

Der Lösungsfokussierte Ansatz sieht die TherapeutIn dagegen in der Verantwortung, die KlientIn bei der Entdeckung ihrer Kompetenzen zu unterstützen, um ein befriedigenderes Leben führen zu können – wenn sie das will!

Mit der Annahme, dass Änderungsmotivation durch die Beziehung konstituiert wird, hängt auch eine zweite wichtige Annahme zusammen: Die Beziehung und damit auch die Motivation ist veränderbar.

Die TherapeutIn nimmt aus einer Haltung des Nichtwissens die KlientIn in ihren Wahrnehmungen des Problems ernst, versucht durch offene Fragen sie dazu einzuladen, diese zu reflektieren, in Worte zu fassen und gegebenenfalls zu ändern. Die KlientIn wird grundsätzlich als kompetent dafür gehalten, ihre Probleme zu lösen. Indem die Aufmerksamkeit durch Fragen z.B. aufs Ziel oder auf ihr Verhalten in der Zielvision verlagert wird, wird sie eingeladen, von der Problemsprache zur Lösungssprache zu wechseln. Die Wahrnehmungen der KlientIn machen grundsätzlich Sinn, sie wird für diese aber auch verantwortlich gemacht. Die KlientIn ist selbstbestimmte ExpertIn ihrer selbst mit allen Freiheiten (z.B. IHR Ziel zu definieren), aber auch allen Pflichten (nur SIE kann Änderungsschritte gehen, und sie muss sich ernst nehmen in dem, was sie äußert) und allen Kompetenzen (ihr wird unterstellt, dass sie dazu fähig ist).

Wird die TherapeutIn als Teil des Systems der KlientIn angesehen, kann Widerstand als einzigartiger Weg der KlientIn zu kooperieren betrachtet werden (de Shazer, 1984): Die KlientIn teilt so der TherapeutIn mit, dass die vereinbarte Aufgabe nicht zu ihrer Art der Lösung passt. Der Widerstand liegt dann auf der Seite der TherapeutIn, die KlientIn nicht ernst zu nehmen oder ihr nicht richtig zuzuhören (de Jong & Berg, 2008). Wird dem „Widerstand“ der KlientIn eine sinnvolle Absicht unterstellt, kann er so als konstruktives, kooperatives Verhalten genutzt werden (Erickson, 1967).

„Any of the possibilities constitute responsive behavior. Thus a situation is created in which the subject client can express his resistance in a constructive, cooperative fashion; manifestation of resistance by a subject is best utilized by developing a situation in which resistance serves a purpose“ (Erickson, 1967; S.20).

De Shazer (1984) streicht mit Verweis auf Erickson (Haley, 1967) und buddhistische Ideen heraus, dass es nützlicher für Therapie ist, Veränderung als erwartbaren, unvermeidbaren, ständig ablaufenden Prozess und Stabilität als Illusion anzusehen. Die Unterstellung und Erwartung der Veränderung (durch z.B. Fragen, nach dem wann und nicht ob) erleichtert das tatsächliche Eintreten der Veränderung.

Zusammengefasst sind folgende Punkte für die hier behandelte Thematik von hoher Relevanz:

1. Therapiemotivation wird als interaktionaler Prozess angesehen. Die Veränderung der Wahrnehmung und Definition des Problems ist das Ergebnis einer Interaktion! Das Verhalten der TherapeutIn ist dabei genauso wichtig wie das der KlientIn für die Etablierung eines gemeinsamen Sprechens über Lösungen und damit der Motivation.
2. Therapiemotivation wird als grundsätzlich veränderbar angesehen. Durch eine Veränderung der Art der Interaktion, kann sich auch die Therapiemotivation ändern.

3.1.4.5 Therapiemotivation im Transtheoretischen Modell: Die Stages of Change

Im transtheoretischen Modell wird Verhaltensänderung als Prozess konzeptualisiert, der sich in 6 Phasen vollzieht (Prochaska & Di Clemente, 2005, Prochaska & Norcross, 2002): Precontemplation (Absichtslosigkeit, keine Problembewusstheit), Contemplation (Absichtsbildung, Nachdenklichkeit), Preparation (Vorbereitung, Entscheidung), Action (Handlung), Maintenance (Aufrechterhaltung) und Termination (Beendigung).⁸

Als *Precontemplation* wird eine Stufe bezeichnet, auf der die Person keine Absicht zur Verhaltensänderung in absehbarer Zukunft hat. Während die Person kein Bewusstsein eines Problems besitzt, sehen Personen ihrer Umwelt wie Familie, Freunde, Nachbarn oder Arbeitskollegen ein Problem: Daher kommen „Precontemplators“ häufig aufgrund externen Drucks in die Therapie und fühlen sich zu einer Veränderung gezwungen, weil z.B. die Ehefrau mit Scheidung droht oder der Arbeitgeber mit Kündigung.

Es wurden verschiedene Versuche angestellt, die „stages of change“ zu messen. Für eine diskrete Kategorisierung der Precontemplationphase wurde das Kriterium angelegt, dass die Person in den nächsten 6 Monaten *keine ernsthafte Absicht* hat, das relevante Verhalten zu verändern (ein Wunsch danach ist dabei noch keine ernsthafte Absicht!). Wenn die stages of change als kontinuierliche Dimension konzeptualisiert wurden (was m.E. nach aus theoretischen Gesichtspunkten sinnvoller ist, siehe Kap. 3.1.5.4), waren typische Items dieser Stufe „As far as I’m concerned, I don’t have any problems that need changing“ oder „I guess I have faults but there’s nothing that I really need to change“ (Prochaska & Norcross, 2002, S. 303).

Personen auf dieser Stufe „zeigen Widerstand“ und werden demnach häufig als „nicht therapierbar“ oder „unmotiviert“ beschrieben (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Precontemplation wird als stabilste aller Stufen angesehen, eine Veränderung zur nächsten Stufe ist ohne aktive Intervention relativ unwahrscheinlich (Grimley et al., 1994; Prochaska et al., 1991).

Auf der Stufe der *Contemplation* sind sich Personen ihres Problems bewusst, denken ernsthaft darüber nach, etwas dagegen zu unternehmen, haben aber noch keine sich verpflichtende Absicht erklärt, notwendige Handlungen einzuleiten. In dieser Phase des Abwägens können Menschen ebenso lange stecken bleiben (Prochaska & DiClemente zeigten 1983, dass der größte Teil einer Stichprobe von 200 Rauchern, die selbstständig mit dem Rauchen aufhören wollten, nach 2 Jahren noch in der Phase der

⁸ Im weiteren Text werden die englischen Stufenbezeichnungen beibehalten, um unnötigen Missverständnissen vorzubeugen. Das Modell besitzt im englischsprachigen Raum die größte Verbreitung, einheitliche Übersetzungen der Stufenbezeichnungen ins Deutsche haben sich meines Wissens noch nicht durchgesetzt.

Contemplation geblieben waren). Die positiven Seiten des dysfunktionalen Verhaltens und der Aufwand einer Veränderung werden auch in Rechnung gestellt, so dass die Personen einer Veränderung sehr ambivalent gegenüber stehen: Vor- und Nachteile einer Veränderung wiegen sich auf. Das Stecken in der Ambivalenz ist charakteristisch für diese Stufe. Personen nehmen sich chronisch etwas vor und zögern die Umsetzung hinaus (Prochaska, 2001).

Als diskretes Maß dieser Stufe gilt, dass diese Personen ernsthaft überlegen, in den nächsten 6 Monaten ihr Problemverhalten zu verändern. Items wie „I have a problem and I really think I should work on it“ oder „I’ve been thinking that I might want to change something about myself“ geben den Kern der Stufe wieder: die ernsthafte Abwägung einer Verhaltensänderung.

Personen auf der Stufe *Preparation* haben die klare Absicht geäußert, innerhalb des nächsten Monats Zielverhaltensweisen durchzuführen. Zudem berichten sie bereits von ersten kleinen Schritten („baby steps“), die erklärte Intention in Handlung umgesetzt zu haben. Diese Stufe wird also sowohl durch motivationale (die Erklärung einer Intention) wie auch behaviorale Merkmale (bereits gezeigtes Verhalten) gekennzeichnet. Hauptmerkmal ist das Äußern einer klaren Entscheidung für die Verhaltensänderung. Die Personen haben konkrete Pläne, ihre Absicht in die Tat umzusetzen, die ersten Schritte dazu waren aber noch nicht so erfolgreich, dass sie dem Zielverhalten entsprechen. Die Stufe der *Preparation* erscheint als eine weniger stabile „Durchgangsstufe“ (Keller, Velicer & Prochaska, 1999). In den dimensionalischen Maßen weisen die Personen hohe Werte sowohl auf der *Contemplation*- als auch auf der *Action*-Skala auf.

In der *Action*-Phase führt die Person aktiv Zielverhaltensweisen anstatt des problematischen Verhaltens aus. Dazu sind Entschlossenheit und die Übernahme von Anstrengungen notwendig. Personen werden hier zugeordnet, wenn sie erfolgreich das Zielverhalten in einer Periode zwischen einem Tag und 6 Monaten umsetzen. Die Modifikation Richtung Zielverhalten zu einem akzeptablen Kriterium (einer klinischen Verbesserung, Prochaska, 2001) und signifikant erkennbare Anstrengung sind die Hauptmerkmale der *Action*-Stufe. Items wie „I am really working hard to change“ und „Anyone can talk about change; I am actually doing something about it“ kennzeichnen somit die *Action*-Skala. Auf dieser Stufe zeigen die Personen im Gegensatz zur *Preparation* klarere sichtbare Veränderungen im Verhalten, worauf die Umwelt demnach auch stärker reagiert. Da diese Phase den größten Aufwand von der KlientIn abverlangt, besteht hier das größte Risiko eines Rückfalls in frühere Phasen (Keller, Velicer & Prochaska, 1999).

Personen, die aktiv daran arbeiten, Rückfälle ins alte Problemverhalten zu verhindern und die erzielten Fortschritte Richtung Zielverhalten weiter zu festigen, befinden sich auf der Stufe der *Maintenance*. Als diskretes Kriterium wird eine Zeitspanne über 6 Monate, in der das Zielverhalten kontinuierlich gezeigt wurde, für diese Stufe angelegt. Als Hauptmerkmale werden stabilisierende Verhaltensänderung und Vermeidung von Rückfällen angesehen. Die aktive Vermeidung von Rückfällen kann für bestimmte Personen auch einen lebenslangen Prozess darstellen.

Personen, die nicht mehr an einer „Rückfallprävention“ ins alte Verhalten arbeiten müssen, befinden sich auf der Stufe der *Termination*. Hohe Zuversicht, das Zielverhalten beibehalten zu können, bei fehlender Versuchung, in alte Verhaltensmuster zurückzufallen, wird als Kennzeichen angegeben. Personen haben kein Bedürfnis mehr nach altem Problemverhalten, sie haben sozusagen den Kreis der Veränderung verlassen (in einer Studie zu ehemaligen Rauchern und Trinkern wurde gezeigt, dass nur 20% diese Stufe erreichten; Snow, Prochaska & Rossi, 1992).

Rückfälle bei einer Änderung eines problematischen Verhaltens sind jedoch eher die Regel als die Ausnahme. Der Prozess der Veränderung sollte demnach auch nicht als lineare Fortschreitung, sondern als Spirale aufgefasst werden (s. Abb. 3.4): Nachdem Personen die Phasen erfolgreich durchlaufen haben, kann es zum Rückfall kommen. Falls diese als peinliche Fehlschläge erlebt werden, können die Personen unmotiviert sein, es noch einmal zu versuchen, und in der Phase der *Precontemplation* verharren.

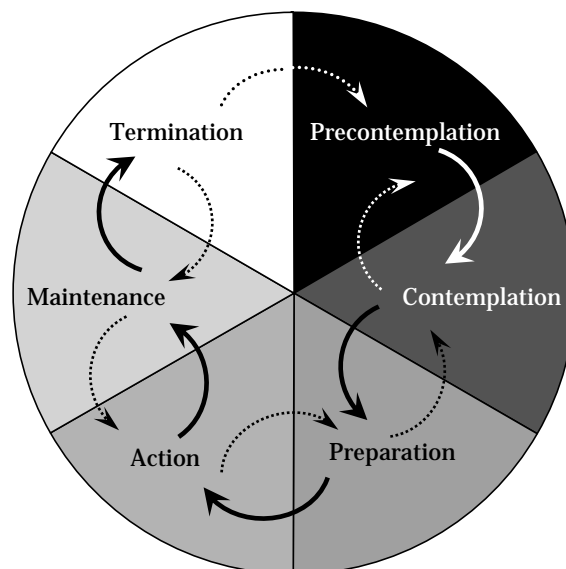


Abb. 3.4: Die Stages of Change des Transtheoretischen Modells.

Es konnte gezeigt werden, dass je nach Stufe der Veränderung (bzw. je nach Stufe der Therapiemotivation) unterschiedliche Prozesse zu einer Entwicklung auf die nächste Stufe führen. „Twenty years of research in behavioral medicine and psychotherapy

converge in showing that different processes of change are differentially effective in certain stages of change“ (Prochaska & Norcross, 2002, S. 308; s.a. Rosen, 2000).

Interventionen, die nicht zu den Stufen passen, können das Ergebnis sogar verschlechtern: „providing interventions that are mismatched to stage can make outcome markedly worse“ (Prochaska & Norcross, 2002, S. 310). Typische Fehler sind zu lange einsichtsorientiert zu arbeiten, wenn die KlientIn schon handlungsbereit ist, oder Verhalten verändern zu wollen, bevor die KlientIn die Entscheidung dazu getroffen hat. Die ermittelte Stufe einer KlientIn ist zudem ein Prädiktor für Therapieabbrüche (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999) und Therapieoutcome (Ockene, Kristellar, Ockene & Goldberg, 1992): Precontemplators hörten vorzeitig auf und hatten geringere Erfolgswerte. Zudem konnte gezeigt werden, dass KlientInnen, die innerhalb des ersten Monats von einer Stufe zur nächsten gelangen, ihre Chancen auf ein verändertes Verhalten verdoppeln (Prochaska, DiClemente, Velicer, Ginpil & Norcross, 1985) – ein Befund, der die Bedeutsamkeit der Anfangsphase der Therapie unterstreicht!

Da sich die meisten der KlientInnen zu Therapiebeginn nicht in einer Action-Phase befinden, müssen sich die therapeutischen Angebote auf diese frühen Phasen (in der die Therapiemotivation von erheblicher Bedeutung ist) einstellen. Realistisches Ziel für KlientIn wie TherapeutIn ist auf die nächste Stufe zu gelangen: *„Helping patients break out of that chronic, stuck phase of precontemplation is a therapeutic success, since it about doubles the chances that patients will take effective action in the next 6 months.“* (Prochaska & Norcross, 2002, S. 311).

Resümierend werden folgende Punkte festgehalten, die für eine Konzeptualisierung von „Therapiemotivation“ Berücksichtigung finden sollen:

1. Motivation zur Veränderung ist kein stabiles Merkmal. Die Veränderung der Therapiemotivation kann in aufeinander abfolgenden Phasen reliabel beschrieben werden.
2. In unterschiedlichen Stufen der Therapiemotivation sind unterschiedliche Interventionen notwendig, um zur nächsten Stufe zu gelangen. Eine Anwendung von nicht zur individuellen Stufe der Therapiemotivation passenden Intervention kann sogar negative Effekte auf das Therapieoutcome haben!
3. Kriterien für erfolgreiche Interventionen müssen stufenspezifisch angelegt werden: Eine Intervention bzw. ein Beziehungsangebot sollte als erfolgreich gelten, wenn die KlientIn dabei unterstützt wird, von einer zur nächsten Stufe zu gelangen. Befindet sich eine KlientIn auf den Stufen der Precontemplation oder Contemplation zu Therapiebeginn, die als relativ stabil gelten, ist es deutlich schwieriger, die nächste Stufe zu erreichen. Die Therapie sollte als erfolgreich gewertet werden, wenn die KlientIn die nächsthöhere Stufe erreicht hat, auch wenn sich dies noch nicht in stabil verändertem Verhalten (wie auf der Actionstufe) ausdrückt. Die jeweilige Intervention

und das jeweilige Beziehungsangebot können uns wichtige Informationen für den Umgang mit dieser schwierigen Phase liefern!

4. Die Anfangsphase der Therapie ist von hoher Bedeutsamkeit für den Therapieoutcome: Gelingt ein Phasenübergang im ersten Monat, verdoppeln sich die Chancen auf einen Erfolg.

3.1.4.6 Therapiemotivation im Motivational Interviewing

Dieser Ansatz wurde von William R. Miller und Stephen Rollnick zunächst für den Umgang mit KlientInnen aus dem Suchtbereich entwickelt. In der zweiten Auflage ihres Werkes sehen die Autoren diese Art der Gesprächsführung aber als übertragbar auf jegliche Kommunikation an.

Motivational Interviewing (MI) wird definiert als „*a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring and resolving ambivalence*“ (Miller & Rollnick, 2002, S. 25). Beim MI stehen die gegenwärtigen Interessen und Probleme der KlientIn im Mittelpunkt, in diesem Sinne ist der Ansatz eine Weiterentwicklung der klientenzentrierten Therapie Carl Rogers. MI geht aber bewusst direktiv vor: Es wird gezielt versucht, Ambivalenzen zu erforschen und aufzulösen, damit sich so die intrinsische Motivation der KlientIn zu einer Änderung des problematischen Verhaltens steigert. Der Ansatz versteht sich dabei nicht als eine Ansammlung von Motivationstricks oder -techniken, sondern als eine Art der Kommunikation, die Motivation zur Veränderung unterstützen kann, der eine bestimmte Haltung zugrunde liegt. Dabei handelt es sich immer um die Förderung der intrinsischen Motivation der KlientIn, sich zu ändern, also um ihre eigenen Werte.

Das Konzept der *Ambivalenz* spielt eine zentrale Rolle im MI und soll hier näher ausgeführt werden. Miller und Rollnick gehen davon aus, dass ein Hin- und Herschwanken zwischen den Seiten Verhaltensänderung und Beibehaltung des Status Quo ein normales psychisches Phänomen ist. Ambivalentes Verhalten, Gedanken und Gefühle tauchen bei Menschen auf, die sich in einem Konflikt befinden, z.B. im Konflikt zwischen Annäherung und Vermeidung (Dollard & Miller, 1950), wenn es z.B. gute Gründe gibt, mit dem Trinken aufzuhören, als auch gute Gründe, weiterzutrinken. Ähnlich wie im Transtheoretischen Modell (s.o.) wird angenommen, dass ein Stadium der Ambivalenz zum natürlichen Prozess der Veränderung dazugehört und somit nicht als pathologisch anzusehen ist. Menschen, die sich nicht entscheiden können, ob sie sich verändern wollen oder nicht, die also in dieser Ambivalenz stecken bleiben, könnten von außen betrachtet als „widerständig“ beschrieben werden (im Sinne des Eigenschaftsansatzes). Im MI wird „Widerstand“ (bzw. Sustain-talk, S. Kap. 3.2.5) dagegen als die eine Seite der „Entscheidungswaage“

angesehen, dem das Konzept des „Change-talk“ entgegengesetzt ist. „Change-talk sind die Äußerungen, mit denen Klienten ihre Fähigkeit, ihre Bereitschaft, ihre Gründe, ihre Wünsche und ihre Selbstverpflichtung für eine Veränderung zum Ausdruck bringen“ (Miller & Rollnick, 2004, S.25).



Abb. 3.5: Ambivalenz als natürliches Phänomen der Veränderung. Therapiemotivation wird als Medaille mit den 2 Seiten Widerstand und Change-talk angesehen (Miller & Rollnick, 2004, S.34).

Der Entscheidungsprozess zwischen Veränderung und Beibehalten des Status Quo muss dabei weder bewusst ablaufen, noch rational geführt werden: Auch wenn viel mehr Gründe für eine Veränderung sprechen, kann ein bestimmtes „Argument“ für die Beibehaltung besondere Bedeutung haben.

Es konnte nun gezeigt werden, dass der interaktionelle Therapeutenstil beeinflusst, wie groß der Anteil des Change-talk und des Widerstands – der 2 Seiten der Medaille Ambivalenz – in einer Therapiestunde ist (Patterson & Forgatch, 1985; Miller, Benefield & Tonigan, 1993, s.a. Kap. 3.2.5). Die Häufigkeit der Äußerungen einer KlientIn, sich zu ändern oder beim „Problemverhalten“ zu bleiben, sagte wiederum die tatsächliche Verhaltensänderung voraus (Miller & Rollnick, 2002, S. 21): Je mehr Widerstand KlientInnen mit Alkoholproblemen in Sitzungen äußerten, umso mehr Alkohol wurde von diesen im folgenden Jahr konsumiert. Letzteren Befund erklären sich die Autoren mit der Selbstwahrnehmungstheorie Bems (1967, 1972): Hört sich eine Person dabei zu, wie sie für eine bestimmte Position argumentiert, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sie auch danach handelt.

Das Motivational Interviewing stellt einen bestimmten „Spirit“, übergeordnete Prinzipien und Methoden zur Verfügung, wie Change-talk der KlientIn gefördert und Widerstand umgelenkt werden kann. An dieser Stelle soll nur auf die grundlegende postulierte interaktionelle Dynamik eingegangen werden, um dem Ziel dieses Kapitels, der Erstellung eines hilfreichen Modells von Therapiemotivation, einen weiteren Baustein hinzuzufügen.

Sehr ähnlich wie in bereits angeführten Ansätzen sehen Miller und Rollnick (2004) Motivation als zwischenmenschliches Phänomen an: *„Motivation für eine Veränderung kann nicht nur durch den zwischenmenschlichen Kontext beeinflusst werden, sondern geht in direkter Weise daraus hervor“* (S. 42). Versucht eine TherapeutIn z.B. eine ambivalente KlientIn durch Konfrontationen mit ihrem problematischen Verhalten oder Ratschlägen zu einer Veränderung zu überreden, ist es wahrscheinlich, dass diese die Gegenposition einnimmt: Da momentan beide Schalen der Waage mehr oder minder gleich starke Gewichte für sie beinhalten, die TherapeutIn aber versucht, das eine Gewicht direkt zu verstärken, muss die KlientIn für die andere Seite argumentieren, um die eigene Ambivalenz zum Ausdruck zu bringen. Die innere Ambivalenz der KlientIn wird explizit ausgetragen, TherapeutIn und KlientIn nehmen die jeweiligen Positionen ein. Als TherapeutIn, die annimmt, die KlientIn habe den „richtigen Weg“ nur noch nicht begriffen, könnte man jetzt verführt sein, weiter für die Veränderung zu argumentieren, worauf die KlientIn wiederum mit „Widerstand“ antwortet. Eine Veränderung wird somit immer unwahrscheinlicher. Diese Art der Klientenreaktion lässt sich auch mit der Reaktanztheorie erklären: Wenn eine Person eine Einschränkung ihrer Freiheit, ein bestimmtes Verhalten auszuüben, wahrnimmt, wird dieses Verhalten umso attraktiver. Um Change-talk zu fördern, darf die TherapeutIn also möglichst nicht für die Seite der Veränderung direkt argumentieren.

Die Haltung im MI sieht vielmehr ein „inter-view“ vor, ein gemeinsames, empathisches Betrachten eines Gegenstandes. Die TherapeutIn versucht den Standpunkt der KlientIn zu verstehen und dieses Verständnis z.B. durch „Aktives Zuhören“ zum Ausdruck zu bringen (s.a. Kap. 3.2.4.2). Gleichzeitig versucht sie mit der KlientIn durch u.a. offene Fragen, Reflektieren der Ambivalenz und des Change-talk und Zusammenfassungen Diskrepanzen zwischen dem Ist- und dem Sollzustand zu entwickeln. Die Wahrnehmung einer Diskrepanz von der KlientIn zwischen gegenwärtigem und erwünschten Zustand ist notwendige Voraussetzung für eine Veränderung: Im Sinne des Transtheoretischen Modells könnte man sagen, dass eine KlientIn sich in der Phase der Precontemplation befindet, wenn sie gar keine Diskrepanz wahrnimmt. Die Wahrnehmung der Diskrepanz erhöht die Ambivalenz der KlientIn zunächst, sie kommt in die Phase der Contemplation. Das MI hat zum Ziel, diese Ambivalenz in Richtung einer Verhaltensänderung aufzulösen.

Widerstand tritt also nur im Rahmen einer Beziehung oder eines Systems auf und kann nicht als Eigenschaft einer Person angesehen werden. Das MI sieht die therapeutische Beziehung auf einer Dimension von Konsonanz und Dissonanz: Sind sich die Interaktionspartner einig über den Gegenstand des Gesprächs, das Ziel, die Geschwindigkeit des Vorgehens, ihre Rollen etc., spricht man von einer konsonanten

Beziehung. Widerstand ist demnach ein Signal für die TherapeutIn, ihr Interaktionsverhalten zu ändern.

Zusammenfassend sind für die Erstellung eines Arbeitsmodells der Therapiemotivation folgende Annahmen hervorzuheben:

1. Ambivalenz ist ein normales Phänomen. Ambivalenz ist eine natürliche Phase im Veränderungsprozess.
2. Motivation wird als zwischenmenschlicher Prozess angesehen. Es konnte belegt werden, dass die Art des therapeutischen Kommunikationsstils (Konfrontieren, Überreden vs. MI) die Häufigkeit der Äußerungen von Widerstand und Change-talk beeinflusst, die wiederum eine tatsächlichen Änderung vorhersagte.
3. Motivation wird somit als veränderbar angesehen.

3.1.5 Änderungsmotivation – ein Arbeitsmodell

Um das Konstrukt der Änderungsmotivation empirisch untersuchen zu können, ist es notwendig, eine möglichst konkrete Vorstellung davon zu bekommen, was man darunter verstehen will (s.a. Drieschner et al., 2004; vgl. Kap. 3.1.1).

Dieser Abschnitt baut auf den bisherigen Überlegungen zur „Therapiemotivation“ auf, die aus verschiedenen Perspektiven angestellt wurden (Kap. 3.1.1 - 3.1.4). Unter Berücksichtigung allgemeinspsychologischer Motivationstheorien, Konzeptualisierungen von Therapiemotivation aus Sicht wichtiger Psychotherapeutischer Ansätze und der referierten empirischen Befunde soll ein konsistentes Modell der Änderungsmotivation entwickelt werden. Das konstruierte Arbeitsmodell dient dazu, im empirischen Teil eine adäquate Erfassungsmöglichkeit von Änderungsmotivation zu entwerfen (Kap. 4).

3.1.5.1 Änderungsmotivation als interaktioneller Prozess

Bei der Konzeptualisierung von Änderungsmotivation ist die m.E. bedeutsamste und für die Therapie folgenschwerste Entscheidung, diese entweder als Disposition der KlientIn oder als interaktionellen Prozess zwischen KlientIn und TherapeutIn anzusehen.

Auf die Kritik eines Eigenschaftsansatzes der Therapiemotivation wurde bereits in Abschnitt 3.1.4.1 ausführlich eingegangen (v.a. Miller, 1985; Lieb, 1998) und die weitreichenden Konsequenzen des Dispositionismus für Therapieprozess und Outcome wurden besprochen. Eine interaktionistische Sichtweise wird somit auch von verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen vertreten (Kap. 3.1.4.3 - 3.1.4.6),

auch wenn sich diese in der Explizitheit und Ausarbeitung ihrer Annahmen zur Therapiemotivation als interaktionistischen Prozess deutlich unterscheiden.

Die Motivation der KlientIn, ihr Verhalten zu ändern, wird hier explizit als interaktioneller Prozess zwischen KlientIn und TherapeutIn angesehen. Änderungsmotivation wird dabei weder als Disposition der KlientIn verstanden, noch als Eigenschaft der Situation. Drieschner et al. kritisieren einen Situationismus der Therapiemotivation als unplausible „overreaction“ der zutreffenden Eigenschaftskritik (2004; S. 1124). Wenn Therapiemotivation als quasi emergente Eigenschaft einer Situation angesehen wird, wird m.E. versäumt, die Bedingungen einer Veränderung der Motivation und die Aufrechterhaltung dieser über die Therapiesitzung hinaus näher zu erklären.

Um anhaltende Motivation erklären zu können, wird hier auf das Konstrukt der „Motive“ zurückgegriffen (siehe auch Kap. 3.1.3). Motive werden hier aber nicht als Eigenschaften der KlientInnen angesehen. Vielmehr wird angenommen, dass zu einem Zeitpunkt viele unterschiedliche (und oft konträre) Motive potentiell bestehen können (Dörner, 1999a) und jede Verhaltensweise von einem Motiv (oder mehreren) gesteuert wird (s.u.a. Kanfer et al., 2006). Gleichzeitig spielt für das Realisieren von Verhalten (im weitesten Sinne) in Interaktionen aber der Interaktionspartner eine herausragende Rolle. So kann bestimmtem Verhalten (wie z.B. Change-talk oder Klagen) durch interessiertes Zuhören, Fragen etc. ein großer Raum gegeben werden. Durch Unterbrechungen, Fragen, die auf ein anderes Thema abzielen, Ignorieren etc. kann der Person aber ebenso wenig Gelegenheit gegeben werden, bestimmtes Verhalten zu zeigen (s.a. de Jong & Berg, 2008; Miller & Rollnick, 2004). In diesem Sinne kann Klientenverhalten von Therapeutenverhalten beeinflusst werden und Therapeutenverhalten von Klientenverhalten beeinflusst werden. Das Anbieten neuer Vorstellungen kann aber auch zur Konstruktion von neuen Bedeutungen führen und neues Verhalten anstoßen, ein Prozess der z.B. in der Motivations- und Zielklärung stattfindet. Auf unterschiedliche theoretische Ansätze, wie in der Therapeutischen Interaktion Verhalten und Bedeutung beeinflusst und konstruiert werden kann, wird in Kap 3.2 ausführlich eingegangen. Für die hier angestellten Überlegungen ist zunächst einmal wichtig, dass die TherapeutIn durch ihr in der Interaktion gezeigtes Verhalten (durch „Interventionen“ bzw. durch einen bestimmten interaktionellen „Stil“) immer bestimmtem Klientenverhalten mehr oder weniger Raum gibt und damit der Realisierung bestimmter Klientenmotive. Ein direkter Einfluss auf Klientenmotive und -verhalten wird natürlich nicht angenommen. Therapeutenverhalten wird vielmehr als ein potentieller Umweltfaktor der Konstruktion von Klientenverhalten angesehen und somit der Veränderung der intrinsischen Motivation (s. Kanfer et al., 2006; Miller & Rollnick, 2004; Kap. 3.1.4.3 & 3.1.4.6).

Es ist anzunehmen, dass nicht jede Verhaltensweise der TherapeutIn als bewusste Intervention betrachtet werden kann. Vielmehr drückt sich in einem bestimmten interaktionellen Stil auch die „Person“ der TherapeutIn, ihre „innere Haltung“ zur KlientIn, ihr Menschenbild etc. aus. Wenn unerwünschtes Klientenverhalten durch Verhaltensweisen unterstützt wird und erwünschtes verhindert, ist m.E. eine Reflexion dieses Stils (z.B. durch Selbsterfahrung und Supervision) notwendig.

Abbildung 3.6 versucht den Prozess der wechselseitigen Beeinflussung zu verdeutlichen: Ein motivgesteuertes Verhalten der KlientIn trifft auf die TherapeutIn und beeinflusst diese mehr oder weniger. Das motivgesteuerte Therapeutenverhalten beeinflusst wiederum das Klientenverhalten bzw. die Realisierung bestimmter Klientenmotive.

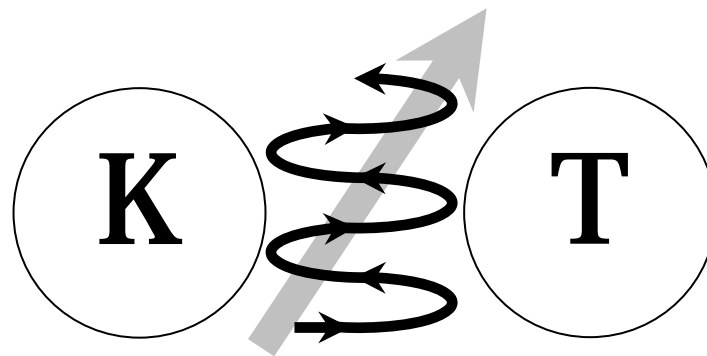


Abb. 3.6: Änderungsmotivation wird als interaktioneller Prozess zwischen KlientIn und TherapeutIn angesehen. Jedes Therapeutenverhalten kann in diesem Sinne danach beurteilt werden, welchem Klientenmotiv es Raum gibt und welchem nicht.

3.1.5.2 Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam

Wird von *der* Therapie- bzw. Änderungsmotivation gesprochen, kann der Eindruck entstehen, es handele sich um *ein* distinktes Motiv, nämlich entweder das Problemverhalten zu ändern oder es beizubehalten. Die Berücksichtigung einer individuellen, komplexen „Motivlandschaft“ scheint m.E. realistischer und für den Therapieprozess hilfreicher.

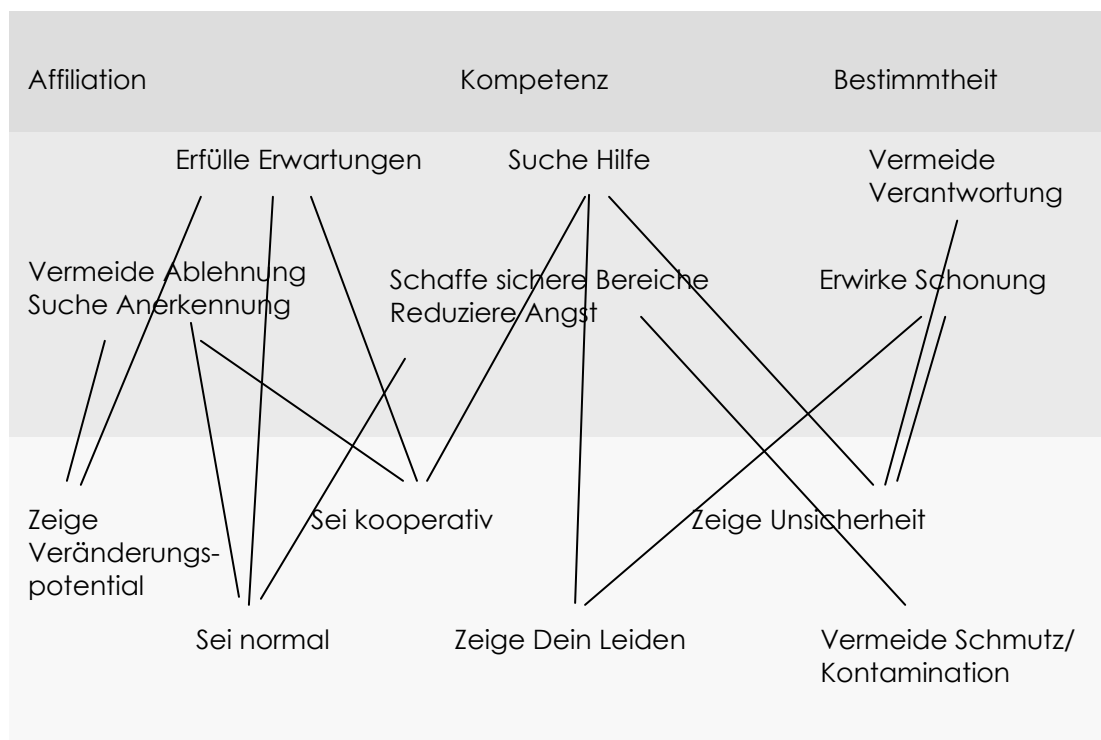


Abb. 3.7: Ausschnitt aus einer Plananalyse. Zur besseren Übersicht wurden nur drei Planebenen berücksichtigt, die durch unterschiedliche Schattierungen verdeutlicht werden.

Abbildung 3.7 zeigt einen Ausschnitt einer solchen Motivlandschaft einer KlientIn zu einem Therapiezeitpunkt. Zur Veranschaulichung wurden nur die Motive eingezeichnet, die am häufigsten in der Sitzung „aktiviert“ waren. Diese Motivlandschaft wurde mit Hilfe der Plananalyse erhoben (Caspar, 2007) und weist eine hierarchische Struktur auf: Am oberen Ende stehen Grundbedürfnisse, die auf Pläne höherer Ordnung (Oberpläne) verweisen (zu besseren Übersicht wurden diese Verbindungen nicht eingezeichnet). Pläne höherer Ordnung sind wiederum mit Plänen niedriger Ordnung verbunden (Unterplänen), die auf eine Vielzahl von Verhaltensweisen verweisen (auch auf die Aufführung der Verhaltensweisen wurde hier verzichtet). Auf die konkrete Methodik der Erstellung der Plananalyse (Caspar, 2007) wird unten ausführlich eingegangen (Kap 4.6).

Betrachtet man die Ebene der verhaltensnahen Unterpläne wird deutlich, dass in einer Sitzung unterschiedliche, zum Teil gegensätzliche Motive das Verhalten der KlientIn bestimmen können, die mit einer Veränderung oder Beibehaltung des Problemverhaltens (hier: der zwanghaften Neutralisierungen) in Verbindung stehen. „Zeige Veränderungspotential“, „Sei normal“ und „Sei kooperativ“ scheinen auf den ersten Blick eher änderungsfördernde Motive, „Zeige Dein Leiden“, „Zeige Unsicherheit“ und „Vermeide Schmutz/ Kontamination“ eher änderungshinderliche Motive zu sein. Die Änderungsmotivation der KlientIn nun als vorhanden oder nicht

vorhanden einzuschätzen, würde m.E. der Komplexität motivationaler Prozesse nicht gerecht werden und v.a. die Chance auf ein differentielles Therapeutenverhalten verbauen. Änderungsmotivation sollte vielmehr als ein hochindividuelles, komplexes Motivamalgam angesehen werden (vgl. Dörner, 1999a), das zu einem Zeitpunkt unterschiedliche, oft im Konflikt stehende Motive beinhaltet. Eine differenzierte Betrachtung der wichtigsten, individuellen, mit dem Problem- bzw. Zielverhalten in Verbindung stehenden Motive kann so zu wesentlich genaueren Aussagen führen als eine globale Erfassung von „Änderungsmotivation“.

In Abbildung 3.8 wird der Skizzierung des interaktionalen Prozesses von Änderungsmotivation der Aspekt der Vielschichtigkeit und Komplexität der Motivlandschaft hinzugefügt. Dabei stehen der Vielzahl der Klientenmotive, die eine Veränderung oder Beibehaltung des Problemverhaltens zum Ziel haben, mehr oder weniger bewusste Therapeutenpläne gegenüber, die einzelnen Klientenmotiven Gelegenheit zur Realisierung geben können oder nicht (s. 3.1.5.1).

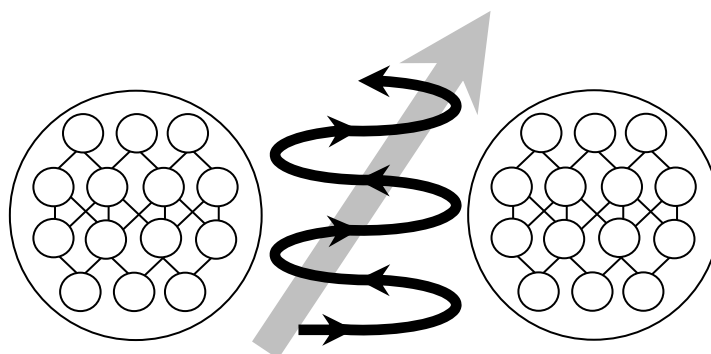


Abb. 3.8: Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam. Die Andeutung von Planstrukturen soll die Vielfalt relevanter Pläne auf Klienten- wie Therapeutenseite verdeutlichen.

3.1.5.3 Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand

Wenn Änderungsmotivation als komplexes Motivamalgam angesehen wird, das sich aus unterschiedlichen Teilmotiven zusammensetzt, dann kann weiter angenommen werden, dass diese Teilmotive nicht immer im Einklang miteinander stehen müssen. Wie in Abbildung 3.7 bereits angedeutet wurde, ist ein Zustand der Ambivalenz zwischen widerstreitenden Motiven möglich: Während einige Motive eine Veränderung des Problems zum Ziel haben (z.B. „Sei normal“), verfolgen andere eine Beibehaltung des Status Quo (z.B. „Vermeide Schmutz“). Gerade zu Therapiebeginn scheint m.E. eine mehr oder weniger ambivalente Änderungsmotivation auch wahrscheinlich: „Veränderungsmotive“ bringen die KlientIn zur Therapie, „Beibehaltungsmotive“ erklären, warum sie sich nicht selbst schon verändert hat.

Der Konflikt zwischen widerstreitenden Motiven bei der Veränderung von Problemverhalten wurde so auch von unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen thematisiert (z.B. Reinecker, 1999; vgl. Kap. 3.1.4). Andere Ansätze nehmen explizit eine ambivalente Therapiemotivation an (Prochaska & Norcross, 2002; Miller & Rollnick, 2004). Der Ansatz des Motivational Interviewing zielt eigens auf die Arbeit mit KlientInnen in ambivalenten motivationalen Zuständen ab (Miller & Rollnick, 2004; Kap. 3.1.4.6).

Abbildung 3.9 zeigt eine Erweiterung des beschriebenen Modells um die Komponente der ambivalenten Änderungsmotivation. Klientenmotive unterschiedlicher Farben sollen dabei die Dimensionalität der Veränderungsbereitschaft andeuten.

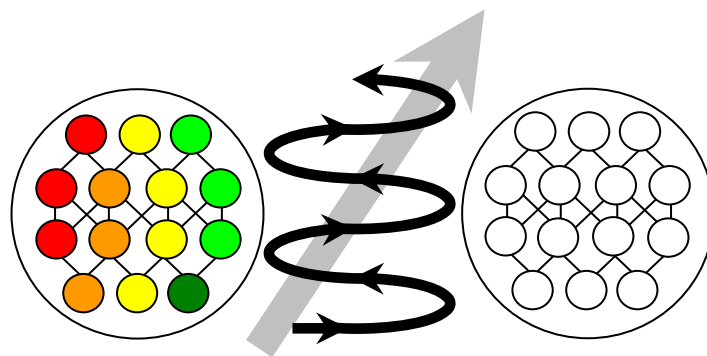


Abb. 3.9: Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand. Die unterschiedlichen Farben der Klientenmotive sollen die Dimensionalität der Veränderungsbereitschaft unterstreichen.

3.1.5.4 Der Prozesscharakter der Änderungsmotivation

Verschiedene psychotherapeutische Ansätze stellen Modelle der Veränderung mit unterschiedlichen Foki auf: Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2006) beleuchten in ihrem 7-Phasenmodell die Therapeutenseite, Grawe (1998) im Rubikonmodell sowie Prochaska & DiClemente (1983) im Modell der Stages of Change die Klientenseite, de Jong & Berg (2008) die Interaktion zwischen TherapeutIn und KlientIn. Vergleicht man die Modelle, lässt sich eine allen mehr oder weniger explizit angenommene Veränderungstheorie der Therapiemotivation erkennen (vgl. Kap. 3.1.2.2, 3.1.4.4, 3.1.4.5). Dabei spielt die Entscheidung zur Veränderung bzw. die Differenzierung in eine Phase vor und eine nach der Entscheidung in allen Modellen eine zentrale Rolle.

Wie bereits angeführt wird Änderungsmotivation hier nicht als Disposition der KlientIn, sondern als interaktioneller Prozess verstanden (s. 3.1.5.1). Eine Veränderung der Änderungsmotivation in diskreten Stufen, wie es im Modell der Stages of Change vorgeschlagen wird, scheint m.E. aber wenig plausibel (zur Kritik u.a. Drieschner et al., 2004). Motivation scheint vielmehr eine fluktuierende Variable, die ständig am Zu- und Abnehmen ist. Bei einer stufenförmigen Konzeptualisierung müsste man z.B. annehmen, dass bei einem Rückschritt von der „Actionphase“ zur „Contemplationphase“ sämtliche Versuche, Verhaltensschritte zu unternehmen, eingestellt werden, und die KlientIn nur noch am Abwägen ist.

Wird Änderungsmotivation nicht als *ein* Motiv, sondern als Amalgam vieler Teilmotive angesehen (s. 3.1.5.2), lässt sich eine kontinuierliche Veränderung besser erklären: Wie bereits im oben angeführten Beispiel beschrieben, können zu einem Zeitpunkt (einer Sitzung) verschiedene Motive aktiviert sein, die sich in ihrem Ausmaß der Veränderungsbereitschaft stark unterscheiden (s. Abb. 3.7). „Vermeide Schmutz/Kontamination“ könnte eher einer „Precontemplationsphase“ im Sinne der Stages of Change (Prochaska & Norcross, 2002) bzw. der Besucherbeziehung (de Jong & Berg, 2008) zugeordnet werden: Der KlientIn ist die Ausübung der Verhaltensweisen möglicherweise nur wenig bewusst. Die Realisierung des Motivs „Zeige Dein Leiden“ könnte der oben beschriebenen Klagendenbeziehung gleich kommen (s. 3.1.4.4). Weiter lässt sich annehmen, dass sich der Plan „Zeige Veränderungspotential“ eher der Actionphase zuordnen ließe bzw. die Interaktion eine Kundenbeziehung darstellen könnte. Während *einer* Therapiesitzung können also *mehrere Motive mit unterschiedlich großem Ausmaß an Veränderungsbereitschaft* realisiert werden.

Wenn nun änderungsfördernde Motive häufiger im Verlauf der Therapeutischen Interaktion realisiert werden und änderungsverhindernde Motive seltener, verändert sich die Änderungsmotivation im Ganzen. Diese Veränderung vollzieht sich dann nicht als diskretes Überschreiten von Stufen, sondern als kontinuierliche, allmähliche Verschiebung der Gewichtung der Motive. In erfolgreichen Interaktionen könnten

somit änderungshinderliche Motive an Bedeutung verlieren und seltener realisiert werden, während änderungsförderliche Motive an Bedeutung gewinnen und häufiger realisiert werden. Die „Motivlandschaft“ verschiebt sich langsam. In Abb. 3.10 wird dieser Aspekt als letzter Baustein dem dargestellten Arbeitsmodell der Therapiemotivation hinzugefügt.

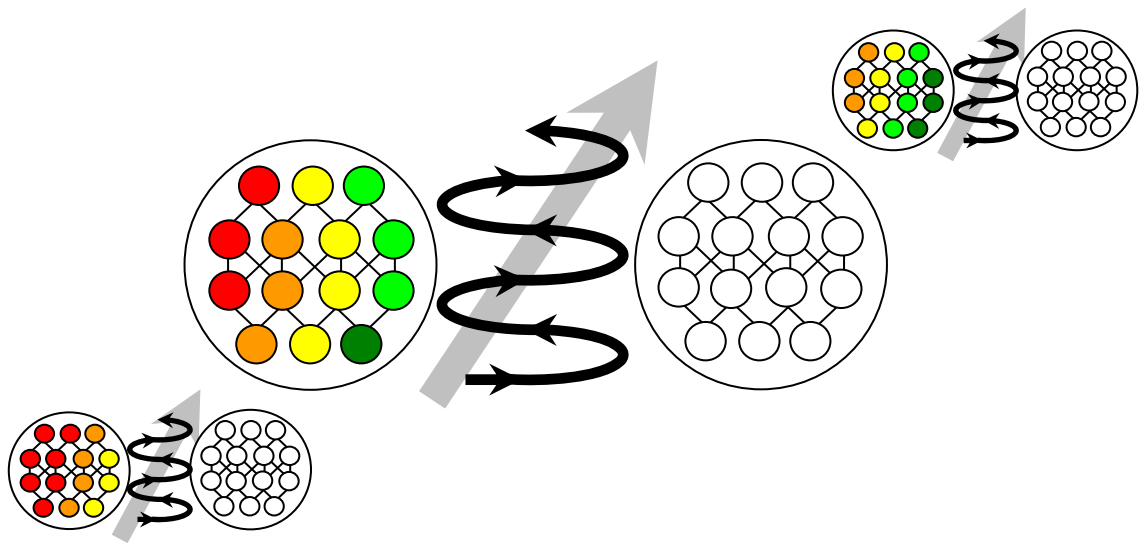


Abb. 3.10: Therapiemotivation als kontinuierlich sich verändernder Prozess.

3.1.6 Fazit

Aufgrund der terminologischen und theoretischen Unklarheit des Konzepts wurde als ein Ziel der Studie formuliert, ein Arbeitsmodell der Änderungsmotivation aus der Integration wichtiger psychotherapeutischer Ansätze, der empirischen Befundlage und allgemeinspsychologischer Konzepte der Motivation zu entwickeln (Fragestellung 1, s. Kap. 1.2.1).

Das hier vorgestellte Arbeitsmodell umfasst 4 Hypothesen:

- 1) Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand: Zu einem Zeitpunkt, insbesondere zu Therapiebeginn, sind Motive vorhanden, die für und gegen Änderung sprechen.
- 2) Änderungsmotivation als kontinuierlich sich verändernder Prozess: Änderungsmotivation fluktuiert im Therapieverlauf und entwickelt sich kontinuierlich, nicht in diskreten Stufen.
- 3) Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam: Die Änderungsmotivation jeder einzelnen KlientIn setzt sich aus unterschiedlichen, individuellen Motiven zusammen.
- 4) Änderungsmotivation als interaktioneller Prozess: Die Änderungsmotivation der KlientIn kann durch Therapeutische Beziehungsangebote beeinflusst werden.

Um „Änderungsmotivation“ in diesem Sinne adäquat erfassen zu können, müssen Erhebungsinstrumente entwickelt werden, die diese theoretischen Grundannahmen mit berücksichtigen (s. Kap. 4).

Die explizit aufgestellten Hypothesen sollen im Weiteren dazu dienen, von empirischen Beobachtungen „durchdrungen“ werden zu können (im Sinne der Permeabilität und Diffusion, s. Kap. 2.5.2): Anhand der Beschreibungen von acht Einzelfällen können bestimmte Aspekte sukzessive relativiert und modifiziert oder elaboriert und mit neuen Details angereichert werden (s. Kap. 5). In Kapitel 6.1 werden die empirischen Ergebnisse explizit in Bezug zu den einzelnen Hypothesen des Arbeitsmodells gesetzt und dieses abschließend diskutiert.

3.2 Therapeutische Beziehungsangebote

“You will get further with a patient with a good therapeutic relationship and lousy techniques, than you will with good techniques and a lousy relationship”
(Vic Meyer, nach AuBuchon & Malatesta, 1998, S. 141).

Die Auseinandersetzung um die Bedeutung der Therapeutischen Beziehung geht bis an die historischen Anfänge der Psychotherapie zurück und weist mittlerweile „eine kaum überblickbare Vielfalt von Begrifflichkeiten und Selbstverständnissen der Therapeut-Klient-Beziehung“ auf (Hermer & Röhrle, 2008, S. 15). Ähnlich wie im Falle der „Therapiemotivation“ lässt sich die Uneinigkeit zum großen Teil bereits auf die Unschärfe und vieldeutige Verwendung des Begriffs „Therapeutische Beziehung“ zurückführen.

Eine Aufführung sämtlicher Bedeutungen und Forschungsergebnisse zur Therapeutischen Beziehung kann und soll an dieser Stelle nicht geleistet werden.⁹ Das vorrangige Ziel dieses Kapitels besteht vielmehr darin, das Konstrukt auf die theoretischen Dimensionen einzugrenzen, die in der Diskussion an die empirischen Ergebnisse dieser Studie angelegt werden (Kap. 5 und 6).

Zu Beginn wird die „Therapeutische Beziehung“ von Alltagsbeziehungen unterschieden und ihr Verhältnis zu in der Therapie angewandten Techniken diskutiert (Kap. 3.2.1).

Ein Überblick über wichtige Forschungsergebnisse soll die Relevanz der Forschung zur Therapeutischen Beziehung untermauern (Kap. 3.2.2).

In den darauf folgenden Abschnitten wird auf die theoretischen Konzepte näher eingegangen, die zur Bestimmung des Konstrukts in dieser Arbeit wichtige Beiträge liefern: Als Basis des Interaktionsstils der TherapeutIn wird ihr Menschenbild und Rollenverständnis (die „Therapeutische Haltung“) angesehen (Kap. 3.2.3). Zwei idealtypische Sichtweisen der Rollenverteilung in der Therapie werden gegenüber gestellt und skizziert, wie diese den Interaktionsstil prägen können.

Im Mittelpunkt der Überlegungen steht das Konstrukt der Gratwanderung, das in verschiedenen psychotherapeutischen Modellen der Therapeutischen Beziehungsgestaltung eine zentrale Rolle spielt (z.B. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; Bohus, 2002). So wird davon ausgegangen, dass die therapeutische Situation widerstreitende Anforderungen an die TherapeutIn stellt. In den folgenden Ausführungen wird auf zwei bestimmte Gratwanderungen näher eingegangen.

⁹ Aktuelle Übersichtswerke zur Therapeutischen Beziehung finden sich bei Norcross (2002) sowie Hermer & Röhrle (2008).

Zunächst wird in Abschnitt 3.2.4 das Verhältnis zwischen Empathie und Änderungsdruck beschrieben, indem stabilisierende, fördernde und fordernde Therapeutische Beziehungsangebote gegenüber gestellt werden. Dabei sollen Beispiele, die für jede Seite der Gratwanderung angeführt werden, dazu dienen, Möglichkeiten der Umsetzung des Beziehungsangebots in konkretes Handeln zu erkennen. Unterschiedliche praktische Ausformungen werden wiederum in Bezug zu den geschilderten Therapeutischen Haltungen gesetzt. Für jede der drei Seiten sollen „Absturzgefahren“ bei zu großer Schiefelage während der Gratwanderung formuliert werden.

Wurde zunächst die „Art und Weise“ ausgeführt, wie die TherapeutIn die KlientIn „behandeln“ kann (z.B. umsorgend, unterstützend oder ermutigend), handelt Abschnitt 3.2.5 von den sprachlichen Inhalten der Therapeutischen Beziehungsangebote. Auch hier spielt der *Widerstreit* zwischen zwei gegensätzlichen Sprachformen eine Rolle. Die Problem- und Beibehaltungssprache steht der Lösungs- und Änderungssprache gegenüber. Konkrete Möglichkeiten der sprachlichen Angebote werden genannt und Gefahren der einseitigen Umsetzung und Befunde aus der Psychotherapieforschung beschrieben.

Abschnitt 3.2.6 geht auf die Notwendigkeit der individuellen Anpassung des Beziehungsangebots anhand empirischer Hinweise ein. Ein Fazit fasst die wichtigsten Aspekte des Kapitels zusammen (Kap. 3.2.7).

3.2.1 Was verstehen wir unter „Therapeutischer Beziehung“?

Die Therapeutische Beziehung kann als einer der am häufigsten untersuchten Aspekte der Psychotherapie gelten. Wurde „Therapiemotivation“ bereits als „unspezifischer Wirkfaktor“ in Kapitel 3.1 eingeführt, gilt das gleiche umso mehr für die „Therapeutische Beziehung“. Wie bereits in den einleitenden Worten festgestellt wurde, liegt eine unüberblickbare Anzahl an Sichtweisen vor, was unter „Therapeutischer Beziehung“ verstanden werden soll und welche Rolle ihr für den Therapieerfolg zugeschrieben wird. Der Begriff bleibt oft schillernd und unscharf (Caspar, 2005). „*Therapiebeziehung als unspezifische Bedingung, als hinreichende und/ oder notwendige Bedingung, als Schauplatz für Übertragung und Gegenübertragung, als Stofflieferant für Diagnostik, als Voraussetzung für das Anwenden der „eigentlichen“ Technik, [...] Therapiebeziehung als hochspezifisches Agens zum Vermitteln neuer Erfahrungen*“ (Caspar, 2005, S. 265).

Unter Verweis auf Gelso & Carter (1994) operationalisiert Norcross (2010) Therapeutische Beziehung wie folgt: „We can operationally define the *client-therapist-relationship* as the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another and how these are expressed“ (S. 114).

3.2.1.1 Alltagsbeziehung vs. Therapeutische Beziehung: Die Therapeutische Allianz

Zur ersten Eingrenzung dessen, was unter Therapeutischer Beziehung im Folgenden verstanden werden soll, wird auf das pantheoretische Konzept der „therapeutischen Allianz“ von Bordin eingegangen (1975). Dieses Konstrukt kann als das am besten untersuchte Element der Therapeutischen Beziehung angesehen werden und weist eine moderate, aber sehr robuste Assoziation mit dem Outcome der Therapie auf (Norcross, 2010; Horvath & Bedi, 2002). Als eines von mehreren Elementen im Forschungsbereich der „Therapeutischen Beziehung“ sollte es nicht mit dieser gleichgesetzt werden. Einige Differenzierungsmerkmale zu Alltagsbeziehungen lassen sich aber aus den Bestandteilen der therapeutischen Allianz ableiten.

Die therapeutische Allianz besteht demnach aus drei Komponenten: Bond, goals and tasks. Auf der affektiven Ebene sollte eine positive Bindung zwischen KlientIn und TherapeutIn vorliegen, die von gegenseitigem Vertrauen, Zuneigung und Respekt geprägt ist. Als eher kognitive Aspekte lassen sich die Einigung über gemeinsam vereinbarte therapeutische Ziele und die Übereinstimmung im dazu nötigen Vorgehen ansehen (Horvath & Bedi, 2008).

In dieser Konzeption der Therapeutischen Beziehung wird zum einen stark die Notwendigkeit einer gemeinschaftlichen Zusammenarbeit betont: Das Entwickeln einer „guten“ Therapeutischen Beziehung ist somit von beiden beteiligten Personen abhängig. In den kommenden Ausführungen zu günstigen Beziehungsangeboten der TherapeutIn sollte somit immer mitbedacht werden, dass zur Ausbildung einer guten Beziehung diese Angebote auch von der KlientIn angenommen werden müssen. Einem therapeutischen Allmachtsanspruch, eine Beziehung einseitig „herstellen“ zu können, wird ebenso widersprochen wie der vollständigen Abhängigkeit der Beziehung von der Person der KlientIn. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass jeder Teilnehmer an bestimmte Verantwortlichkeiten gebunden ist (ebd.). Bestimmte therapeutische Angebote scheinen aber zur gemeinschaftlichen Entwicklung der Therapeutischen Allianz günstiger als andere zu sein.

Die Komponenten „goals“ und „tasks“ machen auf einen weiteren wichtigen Aspekt aufmerksam: Im Unterschied zu Alltagsbeziehungen ist die Therapeutische Beziehung zweckgebunden und zielgerichtet. Für einen bestimmten Zeitraum und auf ein bestimmtes Ziel hin wird eine Beziehung aufgenommen, die eine bestimmte Rollenverteilung der Beteiligten beinhaltet (s. dazu Kap. 3.2.3).

Wenn auch in den meisten Konzeptionen die „Allianz“ als der „bewusste Teil“ der Therapeutischen Beziehung betrachtet wird, wird dennoch davon ausgegangen, dass „frühere Beziehungserfahrungen oder Dispositionen“ diese auf unterschiedlichen Ebenen beeinflussen können (Horvath & Bedi, 2008, S.288). Lebensgeschichtlich entwickelte „dysfunktionale Beziehungsschemata“ (Safran, Muran & Samstag, 1994)

können den Interaktionsstil der TherapeutIn prägen und müssen in Supervision und Selbsterfahrung reflektiert werden. Wenn im empirischen Teil dieser Studie sämtliches Verhalten der TherapeutInnen als „Beziehungsangebot gegenüber der KlientIn“ beschrieben wird, ist davon auszugehen, dass nur ein bestimmter Teil dieses Verhaltens unter der willentlichen Kontrolle der TherapeutIn liegt. Prinzipiell scheint ein bestimmter Anteil der Verhaltensweisen automatisiert geäußert zu werden und kann als Ausdruck eines bestimmten „Interaktionsstils“ interpretiert werden.

3.2.1.2 Zum Verhältnis von Therapeutischer Beziehung und Therapeutischen Techniken

Über den Vorrang von Beziehung oder Techniken in der Psychotherapie herrscht eine lange Kontroverse, die in ihren einzelnen Ausprägungen kaum mehr überblickbar ist (Hermer & Röhrle, 2008)¹⁰. Eine klare Abgrenzung zwischen therapeutischen Techniken und Therapeutischer Beziehung scheint dabei schwer durchführbar, wie die folgenden Ausführungen zeigen möchten.

Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Traditionen sehen die Therapeut-Klient-Beziehung als Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung der „eigentlichen“ Technik an. Die Beziehung ist hier notwendig, aber nicht hinreichend für den erfolgreichen Ausgang: Bei Freud spielte das frühe Herstellen eines guten Rapport eine Rolle. Im Bereich der Verhaltenstherapie geht Schultes duales Prozessmodell davon aus, dass mit Hilfe einer guten Therapeutischen Beziehung „Basisverhalten“ der KlientIn (z.B. Mitarbeit, Selbstöffnung, Erproben etc.) erreicht werden kann, was wiederum für die Durchführung störungsspezifischer Methoden nötig ist. An einem einfachen „Import“ so genannter „therapeutischer Basisvariablen“ aus der klientenzentrierten Tradition in andere psychotherapeutische Modelle ohne Reflexion der dazugehörigen Therapeutischen Haltung (s.a. Kap. 3.2.3) wird m.E. allerdings auch berechtigte Kritik geäußert (Auckenthaler, 2008).

In der Konzeption von Rogers (1951) wird die Beziehung sogar als hinreichende Bedingung für Veränderungen betrachtet: Aus dieser Perspektive kann die (korrigierende) Erfahrung einer wertschätzenden, empathischen Beziehung im Hier und Jetzt unmittelbar zu höherer Selbstkongruenz führen.

Zwischen der Gestaltung der Therapeutischen Beziehung und Techniken scheinen zahlreiche Wechselwirkungen und Überschneidungen vorzuliegen (Hermer & Röhrle, 2008):

Bevor die KlientIn eine Technik ausprobiert, wird bereits eine Beziehung zwischen den beteiligten Personen aufgenommen und ausgebildet. Gerade das Vertrauen in die

¹⁰ Zur gegenwärtigen Debatte in der US-amerikanischen Psychotherapieforschung siehe auch Kap. 2.3.2.

Person der TherapeutIn und die gemeinsame Beziehung scheint ein entscheidender Faktor dafür, dass sich Klienten auf die Durchführung ängstiger und anstrengender Techniken wie z.B. Expositionen auch einlassen (s.a. Sachse, 2006).

Durch die Art und Weise „technischen“ Vorgehens wird immer auch Beziehung hergestellt und geprägt. Führen erfolgreich durchgeführte „Techniken“ zu Fortschritten in der Therapie, kann das die Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn wiederum festigen.

Wenn Beziehungs- oder Interpersonales Verhalten als Beschreibung, *wie* TherapeutInnen und KlientInnen sich zueinander verhalten, von Techniken oder Interventionen als Beschreibung, *was* die TherapeutIn umsetzt, in Forschung und Theorie voneinander abgegrenzt werden, sollte die Künstlichkeit der Etablierung dieser separaten Kategorien mitbedacht werden. „In reality, of course, what one does and how one does it are complementary and inseparable“ (Norcross, 2010, S. 132).

Gegen eine einfache „Applizierung“ von standardisierten und manualisierten Techniken sprechen neben ethischen Aspekten (s.a. Kap. 3.2.3) Befunde, die die Anpassung therapeutischen Vorgehens an individuelle Eigenheiten der KlientInnen herausstreichen (u.a. Norcross, 2010; s.a. Kap. 3.2.6). Die Berücksichtigung der motivationalen Lage (Grosse Holtforth & Castonguay, 2005; Caspar, 2008; Stucki, 2008) und interaktionaler Bedürfnisse (z.B. nach Kontrolle; s. Beutler, Clarkin & Bongar, 2000) zeigt die Verschränkung zwischen Aspekten der Therapeutischen Beziehung und therapeutischer Techniken: In der modernen Verhaltenstherapie der Zwänge wird z.B. anhand individueller Fallkonzeptionen abgeleitet und mit der Klientin reflektiert, ob eher massierte oder graduierte Konfrontationen den motivationalen und interaktionalen Bedingungen der KlientIn entsprechen (Reinecker, 2009).

Aus diesen Überlegungen lässt sich folgendes Fazit ziehen:

Das bloße „Anwenden von Techniken“ in der Psychotherapie ohne Berücksichtigung der Eigenheiten der beteiligten Personen und ihrer Beziehung greift m.E. zu kurz. Das Herausstreichen der Wichtigkeit „der Beziehung“ für die Psychotherapie ohne konkrete Beschreibung und Operationalisierung von Kriterien der Umsetzung erscheint m.E. aber unwissenschaftlich. Vielmehr kann und muss die Gestaltung der therapeutischen Beziehung auch auf einer konkreten („technischen“) Handlungsebene beschrieben und gelernt werden. Dabei darf nicht übersehen werden, dass die TherapeutIn „Beziehung“ während des gesamten Kontakts mit der KlientIn herstellt, aber ihr Verhalten nicht ständig kontrollieren kann. Eine Reduktion Therapeutischer Beziehungsgestaltung auf „Techniken“ scheint (nicht nur allein) aus diesem Grunde zu kurz zu greifen: Um hilfreiche Beziehungsangebote kontinuierlich und authentisch gegenüber der KlientIn realisieren zu können, muss die TherapeutIn von der

Wichtigkeit dieser überzeugt sein und eine bestimmte „Therapeutische Haltung“ einnehmen (s. Kap. 3.2.3).

Auch in der Verhaltenstherapie kam es in den letzten Jahren vermehrt zu Forschungsbemühen, Vorschläge einer hilfreichen, an den Eigenheiten der KlientIn angepassten Beziehungsgestaltung zu formulieren (z.B. Caspar, 2008). Diese Arbeit möchte in diesem Sinne einen weiteren Beitrag leisten, indem Beziehungsangebote der TherapeutInnen, die mit einer Steigerung der Änderungsmotivation der KlientInnen verbunden sind, auf konkreter Verhaltensebene beschrieben und zugrunde liegende Therapeutische Haltungen dieser Handlungen reflektiert werden.

3.2.2 Warum „Therapeutische Beziehung“? – zur Relevanz

In ihrem Überblick über 50 Jahre Psychotherapieprozessoutcomeforschung stellen Orlinsky, Rønnestad & Willutzki (2004) fest, dass die meisten und deutlichsten Ergebnisse hinsichtlich der Verbindung zwischen Prozess- und Outcomefaktoren für Aspekte der Therapeutischen Beziehung vorliegen: „The strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond and alliance, reflecting more than 1000 process-outcome findings“ (S. 323). Der Stellenwert der Therapeutischen Beziehung für den Outcome wird durch diese beeindruckende Anzahl empirischer Ergebnisse über 5 Jahrzehnte konsistent untermauert. Die Therapeutische Beziehung nimmt so auch eine zentrale Stellung im „Generic Model of Psychotherapy“ ein (Orlinsky & Howard, 1978; Hermer & Röhrle, 2008). Auch wenn sich Merkmale der Therapeutischen Beziehung nicht standardisiert oder manualisiert in randomisierten Gruppenstudien (RCTs) untersuchen lassen, scheint die konsistente Ergebnislage der Prozessoutcomeforschung nur schwer ignorierbar. Orlinsky et al. (2004) schließen ihren Forschungsüberblick mit der Bemerkung, dass effektive Psychotherapie mehr umfasst als eine Anzahl technischer Prozeduren, aber auch mehr als eine warme Beziehung: „Both the common factors of relationship and specific therapeutic interventions have an impact on outcome“ (S. 363).

Lambert & Barley (2008) versuchen die *relative* Bedeutsamkeit unterschiedlicher Faktoren für das Therapieergebnis auf der Grundlage einer Vielzahl an Studien zu unterschiedlichen Behandlungen, Störungsbildern und Persönlichkeitsstilen der Beteiligten festzustellen. Anhand eines Pools von über 100 Studien, die die statistische Analyse von Prädiktoren und den durchschnittlichen Beitrag dieser Prädiktoren für den Outcome der Therapie untersuchten, wurde eine rechnerische Schätzung des relativen Beitrags von Variablen, die den Therapieeffekt beeinflussen, sorgfältig hergeleitet.

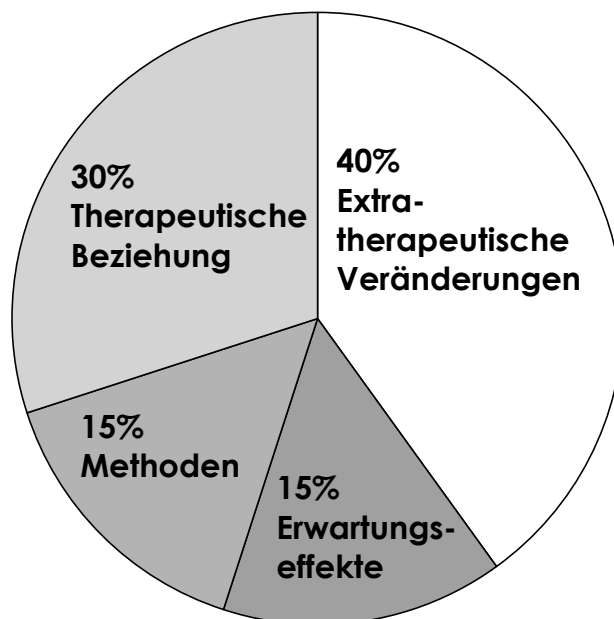


Abb. 3.11: Schätzung der relativen Bedeutsamkeit von Prädiktoren für Therapieerfolg (nach Lambert & Barley, 2008, S.112).

Von den Faktoren, die von der TherapeutIn beeinflussbar sind, liefert demnach die Therapeutische Beziehung den bedeutendsten Beitrag zum Therapieerfolg. Im Vergleich zu spezifischen Techniken spielen „schulenübergreifende“ interpersonelle Therapeutenvariablen eine doppelt so große Rolle für das Therapieergebnis: Messungen der therapeutischen Beziehungsvariable korrelieren konsistent höher mit Klienteneffekten als spezifische Therapietechniken. Die Autoren merken dabei aber an, dass einige spezifische Techniken bei spezifischen Diagnosekriterien anderen Techniken überlegen sind (z.B. Expositionsbehandlung bei spezifischen Phobien, KVT bei Agoraphobien oder Exposition mit Reaktionsverhinderung bei OCD). Die Korrelationen zwischen Beziehungsvariablen und Outcome sind nur dann signifikant, wenn die Beziehungsaspekte von der KlientIn, nicht von der TherapeutIn eingeschätzt werden. Die KlientIn muss sich verstanden und akzeptiert fühlen, was von der Selbsteinschätzung gezeigter Empathie und Akzeptanz der TherapeutIn deutlich abweicht.

In einem umfassenden Werk stellt Norcross (2002) die Ergebnisse der Divison 29 Task Force der American Psychological Association vor, deren Zielsetzung darin bestand, zum einen empirisch valide *Elemente* der therapeutischen Beziehung zu erforschen und zum anderen diese an individuelle Merkmale der KlientIn *anzupassen* (s.a. Kap. 2.3.2).

Als allgemeine Elemente empirisch valider Therapeutischer Beziehungen, für die eine Vielzahl an Studien vorliegt, nennt Norcross: Empathie, die Therapeutische Allianz, Kohäsion in Gruppentherapien, Zielkonsens und Kollaboration, Positive Wertschätzung, Kongruenz und Echtheit, Feedback, Reparieren von Brüchen in der Allianz, Selbstoffenbarung, Management von Gegenübertragungen und die Qualität von Interpretationen über die Beziehung. „These relational behaviors or qualities significantly and causally relate to psychotherapy success at a magnitude as high (or higher) than the particular treatment method“ (Norcross, 2010, S. 126).

Die Befunde legen weiter nahe, dass Beziehungsangebote an die Eigenheiten und Präferenzen der Klienten angepasst werden sollten. Dies sollte nicht als Verschreiben einer spezifischen Form der Therapie, sondern als gemeinsamer, kollaborativer Prozess mit einer aktiven KlientIn verstanden werden (s.a. Kap. 3.2.3). Zu drei Klientenaspekten, für die die Beziehung „maßgeschneidert“ werden sollte, liegen zahlreiche Befunde vor: Das Level an Reaktanz, die Phase der Veränderung (stages of change, s.a. Kap. 3.1.4.5) und das Funktionsniveau. Reaktanz (als Ergebnis der Interaktion, nicht als Persönlichkeitseigenschaft!, s. Kap. 3.1.4.1) und Veränderungsphase können als Elemente der Änderungsmotivation betrachtet werden (wie bereits in Kap. 3.1 näher vorgestellt): Die empirische Befundlage zur Therapeutischen Beziehung unterstreicht somit die Wichtigkeit der Anpassung an motivationale Aspekte! In Kap. 3.2.6 werden diese Ergebnisse noch genauer ausgeführt.

Einige Beziehungsangebote stehen in negativem Zusammenhang mit Therapieerfolg und sollten vermieden werden: Ein konfrontierender Beziehungsstil, feindliche, abschätzige, kritische, zurückweisende oder anschuldigende Bemerkungen, Annahmen und Überzeugungen der TherapeutIn über die Wahrnehmungen der KlientIn (ohne diese zu erfragen), Therapeutenzentriertheit, Rigidität, standardisiertes Vorgehen sowie fehlende Wahrnehmung und Thematisierung von Brüchen der Beziehung stellen Verhaltensweisen der TherapeutIn dar, die mit Misserfolgen assoziiert sind.

Aus den angeführten Ergebnissen lässt sich folgendes Fazit ziehen: Die Therapeutische Beziehung spielt die wichtigste Rolle für den erfolgreichen Ausgang einer Therapie. Dabei sollten die Beziehungsangebote an Eigenheiten der KlientIn, v.a. motivationaler Art, angepasst werden. Für das *Zusammenspielen* der gut untersuchten einzelnen therapeutischen Beziehungsangebote (positive wie negative) und ihre *konkrete Umsetzung und Anpassung* an die KlientIn scheinen m.E. Theorien von Nöten, die praktische Handlungsvorschläge auf Verhaltensebene liefern.

3.2.3 Basis Therapeutischer Beziehungsangebote: Rollenverständnis und Therapeutische Haltung

Ein wichtiges Ziel dieser Studie besteht darin, auf empirischem Weg Hypothesen für hilfreiche therapeutische Beziehungsangebote auf konkreter Handlungsebene zu formulieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass sämtliches Verhalten der TherapeutIn in der Sitzung auch als „Beziehungsverhalten“ gegenüber der KlientIn betrachtet werden kann, aber nur ein bestimmter Prozentsatz des Verhaltens kontrolliert werden kann. Viele Verhaltensweisen der TherapeutIn laufen dagegen automatisiert ab und sind letztlich Ausdruck einer mehr oder weniger reflektierten „Therapeutischen Haltung“, die ein bestimmtes Menschenbild und ein bestimmtes Verständnis der Rollen der Beteiligten in der Therapie beinhaltet. Diese Haltung prägt die Beziehungsangebote der TherapeutIn und wird als deren Basis betrachtet.

In diesem Zusammenhang kann auch das Konzept der „Echtheit“ bzw. „Kongruenz“ angeführt werden: Beziehungsangebote (wie Empathie) verlieren ihre Glaubwürdigkeit und Wirkung, wenn sie rein instrumentell von der TherapeutIn angewendet werden. Erst wenn die TherapeutIn ihre empathische Reaktion „auch so meint“ und diese kongruent vermittelt, entfaltet diese ihre Wirkung (Norcross, 2010).

Zwei Unterscheidungen sollen helfen, das unscharfe Konzept der Therapeutischen Haltung zu operationalisieren und einzugrenzen: Die Therapeutische Haltung reflektiert zum einen die Perspektive der TherapeutIn auf die *Fähigkeiten* der KlientIn: Wird diese entweder als „kranke“, „widerständige“, mehr oder weniger unmündige Person oder als „grundsätzlich für sich verantwortliche“ Person, die zu eigenen Entscheidungen fähig ist, betrachtet und behandelt? Zum anderen transportieren die Beziehungsangebote der TherapeutIn immer ein bestimmtes Verständnis der *Rollenverteilung* in der Therapie: Wer der Beteiligten wird als „ExpertIn“ dafür angesehen, zu definieren, was das Problem und das Ziel darstellt bzw. welche Methoden zur Zielerreichung geeignet sind? Wer der Beteiligten wird als ExpertIn für den Prozess der Therapie angenommen?

Beispielhaft sollen im Folgenden zwei idealtypische Psychotherapeutische Haltungen gegenüber gestellt werden.

3.2.3.1 Die TherapeutIn als ExpertIn für Inhalte

Eine Therapeutische Haltung, die durch das Vorgehen bestimmter psychotherapeutischer Verfahren - mehr oder weniger reflektiert - transportiert wird, wurde treffend als „Medizinisches Modell“ bezeichnet (Reinecker, 2005). Pointiert lässt sich diese Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn als Arzt-Patienten-Verhältnis beschreiben.

Aus dieser Perspektive sieht sich die TherapeutIn selbst als ExpertIn für die Definition des Problems, der Ziele und der Methoden an: Anhand ihres Expertenwissens diagnostiziert sie von bestimmten Symptomen ausgehend die Störung der KlientIn, hat eine Vorstellung, welches Ziel es zu erreichen gilt, und „verschreibt“ ihr passende Interventionen bzw. wendet diese an.

Die KlientIn trifft dagegen keine Entscheidungen in der Therapie, vielmehr kommt ihr die Rolle der passiven RezipientIn zu. Nimmt sie diese Rolle nicht ein, wird das als „Widerstand“ interpretiert, der wiederum als Teil ihrer Krankheit betrachtet wird. Eine kritische Betrachtung dieser Perspektive wurde bereits in Kap. 3.1.5.1 geliefert.

In bestimmten orthodoxen Formen der Psychoanalyse lässt sich diese Rollenverteilung erkennen: Die TherapeutIn ist die ExpertIn für die „richtigen“ Interpretationen des Erlebens der KlientIn. Aber auch durch die manualisierte Darstellung von verhaltenstherapeutischen Interventionen für bestimmte Störungen kann der Eindruck einer Beziehung vermittelt werden, in der die TherapeutIn die passive KlientIn „behandelt“. Da sich die ersten Phasen des 7-Phasenmodells (Beziehungsaufbau, Umgang mit Motivation) der modernen Verhaltenstherapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006), die auch als „Daueraufgaben“ während des gesamten Therapieverlaufs angesehen werden (s.a. Kap. 3.1.2.2), nur schwer *standardisiert* beschreiben lassen, wird auf diese Darstellung in störungsspezifischen Manualen mehr und mehr verzichtet. Psychotherapie wird somit zur Applizierung bestimmter Interventionen durch die TherapeutIn. Diese ist ExpertIn für die „Inhalte“ in der Therapie: Sie bestimmt, was als Problem angesehen wird, was das Ziel der Behandlung darstellt und welche Methoden dafür anzuwenden sind. Der KlientIn werden dadurch die Fähigkeiten, „richtige“ Wahrnehmungen des Problems, Ziels oder der Methoden zu besitzen und Entscheidungen treffen zu können, abgesprochen. Diese Therapeutische Haltung wird im Folgenden auch als „interventionistisch“ bezeichnet.

3.2.3.2 Die TherapeutIn als ExpertIn für den Prozess

Davon abzugrenzen sind eine Therapeutische Haltung und ein Rollenverständnis, die als „humanistisch¹¹“ oder „an der KlientIn orientiert“ bezeichnet werden können und hier näher ausgeführt werden. Exemplarisch wird dazu auf drei unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze verwiesen, die im Kern ähnliche Therapeutische Haltungen beschreiben und deren Konzepte für die Diskussion der Ergebnisse genutzt werden.

Im Selbstmanagementansatz der modernen Verhaltenstherapie werden Annahmen über Menschenbild, Therapeutische Haltung und Rollenverteilung viel Raum

¹¹ Der Selbstmanagementansatz, der wichtige Beschreibungen dieser Haltung liefert, wird auch als „humanistische Verhaltenstherapie“ bezeichnet.

gewidmet. Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2000) betonen ihr Leitmotiv, nach dem Autonomie und Selbstverantwortung der KlientIn (und auch ihr Recht auf „Widerstand“) nicht nur anerkannt, sondern auch als Ergebnis wie bereits im gesamten Therapieprozess angestrebt werden. Therapie wird als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden.

Der KlientIn kommt in der Therapie eine *aktive Rolle* zu, sie wird als *ExpertIn für sich selbst* angesehen: Sie besitzt den besten Zugang dazu, was aufgrund ihrer einzigartigen Lebensgeschichte *Inhalt* der Therapie sein sollte. Die Beteiligten begeben sich somit gemeinsam auf die Suche nach der Definition von Problemen und Zielen. Die Autoren warnen davor, die Verantwortung für die Inhalte der Therapie zu übernehmen, während die KlientIn sich in eine passive Rolle begibt (ebd., S.157f).

Von Beginn an versucht dagegen die TherapeutIn, die Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung der KlientIn zu maximieren, und hält sich an das Prinzip der minimalen Intervention, jeweils mit den geringstmöglichen Mitteln zu unterstützen. Dabei übernimmt sie aber die Verantwortung für die *prozessualen Abläufe* in der Therapie und versucht Anstöße und Anregungen zu geben, damit es der KlientIn leichter fällt, „neue Einsichten, konstruktive Ideen oder während der Sitzung gelerntes Verhalten auch im Alltag auszuführen“ (ebd., S.66; Kanfer & Phillips, 1975), was auch als „instigation therapy“ bezeichnet wird. Die Rolle der TherapeutIn wird als die einer *ÄnderungsassistentIn*¹² mit Katalysator-Funktion umschrieben, die durch ehrliches Interesse und Anstöße bei Änderungsversuchen behilflich sein kann, aber nicht in der Lage ist, Änderungen stellvertretend für die KlientIn zu vollziehen oder ihre Arbeit abzunehmen. Einerseits sollte sie mit ihrem (verbalen wie nonverbalen) Verhalten die feste Überzeugung ausdrücken, dass sie die KlientIn für fähig zu (zumindest kleinen) Änderungen hält, und auch zur Verantwortungsübernahme ermutigen. Andererseits steht auch die explizite Klärung dieser Rollen im Sinne eines „informed consent“ zu Beginn der Therapie.

Eine sehr ähnliche, stärker sprachphilosophisch ausgerichtete Therapeutische Haltung wird im Lösungsfokussierten Ansatz beschrieben (de Jong & Berg, 2008). Aus einer *Haltung des „Nicht-Wissens“* versucht die TherapeutIn, im Gespräch mit der KlientIn den eigenen Bezugsrahmen weitestgehend beiseite zu stellen und stattdessen eine *„reichhaltige, aufrichtige Neugier“ an den Wahrnehmungen der KlientIn* zu vermitteln (Anderson & Goolishian, 1992). Es wird davon ausgegangen, dass die TherapeutIn „die Bedeutung der Erfahrungen und Handlungen einer KlientIn nie ‚a priori‘ (kraft des Bezugsrahmens einer ExpertIn) kennen kann“ (de Jong & Berg, 2008, S. 51).

¹² Weitere hilfreiche Metaphern für die Therapeutenrolle sind die TherapeutIn als „Krücke“ (die nach einem „Beinbruch“ aktiv genutzt werden muss) oder die TherapeutIn als „BergführerIn“, die das angestrebte Ziel nicht bestimmt und die KlientIn nicht den Gipfel hinauftragen kann, aber „prozessuales“ Wissen über schwierige Etappen besitzt.

Vielmehr wird auch hier die KlientIn als *ExpertIn für ihr eigenes Leben* betrachtet. Die TherapeutIn akzeptiert die Definitionen der KlientIn, was ihr Problem darstellt. Durch das starke Interesse an den Zielen und Stärken der KlientIn, die zur Zielerreichung behilflich sein können, und die aufmerksame Beachtung ihrer Wortwahl bringt die TherapeutIn ihren Respekt vor der inhaltlichen Expertise der KlientIn zum Ausdruck. Diese ist dadurch gefordert, an den Inhalten der Therapie zu arbeiten. Mit der Ausrichtung an den Wahrnehmungen und der Sprache der KlientIn und der Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Ziele, „hidden miracles¹³“, Ausnahmen vom Problem und Ressourcen lenkt die TherapeutIn aber auch das Geschehen: Sie steht dabei wiederum in der Verantwortung für den *Prozess*. Mit ihrem Verhalten drückt sie das Bedürfnis aus, mehr über die Wahrnehmungen der KlientIn (v.a. zu Zielen, Ausnahmen vom Problem, Stärken) zu erfahren und möchte von dieser „informiert“ werden.

Im Motivational Interviewing wird die Therapeutische Haltung im Konzept des „Spirit“ thematisiert. Dieser ist durch die Prinzipien der *Partnerschaftlichkeit, Evokation und Autonomie* gekennzeichnet (Miller & Rollnick, 2004).

Die TherapeutIn sieht sich als PartnerIn beim Erforschen der Intentionen der KlientIn, nicht als autoritäre LehrerIn, die ermahnt oder überreden möchte. Vielmehr geht es darum, die in der KlientIn liegende intrinsische Motivation hervorzubringen (Evokation). Die Verantwortung für die Veränderung liegt wiederum bei der KlientIn: Ihre Autonomie und Selbstbestimmung wird respektiert.

Auch hier wird die KlientIn als verantwortungsvolle Person behandelt, die ihre eigenen Entscheidungen treffen kann und muss. Der TherapeutIn kommt wiederum die Rolle zu, den Prozess des genauen Erforschens aller Intentionen der KlientIn zu lenken.

Unterschiedliche Befunde aus der Psychotherapieforschung sprechen für die Bedeutsamkeit einer Therapeutischen Haltung, die sich *an der KlientIn orientiert*, für den Therapieerfolg (s.a. Kap. 3.2.2): Entscheidende Elemente hilfreicher Beziehungsangebote bestehen u.a. in der *Übereinstimmung* in gemeinsam vereinbarten Zielen und Erwartungen sowie der *Kollaboration* der Beteiligten, also der gegenseitigen Einbeziehung in den Prozess (Tryon & Winograd, 2002; Creed & Kendall, 2005; Kazantzis, Deane & Ronan, 2000; nach Norcross, 2010). Zudem besteht die stärkste Assoziation zwischen der *Klientenwahrnehmung* von positiver Wertschätzung der TherapeutIn und Outcome. Hinsichtlich sämtlicher Beziehungsangebote ist die Einschätzung der KlientIn ausschlaggebend, nicht das vermeintliche Expertenwissen

¹³ Als „hidden miracles“ werden Zeiten definiert, in denen bereits Teile der Zielvision der KlientIn eingetreten sind und wahrgenommen wurden. „Ausnahmen vom Problem“ stellen dagegen Zeiten dar, in denen das Problem nicht oder weniger stark aufgetreten ist (Kaimer, 1999).

der Therapeutin: „Supportive therapists should privilege their client’s experience“ (Norcross, 2010; S. 123).

Weitere empirische Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit, therapeutische Beziehungsangebote an Präferenzen und Eigenheiten der Klienten *anzupassen* (s. Kap. 3.2.2 & 3.2.6). Beim individuellen „Maßschneidern“ einer Therapie kommt der KlientIn dabei eine aktive Rolle innerhalb eines gemeinsamen kooperativen Prozesses zu (Norcross, 2010).

Die Psychotherapieforschung führte zudem zur Identifizierung von Verhaltensweisen der TherapeutInnen, die mit Misserfolgen in Verbindung stehen. Gehen PsychotherapeutInnen (aus einer Haltung der eigenen Expertenschaft) davon aus, Klientenwahrnehmungen adäquat einschätzen zu können, ohne diese erheben zu müssen, waren ihre Einschätzungen meistens nicht passend, was mit Misserfolgen in Verbindung stand (Lambert, 2005; Miller, Duncan, Sorrell & Brown, 2005; nach Norcross, 2010). Therapeutenzentriertes Vorgehen und rigides Festhalten der TherapeutIn an eigenen Behandlungsmethoden stellten weitere dysfunktionale Beziehungsangebote dar (Orlinsky et al., 2004; Ackerman & Hilsenroth, 2001).

Für die hier beschriebene Rollenverteilung, in der die KlientIn die ExpertIn für ihre Probleme, Ziele, Schritte, Entscheidungen, Stärken etc. ist und die TherapeutIn den Prozess der Veränderung leitet, sprechen also nicht nur ethische Aspekte; die empirische Befundlage unterstützt die Ansicht, das dieses „humanistisch“ geprägte Rollenverständnis für den Therapieerfolg bedeutsam ist, wohingegen „interventionistische“ Beziehungsangebote mit Misserfolgen assoziiert sind.

3.2.4 Therapeutische Beziehungsangebote zwischen Stabilisieren, Fördern und Fordern

Verschiedene psychotherapeutische Ansätze umschreiben die Aufgaben der TherapeutIn in der Beziehung zur KlientIn als ein Hin- und Herpendeln zwischen gegensätzlichen Verhaltensweisen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000; Linehan, 1996; Miller & Rollnick, 2004; Caspar, 2005).

So wird im Selbstmanagementansatz die therapeutische Beziehung als *Gratwanderung zwischen Empathie und Änderungsangeboten* angesehen (s. Abb. 3.12). Einerseits sollte der KlientIn Empathie und Verständnis entgegen gebracht werden, wenn sie angesichts ängstigender Veränderungen alter Gewohnheiten zögerlich ist. Andererseits sollten „minimale Anreize zu Veränderung, kognitive ‚Erschütterungen‘ und das ‚Ankratzen‘ alter Problemmuster“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000; S. 467) dazu dienen, erste Änderungsversuche zu erleichtern. Auch die „Absturzgefahren“ dieser Gratwanderung werden benannt: Zuviel an Empathie kann zur Stagnation in der Therapie führen, zuviel an Änderungsdruck erzeugt „Widerstand“ in der Beziehung. In retrospektiven Befragungen berichteten KlientInnen, dass sie es zum einen als

hilfreich erlebt, während der Therapie herausgefordert zu sein, bisherige Grenzen minimal zu überschreiten, aber auch das Gefühl gehabt zu haben, dass die TherapeutIn Verständnis für Zögern, Angst und Unsicherheit aufbringen konnte (ebd., S. 161).

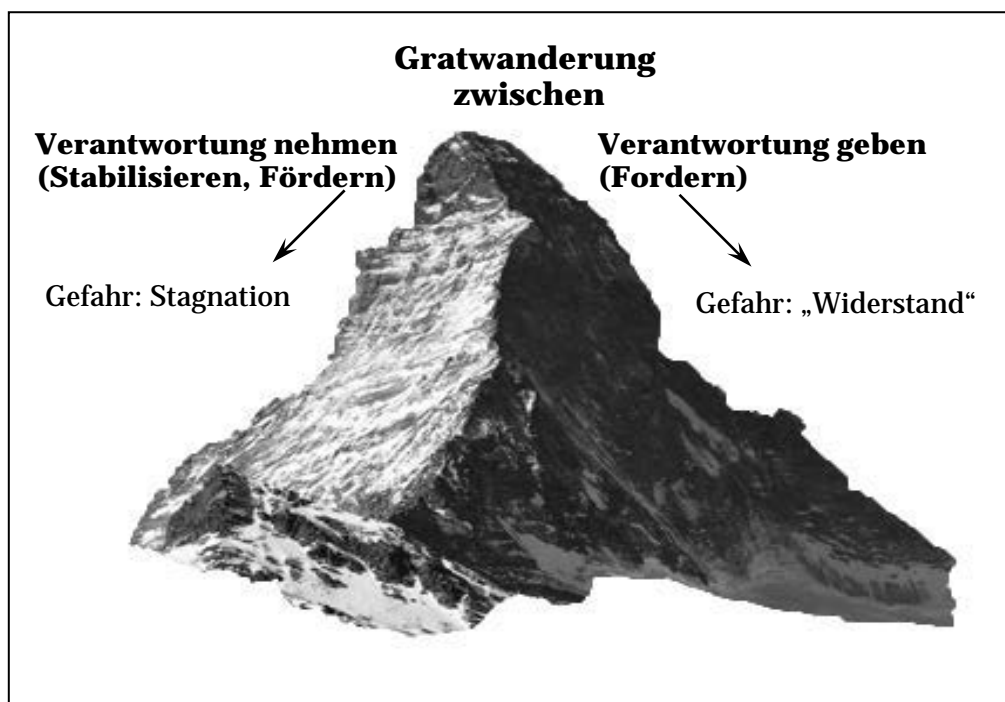


Abb. 3.12: Die therapeutische Beziehung als Gratwanderung (nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000, S. 467; modifiziert und erweitert).

In der Theorie des Motivational Interviewing gehen Miller & Rollnick (2004) von einer inneren Ambivalenz der KlientInnen aus, die zwischen den Polen „Change-talk“ (Äußerungen, sich verändern zu wollen) und „Sustain-talk“ (Äußerungen, den Status Quo halten zu wollen) pendelt. Übernimmt die TherapeutIn durch z.B. Überredungsversuche die Seite des „Change-talk“ für die KlientIn, wird diese versuchen, ihre Ambivalenz wieder auszugleichen und für die Gegenseite zu argumentieren. Die innere Ambivalenz wird zwischen TherapeutIn und KlientIn „ausagiert“. Auch hier ist also ein behutsames Wechseln zwischen Reflexionen des Change-talk und Sustain-talk notwendig (s.a. Kap. 3.1.4.6).

Das Modell der Gratwanderung soll im Folgenden als Ordnungsschema für gegensätzliche Therapeutische Beziehungsangebote dienen, aber weiter ausdifferenziert werden. Dabei wird zwischen stabilisierenden, fördernden und fordernden Beziehungsangeboten unterschieden. Als entscheidendes Differenzierungskriterium dient dabei die Frage, ob ein Beziehungsangebot Verantwortung für therapeutisches Arbeiten von der KlientIn nimmt oder diese von

ihr einfordert (s. Abb. 3.12). Stabilisierende und fördernde Angebote werden der Seite der Gratwanderung zugeordnet, auf der der KlientIn Verantwortung abgenommen wird. Fordernde Beziehungsangebote werden dagegen der Seite zugerechnet, auf der die KlientIn in die Verantwortung genommen wird, Änderungen selbst vorzunehmen.

3.2.4.1 Stabilisierende Beziehungsangebote: Anerkennung des Leids

Empathie wird in der (personenzentrierten) Psychotherapie als komplexer emotionaler und kognitiver Prozess definiert, der darin besteht, „den Inneren Bezugsrahmen eines anderen mit den emotionalen Komponenten und den dazu gehörenden Bedeutungen genau wahrzunehmen, als ob man die andere Person sei, jedoch ohne jemals die „als-ob“-Bedingung zu verlieren“ (Rogers, 1987, S.210 ff.; nach Eckert, 2008). Unter innerem Bezugsrahmen wird dabei die Gesamtheit der Affekte, Kognitionen und Bewertungen, die im Zusammenhang mit einer Erfahrung auftauchen, verstanden (Eckert, 2008). Ähnlich definiert Max Scheler „Einfühlen“ als „Fühlen, was der andere fühlt, ohne zu vergessen, dass es das Gefühl des anderen ist“ (Eckert, 2008; S. 436).

Empathie stellt eine empirisch abgesicherte entscheidende Wirkkomponente der Therapeutischen Beziehung dar (z.B. Miller, Taylor & West, 1980; s. Norcross, 2010). Verschiedene Studien zeigten allerdings, dass empathische Äußerungen v.a. in Verbindung mit kongruenter Vermittlung und bedingungsfreier positiver Beachtung Wirkung entfalten können (z.B. Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; s. Lambert & Barley, 2008).

Das Konzept der Empathie scheint für die hier untersuchte Fragestellung zu weit und muss differenziert werden.

Krause (1997) unterscheidet eine affektive, kognitive und prosoziale Komponente der Empathie: Unter der affektiven Modalität versteht er dabei das „Mitleiden“ mit der Person, die kognitive beinhaltet die Fähigkeit, die Rolle und Perspektive des anderen zu übernehmen, während der prosoziale Anteil aus unmittelbaren (v.a. in Alltagsbeziehungen gezeigte) Reaktionen wie Trost spenden oder Ratgeben besteht, die in der Psychotherapie negative Wirkungen mit sich bringen können (s. Eckert, 2008; Finke, 2008).

Eine sehr verhaltensnahe Beschreibung verschiedener Formen von Empathie bzw. ihrer konkreten Umsetzung in Verhalten liefern Miller & Rollnick (2002) mit dem Konzept des „Aktiven Zuhörens“ (bzw. „reflective listening“). Dieses wird im nächsten Abschnitt näher dargestellt; für die hier angestellten Überlegungen ist wiederum die Unterscheidung zwischen Reflexionen des Inhalts/ der Bedeutung des Gesagten (Aktives Zuhören II) und dem darin ausgedrückten Gefühl entscheidend (Aktives Zuhören III).

Als therapeutisches Beziehungsangebot, das die KlientIn dazu einlädt, sich nicht zu verändern, sondern den gegenwärtigen Stand zu stabilisieren, wird in diesem Sinne die affektive Komponente der Empathie bei Krause bzw. das Aktive Zuhören III bei Miller & Rollnick dann angesehen, wenn es sich um die Widerspiegelung *negativer* Gefühle und ein „Mitleiden“ handelt: Die TherapeutIn zeigt ihre Anerkennung und ihr Verständnis für die schwierige Lage der KlientIn, ihre Mühen, ihr Leid oder den zu ertragenden Schmerz. Es wird davon ausgegangen, dass (im Sinne der oben skizzierten Gratwanderung) diese Anerkennung des Leids hilfreich sein kann, wenn es in einem bestimmten „wohl dosierten“ Ausmaße angeboten wird: Die Gefühle der KlientIn werden „validiert“ (s.a. Linehan, 1996). Gleichzeitig vermittelt dieses Beziehungsangebot aber, dass Änderung durch die KlientIn nur schwer oder gar nicht möglich ist, und nimmt dadurch Verantwortung von der KlientIn. Ein einseitiges Verharren auf dieser Seite der Gratwanderung birgt somit die Gefahr des gemeinsamen Leidens und der Entmutigung ohne Aussicht auf Änderung.

Aus einer „humanistischen“ Therapeutischen Haltung heraus orientiert sich die Anerkennung des Leids stark an dem Bezugsrahmen der KlientIn und versucht möglichst mit ihren Worten oder Metaphern die Gefühle widerzuspiegeln. Aus einer „interventionistischen“ Perspektive werden dagegen eher Interpretationen aus dem Bezugsrahmen der TherapeutIn geäußert, wie sich die KlientIn fühlen müsste.

3.2.4.2 Fördernde Beziehungsangebote: Unterstützung

In einer umfassenden Mikroanalyse von Verhaltenssequenzen zwischen TherapeutInnen und KlientInnen konnte Schindler (1991) zeigen, dass Unterstützung zu den wichtigsten erfolgsassoziierten Aspekten des Therapeutenverhaltens in der unmittelbaren Gesprächssteuerung zählt. Der Überkategorie Unterstützung folgten am häufigsten kooperative Beiträge der KlientIn. Dabei zählten mit den Kategorien „Zuspruch“ und „positive Rückmeldung“ ressourcenorientierte Maßnahmen wie Ermutigung und Lob zu Unterstützung (s.a. Kap. 3.2.5). „Minimale Unterstützung“ beinhaltete dagegen Äußerungen der Aufmerksamkeit der TherapeutIn.

Das Konzept der Unterstützung bzw. fördernder Beziehungsangebote wird hier noch breiter gefasst und ihm neben den von Schindler angesprochenen Aspekten weitere Verhaltensweisen zugerechnet. Immer dann, *wenn die TherapeutIn der KlientIn bei der inhaltlichen Arbeit hilft und selbst Vorschläge erarbeitet*, wird von „Unterstützung“ im Folgenden gesprochen. Im Sinne der von Grawe postulierten Wirkfaktoren Klärung, Bewältigung und Ressourcenaktivierung (1998) lassen sich therapeutische Beziehungsangebote der Unterstützung weiter differenzieren: Unterstützende Klärungsangebote können dabei Reflexionen oder Interpretationen beinhalten, unterstützende Bewältigungsangebote können gemeinsames Nachdenken über

mögliche Schritte oder Aufgaben von Hausaufgaben darstellen, unterstützende Ressourcenangebote schließlich direktes Lob und Ermutigung (im Sinne von Schindler, s.o.).

Das Anbieten von Reflexionen, die die Gedanken der KlientIn (zur Klärung von Motiven oder Gefühlen wie zu bewältigenden Schritten oder eigenen Stärken) widerspiegeln oder weiterführen, stehen dabei wiederum am humanistischen Pol der Dimension „humanistische“ versus „interventionistische“ Therapeutische Haltung (s. Kap. 3.2.3). Im Motivational Interviewing werden verschiedene Formen des „Aktiven Zuhörens“ nach ihrer Funktion und Interpretationstiefe unterschieden (s. Tab. 3.2).

Stufen des Aktiven Zuhörens	Beschreibung	Funktion/ Botschaft
I. Repeating	Wiederholen von Elementen des Gesagten in fast wörtlicher Form oder paraverbale Signale des Zuhörens („Hm-hm“)	Signalisieren von Aufnahmebereitschaft („Ich bin ganz Ohr“)
II. Rephrasing	Nahe am Gesagten bleiben mit Umformulierungen und Gebrauch von Synonymen	Unterstützung bei Reflexion, gemeinsames Nachdenken („Ich versuche, es auf den Punkt zu bringen“, „Ich versuche, ‚den Absatz‘ weiterzuführen“)
II. Paraphrasing	Spiegeln der Bedeutung des Gesagten und Gebrauch neuer Worte	
III. Reflection of feeling	Rückmelden beteiligter Gefühle als Gefühlsvermutungen mit Hilfe von Gefühlsworten und Metaphern	Anerkennung des Leids („Ich versuche, Ihnen ‚aus dem Herzen‘ zu sprechen“)

Tab. 3.2: Stufen des Aktiven Zuhörens (nach Engle & Arkowitz, 2006, S.161-162; Arkowitz & Miller, 2008, S.8; Gehring, 2008; modifiziert und erweitert).

Aktives Zuhören I hat m.E. die Funktion, mit Hilfe von Wiederholungen des Gesagten oder paraverbalen Signalen des Zuhörens („Hm-hm“) Aufmerksamkeit und Aufnahmebereitschaft zu signalisieren. Auf die Rolle des Aktiven Zuhörens III für die Anerkennung des Leids der KlientIn wurde bereits im vorherigen Abschnitt 3.2.4.1 eingegangen.

Die zweite Stufe des Aktiven Zuhörens wird dagegen hier unter die unterstützenden Beziehungsangebote subsumiert. Die TherapeutIn versucht (je nach Interpretationstiefe) durch Reformulierungen und Paraphrasierungen der KlientIn beim Nachdenken über Entscheidungen, Ziele, erste oder weiterführende Schritte und Übungen etc. zu helfen. Sie leistet wichtige Unterstützung bei der inhaltlichen Arbeit in der Sitzung.

Weitere Möglichkeiten der Unterstützung stellen Interpretationsvorschläge, Erklären von Modellen oder Empfehlungen, bestimmte Übungen zwischen den Sitzungen auszuprobieren, dar. Am interventionistischen Ende der oben skizzierten Dimension stehen Vermittlungen von „Wahrheiten“ aus einer Expertenhaltung, Durchführungen von Interventionen „an der KlientIn“ in der Sitzung oder Verordnungen von Hausaufgaben.

Fördernde, unterstützende Beziehungsangebote umfassen in dem hier verstandenen Sinne eine Reihe an zentralen therapeutischen Verhaltensweisen. Gemeinsam ist ihnen, dass sie Anregungen der TherapeutIn darstellen und (in verschieden großem Ausmaße) Verantwortung von der KlientIn nehmen, selbst für Änderungen aktiv zu werden.

3.2.4.3 Fordernde Beziehungsangebote: Verantwortungsübergabe

Den bisher beschriebenen Beziehungsangeboten stehen solche gegenüber, die die KlientIn auffordern, Verantwortung für ihre Änderung zu übernehmen.

Mit der oben skizzierten *humanistischen Therapeutischen Haltung* (s. Kap. 3.2.3) gehen Verhaltensweisen der TherapeutIn einher, die Verantwortung an die KlientIn übergeben (s.a. Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 2006). Ein *echtes Interesse* der TherapeutIn an der Sichtweise der KlientIn, die als *ExpertIn für ihr Leben* angesehen wird, schließt wohlwollende Fragen und Aufforderungen ein, sich selbst zu explorieren, eigene Ziele zu entwickeln, eigene passende Schritte dorthin zu konstruieren etc. Auch behutsames, aber beharrliches Bitten, Schilderungen noch präziser zu formulieren und auf verschiedenen Ebenen des Verhaltens zu beschreiben, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Intentionen zu explorieren, Zielvisionen zu entwickeln und sich auf konkrete Therapieziele festzulegen, Kriterien für erreichte Zielzustände oder Schritte zu bestimmen, über bisher erreichte Schritte (Ausnahmen, hidden miracles) wie eigene dazu hilfreiche Stärken und Ressourcen nachzudenken, sind für die beschriebenen Ansätze zentrale therapeutische Verhaltensweisen (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; de Jong & Berg, 2008; Miller & Rollnick, 2004): Wird die KlientIn als ExpertIn für die Definition des Problems, ihrer Ziele und der dazu notwendigen Schritte angesehen, nehmen Beziehungsangebote der Verantwortungsübergabe viel Platz im Therapeutenverhalten ein.

Einerseits vermittelt die TherapeutIn durch ihr *Interaktionsverhalten* von Beginn an die Rollenverteilung, die mit dem Übernehmen von Verantwortung durch die KlientIn verbunden ist (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006). Ein konsequentes Einhalten von „fordernden“ Beziehungsangeboten bereits am Anfang der Therapie erscheint von großer Wichtigkeit: Wie Schindler zeigen konnte, lassen sich in frühen Phasen

entwickelte Interaktionsmuster zu späteren Zeitpunkten in der Therapie nur schwer ändern (Schindler, 1991; Kaimer, Reinecker & Schindler, 1989).

Andererseits kann eine explizite *Klärung* der gegenseitigen *Erwartungen* und eine transparente Vermittlung der *Rollenverteilung* im Sinne eines „informed consent“ in den ersten Sitzungen zur Etablierung der Rollen und der Übernahme von Verantwortung beitragen (s. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006).

Während des gesamten Therapieverlaufs gilt es aber die Verteilung der oben beschriebenen *Rollen beizubehalten und gegebenenfalls zu „verteidigen“* bzw. erneut zu thematisieren.

In diesem Zusammenhang kann auch das Konzept des „*a-sozialen*“ *Reagierens* der TherapeutIn genannt werden (Beier & Young, 1984). Die Autoren unterscheiden verschiedene Arten von Botschaften, die KlientInnen durch ihr Verhalten vermitteln können (v.a. in ambivalenten konflikthaften Motivationslagen): Während im Falle der „Simple message“ der Inhalt der Botschaft Sender und Empfänger bewusst ist, antwortet im Falle der „Complex message“ der Empfänger auf der Basis eines emotionalen Klimas, das der Sender (wiederum bewusst oder unbewusst) hergestellt hat. Durch mehr oder weniger subtile Übergabe von „Schuld“ oder Verantwortung an die TherapeutIn kann diese zu gewohnten oder automatischen, also „sozialen“ Reaktionen „verführt“ werden: Wenn die KlientIn z.B. feststellt „Sie sprechen nie über meine tieferen Probleme!“ oder „Warum sagen Sie nicht, wie ich das lösen kann, schließlich sind Sie ja die Expertin?“ könnte eine „soziale“ Reaktion der TherapeutIn darin bestehen, sie nach „tieferen“ Problemen zu fragen oder Vorschläge zu machen. „A-soziale“ Reaktionen beinhalten dagegen neues, nicht erwartetes Verhalten, um das Klientenverhalten, Verantwortung abzugeben, nicht zu verstärken: „What matters is his not reinforcing her behavior with an expected, social response“ (Beier & Young, 1984; S. 7).

Therapeutische Beziehungsangebote, die die KlientIn zur Übernahme von Verantwortung für Änderung auffordern, stehen denen gegenüber, die ihr Leid anerkennen oder Unterstützung liefern (s. Abb. 3.12). Als „Absturzgefahren“ auf der fordernden Seite der Gratwanderung lassen sich Überforderung der KlientInnen oder Erzeugen von „Widerstand“ in der Beziehung annehmen.

Anhand der beschriebenen *funktionalen Charakteristika* für die Reaktionen der KlientIn lässt sich das Interaktionsverhalten der TherapeutIn ordnen und analysieren.

3.2.5 Therapeutische Beziehungsangebote als Einladungen zu Sprachspielen

Ein zweites Ordnungsschema für Therapeutische Beziehungsangebote, das im Folgenden näher ausgeführt wird, orientiert sich an ihrem *sprachlichen Inhalt*: Macht die TherapeutIn Angebote, über das Problem (dessen Entstehung und mögliche Ursachen, damit zusammenhängende „Schemata“, Diagnosen etc.) der KlientIn zu sprechen sowie über Gründe, den derzeitigen Stand beizubehalten (Nachteile einer Veränderung, Vorteile des Status Quo, Pessimismus bzgl. Änderung etc.), oder lädt sie die KlientIn ein, über Lösungen (anzustrebende Ziele, Wünsche, Bedürfnisse, Ausnahmen vom Problem und erste Schritte, dazu hilfreiche Strategien und Ressourcen etc.) sowie Gründe für Änderung (Vorteile einer Veränderung, Zuversicht, das Ziel zu erreichen etc.) zu sprechen?

Eine Dichotomisierung in „richtige“ und „falsche“ Beziehungsangebote wird dabei nicht angestrebt (s. zur Kritik auch Fiedler, 2010). Vielmehr wird davon ausgegangen, dass *sowohl* Angebote, das Problem zu analysieren, *als auch* Angebote, Lösungen und Änderungen zu thematisieren, wichtige Aspekte jeder Psychotherapie sind (Grawe, 1998). Interessanter erscheint daher die Frage, *zu welchem Zeitpunkt* welches Angebot passender ist und *in welchem Ausmaße* das eine oder andere Angebot verwirklicht werden sollte.

In der modernen Verhaltenstherapie steht nicht mehr nur die Analyse des Problems im Vordergrund; neben der Wichtigkeit der Zielklärung werden die Prinzipien der Zukunftsorientierung, Aufmerksamkeitsfokussierung auf Stärken der KlientInnen und die Anerkennung von (bereits kleinen) Fortschritten betont (vgl. Kanfers 11 Gesetze der Therapie, Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006).

Eine Untersuchung des sprachlichen Inhalts therapeutischer Beziehungsangebote macht vor einem poststrukturalistischen Verständnis von Sprache Sinn, das v.a. konstruktivistischen und narrativen Therapieansätzen zugrunde liegt (s. Kaimer, 2003; White, 2007). Während strukturalistische Ansätze davon ausgehen, dass Sprache die Realität abbildet und somit TherapeutInnen die Aufgabe des Erschließens der „richtigen“ Bedeutung des Gesagten zukommt, wird aus poststrukturalistischer Sicht Realität durch Sprache hergestellt (Berg & de Shazer, 1993): Nach Wittgenstein ist die Bedeutung eines Wortes *sein Gebrauch in der Sprache* (1968). Mit ein und demselben Wort können unterschiedliche Bedeutungen für die Gesprächsteilnehmer verbunden sein. Aus dieser Perspektive stellt sich Therapie als „Feld voller Metaphern“ dar, in dem gemeinsam über Bedeutungen „verhandelt“ wird (de Shazer, 2002): „Wenn zwei Menschen in einem normalen Gespräch dasselbe Wort (oder denselben Ausdruck)

gebrauchen, wird die Bedeutung dieses Wortes (oder Ausdrucks) automatisch zwischen ihnen ausgehandelt. (..) Einer der Unterschiede zwischen einem ‚normalen Gespräch‘ und einem ‚therapeutischen Gespräch‘ liegt darin, dass in letzterem der Therapeut oft gezielt darauf hinarbeitet, den Sinngehalt des Gesagten in der Weise zu ändern, dass der Klient einen Nutzen davon hat und dass er seine Therapieziele leichter erreicht“ (ebd., S.96). Aus einer sozial-konstruktionistischen Perspektive werden durch die Wahl der Worte, die in der Kommunikation gebraucht werden, Realitäten von KlientIn und TherapeutIn „kokonstruiert“ (Guterman, 1996).

Therapeutische Beziehungsangebote können aus dieser Perspektive auch als Eröffnungen und Weiterführungen von „*Sprachspielen*“ betrachtet werden (de Shazer, 2002). Die Einladung, eine Zielvision zu entwerfen (z.B. mittels der „Wunderfrage“), kann zum ersten Element bzw. Rahmen eines längeren Gesprächspassus werden über anzustrebende Ziele, bereits stattgefundenen, ähnlichen Zeiten (Ausnahmen), Konkretisierungen von Zielen, Ableiten erster Schritte etc. Aus einer humanistischen Therapeutischen Haltung heraus (s. Kap. 3.2.3) orientiert sich die TherapeutIn dabei an den Schilderungen der KlientIn und vertieft diese: Gemeinsam wird definiert, über was als nächstes gesprochen wird.

Weiter wird angenommen, dass die Konkretisierung und Präzisierung von Einzelheiten (zu Problem- bzw. Lösungsbezogenen Themen) auf den unterschiedlichen Verhaltensebenen und hinsichtlich ihrer sozialen Vernetztheit die damit zusammenhängenden Reaktionen und Gefühle der KlientIn verstärkt – oder mit den Worten Wittgensteins: „Schau ich nicht in mich und sage: ‚Was ist nur das richtige Wort für dies Gefühl. Diese Stimmung?‘ - Und ist es klar, dass sie durch mein Schauen nicht z.B. verstärkt wird“ (Wittgenstein, 1982, S. 78). Die TherapeutIn kann durch ihre Angebote zu bestimmten Sprachspielen dazu einladen, die Aufmerksamkeit der KlientIn auf bestimmte Inhalte zu fokussieren.

Aber auch aus der Perspektive eines eher phänomenologisch geprägten Ansatzes (Lewis & Osborn, 2004) wie des Motivational Interviewing ist der Gebrauch der Sprache der KlientIn von entscheidender Bedeutung: Ausgehend von der Selbstwahrnehmungstheorie Bems wird angenommen, dass die KlientIn mit den Argumenten, die sie für oder gegen eine Verhaltensänderung äußert, sich selbst überzeugt und ihr Handeln in eine der beiden Richtungen wahrscheinlicher macht (Miller & Rollnick, 2002; s.a. Kap. 3.1.4.6).

Während im Lösungsfokussierten Ansatz zwischen „Problem-talk“ und „Solution-talk“ unterschieden wird, differenzieren die Autoren des Motivational Interviewing zwischen „Sustain-talk“ und „Change-talk“. Wenn auch verschiedene Schwerpunkte innerhalb der beiden Konzeptualisierungen vorliegen, gibt es doch grundsätzliche

Übereinstimmungen (Lewis & Osborn, 2004). Im Folgenden werden daher zunächst einige Beispiele für Angebote zur Problem- und Beibehaltungssprache und danach solche zur Lösungs- und Veränderungssprache vorgestellt. Am Ende dieses Abschnitts stehen empirische Ergebnisse, die die Relevanz unterschiedlicher sprachlicher Angebote verdeutlichen.

3.2.5.1 Angebote zur Problem- und Beibehaltungssprache: Problemfokus

Von „Problem-talk“ wird dann gesprochen, wenn KlientIn und TherapeutIn über das, was im Leben der KlientIn *nicht funktioniert*, (mehr und mehr) sprechen, dadurch zunehmend zu dem Schluss kommen, dass es sich um ein sehr schweres Problem handelt, Zuversicht verlieren und so gemeinsam das Problem „konstruieren“ (Berg & de Shazer, 1993).

Die TherapeutIn kann durch bestimmte sprachliche (bzw. Beziehungs-) Angebote ein problemfokussiertes Sprachspiel eröffnen oder weiterführen. Diese könnten z.B. in einer ausgiebigen *Exploration oder Reflexion der Problematik*, bisheriger Fehler der KlientIn, möglicher Ursachen der Problematik oder damit zusammenhängender negativer Gefühle bestehen (vgl. de Jong & Berg, 2008). Auch *pathologisierende Interpretationen* der Symptomatik, lang anhaltende „Informierungen“ über die zugrunde liegende Störung (Schemata, dysfunktionale Grundannahmen, Abwehrmechanismen etc.) oder Diagnosestellungen können m.E. als Angebote, in Problem-talk einzusteigen, betrachtet werden (s.a. Lieb, 1998).

„Sustain-talk“ (oder „Widerstand“) beinhaltet Aussagen der KlientIn, in denen sie die Vorteile des Status Quo, die Nachteile einer Veränderung, die Intention, sich nicht zu verändern, oder Pessimismus bezüglich einer Veränderung zum Ausdruck bringt (Miller & Rollnick, 2002), und wird somit als Sprache definiert, „die eine Bewegung *weg* von einer bestimmten Art der Veränderung signalisiert“ (ebd., S. 75). Die KlientIn möchte nicht die Verantwortung für eine Änderung übernehmen.

In mehreren Studien konnte ein Zusammenhang zwischen bestimmtem Therapeutenverhalten und den beschriebenen Aussagen der KlientIn gefunden werden (Patterson & Forgatch, 1985; Miller, Benefield & Tonigan, 1993): Therapeutische Beziehungsangebote, die *Konfrontation mit „falschem Verhalten“ oder Bevormundung* („Überreden wollen“) ausdrückten, korrelierten mit Sustain-talk der KlientIn. Miller und Rollnick unterscheiden dabei sechs Arten der Bevormundung: für eine Veränderung argumentieren, die Expertenrolle einnehmen, kritisieren, beschämen oder Schuld zuweisen, etikettieren, in Eile sein und Vorrang beanspruchen. Es konnte gezeigt werden, dass es nur weniger Bevormundungen bedarf, um eine Sitzung negativ zu beeinträchtigen (Miller & Rollnick, 2002, S. 77).

3.2.5.2 Angebote zur Lösungs- und Änderungssprache: Ressourcenfokus

„Solution-talk“ wird hier als das gemeinsame Sprechen über das, was im Leben der KlientIn *funktioniert oder funktionieren könnte*, definiert: Aussagen über anzustrebende positive Ziele, Wünsche und Bedürfnisse, Beschreibungen von Situationen, in denen das Problem nicht auftrat (Ausnahmen) oder Situationen, die dem Zielzustand ähnelten (hidden miracles), Sprechen über hilfreiche Strategien, persönliche Stärken oder Ressourcen der KlientIn oder das Thematisieren von (ersten kleinen) Schritten Richtung Ziel und Erfolgen können als Beispiele für Lösungssprache genannt werden. Im lösungsfokussierten Ansatz werden solche Sprachspiele mit Hilfe verschiedener *Fragen* eingeleitet, die auf der oben beschriebenen Haltung *echter, aufrichtiger Neugier* basieren: Z.B. kann die Wunderfrage das Sprechen über eine anzustrebende Zielvision einleiten, können Fragen nach Ausnahmen oder „hidden miracles“ zu Berichten über frühere Erfolge führen, oder Fragen nach dem Zustandekommen dieser Erfolge bzw. Bewältigungsfragen (z.B. „Wie haben Sie das geschafft?“) ein Sprachspiel über hilfreiche Strategien der KlientIn oder generelle Ressourcen in Gang bringen.

Im Motivational Interviewing wird „Change-talk“ als Gegenseite des „Sustain-talk“ angesehen und umfasst Aussagen der KlientIn zu den Nachteilen des Status Quo und Vorteilen einer Veränderung (Richtung Ziel), über die Intention, sich zu verändern, und Optimismus bezüglich einer Veränderung (Miller & Rollnick, 2002).

Die dazu einladenden offenen Fragen ähneln dabei den oben beschriebenen des lösungsfokussierten Ansatzes (Lewis & Osborn, 2004; Miller & Rollnick, 2002). In beiden Ansätze spielen *Reflexionen und Zusammenfassungen* der individuellen Klientenäußerungen, die Solution- oder Change-talk darstellen, eine wichtige Rolle, um begonnene Sprachspiele weiterzuführen. Weitere entscheidende Beziehungsangebote stellen *Komplimente* dar; dabei kann zwischen direkten und indirekten Komplimenten unterschieden werden: Während mit direkten Komplimenten Lob, Ermutigungen und Feedback durch die TherapeutIn ausgedrückt wird, werden mit indirekten Komplimenten Einladungen an die KlientIn bezeichnet, selbst über ihre Stärken, Strategien und Ressourcen zu erzählen (z.B. „Wie haben Sie das geschafft?, Wie haben Sie sich dafür entschieden?“).

Unterschiedliche Forschergruppen konnten die Wichtigkeit der Ressourcenaktivierung- und Orientierung generell wie den Stellenwert ressourcenfokussierter Sprache in der Therapie unterstreichen:

Aufgrund zahlreicher empirischer Belege sieht Grawe (1998) Ressourcenaktivierung als einen *zentralen Wirkfaktor* der Psychotherapie. In einem Vergleich von Therapien mit geringem und hohem Therapieerfolg konnte anhand von Mikroprozessanalysen gezeigt werden, dass erfolgreiche KlientInnen stärker interpersonale Ressourcen

aktivieren und erfolgreiche TherapeutInnen diese stärker explizit und erlebbar machen (Gassmann & Grawe, 2006). In einer weiteren Therapieprozessstudie zeigte sich, dass KlientInnen Sitzungen produktiver erlebten, wenn zur Problemaktivierung Ressourcenaktivierung hinzukam (Smith, Regli & Grawe, 1999).

Willutzki et al. (2004) verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung mit einer Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und ressourcenorientiertem Vorgehen bei KlientInnen mit der Diagnose soziale Phobie. Obwohl beide Gruppen hohe Effektstärken erzielten, fielen diese in der kombinierten Bedingung durchwegs höher aus. Die KlientInnen erzielten bei ressourcenorientierten TherapeutInnen zudem *höhere Unabhängigkeit* und attribuierten die guten Ergebnisse auf ihre eigenen Stärken!

Eine Prozessstudie zum Verlauf positiver und negativer Konnotationen von TherapeutInnen und KlientInnen zeigte, dass in erfolgreichen Kognitiven Therapien TherapeutInnen häufiger die positiven Äußerungen von KlientInnen aufgreifen, während in nicht erfolgreichen Fällen viel häufiger negative Impulse der KlientInnen noch weiter vertieft wurden (Strehse, 1996). In letzteren sprechen die TherapeutInnen auch von sich aus länger negativ und kürzer positiv konnotiert als ihre KlientInnen. Während der *hohe Stellenwert positiv konnotierter Äußerungen* als wichtigstes Ergebnis festzuhalten ist, bemerkt die Autorin aber einschränkend, dass eine „Steuerung“ in eine positive Richtung durch die TherapeutIn erst nach der Herstellung einer guten *Passung* der Äußerungen der Beteiligten mit Erfolg assoziiert war; ein Ergebnis, das wiederum die Relevanz individuell angepasster Vorgehensweise unterstreicht (s.a. Kap. 3.2.6). Gleichzeitig spielte es aber eine entscheidende Rolle, dass günstige Interaktionsmuster bereits zu Beginn der Therapie eingeführt wurden; die *Bedeutung der Anfangsphase* für die weitere Interaktion wird auch in vielen anderen Studien bestätigt (z.B. Schindler, 1991; Kaimer, Reinecker & Schindler, 1989).

Einige Überblicksstudien und Metaanalysen konnten die Wirksamkeit lösungsfokussierten Vorgehens belegen (Gingerich & Eisengart, 2001; George, Iveson & Ratner, 2006; Kim, 2006). Eine wesentlich größere empirische Forschungsbasis für unterschiedliche Störungsbilder liegt im Falle des Motivational Interviewing vor (Lewis & Osborn, 2004; Arkowitz & Miller, 2008; Burke, Arkowitz & Dunn, 2002). Ausgewählte Studien, die die sprachlichen Äußerungen der Beteiligten in der Sitzung zum Gegenstand hatten, sollen hier Erwähnung finden:

In einer Studie wechselten TherapeutInnen bewusst in Zeiträumen von acht bis zwölf Minuten innerhalb einer Sitzung von einem nicht konfrontierenden, reflektierenden Stil zu einem belehrenden, konfrontierenden Stil: Analog dazu änderten die KlientInnen in diesen Zeiträumen ihre Äußerungen vom Change-talk zum Sustain-talk (Patterson & Forgatch, 1985). Ähnliche Ergebnisse wurden in einer randomisierten

Gruppenstudie erzielt, in der „Problemtrinker“ TherapeutInnen zugewiesen wurden, die entweder nach den Prinzipien des Motivational Interviewing oder des konventionellen konfrontierenden Vorgehens arbeiteten: KlientInnen in der konfrontierenden Therapie äußerten viel häufiger „Sustain-talk“ (Miller, Benefield & Tonigan, 1993). Die Häufigkeit von Äußerungen des Change- oder Sustain-talks in der Therapie stellte wiederum einen Prädiktor für tatsächliche Verhaltensänderung bzw. Beibehaltung des Problemverhaltens dar (Miller & Rollnick, 2002): Je häufiger KlientInnen in den Sitzungen Sustain-talk äußerten, umso mehr Alkohol wurde von diesen im folgenden Jahr konsumiert.

Diese Studien können als Hinweise für die Wichtigkeit ressourcenfokussierter Therapeutischer Beziehungsangebote verstanden werden. Weitere Forschung, die insbesondere die konkreten sprachlichen Äußerungen in den Sitzungen untersucht, scheint aber dringend notwendig.

3.2.6 Individuelle Anpassung von Therapeutischen Beziehungsangeboten

In diesem Kapitel 3.2 wurde bereits an verschiedenen Stellen auf die Notwendigkeit der Anpassung Therapeutischer Beziehungsangebote an die Eigenheiten der KlientInnen hingewiesen. Insbesondere für die Abstimmung des Interaktionsverhaltens auf die gegenwärtigen *motivationalen* Bedingungen liegt eine Reihe empirischer Hinweise vor.

Die Division 29 Task Force der American Psychological Association hatte u.a. zum Ziel, Forschungsergebnisse zu sammeln und auszuwerten, die die Anpassung therapeutischen Beziehungsverhaltens an Aspekte des Klientenverhaltens zum Gegenstand hatten (Norcross, 2010): Das Reaktanzlevel, die Phasen der Veränderung (stages of change, s. Kap. 3.1.4.5) und funktionale Beeinträchtigungen stellten sich dabei als Klientenvariablen heraus, deren Berücksichtigung den Therapieerfolg entscheidend beeinflusst.

Das *Reaktanzniveau* wurde anhand des Grads, sich provoziert zu fühlen und oppositionell auf externale Forderungen zu antworten, bestimmt. TherapeutInnen, die das Ausmaß der *Direktivität* ihrer Beziehungsangebote an das Reaktanzlevel der KlientInnen anpassten, konnten in 80% der Studien (16 von 20) die Effektivität und den Outcome verbessern (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002). In einer weiteren Studie schätzten Rater das Reaktanzlevel des Klientenverhaltens und die Direktivität des Therapeutenverhaltens ein, indem sie videographierte Sitzungen bewerteten. Die Direktivität der TherapeutInnen hatte bei KlientInnen eines hohen Reaktanzlevels negative Auswirkung auf den Outcome, v.a. der Gebrauch von Interpretationen und

Konfrontationen, jedoch nicht bei KlientInnen eines niedrigen Reaktanzlevels (Karno & Longabaugh, 2005).

In Kap. 3.1.4.5 wurde bereits das transtheoretische Modell der „*Stages of Change*“ vorgestellt (Prochaska & Norcross, 2002). In einer Metaanalyse über 47 Studien konnten Effektstärken von 0.7 bis 0.8 für den differenziellen Gebrauch unterschiedlicher Behandlungsprozesse in den verschiedenen Veränderungsphasen gefunden werden (Rosen, 2000). Während in den Phasen der Precontemplation und Contemplation sich eher kognitiv-affektive Prozesse als hilfreich herausgestellt haben, sind in der Action- und Maintenance-Phase behaviorale Prozesse effektiver. Prochaska & Norcross empfehlen die therapeutischen Beziehungsangebote an die motivationale Phase der KlientIn anzupassen: „the therapist assumes the position of a nurturing parent with clients in the precontemplation stage, a Socratic teacher with clients in the contemplation stage, an experienced coach with those in the action stage and a consultant during the maintenance stage“ (Norcross, 2010, S.129; Prochaska & Norcross, 2002).

Im deutschsprachigen Raum hat das Konzept der *Komplementären bzw. Motivorientierten Beziehungsgestaltung* in den letzten Jahrzehnten zu vermehrten Forschungsbemühen geführt (Grawe & Dzewas, 1978; Grawe, 1992; Caspar, 2008; Stucki, 2008). Die Motivorientierte Beziehungsgestaltung basiert auf Grundannahmen und Methodik der Plananalyse (Caspar, 1996; s.a. Kap. 4.6) Anhand von Plananalysen werden Hypothesen zu Motiven der KlientIn konstruiert, die ihrem problematischen Interaktionsverhalten zugrunde liegen könnten. Dieser Vorgang wird so lange weitergeführt, bis für die therapeutische Interaktion „unproblematische“ Motive beschrieben werden können. Ziel ist es aufgrund dieses Fallverständnisses echtes, proaktives, auf die individuellen Beziehungsbedürfnisse der KlientIn abgestimmtes Therapeutenverhalten zu entwickeln, das diese sättigen kann: So wird der Einfluss der problematischen Mittel überflüssig und dem Problemverhalten „die motivationale Basis entzogen“ (Caspar, 2008). In einer experimentellen Studie wurde die Wirksamkeit von klientenzentrierter Therapie, Verhaltenstherapie und „Interaktioneller Verhaltenstherapie“ (Verhaltenstherapie, in der die Prinzipien der Komplementären Beziehungsgestaltung angewandt wurden) verglichen (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990). Die Anpassung des Vorgehens an individuelle Eigenheiten der KlientInnen war zum einen mit einer leichten Überlegenheit in den Ergebnissen und einer überwältigenden Überlegenheit in Prozessmerkmalen verbunden (Caspar, 2008). Zum anderen hingen die Ergebnisse in dieser Bedingung weniger von Klientenmerkmalen ab; diese konnten besser genutzt bzw. aufgefangen werden. In einer korrelativen Studie wurde zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen

(Fremdeingeschätzter) Komplementarität und Selbsteingeschätztem Therapieerfolg festgestellt (Caspar, Grossmann, Unmüssig & Schramm, 2005).

Die beschriebenen Forschungsergebnisse weisen auf die Bedeutsamkeit der Anpassung Therapeutischer Beziehungsangebote auf die individuelle „Motivlandschaft“ der KlientIn hin. Bei der Entwicklung der Forschungsmethodik (Kap. 4) wird dies berücksichtigt.

3.2.7 Fazit

Die Therapeutische Beziehung kann aufgrund zahlreicher Befunde als hoch bedeutsame Variable für den Therapieerfolg gelten. Für eine Untersuchung muss das vieldeutige und unscharfe Konstrukt allerdings eingegrenzt werden.

In diesem Kapitel wurde versucht in Bezug auf Fragestellung 6 (Kap. 1.2.2), auf Konzepte aus verschiedenen psychotherapeutischen Traditionen und Forschungsbefunde zurückzugreifen und daraus zwei Dimensionen Therapeutischer Beziehungsangebote zu entwickeln: Therapeutische Beziehungsangebote können demnach danach eingeordnet werden, ob sie die KlientIn fordern, Verantwortung für „inhaltliche Arbeit“ in der Therapie zu übernehmen, ob sie ihr bei dieser Arbeit Unterstützung leisten, oder ihr Anerkennung für ihr Leid schenken. Weiterhin können Therapeutische Beziehungsangebote entweder als Einladungen zu problemfokussierten oder ressourcenorientierten Sprachspielen betrachtet werden.

Für eine konsistente Umsetzung Therapeutischer Beziehungsangebote scheinen Haltung und Rollenverständnis der TherapeutIn von besonderer Wichtigkeit. Zudem sollte eine Anpassung an die individuellen Eigenheiten der KlientIn erfolgen.

Mit einer konkreten Operationalisierung „Therapeutischer Beziehungsangebote“ beschäftigt sich das folgende Kapitel 4. In Kapitel 5 wird versucht, das Verhalten jeder TherapeutIn auf den hier beschriebenen Dimensionen einzuordnen. Dem Vergleich erfolgreicher und nicht erfolgreicher Therapeutischer Beziehungsangebote widmet sich das sechste Kapitel.

4. Methode

*„Es geht aber niemand in den Zirkus,
um den Durchschnittshund durch den Durchschnittsreifen springen zu sehen“
(B.F. Skinner; aus: Caspar, Beziehungen und Probleme verstehen, 2007, S.11)*

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben, das dieser Studie zugrunde liegt. Das Kapitel stellt eine Verbindung zwischen den bisher angestellten wissenschaftstheoretischen Grundlagen, theoretischen Überlegungen und der im Folgenden beschriebenen empirischen Untersuchung dar: Das methodische Vorgehen versucht, die theoretischen Vorannahmen zur Therapiemotivation, die in ein aufgestelltes Arbeitsmodell mündeten (s. Kap. 3.1.5), und zu Therapeutischen Beziehungsangeboten (s. Kap. 3.2) zu berücksichtigen und den unterschiedlichen Aspekten der Konzepte gerecht zu werden. Neben diesen Anforderungen an die Erhebungsinstrumente, die aus theoretischer Sicht herangetragen werden, spielen aber auch Gütekriterien qualitativer Forschung und methodologische Überlegungen zu Prozessforschungsinstrumenten bei der Konstruktion der methodischen Herangehensweise eine Rolle. In Kapitel 4.1 werden diese Anforderungen ausgeführt. Kapitel 4.2 geht auf die Grobplanung und den Aufbau der Studie ein: Ihre Zerlegung in Teilprojekte und das Design werden dargestellt. In den Kapiteln 4.3 bis 4.8 wird die Entwicklung des konkreten methodischen Vorgehens in aufeinander aufbauenden Schritten geschildert. Einzelne Abschnitte widmen sich der kriteriengeleiteten Auswahl der Stichprobe (4.3), der Operationalisierung der Konstrukte (4.4) und der Aufbereitung des Materials und deren Zerlegung in Sinneinheiten (4.5). Der zentrale Schritt der Entwicklung einer Kategorisierungsmethodik wird in Kapitel 4.6 beschrieben: Dazu werden die theoretischen Grundannahmen und methodischen Prinzipien der Plananalyse und der Qualitativen Inhaltsanalyse vorgestellt, die zur Konstruktion des eigenen methodischen Vorgehens genutzt wurden. Kapitel 4.7 geht darauf ein, wie mit Hilfe qualitativer Auswertungsstrategien die „Pläne“ von KlientIn und TherapeutIn theoriegeleitet verglichen und diskutiert wurden: Aus den angestellten theoretischen Überlegungen wurden ein Rating der Motivationsstufen der Klientenpläne entwickelt und Kriterien für eine Zusammenfassung der Therapeutenpläne abgeleitet. Abschließend wird in Kapitel 4.8 die eingesetzte quantitative Auswertungsstrategie geschildert.

4.1 Anforderungen an das Erhebungsinstrument

4.1.1 Anforderungen aufgrund des Forschungsgegenstandes

Diese Ausführungen nehmen direkten Bezug auf das in Kap. 3.1.5 erstellte Arbeitsmodell der Änderungsmotivation. Änderungsmotivation wird als 1) ambivalenter Zustand, 2) sich kontinuierlich verändernder Prozess, 3) individuelles, komplexes Motivamalgam und 4) interaktionistisches Konstrukt angesehen. Ein Instrument, das Änderungsmotivation in diesem Sinne erfassen soll, muss all diesen theoretischen Vorannahmen gerecht werden.

4.1.1.1 Individualisierte Erhebung

Wie bereits ausführlich dargestellt wurde, wird Änderungsmotivation nicht als ein distinktes Motiv betrachtet, sondern als ein Amalgam verschiedener, häufig auch im Konflikt stehender, *individueller* Motive (v.a. Kap. 3.1.5.2 & 3.1.5.3). Demnach spielen bei jedem Individuum völlig unterschiedliche Motive bei der Veränderung oder Beibehaltung des Problems eine Rolle. Eine Erhebung der Änderungsmotivation sollte aus diesem Grund eine idiosynkratische Beschreibung der wichtigsten Motive der KlientIn beinhalten.

Auch für die Beurteilung des Therapeutischen Beziehungsangebots ist es von großer Bedeutung die bedeutsamsten Motive der KlientIn zu kennen: Es ist anzunehmen, dass abhängig von Inhalt, Wichtigkeit und Ausmaß der Veränderungsbereitschaft der Klientenmotive unterschiedliche therapeutische Angebote förderlich wirken (Caspar, 2008, Prochaska & Norcross, 2002; s. Kap. 3.2.6). Mit Hilfe der Konstruktion eines maßgeschneiderten Beziehungsangebots kann die TherapeutIn im besten Fall sich auf die Veränderungen der Motivlandschaft der KlientIn immer wieder einstellen, um die Änderungsmotivation optimal zu unterstützen. Um diesen Prozess der Passung untersuchen zu können, ist es somit nicht nur notwendig, die wichtigsten individuellen Motive der KlientIn zu erheben; auch die häufigsten (bewusst oder unbewusst eingesetzten) Strategien der TherapeutIn müssen beschrieben werden. Die Studie möchte dabei nicht die Effektivität umschriebener, geplanter Interventionen i.S. von therapeutischen Techniken untersuchen, sondern die Passung von Beziehungsangeboten der TherapeutInnen auf die Motivlandschaft der KlientInnen (s. Kap. 3.2). Diese Beziehungsangebote können zwar auch reflektiert und geplant werden (z.B. Caspar, 2008), werden aber auch von bisherigen Lernerfahrungen in Beziehungen der TherapeutIn beeinflusst, die nicht immer bewusst sind und auch als „Interaktionsstil“ bezeichnet werden können. Auch auf Seiten der TherapeutIn wird dementsprechend ein individuelles und komplexes Geflecht an Beziehungsangeboten

vermutet, die den unterschiedlichen Klientenmotiven mehr oder weniger Raum zur Realisierung geben.

Um dem individuellen Charakter des Konstrukts der Änderungsmotivation gerecht zu werden und um die Passung des therapeutischen Beziehungsangebots darauf untersuchen zu können, muss also ein Erhebungsinstrument eingesetzt werden, das auf Klienten-, wie Therapeutenseite die Einzigartigkeit und Komplexität der Motiv- bzw. Strategienansammlung berücksichtigt.

4.1.1.2 Interaktionssensitivität

Die zentrale Annahme des entwickelten Arbeitsmodells sieht Änderungsmotivation als interaktionellen Prozess, zu dem beide Interaktionspartner Beiträge leisten (vgl. Kap. 3.1.5.1). Eine Anzahl verschiedener Klientenmotive trifft auf Beziehungsangebote der TherapeutIn; einige Motive können in der Beziehung realisiert werden, andere nicht. Die realisierten Motive können dabei eine mehr oder weniger hohe Änderungsbereitschaft darstellen.

Wie im vorherigen Abschnitt bereits angeführt wurde, soll eine Methode konstruiert werden, die sowohl die Motivlage der KlientIn als auch die Beziehungsangebote der TherapeutIn berücksichtigt. Wenn Änderungsmotivation als interaktioneller Prozess betrachtet wird, muss ein angemessenes methodisches Vorgehen Aussagen über den Zusammenhang zwischen Klientenmotiven und Therapeutischen Angeboten machen können. Ein in diesem Sinne „interaktionssensitives“ Instrument erlaubt Beziehungen zwischen diesen Variablen einschätzen zu können.

4.1.1.3 Veränderungssensitivität

Es wird weiter davon ausgegangen, dass Änderungsmotivation ein sich verändernder Prozess ist und die Entwicklung sich nicht in diskreten Stufen, sondern kontinuierlich vollzieht. Die Veränderung der Therapiemotivation besteht dann in der Veränderung der zeitlichen „Aktivität“ verschiedener Motive, die sich in ihrer Änderungsbereitschaft unterscheiden lassen (s. Kap. 3.1.5.4).

Die aus inhaltlicher Sicht letzte Anforderung an die methodische Vorgehensweise besteht in der Veränderungssensitivität des Instruments. Das Erhebungsinstrument muss dazu zwei Aspekte berücksichtigen: Es muss Aussagen zum Ausmaß der Änderungsbereitschaft eines Motivs erlauben sowie zum zeitlichen Auftreten des Motivs.

Aber nicht nur aufgrund der theoretischen Annahmen zur Therapiemotivation ist die Veränderungssensitivität von zentraler Bedeutung. Wenn Aussagen zur Erhöhung, Verringerung oder Stagnation der Änderungsmotivation gemacht werden können,

kann auch *der Erfolg* der Therapie aus Beobachterperspektive bewertet werden. Ein veränderungssensitives Erhebungsinstrument liefert somit den bedeutsamsten Beitrag zu dem Erfolgskriterium in dieser Studie, nämlich der Erhöhung der Änderungsmotivation (s.a. 4.2.1.3).

4.1.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Vorgehen und Ziele *qualitativer* Sozialforschung unterscheiden sich deutlich von quantitativen Forschungsansätzen. Die Maßstäbe quantitativer Forschung lassen sich somit auch nicht ohne weiteres auf qualitatives Vorgehen übertragen: Eine Berechnung einiger Kennwerte scheint hier wenig aussagekräftig, die Argumentationsweise rückt wesentlich stärker in den Vordergrund. Führende Forscher fordern, die Beurteilung der Güte an Vorgehen und Zielen der Analyse anzupassen (Flick, 1987, Heinze, 1987, nach Mayring, 2002).

Mayring (2002) schlägt sechs allgemeine Gütekriterien für die qualitative Forschung vor:

Die *Verfahrensdokumentation* spielt in der qualitativen Forschung eine entscheidende Rolle. Weil hier Methoden meistens für den spezifischen Gegenstand erst entwickelt werden müssen, ist die genaue Nachvollziehbarkeit der Konstruktion der Erhebungsinstrumente von großer Bedeutung. Im quantitativen Bereich sind dagegen Hinweise auf standardisierte Messinstrumente ausreichend. Die Explikation des theoretischen Vorverständnisses, die genaue Dokumentation des Analyseinstrumentariums sowie der Durchführung und Auswertung der Datenerhebung stellen wesentliche Gütekriterien qualitativer Forschung dar. Diese Studie versucht in genauer Vorstellung der theoretischen Modellen (Kap. 3) und der aufeinander aufbauenden methodischen Schritte (Kap. 4) sowie der transparenten Schilderung der sukzessive gefundenen Ergebnisse (Kap. 5) diesem Kriterium möglichst gerecht zu werden.

Weiteres zentrales Gütekriterium ist die *Argumentative Interpretationsabsicherung*. Interpretationen können nicht bewiesen oder nachgerechnet werden, sie müssen argumentativ begründet werden. Dabei spielen eine sinnvolle Ableitung aus einem adäquaten theoretischen Vorverständnis und eine in sich konsistente Interpretation die Hauptrollen. Alternativdeutungen sollten formuliert und schlüssig widerlegt werden können. Stringente Argumentationen werden für jeden einzelnen Fall in den entsprechenden Kapitel 5.2 bis 5.9 versucht. Kapitel 6 widmet sich einer vergleichenden Diskussion der Ergebnisse.

Als Leitgedanke der qualitativen Forschung, der aber letztlich jeder Forschung zugrunde liegen muss, wird die *Nähe zum Gegenstand* angesehen (Flick, 1987, Mayring, 2002). Eine besondere Stärke qualitativer Forschung ist „möglichst nahe an der

Alltagswelt der befochtenen Subjekte“ anzuknüpfen (Mayring, 2002, S.146). Die artifiziellen Umstände von Laborexperimenten werden umgangen, indem sich der Forscher ins „Feld“, also in die natürliche Umwelt der Beforschten begibt. Dieses Prinzip findet Entsprechung im klassischen Gütekriterium der Validität: Gerade der externen Validität wird durch die Orientierung am Gegenstand Genüge getan. In der vorliegenden Studie wurden naturalistische Therapiesitzungen nach Abschluss der Therapie befochten. TherapeutInnen hielten sich dabei nicht an einen standardisierten Leitfaden, sondern arbeiteten unter den für die Alltagspraxis auch sonst üblichen Umständen. Die beteiligten Personen wurden erst nach Ablauf der Therapie darüber informiert, dass die Sitzungen in einem Forschungsprojekt analysiert werden, so dass eine Reaktivität vollkommen ausgeschlossen werden konnte¹⁴. Der Forderung nach gegenstandsangemessener Erfassung, die gerade in der Psychotherapieforschung unter dem Stichwort „Effectiveness“ therapeutischer Interventionen bzw. Effektivität unter Praxisbedingungen (Buchkremer & Klingberg, 2001) immer wieder laut wird, wird somit entsprochen.

Um sich dem Forschungsgegenstand maximal anzunähern, ist eine gewisse Offenheit des methodischen Vorgehens und ggf. eine Anpassung und Modifikation notwendig. Aus diesem Grund stellt die *Regelgeleitetheit* eine große Herausforderung und gleichzeitig wichtiges Gütekriterium der qualitativen Forschung dar. Maßstab für die Qualität einer qualitativen Studie ist ihre systematische Bearbeitung des Materials anhand explizit genannter Verfahrensregeln, die in sequentiellen Analyseschritten aufeinander aufbauen. Über die Prinzipien der Verfahrensdokumentation und Regelgeleitetheit lassen sich Bezüge zum klassischen Gütekriterium der Objektivität herstellen: Erst die genaue Beschreibung des Verfahrens und die Nennung von Ablaufschemata ermöglichen eine Replikation der Studie. Nur die Angabe von Regeln kann zudem eine ausreichend hohe (Interrater-)Reliabilität zwischen unterschiedlichen Beobachtern sicherstellen. In den einzelnen Abschnitten dieses vierten Kapitels werden somit die Regeln für jeden Teilschritt dieser Studie dargestellt.

Unter *kommunikativer Validierung* wird eine Überprüfung der Ergebnisse durch die Beforschten selbst verstanden. Aus pragmatischen, aber auch ethischen Gründen konnte eine solche Diskussion der Ergebnisse mit den untersuchten KlientInnen und TherapeutInnen nicht stattfinden. Die Therapien waren zum einen schon seit Jahren abgeschlossen und die beteiligten Personen zum großen Teil nicht mehr erreichbar. Zum anderen sollten mögliche Suggestionen in Richtung Pathologisierung der KlientInnen in jedem Fall vermieden werden.

Mit *Triangulation* wird gefordert, immer mehrere Datenquellen, Beobachter, theoretische Modelle und methodische Zugänge zu berücksichtigen. Erst durch die

¹⁴ Aus ethischen und rechtlichen Gründen werden die KlientInnen natürlich bereits in der ersten Sitzung im Rahmen des „Informed Consent“ darüber informiert, dass die prinzipielle Möglichkeit an unserer Ambulanz besteht, erhobene Daten weiter zu erforschen.

Verbindung mehrerer Perspektiven ergibt sich ein stimmiges Bild. Dabei sollten qualitative wie quantitative Erhebungen kombiniert werden. Diese Studie fußt auf einer Vielzahl theoretischer Blickwinkel auf den Gegenstand, die in einem Modell integriert wurden (Kap. 3). Neben Verhaltensbeobachtungen werden Fragebogendaten analysiert. Für jeden Teilschritt wurden mindestens zwei unabhängige Rater herangezogen und ggf. Unstimmigkeiten diskutiert. Um sich dem Gegenstand von verschiedenen Seiten anzunähern, wurden die qualitativen Erhebungsmethoden (z.B. Kategorisierungen) mit quantitativen Analysen (z.B. Häufigkeitsanalysen) ergänzt. In der Diskussion wird versucht, die über verschiedene methodische Zugänge erhobenen Daten zu integrieren und so dem Gegenstand möglichst gerecht zu werden (s. Kap. 6).

4.1.3 Anforderungen an Methoden der Prozessforschung

In ihrer Übersicht zu methodologischen Aspekten der Prozessforschung unterscheiden Hill & Lambert (2004) verschiedene Dimensionen, mit denen sich Prozessmaße beschreiben lassen. Tabelle 4.1 gibt eine Übersicht über die verschiedenen zu berücksichtigenden Aspekte und dazugehörige Beispiele. In der dritten Spalte wird die Methodik, die in dieser Studie Anwendung findet, in die jeweilige Dimension eingeordnet.

Dimensionen für Prozessmaße	Beispiele	Einordnung der eigenen Methode
1. Fokus der Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • KlientIn • TherapeutIn • Klient-Therapeut-Interaktion • SupervisorIn • Therapeut-Supervisor-Interaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • KlientIn • TherapeutIn • Klient-Therapeut-Interaktion
2. Aspekt des Prozesses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prozesstyp: offenes vs. verdecktes Verhalten 2. Thematischer Inhalt 3. Art und Weise des Verhaltens 4. Qualität, Güte des Verhaltens 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prozesstyp: von Verhalten schließend auf „Pläne“ 2. Thematischer Inhalt: Motive und Beziehungsangebote 3. Art und Weise des Verhaltens: Einschätzung erfolgt in gesondertem Rating 4. Qualität des Verhaltens: Einschätzung erfolgt in vergleichender Diskussion
3. Theoretische Basis	<ul style="list-style-type: none"> • psychoanalytisch • verhaltenstherapeutisch • humanistisch • systemisch • integrativ 	Integration theoretischer Aspekte verschiedener Traditionen zu Modellen der Therapiemotivation und Therapeutischer Interaktion (s. Kap.3.)
4. Perspektive der Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • KlientIn • TherapeutIn • SupervisorIn • nicht teilnehmender Rater 	nicht teilnehmende Rater
5. Untersuchte Einheit/ Auflösungsgrad	Mikroprozesseinheiten: <ol style="list-style-type: none"> 1. Einzelnes Wort 2. Grammatikalischer Satz 3. Sprechakt einer Person 4. Thematische Einheit Makroprozesseinheiten: <ol style="list-style-type: none"> 5. Zeiteinheit 6. Ereignis 7. Sitzung 8. Phase 9. Behandlung 	Grammatikalischer Satz unter Berücksichtigung des Kontextes
6. Messungstyp	<ul style="list-style-type: none"> • Intervallskalierte Ratings • Nominalkategoriensysteme 	Nominalkategoriensysteme
7. Grad der Interpretation	Von nicht interpretativ bis hoch interpretativ	geringes Maß an Interpretation durch genaue Beschreibung der Kategorien mit Anker- und Abgrenzungsbeispielen
8. Untersuchungsmaterial	<ul style="list-style-type: none"> • teilnehmende Beobachtung • Audio- oder Videotape • Transkript • Kombination aus Transkript und Tape 	Kombination aus Transkript und Tape

Tab. 4.1: Dimensionen für Maße der Prozessforschung und Beispiele nach Hill & Lambert (2004), Einordnung der verwendeten Methodik.

Im *Fokus der Evaluation* stehen KlientIn (bzw. deren Motive), TherapeutIn (bzw. deren Beziehungsangebote) und insbesondere die Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn.

Alle von Hill & Lambert vorgeschlagenen *Aspekte des Prozesses* spielen in der Untersuchung eine Rolle: Hinsichtlich des Prozesstyps orientiert sich die Methode zunächst am tatsächlich beobachteten bzw. transkribierten konkreten Verhalten und ordnet diesem „verdecktes Verhalten“ im Sinne von Plänen zu (s. Kap. 4.6). Thematisch-inhaltlich werden Motive und Interaktionale Strategien

(Beziehungsangebote) untersucht (s. Kap. 4.4). Die Art und Weise gezeigten Klientenverhaltens wird nicht während der Kategorisierung bewertet. Vielmehr werden in einem darauf aufbauenden Schritt mit Hilfe eines dafür entwickelten Ratings (s. Kap. 4.7.1) die Klientenpläne hinsichtlich ihrer Änderungsbereitschaft eingeschätzt. Eine Beurteilung der Qualität des Therapeutenverhaltens kann erst in einem letzten Schritt durch den Vergleich unterschiedlicher Daten erfolgen: Ihr widmet sich die Diskussion (Kap.6).

Der *theoretischen Basis* der verwendeten Prozessmaße liegen Konzepte unterschiedlicher Therapietraditionen zugrunde, die in Modellen zur Therapiemotivation und Therapeutischer Interaktion integriert wurden (Kap. 3.1 und 3.2). Das Modell der Plananalyse spielt dabei für die Erstellung der Kategoriensysteme eine wesentliche Rolle (s. Kap. 4.6).

Die *Evaluation* des Geschehens geschieht aus der *Perspektive* nichtteilnehmender Rater. Jeder Interpretationsschritt wurde dabei von zwei unabhängigen Ratern vollzogen und eine hohe Interraterreliabilität sichergestellt (s.u.).

Eine zentrale Anforderung an Prozessmaße ist einen für den Gegenstand geeigneten *Auflösungsgrad* zu finden. Die hier gewählte Untersuchungseinheit ist der grammatikalische Satz unter Berücksichtigung des Kontextes. Der Begründung der Auswahl ist ein eigener Abschnitt an späterer Stelle gewidmet, um die Entwicklung des Forschungsinstruments besser nachvollziehen zu können (s. Kap. 4.5.2).

Hill und Lambert unterscheiden als *Messungstypen* intervallskalierte Ratings von Nominalkategoriensystemen. Intervallskalen haben den Vorteil, dass Mittelwerte von Einschätzungen berechnet werden können. Leider lassen sich die meisten interessierenden Prozessvariablen nicht intervallskalieren. Nominale Kategoriensysteme können dagegen die Phänomene adäquater abbilden. „An advantage of using nominal category systems is that they often reflect the phenomenon more accurately“ (Hill & Lambert, 2004, S. 88). Im ersten Schritt des methodischen Vorgehens stand die Frage im Mittelpunkt, ob ein bestimmter Plan während eines bestimmten Verhaltens „vorhanden“ war oder nicht. Aufbauend auf der qualitativen Inhaltsanalyse wurden also Nominalkategoriensysteme mit disjunkten Kategorien entwickelt und zur weiteren Analyse genutzt (s. Kap. 4.6.3).

Für die Zuordnung der Kategorien zu Sinneinheiten wurde versucht, den *Grad der Interpretation* gering zu halten, um so zu reliableren Ergebnissen zu gelangen. „A noninferential strategy tends to result in higher interjudge reliability than an inferential strategy because variables are operationally defined and rely on observation rather than inference“ (Hill & Lambert, 2004, S. 89). Um dies gewährleisten zu können, wurde jeder Kategorie eine genaue Beschreibung mit Anker- und Abgrenzungsbeispielen angefügt (s. Kap. 4.6.3).

Als *Untersuchungsmaterial* empfehlen Hill & Lambert eine Kombination aus Transkript und Videoaufnahme. Transkripte können sicherstellen, dass Rater sich auch wirklich

bei ihrer Beurteilung auf dieselbe Stelle beziehen. Videoaufnahmen helfen dabei nonverbale Merkmale mit berücksichtigen zu können. In dieser Studie standen den Ratern somit beide Informationsquellen zur Verfügung (s. genauer. Kap. 4.5.1).

4.1.4 Fazit

Erhebungsinstrumente der qualitativen Prozessforschung müssen verschiedenen Anforderungen genügen: Zum einen sollten sie den Eigenschaften des zu untersuchenden Konstrukts Rechnung tragen. Im Falle der hier vorgestellten Modelle zur Therapiemotivation und Therapeutischen Interaktion gilt es Instrumente zu konstruieren, die die Individualität der Motive und Beziehungsangebote berücksichtigen, die Interaktion zwischen diesen Konstrukten beschreiben und Aussagen über eine Veränderung der Therapiemotivation (und somit über ein Erfolgskriterium) zulassen. Zum zweiten müssen Erhebungsinstrumente allgemeinen Gütekriterien qualitativer Sozialforschung gerecht werden: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung, Triangulation. Letztlich lassen sie sich an aus der Forschungspraxis formulierten Anforderungen messen. Die im Folgenden beschriebene Entwicklung einer Forschungsmethodik ist im Lichte all dieser Anforderungen zu bewerten.

4.2 Aufbau und Planung der Studie

4.2.1 Design

4.2.1.1 Überblick

Ziel der Studie ist es in einer vergleichenden Analyse von acht unterschiedlich erfolgreichen Verhaltenstherapien mit KlientInnen, die unter einer Zwangsstörung leiden, Hypothesen zum Einfluss therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation zu entwickeln (s. Kap. 1).

Aus dem zur Verfügung stehenden Pool abgeschlossener Therapien werden nach den Kriterien der größtmöglichen Homogenität hinsichtlich Störungsbild, therapeutischen Ansatz und Person der TherapeutIn bei gleichzeitiger größtmöglicher Differenz im durch die KlientIn eingeschätzten Erfolg acht Therapien selektiert (s. Kap. 4.3).

Für jede KlientIn und für jede TherapeutIn wird ein individualisiertes Kategoriensystem entworfen. Die Konstruktion der Kategoriensysteme orientiert sich dabei an theoretischen und methodischen Annahmen der Plananalyse und der Qualitativen Inhaltsanalyse (s. Kap. 4.6). Als Kategorien dienen voneinander

abgrenzbare, disjunkte „Pläne“ (Grawe & Caspar, 1984; Caspar, 2007), die aus beobachtbaren Verhaltensweisen konstruiert wurden. Zu diesem Zweck werden drei videographierte Sitzungen der Anfangsphase angesehen. Die Kategoriensysteme werden so lange verändert, bis sie mit hoher Interraterreliabilität anwendbar sind.

Zu vier Erhebungszeitpunkten werden kriteriengeleitet Sitzungen zur weiteren Analyse ausgewählt (s. Kap. 4.2.1.2). Drei Sitzungen des Therapiebeginns, zwei Sitzungen der frühen, zwei Sitzungen der mittleren und zwei Sitzungen der Endphase der Therapie werden transkribiert und die Abschriften in Sinneinheiten unterteilt. Jeder Sinneinheit wird von zwei unabhängigen Ratern eine Kategorie, ein Plan, des jeweiligen Systems zugewiesen. Für die späteren Erhebungszeitpunkte müssen die Kategoriensysteme ggf. erweitert oder modifiziert werden, wenn neue, nicht zuordenbare Verhaltensweisen auftreten.

Jeder Klientenplan wird mit Hilfe des entwickelten „Fremdratings der Motivationsentwicklung“ (FRAME) einer von sechs Phasen der Änderungsbereitschaft (oder der Restkategorie) zugewiesen (s. Kap. 4.7.1). Das Rating wird wie der Kategorisierungsvorgang von zwei unabhängigen Ratern durchgeführt und die Reliabilität berechnet. Im Anschluss an das Rating werden die fehlenden Übereinstimmungen diskutiert und Einigungen erzielt. Weiterhin wird jeder Therapeutenplan danach beurteilt, ob er nach theoretisch fundierten Kriterien einem „Plankomplex“ zufällt (s. Kap. 4.7.2).

Quantitative Auswertungsstrategien geben Informationen über die Veränderung der Häufigkeiten der Klienten- und Therapeutenpläne im Therapieverlauf (s. Kap. 4.8).

Die Veränderung der Häufigkeit realisierter Klientenmotive sowohl pro Sitzung als auch über den gesamten Therapieprozess dient als wichtigstes Erfolgskriterium (s. Kap. 4.2.1.3): Werden von der KlientIn zunehmend Pläne realisiert, die einer höheren Stufe der Änderungsbereitschaft zugeordnet wurden, spricht das für einen Anstieg der Änderungsmotivation im Ganzen. Sind im Laufe der Therapie immer weniger Pläne mit höherer Änderungsbereitschaft aktiviert, kann das als Absinken der Änderungsmotivation angesehen werden. Die gleichzeitig realisierten Therapeutenpläne werden betrachtet, um Hypothesen über Beziehungsangebote der TherapeutIn aufstellen zu können, die in bestimmten Motivationsphasen förderlich oder hinderlich für die Änderungsmotivation sein könnten.

Abbildung 4.1 stellt schematisch das Design der Studie dar.

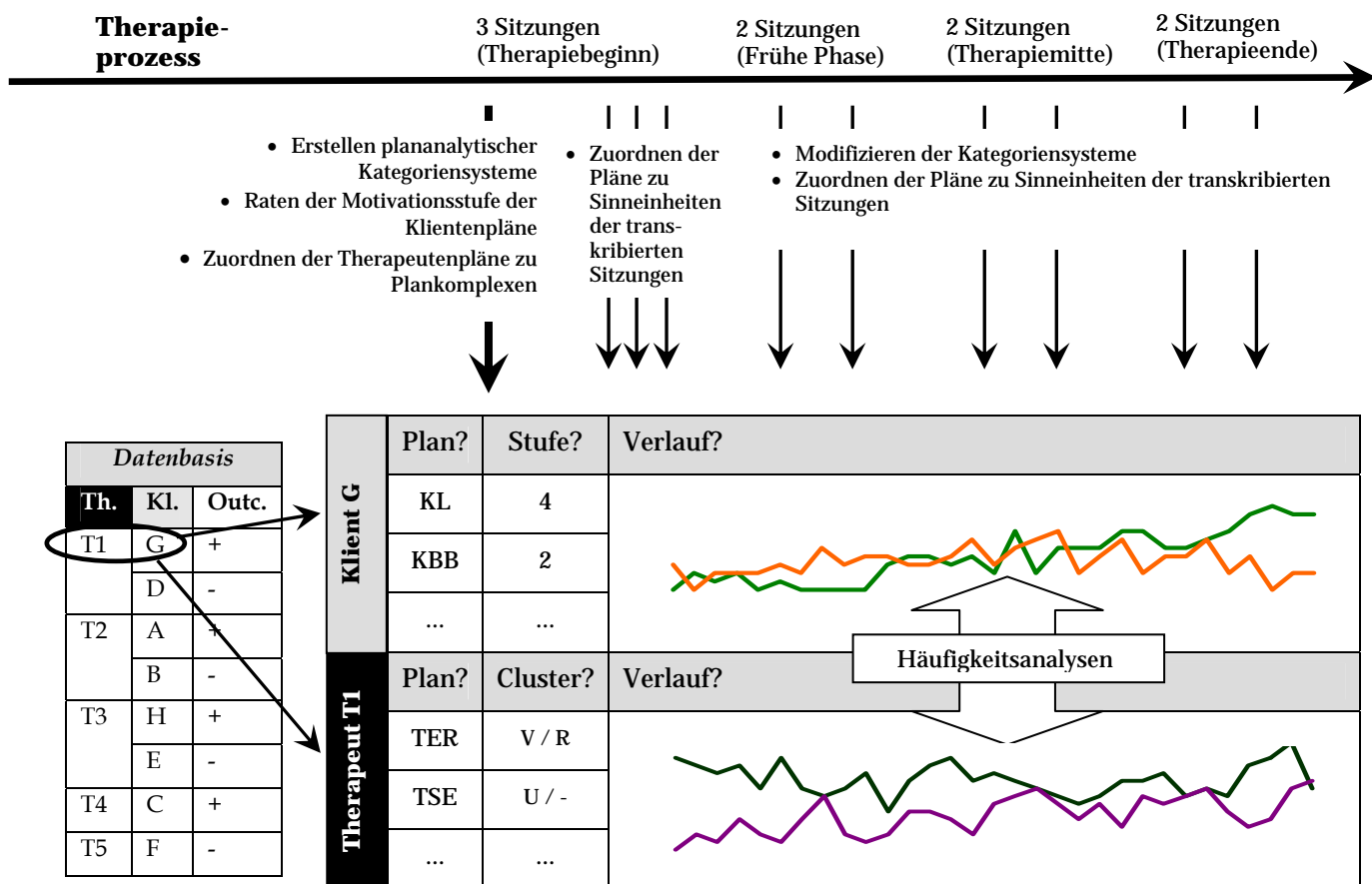


Abb. 4.1: Schematische Darstellung des Designs der Studie.

Die einzelnen, aufeinander aufbauenden Schritte werden in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels im Detail erläutert.

4.2.1.2 Kriterien für die Erhebungszeitpunkte

Wie Hill & Lambert (2004) bemerken, stellt die Untersuchung des gesamten Therapieverlaufs ein Ideal der Psychotherapieprozessforschung dar, das aus finanziellen und praktischen Gründen aber nur selten realisierbar erscheint. Somit stellt sich vielmehr die Frage nach einer adäquaten Auswahlstrategie der Daten: Diese muss zum einen den Eigenheiten der untersuchten Variablen gerecht werden, und zum anderen zu einer Stichprobe führen, die ausreichend repräsentativ ist.

In dieser Studie wurden aus sieben der acht Therapien neun komplette Sitzungen zu vier Erhebungszeitpunkten analysiert: Drei Sitzungen zu Therapiebeginn, zwei in der frühen, zwei in der mittleren und zwei in der letzten Phase der Therapie. In einem Fall (Therapie D) konnte aufgrund eines frühen Abbruchs nur auf drei Sitzungen zu Therapiebeginn zurückgegriffen werden.

Für eine *intensive Analyse der Anfangsphase* der Therapie waren folgende Kriterien ausschlaggebend:

Der Zusammenhang von Therapeutischer Interaktion und Therapiemotivation steht im Zentrum des Interesses der Arbeit. Zahlreiche Befunde der Psychotherapie-Prozessforschung weisen darauf hin, dass in den ersten Sitzungen der Therapie sich ein „Interaktionsstil“ zwischen TherapeutIn und KlientIn bildet und verfestigt (Schindler, 1991; Horvath & Marx, 1991 nach Hermer & Röhrle, 2008). Bereits in der Anfangsphase wird durch Prozesse der „Aushandlung impliziter Verträge“, der Einnahme von Rollen etc. die weitere Entwicklung der Interaktion entscheidend bestimmt (s.a. Kap. 3.2). Um diese bedeutsamen Prozesse angemessen betrachten zu können, steht der Therapiebeginn im Fokus der Analyse.

Um eine Veränderung der Therapiemotivation im Therapieverlauf feststellen zu können, scheint es weiter angebracht, diese zu Therapiebeginn – sozusagen als „Baseline“ zu erheben. Es ist davon auszugehen, dass die Eingangsmotivation sich von Fall zu Fall unterscheidet; die Bewertung der Entwicklung der Änderungsmotivation als erhöht, stagnierend oder verringert kann nur sinnvoll in Bezug zur Eingangsmotivation geschehen. Die vergleichende Analyse der Motivation zu verschiedenen Zeitpunkten im Therapieverlauf stellt so das entscheidende Erfolgskriterium dar (s.a. Kap. 4.2.1.3).

Letztlich erlaubt eine Betrachtung von fünf Sitzungen in der Anfangszeit der Therapie schon Aussagen zu einer möglichen Veränderung von Motivation und Therapeutischer Interaktion in dieser Phase zu machen (s. Kap. 6.1.1).

Um die Veränderung der Therapiemotivation in Abhängigkeit der Therapieinteraktion untersuchen zu können, müssen weitere Sitzungen aus dem Therapieverlauf ausgewählt werden. Zur *Auswahl von Sitzungen aus der mittleren und der Endphase* wurden wiederum Kriterien herangezogen:

Das Hauptauswahlkriterium wird aus Theorien der Veränderung der Therapiemotivation abgeleitet: In der Theorie der „Stages of Change“ wird davon ausgegangen, dass die vierte Phase der Therapiemotivation, die so genannte „Action-Phase“, durch aktive, engagierte Versuche, das Problemverhalten abzubauen und Alternativverhalten zu zeigen, gekennzeichnet ist (Prochaska & DiClemente, 2005; s. Kap. 3.1.4.5). Überträgt man dies auf die hier untersuchte Verhaltenstherapie der Zwangsstörung, könnte man also erwarten, dass Klienten, die sich in dieser Phase befinden, von Expositionen im Selbstmanagement berichten, bei denen sie sich ihrer Angst oder Anspannung gestellt haben. Dieser Verhaltensmarker kann als wichtiger Gradmesser der Motivation geltend gemacht werden: Entweder berichten die Klienten von erfolgreichen Selbstexpositionen - somit könnte die Therapiemotivation der „Action-Phase“ zugeordnet werden, oder davon, dass sie diese vermieden haben. Protokolle aus der Therapieakte wurden also danach gescreent, ob in der

dazugehörigen Sitzung „Hausaufgaben“ (Empfehlungen etc.) nachbesprochen wurden, bei denen es sich um Expositionen im Selbstmanagement gehandelt hatte. Diese Sitzungen kamen in den Pool derer, die analysiert werden konnten.

Um den gesamten Therapieverlauf zu berücksichtigen, wurde die Therapie nun anhand der Anzahl der Sitzungen in drei gleichgroße Abschnitte unterteilt. Die Untersuchung des ersten Abschnitts wurde bereits durch die Analyse der Anfangsphase gewährleistet. Aus dem zweiten und dritten Abschnitt wurden nach dem eben beschriebenen Kriterium der Exploration selbst durchgeführter Expositionen Sitzungen ausgesucht.

Weiterhin sollten solche Sitzungen ausgewählt werden, die für den jeweiligen Therapieabschnitt möglichst repräsentativ waren. Beispielsweise wurde im Zweifelsfall gegen die Auswahl von Sitzungen entschieden, die ein selten behandeltes Thema beinhalteten. Um unrepräsentative Themenschwerpunkte, die eine Analyse des Interaktionsverhaltens verzerren konnten, weiter auszuschließen, wurden zudem möglichst zwei aufeinander folgende Sitzungen selektiert. Falls aus der Akte ersichtlich wurde, dass zu mehreren Zeitpunkten sämtliche Kriterien zutrafen, wurden nach dem Zufall die zwei Sitzungen ausgewählt.

4.2.1.3 Erfolgskriterium

Bei den untersuchten Therapien handelt es sich entweder um abgeschlossene Fälle, deren Erfolg von der jeweiligen KlientIn am Therapieende beurteilt wurde, oder um Therapieabbrüche, bei denen keine Post-Messung erfolgen konnte. Für die abgeschlossenen Therapien liegen die Fragebögen SCL-90-R (Symptomcheckliste, Franke, 2002) und FLZ (Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, Henrich & Herschbach, 1998) sowie eine individualisierte Zielerreichungsskala vor, die zu Beginn und Ende der Therapie der KlientIn vorgelegt wurden, so dass ein Prä-Post-Vergleich möglich war. Die Erfolgseinschätzungen der KlientInnen dienen in dieser Studie zur *Selektion* der Fälle: So kann sichergestellt werden, dass Fälle mit unterschiedlichem Ausgang analysiert und verglichen werden können. Als *Erfolgskriterium* scheint ihre Aussagekraft aber zu unspezifisch, wie im Folgenden erläutert werden soll.

Für diese Studie wird ein Fall als erfolgreich bewertet, wenn im Laufe der Therapie eine Erhöhung der Änderungsmotivation stattfindet. Dabei ist vorstellbar, dass eine zu Therapiebeginn sehr geringe Änderungsmotivation im Therapieverlauf deutlich steigt, jedoch nicht in einem Ausmaße, das sich in Verhaltensänderung, damit zusammenhängender Zufriedenheit und Symptomreduktion und letztlich in den Fragebogenmaßen ausdrückt. Andersherum ist ebenso vorstellbar, dass eine zu Beginn sehr hohe Änderungsmotivation durch ungünstige Prozesse absinkt, aber noch ausreichend hoch ist für eine Verhaltensänderung und einen in Fragebögen sich

ausdrückenden Therapieerfolg. Um den Einfluss therapeutischer Prozesse (bzw. Therapeutischer Beziehungsangebote) auf die Änderungsmotivation untersuchen zu können, sollte der erste Fall als erfolgreich, der zweite als nicht erfolgreich bewertet werden. Die globalen Erfolgseinschätzungen der KlientInnen stellen hierzu m.E. kein ausreichend sensibles Erhebungsinstrument dar. In Kap. 4.7.1 wird mit dem „Fremdrating zur Motivationsentwicklung FRAME“ ein für diese Studie konzipiertes Ratingverfahren vorgestellt, das versucht diese Lücke zu schließen. Aufbauend auf Theorien der Motivationsveränderung (Prochaska & Norcross, 2002; de Jong & Berg, 2008; s. Kap. 3.14.4 & 3.14.5) lässt sich jedes Klientenmotiv einer von sechs Stufen der Veränderungsbereitschaft zuordnen (1. Automatisiertes Problemverhalten, 2. Erkennen eines Problems und Klagen, 3. Reflektieren und Ambivalenz, 4. Entscheiden, 5. Kontrolliertes Zielverhalten, 6. Automatisiertes Zielverhalten). Werden im Therapieverlauf zunehmend Pläne realisiert, die höheren Stufen zugewiesen wurden, kann von einer Erhöhung der Änderungsmotivation ausgegangen werden. Eine immer seltenere Realisierung dieser Pläne bzw. eine zunehmende „Aktivierung“ von Plänen der unteren Stufen wird im Gegenzug als Kriterium für Misserfolg (i.S. der Fragestellung) angesehen.

4.2.2 Zerlegung in Teilprojekte

Um die beschriebenen Fragestellungen adäquat untersuchen zu können, werden Mikroprozesse von jeweils neun Therapiesitzungen (bzw. in einem Fall von drei Sitzungen aufgrund eines frühen Abbruchs) aus dem Verlauf von acht Therapien analysiert. Dieses extrem aufwendige Design schien von Beginn an nicht durch eine Person bewältigbar. Um trotzdem den interessierenden Fragen angemessen nachgehen zu können, entschied sich der Autor zu einer Zerlegung in aufeinander aufbauende Teilprojekte. Die Möglichkeit, mehrere kleinere Studien anzuleiten und unter ständiger Betreuung und Supervision durchführen zu lassen, bot sich mir als Mitarbeiter am Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Vergabe von Diplomarbeitsthemen. Erst die Aufteilung und Koordination mehrerer parallel und sequentiell durchgeführter Studien erlaubte eine Bearbeitung der Fragestellung mit einer ihr angemessenen, aber sehr herausfordernden und zeit- und arbeitsintensiven Methodik in einem absehbaren Zeitraum.

Für die Zerlegung in Teilprojekte mussten zwei Aspekte v.a. beachtet werden: Zum einen sollte jedes Teilprojekt eine unabhängige Fragestellung bearbeiten und eine eigenständige Studie repräsentieren, wie es für eine Diplomarbeit notwendig ist. Zum anderen mussten die Ergebnisse der Unterprojekte aufeinander beziehbar und miteinander vergleichbar sein, so dass eine Arbeit auf die andere aufbauen und

letztlich eine Integration aller Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellungen des übergeordneten Projekts genutzt werden konnte.

Durch die Vergabe von Diplomarbeitsthemen mit unterschiedlichen Schwerpunkten wurde die Durchführung unabhängiger Studien ermöglicht: Eine erste Studie untersuchte die Pläne der KlientInnen in der Anfangsphase der Therapie (Brosch & Madjaric, 2007), zwei darauf folgende Studien die Therapeutenpläne und Interaktion dieser mit den Klientenplänen in der Anfangsphase (Spielvogel, 2008; Burgmayr, 2009), zwei abschließende Diplomarbeiten beschäftigten sich mit der Veränderung der Pläne im Therapieverlauf (Horn, 2009; Angelova, 2010). Bei Interesse an den konkreten Fragestellungen sei der Leser auf die einzelnen Studien verwiesen. Um die Vergleichbarkeit und die Möglichkeit einer sinnvollen Bezugnahme der Ergebnisse aufeinander zu gewährleisten, entwickelte der Autor eine einheitliche Methodik, die in einen zentralen Leitfaden (s. Kap. 4.6, Anhang) und ein Rating (s. Kap. 4.7.1, Anhang) mündeten. Leitfaden und Rating beinhalten sehr konkrete Handlungsanweisungen zur Durchführung der Methodik. Neben der Verwendung der Leitfäden spielte eine enge Betreuung und Supervision der Diplomarbeiten eine bedeutsame Rolle für die angemessene und einheitliche Realisierung der methodischen Vorgehensweise. Durch das Feedback der „Anwender“ konnten Unklarheiten in den Leitfäden ausgeräumt und diese optimiert werden.

Tabelle 4.2 gibt einen Überblick über Planung, Aufbau und Verteilung der Aufgaben innerhalb des Gesamtprojekts.

Studien	Aufgabenverteilung						
	Suche nach For- schungs- material	Trans- kription	Zerlegung in Sinn- einheiten	Kon- struktion von KS	Katego- risierung	Bewertung der VB der Klienten- pläne	Diskussion der Ergebnisse
Disser- tation Gmelch	<ul style="list-style-type: none"> • Entwickeln von Kriterien zur Suche • Anleitung, Mithilfe und Supervision der Suche 	<ul style="list-style-type: none"> • Regel- geleitete Anleitung der Trans- kription • Erstellen eines Leitfadens 	<ul style="list-style-type: none"> • Regel- geleitete Anleitung der Sinn- einheiten- erstellung • Erstellen eines Leitfadens 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwick- lung der Methodik • Erstellen eines Leit- fadens • Training und Super- vision 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwick- lung der Methodik • Erstellen eines Leitfadens • Training und Super- vision 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwick- lung eines Ratings (FRAME) • Training und Super- vision • Zweit- rating 	<ul style="list-style-type: none"> • Dis- kussion der Ergebnisse des gesam- ten Projekts • Integra- tion aller Daten
DA Brosch & Madjaric	Kriterien- geleitete Auswahl einer geeigneten Stichprobe	Trans- kription der ersten 3 Sitzungen nach Anleitung	Zerlegung der Trans- kripte in Sinn- einheiten nach Leitfaden	Kon- struktion der KS für KlientInnen nach Leitfaden	Kategori- sierung nach Leitfaden	-	Diskussion der Ergebnisse des Teilprojekts
DA Spielvogel DA Burgmayr	-	-	-	Kon- struktion der KS für Therapeu- tInnen nach Leitfaden	Kategori- sierung nach Leitfaden	-	Diskussion der Ergebnisse des Teilprojekts
DA Horn DA Angelova	Kriterien- geleitete Auswahl von Sitzungen im Therapie- verlauf	Trans- kription weiterer 6 Sitzungen im Therapie- verlauf nach Anleitung	Zerlegung der Transkripte in Sinn- einheiten nach Leitfaden	Modifika- tion & Erweiterung der KS für den Therapie- verlauf nach Leitfaden	Kategori- sierung nach Leitfaden	Anwendung des Ratings nach Leitfaden	Diskussion der Ergebnisse des Teilprojekts

Tab. 4.2: Verteilung der Aufgaben auf die beteiligten Forschungsprojekte.

4.3 Stichprobe

4.3.1 Anforderungen an die Stichprobe

Zentrales Gütekriterium qualitativer Forschung ist die Nähe zum Gegenstand (Mayring, 2002, Kap. 4.1.2). Eine Erforschung natürlichen Verhaltens im „Feld“ kann Verletzungen der externen Validität vermeiden. In der Psychotherapieforschung kann diesem Prinzip durch die Untersuchung naturalistisch durchgeführter Therapien Folge geleistet werden. Der häufigen Forderung, die „Effectiveness“ von Psychotherapien

zum Gegenstand der Forschung zu machen, also ihre Effektivität unter natürlichen Bedingungen, wird somit auch entsprochen. Die Suche nach Forschungsmaterial muss also auf bereits abgeschlossene, nicht durch Forschungsmaßnahmen beeinflusste Therapien eingeschränkt werden.

Bei der Populationswahl unterscheidet Lamnek zwischen dem „Statistical Sampling“ im quantitativen Paradigma und dem „Theoretical Sampling“ in der qualitativen Forschungslogik (2005). Bei ersterem Vorgehen wird eine Stellvertretergruppe ausgewählt, die in bestimmten, als wesentlich angesehenen Merkmalen, eine der Grundgesamtheit ähnliche Verteilung aufweist. Repräsentativität wird durch das Ziehen einer Zufallsstichprobe angestrebt. Im Gegensatz dazu werden in der qualitativen Forschung systematisch Fälle ausgewählt, die von der bisherigen vorläufigen Theorie abweichen und diese komplexer gestalten und ausdifferenzieren können (Lamnek, 2005, s.a. Stiles, 2005). Bei dieser Theorie geleiteten Stichprobensuche werden v.a. extreme oder ideale Typen ausgewählt.

In diesem Zusammenhang schlägt Schindler (1996) für die Psychotherapie-Prozessforschung vor, mindestens einen erfolgreichen mit einem nicht erfolgreichen Therapieverlauf zu vergleichen (s.a. Kaimer, Reinecker & Schindler, 1989). Idealerweise sollte dabei das untersuchte Klientel möglichst homogen und somit vergleichbar sein (z.B. hinsichtlich Symptomatik, Störungsbild) und die behandelnden TherapeutInnen sich möglichst in Ausbildungsstand und therapeutischem Verfahren ähneln. Gelingt es jeweils eine erfolgreiche und eine nicht erfolgreiche Therapie von ein und derselben TherapeutIn mit KlientInnen des gleichen Störungsbildes in die Stichprobe aufzunehmen, kann diesen Kriterien relativ nahe gekommen werden. Werden nach diesem Vorgehen mehrere Einzelfälle in die Stichprobe aufgenommen, können direkte und systematische Replikationsstudien durchgeführt werden (Petermann, 1996, s.a. Kap. 2.5.1).

4.3.2 Beschreibung der Stichprobe

Zum Ziehen der Stichprobe stand ein Pool an videographierten, naturalistischen Psychotherapien zur Verfügung, die an der Forschungsambulanz des Lehrstuhls Klinische Psychologie & Psychotherapie der Universität Bamberg durchgeführt wurden.¹⁵ Dadurch, dass alle TherapeutInnen an der gleichen Institution und im weitesten Sinn verhaltenstherapeutisch arbeiteten, konnte eine gewisse Vergleichbarkeit des prinzipiellen therapeutischen Vorgehens gewährleistet werden. Zunächst kamen Verhaltenstherapien, in denen KlientInnen mit der Hauptdiagnose Zwangsstörung behandelt wurden, in die engere Auswahl. Im nächsten Schritt wurde versucht, jeweils eine erfolgreich und eine nicht erfolgreich abgeschlossene Therapie

¹⁵ Der Beschreibung dieser Einrichtung widmet sich das nächste Kapitel 4.3.3.

derselben TherapeutIn zu selektieren. Als Kriterien dienten die Prä-Post-Messungen der standardmäßig erhobenen Fragebögen (SCL-90-R, FLZ, s. Kap. 4.2.1.3) und die Zielerreichungsskala bzw. die Tatsache eines vorzeitigen Abbruchs. In drei Fällen gelang es so, jeweils zwei Verläufe unterschiedlichen Erfolgs von ein und derselben TherapeutIn auszuwählen. Im vierten Fall wurden zwei Therapeutinnen vergleichbaren Ausbildungsstands gewählt, die unterschiedlich erfolgreiche Therapien abgeschlossen hatten. Die beteiligten KlientInnen und TherapeutInnen werden bei der Schilderung der Ergebnisse der Therapien näher beschrieben (Kap. 5). Tabelle 4.3 gibt über die erhobene Stichprobe einen Überblick.

Datenbasis		
TherapeutInnen	KlientInnen	Outcome
T1	G	Erfolg
	D	Kein Erfolg
T2	A	Erfolg
	B	Kein Erfolg
T3	H	Erfolg
	E	Kein Erfolg
T4	C	Erfolg
T5	F	Kein Erfolg

Tab. 4.3: Merkmale der erhobenen Stichprobe.

4.3.3 Beschreibung der Institution

Die untersuchten Therapien entstammen einer psychotherapeutischen Ambulanz, die Bestandteil des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bamberg und zugleich Praxiseinrichtung im Rahmen der Ausbildung zur Psychologischen PsychotherapeutIn am Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) ist. An der seit 1982 bestehenden Einrichtung arbeiten drei LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen, sechs Postgraduierte DiplompsychologInnen in der Ausbildung zur Psychologischen PsychotherapeutIn, eine Sekretärin und vier PraktikantInnen.

Die Ambulanz versteht sich als Ausbildungsstätte und Forschungseinrichtung. Für die angehenden PsychotherapeutInnen besteht das Angebot, ihre psychotherapeutische Arbeit unter Supervision erfahrener LehrtherapeutInnen zu beginnen. Die KlientInnen werden zu Beginn der Therapie darüber informiert, dass alle Sitzungen videographiert werden und gegebenenfalls zu Forschungszwecken ausgewertet werden können. Die DVDs stehen dabei Forschungsprojekten zur Verfügung, die die MitarbeiterInnen des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie betreuen. Die jeweilige

ForscherIn unterliegt genauso wie die TherapeutInnen der Schweigepflicht. Die zugrunde liegende Forschungsperspektive lässt sich somit als naturalistisch charakterisieren, da so wenig wie möglich in den natürlichen Ablauf der Therapie eingegriffen wird.

Die praktizierte Psychotherapie an der Ambulanz basiert auf dem Selbstmanagementansatz nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer (2006). Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Vorgehen wird von den meisten TherapeutInnen aus einer lösungsfokussierten Perspektive interpretiert (Kaimer, 1995, 1999). Es besteht eine grundsätzliche Haltung unideologischer Offenheit für eine Integration von Techniken anderer therapeutischer Ansätze bei gleichzeitiger kritischer und forschungsgeleiteter Reflexion. Dies schlägt sich auch in der Orientierung an den Graweschen Wirkfaktoren der Ressourcenaktivierung, Problembewältigung (bzw. Intentionsrealisierung), Klärungsarbeit (bzw. Intentionsveränderung) und dem Prinzip des Erlebens (bzw. der prozessualen Aktivierung, Grawe, 1998) nieder, wie sie auf der Homepage der Ambulanz dokumentiert sind. Das Prinzip der Ressourcenaktivierung spiegelt dabei die lösungsfokussierten Wurzeln wieder, Problembewältigung und prozessuale Aktivierung beziehen sich auf die Interventionen der kognitiven Verhaltenstherapie (Kanfer et al., 2006). Weitere Leitideen, an die sich die an der Ambulanz tätigen PsychotherapeutInnen orientieren, sind Intersubjektive Vermittelbarkeit, Nützlichkeit und Ethik, Empowerment, Prinzip der minimalen Intervention und Kritische Reflexion.

4.4 Operationalisierung der Konstrukte

Zum besseren Verständnis soll bereits an dieser Stelle auf die Operationalisierung der zentralen Konstrukte dieser Studie eingegangen werden. Die Operationalisierung ist eng mit den verwendeten Erhebungsinstrumenten verknüpft, denen sich die Abschnitte 4.6 und 4.7 ausführlich widmen. Die Vorwegnahme an dieser Stelle dient dazu, „auf einen Blick“ die wichtigsten Konzepte der Studie übersehen zu können.

4.4.1 Motive der KlientIn

Wie bereits an anderer Stelle ausführlich erläutert (Kap. 3.1.5.2, 3.1.5.3), wird Änderungsmotivation als ein Amalgam verschiedener, individueller Motive angesehen. Die kleinste und zentrale Analyseeinheit auf Seite der KlientIn stellt somit das idiographisch erhobene *Motiv* dar.

Im ersten Schritt der Operationalisierung eines „Motivs“ wird auf das Konzept des „Plans“ zurückgegriffen (Caspar, 2007). Mit der Plananalyse liegt eine genau

beschriebene, sich über Jahrzehnte in Praxis und Forschung bewährte Methode zur Konstruktion von Motivstrukturen in psychotherapeutischen Sitzungen vor (Caspar, 2007; Caspar, 2008; Schiepek et al., 1995). Plananalysen werden für jeden Einzelfall idiographisch konstruiert. Der Anforderung der individualisierten Erhebung der Motive, die aus den theoretischen Vorannahmen abgeleitet wurde (Kap. 4.1.1.1), wird somit entsprochen.

Das Konzept des Plans geht auf Miller, Galanter und Pribram (1960) zurück, die damit ein bewusstes oder unbewusstes Handlungsprogramm bezeichneten, das aus zwischenmenschlichem Verhalten hypothetisch erschlossen wird (Caspar, 2007). Ganz im Gegensatz zum umgangssprachlichen Gebrauch wird mit dem Konstrukt des Plans also nicht eine geplante Handlung oder planvolles Verhalten bezeichnet; ein Plan besteht vielmehr aus einer Ziel- und einer Mittelkomponente und kann als Verbindung zwischen beobachtbarem Verhalten und theoretisch angenommenen Grundbedürfnissen angesehen werden: Das Konstruieren von Plänen aus Beobachterperspektive stellt den Versuch dar, sämtliches (oft automatisiertes, nicht reflektiertes) Verhalten als Mittel zur Befriedigung von Bedürfnissen zu verstehen – und steht somit der Definition eines „Motivs“ inhaltlich nahe (Dörner, 1999a, s. Kap. 3.1.3.1). Zur Konstruktion von Plänen werden in dieser Studie die videographierten Aufzeichnungen der ersten drei Sitzungen der Therapie gesichtet. Beobachtbare Verhaltensweisen werden notiert und danach geordnet, ob sie mit ein und dem selbem Plan/Motiv erklärt werden können. Für eine ausführlichere Schilderung der Grundannahmen der Plananalyse und der Methodik der Erstellung einer Planstruktur sei auf Kapitel 4.6 verwiesen.

Im zweiten Schritt der Operationalisierung eines Klientenmotivs müssen einige Grundannahmen der Plananalyse aus methodischen Gründen eingeschränkt werden: Die Motive der KlientIn und somit die konstruierten Pläne werden in dieser Studie als disjunkte Kategorien aufgefasst. Für im klinischen Alltag konstruierte Planstrukturen stellen inhaltliche Überschneidungen der Pläne kein weiteres Problem dar. Um aber jedes Verhalten (bzw. jede „Sinneinheit“, s. Kap. 4.5.2) eindeutig einem Motiv zuordnen zu können, müssen die Motive klar von einander unterscheidbar sein. Zu diesem Zweck wird die unterste, verhaltensnahe Ebene der Planstruktur zu einem Kategoriensystem modifiziert. Dazu wird auf die Methodik der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zurückgegriffen: Sie stellt ein Regelsystem zur Verfügung, wie qualitative Daten in einem Kategoriensystem strukturiert werden können, um diese quantitativen Methoden zugänglich machen zu können. Den konstruierten Motiven werden repräsentative Ankerbeispiele aus dem Pool der dazugehörigen Verhaltensweisen zugeordnet. Abgrenzungsbeispiele dienen dazu, ähnliche Kategorien nicht mehr zu verwechseln. Das Kategoriensystem wird so lange modifiziert, bis es mit hoher Reliabilität anwendbar ist. Eine genaue Beschreibung des Verfahrens erfolgt in Kapitel 4.6.

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle festhalten:

Kleinste und zentrale Analyseeinheit auf Klientenseite ist das Motiv. Ein Motiv wird als Plan im Sinne der Plananalyse operationalisiert, stellt aber eine disjunkte, mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse erstellte Kategorie dar und dient dazu, verschiedene beobachtbare Verhaltensweisen der KlientIn in der Therapiesitzung als Versuch der Befriedigung der Grundbedürfnisse zu erklären.

4.4.2 Änderungsmotivation

Wenn Änderungsmotivation als ein Amalgam aus verschiedenen individuellen, potentiell im Konflikt stehenden Motiven angesehen wird, kann durch eine Erfassung der zugehörigen Motive auch die Änderungsmotivation im Ganzen beschrieben werden. Die Operationalisierung bzw. Art und Weise der Konstruktion eines Motivs wurde im vorherigen Abschnitt bereits beschrieben. Eine bloße Sammlung verschiedener Motive macht aber noch keine Aussage darüber, ob und ggf. welchen Beitrag ein einzelnes Motiv zur Erhöhung oder Verminderung der Motivation der KlientIn leistet, sich in der Therapie ändern zu wollen, Expositionen durchzuführen, alternative Verhaltensweisen auszuprobieren etc.

In dieser Studie wird jedes Motiv einer KlientIn mit Hilfe eines dazu entwickelten Ratingverfahrens (FRAME, s. Kap. 4.7.1 und Anhang) danach beurteilt, ob es 1) überhaupt ein relevantes Element der Änderungsmotivation darstellt und 2) wie hoch in diesem Fall sein Anteil an Veränderungsbereitschaft ist: Jedes Motiv wird einer von sechs Stufen der Motivationsentwicklung (oder der Restkategorie) zugeordnet, die sich in ihrem Maß an Veränderungsbereitschaft unterscheiden. Nach der Erhebung der individuellen Motivlandschaft der KlientIn können somit *die* Motive extrahiert und beurteilt werden, die die Änderungsmotivation „formen“.

Dieses Verfahren berücksichtigt zum einen die Individualität und Komplexität des Konstrukts der Änderungsmotivation. Zum anderen ist es möglich, ambivalente, konflikthafte Zustände zu erkennen: Zu einem Zeitpunkt (z.B. einer Therapiesitzung) können mehrere Motive realisiert werden, die eine unterschiedliche Höhe an Veränderungsbereitschaft beinhalten.

Resümierend lässt sich festhalten: Die Operationalisierung des Konstrukts „Änderungsmotivation“ erfolgt über die Erfassung der zu ihm gehörigen Elemente, der relevanten Motive. Diese werden danach beurteilt, wie hoch ihr Maß an Veränderungsbereitschaft ist und welchen Beitrag sie zur Änderungsmotivation im Ganzen leisten.

4.4.3 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

Änderungsmotivation wird nicht als statische Eigenschaft einer Person, sondern als ein potentiell sich verändernder Prozess angesehen, der sich dimensional vollzieht, wie bereits erwähnt (s. Kap. 3.1.5.4). Auch auf die Bedeutsamkeit der Veränderungssensitivität des Erhebungsinstruments für den Forschungsgegenstand wie für die Beurteilung des Erfolgs (einer Erhöhung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf) wurde bereits eingegangen (s. Kap. 4.1.1.3 & 4.2.1.3).

Die bisher angestellten methodischen Überlegungen zur Erfassung und Beurteilung von Motiven und somit der Änderungsmotivation im Ganzen ebnen den Weg dahin. Zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten kann nun jeder Sinneinheit der transkribierten Therapiesitzung (d.h. ca. jedem grammatikalischem Satz, s. Kap. 4.5.1.2) eine Kategorie, d.h. ein Motiv, zugeordnet werden. Eine Erhöhung der Änderungsmotivation besteht dann, wenn zu einem späteren Zeitpunkt t_{x+1} häufiger Motive mit höherer Veränderungsbereitschaft und seltener Motive mit niedrigerer Veränderungsbereitschaft (gemäß Beurteilung durch das FRAME) den Sinneinheiten zugeordnet wurden als zum früheren Zeitpunkt t_x . Eine Verminderung der Änderungsmotivation liegt analog dazu dann vor, wenn zum späteren Zeitpunkt häufiger Motive mit niedrigerer Veränderungsbereitschaft und seltener Motive mit höherer Veränderungsbereitschaft realisiert wurden.

4.4.4 Interaktionale Strategien der TherapeutIn (Therapeutische Beziehungsangebote)

Zur Konstruktion der „Beziehungsangebote“ der TherapeutIn wird wiederum die Methode der Plananalyse herangezogen. Die Pläne der TherapeutInnen werden allerdings nicht als Operatoren zur eigenen Bedürfnisbefriedigung formuliert - wie auf Klientenseite erfolgt (z.B. „Schütze Dich vor Bedrohung“), sondern als interaktionale Strategien innerhalb der therapeutischen Beziehung (z.B. „Berücksichtige Bedürfnisse der Klientin“). Die Konstruktion der Pläne der TherapeutIn erfolgt analog zur Klientenseite (s. 4.4.1) und stimmt auch mit den implizierten Grundannahmen überein: Auch auf Therapeutenseite wird nicht angenommen, dass jeder Satz bewusst und reflektiert geplant und ausgesprochen wird, sondern vielmehr einem interaktionellen „Stil“ unterliegen kann (s.a. Kap. 3.1.5.1 & 4.1.1.1). Ein entscheidender Vorteil der Konstruktion von Plänen beider Interaktionspartner ist der Gebrauch eines einheitlichen Instruments, was die Bewertung des Zusammenhangs zwischen den Plänen erleichtert.

Eine interaktionale Strategie einer TherapeutIn wird somit als interaktional formulierter Plan eines disjunkten Kategoriensystems an Plänen operationalisiert, der

anhand der beobachteten Verhaltensweisen der TherapeutIn aus den ersten drei Sitzungen konstruiert wurde.

4.5 Aufbereitung des Materials

4.5.1 Transkription

In ihrer Übersicht über verschiedene methodologische Ansätze innerhalb der Psychotherapieprozessforschung kommen Hill & Lambert (2004) zu dem Schluss, dass nur eine gleichzeitige Verwendung von Videoaufzeichnungen *und* Transkript einer Therapiesitzung eine Maximierung reliabler Beurteilungen durch unabhängige Rater erlaubt (s.a. Kap. 4.1.3). Obwohl Transkriptionen sehr zweitaufwendig sind, erscheinen sie unverzichtbar: Ohne sie ist es schwierig, sicher zu stellen, dass Rater durch das bloße Ansehen der Videos 1) sich auf dieselben Stellen der Therapiesitzung beziehen und 2) auch wirklich dasselbe verstehen (Hill & O'Brien, 1999).

„Transcripts provide accurate depictions of the verbal process, ensuring that the judges respond to similar verbal stimuli. Furthermore, transcripts allow researchers to reliably divide the session into meaningful units, which often enhances subsequent reliability of process judgements because judges are then more likely to be evaluating the same material.“ (Hill & Lambert, 2004, S. 94).

In dieser Studie wurden somit alle untersuchten Therapiesitzungen transkribiert. Neben den Abschriften spielte bei der Kategorisierung aber auch –wie von Hill & Lambert (1004) vorgeschlagen – die Beobachtung der dazugehörigen DVD eine bedeutsame Rolle (s. Kap. 4.6.4).

Zur Transkription wurde auf die Regeln von Mergenthaler (1992) zurückgegriffen. Diese stellen eine etablierte und national wie international häufig verwendete Sammlung von Standards zur Transkription psychotherapeutischer Sitzungen dar. Die Regeln berücksichtigen verbale, paraverbale und nonverbale Äußerungen sowie situationsgebundene Geräusche und machen genaue Angaben, wie diese festzuhalten sind. Z.B. werden Hervorhebungen des Sprechers, Sprechpausen oder Interjektionen durch vorgeschriebene Codes gekennzeichnet (Mergenthaler, 1992). Nach einem kurzen Training konnten die Regeln problemlos umgesetzt werden.

4.5.2 Erstellen von Sinneinheiten

Eine zentrale methodische Frage der Psychotherapieprozessforschung ist die nach einem adäquaten Auflösungsgrad (s. Kap. 4.1.3). Damit verbunden ist die

Entscheidung, welche Einheiten aus dem Prozess zur weiteren Analyse „ausgeschnitten“ werden sollten.

Schindler (1996) unterscheidet sechs Abstraktionsgrade: Individuelle kognitive Prozesse, Sprechakt, Episode, Sitzung, Phase und Gesamtverlauf. Ähnlich differenziert Greenberg (1986) content, speech act, episode und relationship. In einer neueren Übersicht über methodologische Aspekte der Prozessforschung der letzten Jahrzehnte grenzen Hill & Lambert (2004) Mikro- von Makroprozesseinheiten ab. Zu ersteren zählen sie 1) das einzelne Wort, 2) den grammatikalischen Satz, 3) den Sprechakt einer Person und 4) die Thematische Einheit. Zu letzteren 5) die Zeiteinheit, 6) ein Ereignis, 7) eine Sitzung, 8) eine Phase und 9) die gesamte Behandlung (s.a. Kap. 4.1.3).

Für die Auswahl einer adäquaten Einheit ist eine Vielzahl von teilweise im Konflikt miteinander stehenden Kriterien zu berücksichtigen:

Wichtigstes Kriterium für die Auswahl einer Einheit ist deren Passung zum zu erfassenden Konstrukt. Die Validität der Untersuchung wird entscheidend davon beeinflusst, ob mit Hilfe der Analyseeinheiten eine sinnvolle Aussage über den Forschungsgegenstand möglich ist. Damit steht in engem Zusammenhang die Forderung nach einer Berücksichtigung des umfassenderen Kontexts bei der Zerlegung des Materials in Einheiten.

„Researchers need to think carefully about which unit they use, so that the unit fits the construct. (...) In sum, it appears that the unit used can influence the results obtained. (...) In general, the unit chosen needs to match the construct. Furthermore, the unit often needs to be considered in context.“ (Hill & Lambert, 2004, p. 87-88).

Die Zerlegung in vorbestimmte Standardeinheiten, wie z.B. Zeiteinheiten, schränkt in diesem Sinne die Aussagekraft und Validität massiv ein (Marmar, 1990), auch wenn eine höhere Reliabilität der Einheitenerstellung im Vergleich zu Einheiten, die aufgrund von Bedeutung definiert werden, zunächst zu erwarten ist (Bordin et al., 1954). Werden Einheiten nicht automatisiert nach Zeit, sondern aufgrund ihrer Bedeutung erstellt, kann aber durch eine genaue Festlegung von Regeln der Einheitserstellung, eine Durchführung durch mehrere unabhängige Rater und eine daran anschließende Berechnung der Interraterreliabilität die Genauigkeit der Erstellung kontrolliert werden. Ist ein schnell sich veränderndes Konstrukt Gegenstand der Analyse, sind zudem kleinere Einheiten und ein hoher Auflösungsgrad vorzuziehen: Fluktuationen könnten innerhalb einer zu groß gewählten Einheit untergehen (Fiske, 1977).

Abgeleitet aus den angestellten theoretischen Überlegungen (s. Kap. 3) wird davon ausgegangen, dass die zentralen Gegenstände der Analyse, Motive der KlientInnen und Beziehungsangebote bzw. Interaktionale Strategien der TherapeutInnen, die kleinsten Bestandteile komplexer, dimensional sich verändernder „Amalgame“ sind, und in rascher Abfolge wechseln können (s.a. Kap. 4.4). Weiterhin sind m.E. Motive

und Beziehungsangebote als qualitative Konstrukte zu verstehen, die nur sinnvoll durch Einheiten erfasst werden können, die anhand ihrer *Bedeutung* erstellt wurden.

Der Autor entschied sich daher für die Zerlegung des Materials in Mikroprozesseinheiten, die Bedeutung und Kontext berücksichtigen können, um die Validität dieses Analyseschrittes zu gewährleisten. Die Festlegung von Regeln, die Durchführung durch zwei unabhängige Rater und die Berechnung der Übereinstimmung dienen dabei der Sicherung der Reliabilität.

Mit der Entscheidung für so genannte *Sinneinheiten*, die sich zum größten Teil am grammatikalischen Satz als Einheit orientieren, konnte diesen Kriterien entsprochen werden. Dabei konnte auf bereits bewährte Regeln von Hill & O'Brien (1999) zurückgegriffen werden, die für die vorliegende Studie ins Deutsche übersetzt wurden und im Rahmen des „Leitfadens“ den Ratern zur Verfügung gestellt wurden (Gmelch, 2007). Da gesprochene Sprache nicht durchgängig in abgeschlossenen, voneinander getrennten Sätzen erfolgt, wird mit Hilfe von wenigen Regeln auch auf den Umgang mit Sätzen, denen Bestandteile fehlen, Einschüben oder unverständlichen Aussagen eingegangen. Die komplette Aufführung der Regeln zur Erstellung von Sinneinheiten innerhalb des Leitfadens ist dem Anhang zu entnehmen.

Die durch das systematische Vorgehen angestrebte Intersubjektivität wurde durch Berechnung eines Reliabilitätskoeffizienten abgesichert. Zur Berechnung der Interraterreliabilität wurde für jede neue Anwendung der Regeln 20% des gesamten Materials von einem zweiten unabhängigen Rater codiert. Als geeignetes Maß der Übereinstimmung für Nominaldaten wurde Cohens Kappa verwendet, das gegenüber prozentualen Angaben den Vorteil hat, das Verhältnis der beobachteten und der bei Zufall erwarteten Übereinstimmungen zu berücksichtigen (Wirtz & Caspar, 2002; Rustemeyer, 1992; s. Kap. 5.1.2).

4.6 Entwickeln einer Kategorisierungsmethodik

Nach der Zerlegung des transkribierten Forschungsmaterials in Sinneinheiten erfolgt der grundlegendste methodische Schritt, auf dem alle weiteren qualitativen wie quantitativen Auswertungen beruhen: Die Bewertung der jeweiligen Sinneinheit unter einer bestimmten theoretischen Perspektive. Wie bereits ausgeführt ist die kleinste und zentrale Analyseeinheit auf Klientenseite das *Motiv*, auf Therapeutenseite das *Beziehungsangebot* (bzw. die interaktionale Strategie, s. Kap. 4.4.1 & 4.4.4). Die Plananalyse stellt eine „Perspektivtheorie“ mit einer konkreten Methodik dar (Caspar, 2007), mit welcher beobachtbare Verhaltensweisen im therapeutischen Prozess aus motivationaler und interaktionaler Sichtweise erfasst werden können. Sie konnte so als theoretischer Blickwinkel und erster methodischer Schritt für die Erfassung besagter

Konstrukte genutzt werden. Die kommenden Abschnitte schildern Grundannahmen und methodische Vorgehensweise der Plananalyse. Daraufhin widmet sich ein Unterkapitel den notwendigen Modifikationen der plananalytischen Methode im Forschungskontext und einer hier angestellten methodischen Erweiterung um Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse. Abschließend wird die konkrete Umsetzung einer einheitlichen Kategorisierungsmethodik durch die Entwicklung eines Leitfadens beschrieben.

4.6.1 Zentrale Grundannahmen der Plananalyse

Das Konzept des „Plans“ geht auf Miller, Galanter & Pribram (1960) zurück, die diesen zu Beginn der sechziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts zur Kritik eines reduktionistischen Behaviorismus in der Psychotherapie anführten: Der Mensch wurde nicht mehr nur als Reiz-Reaktions-Maschine angesehen, sondern als ein intentional handelndes Wesen. Im Gegensatz zum umgangssprachlichen Gebrauch wurde unter einem „Plan“ aber kein durchgehend bewusstes, „planvolles“ Verhalten verstanden; als Plan wurde vielmehr ein bewusstes *oder* unbewusstes Handlungsprogramm bezeichnet, das aus zwischenmenschlichem Verhalten hypothetisch erschlossen werden kann (Caspar, 2007). Pläne bestehen dabei aus Ziel- und Operations- (bzw. „Mittel-“) Komponenten und sind hierarchisch organisiert: Untergeordnete Pläne stellen die Mittel für übergeordnete Pläne dar, welche wiederum die Ziele der untergeordneten Pläne repräsentieren. Die unterste Ebene der Mittel besteht aus konkreten, beobachtbaren Verhaltensweisen, auf oberster Ebene wird auf die menschlichen Grundbedürfnisse verwiesen (s.a. Kap. 3.1.3.4): Eine so erstellte Planstruktur kann als (von Beobachtern konstruierte) Gesamtheit der mehr oder weniger bewussten Strategien, mit denen ein Mensch seine Grundbedürfnisse zu befriedigen versucht, angesehen werden (Caspar, 2007).

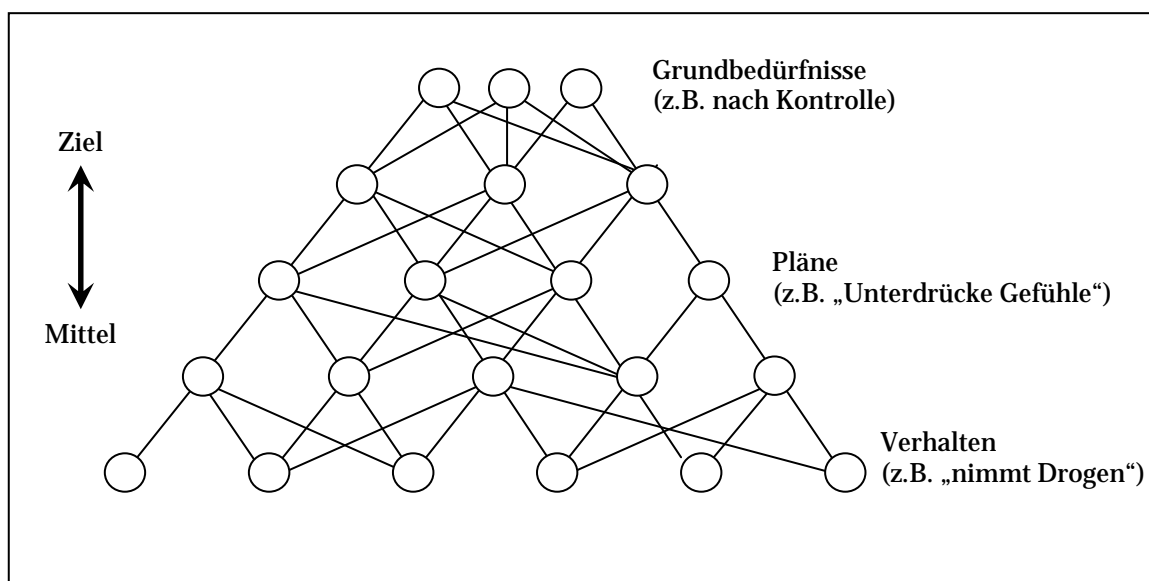


Abb. 4.2: Schematische Darstellung einer Planstruktur. Untergeordnete Pläne stellen die Mittel für übergeordnete Pläne dar, welche wiederum die Ziele der untergeordneten Pläne repräsentieren (Caspar, 1996, S.12; leicht modifiziert).

Grawe und Dziewas griffen 1978 das Plankonzept wieder auf, um die klassische „horizontale“ Verhaltensanalyse um die vertikale Verhaltensanalyse zu erweitern: Diese sollte v.a. dazu dienen, psychische Probleme und (z.B. in der Gruppentherapie in Erscheinung tretende) zwischenmenschliche, problematische Verhaltensweisen mit gemeinsamen Intentionen und übergeordneten interaktionellen Strategien der Person erklären zu können. Caspar (1996, 2007, 2008) entwickelte das Konzept schließlich in theoretischer und methodischer Hinsicht weiter. Er versteht unter der Plananalyse eine „Perspektivtheorie“ (i.S. Foppas, 1984), die unter dem Kriterium der Nützlichkeit für den Kliniker eine Momentaufnahme der KlientIn aus einer bestimmten, nämlich der instrumentellen Perspektive entwirft, und dazu eine konkrete Methodik zur Verfügung stellt. Durch eine möglichst große Sparsamkeit an Grundannahmen soll die Plananalyse für verschiedene theoretische Zugänge kompatibel bleiben, und somit eine „schwache, aber robuste Theorie“ bilden. Einige zentrale Grundannahmen, die für das weitere Verständnis der hier beschriebenen Methodik von Wichtigkeit sind, werden im Folgenden angeführt. Für eine ausführliche Besprechung der Theorie der Plananalyse wird auf einschlägige Literatur verwiesen (Caspar, 2007).

Der Mensch wird als *zielgerichtet handelndes* Wesen angesehen. Jede Handlung, ob bewusst oder unbewusst erlebt, dient dem Zweck bzw. hat die Funktion, einen Ist- in einen Sollzustand zu transformieren. Der Begriff der Handlung ist dabei sehr weit gefasst: Handlungen können bewusst bzw. *kontrolliert* oder unbewusst bzw. *automatisiert* ablaufen. Sie schließen dabei auch intrapsychische Operationen ein, wie z.B. die positiv verzerrte *Wahrnehmung* der neuen Freundin; aber auch Sollzustände sind in diesem weiten Sinne zu verstehen: Eine Handlung kann das Herstellen einer

bestimmten Wahrnehmung von sich selbst, anderen oder der umgebenden „Welt“ bezwecken. Mit Hilfe der Plananalyse können die *instrumentellen Funktionen* des Verhaltens einer Person expliziert werden.

Pläne können sowohl *interaktioneller* wie auch *intrapsychischer* Natur sein: Erstere versuchen, eine bestimmte Wirkung bei andere Personen erreichen, bei letzteren spielt die innere Regulation die größere Rolle. Allerdings lassen sich diese Aspekte nicht strikt voneinander trennen. Vielmehr könnte man von einem schwerpunktmäßigen Ziel eines Plans reden.

Die Annahme eines *Interaktionismus* zwischen Person und Umwelt steht im Einklang mit bereits angeführten Überlegungen zur Therapiemotivation (s. Kap. 3.1.5.1): Eigenschaften der Person und Umwelteinflüsse stehen in einer echten Wechselwirkung zueinander (s.a. Mischel, 1973). Verhalten wird nicht durch vorgefertigte Pläne gesteuert, sondern in jeder Situation mit Hilfe der Pläne für die Anforderungen der Situation *neu konstruiert*.

Pläne stellen keine Entitäten dar, die ein Mensch „hat“, sondern *konstruierte Hypothesen* der Betrachter: Eine Person verhält sich so, „als ob“ er einen bestimmten Plan „hätte“. Die philosophische Erkenntnis, dass es keine theoriefreie Beobachtung geben kann und damit eine objektive Wirklichkeit immer durch unsere Kategorien beschrieben wird (Kant, 1781; Popper, 1934), hat längst Eingang in psychologische Theorien (z.B. Bruner & Postman, 1951) gefunden. Diese *konstruktivistische* Position ist die wissenschaftstheoretische Grundlage für ein angemessenes Verständnis der Methodik der Studie und muss letztlich bei der Diskussion der Ergebnisse immer berücksichtigt werden.

Es wird angenommen, dass Verhaltensweisen und Pläne *mehrfachbestimmt* sind: Der Mensch versucht mit einer Verhaltensweise mehreren Zielen gleichzeitig gerecht zu werden. Eine Berücksichtigung der Möglichkeit, dass Verhaltensweisen von mehreren Plänen bestimmt sein könnten, stellt den Anwender eines Kategoriensystems mit disjunkten, eindeutig zuordenbaren Kategorien vor große methodische Schwierigkeiten. Im Folgenden wird auf die hier gefundene Lösung näher eingegangen.

4.6.2 Methodik der Plananalyse

Die Leitfrage bei der Entwicklung von Plänen lautet: Welchem Zweck dient ein bestimmtes Verhalten? Wie im vorherigen Abschnitt beschrieben, wird Verhalten dabei sehr breit verstanden und schließt u.a. automatisiertes Handeln oder bestimmte Wahrnehmungen von sich und der Welt mit ein.

Zur Konstruktion von Plänen ist es sinnvoll, möglichst viele Informationsquellen zu nutzen. Wichtigste Anhaltspunkte liefern Beobachtungen konkreten Verhaltens,

Berichte der Person über eigenes Verhalten und Erleben, die Wirkung des Verhaltens auf die Interaktionspartner, Daten aus Fragebögen, aber auch die Gestaltung des Lebens „im Großen“ (wie Berufs- oder Partnerwahl). Anhand der mehrfachen Sichtung der videographierten ersten drei Sitzungen des jeweiligen Falls und der dazugehörigen Akte konnten die jeweiligen Plankonstrukteure in dieser Studie auf alle vorgeschlagenen Informationsquellen gut zurückgreifen. Verbale wie nonverbale Verhaltensweisen sollten bei der Plankonstruktion miteinbezogen werden (Gmelch, 2007). Caspar geht davon aus, dass zentrale Pläne von Personen sich in den meisten Interaktionen auch niederschlagen (Caspar, 2007). Die Auswahl dreier Therapiesitzungen schien somit zur Erstellung einer Planstruktur ausreichend. Für die ersten Sitzungen sprach zudem, dass erst eine Interaktion und ein Aushandeln an impliziten Verträgen am entstehen ist, in das die beteiligten Personen ihre zentralen interaktionellen Bedürfnisse einzubringen versuchen (s.a. Kap. 3.2).

Neben der im Vordergrund stehenden Strategie anhand beobachtbarer Verhaltensweisen Pläne zu konstruieren („bottom-up“), war es auch möglich, von den Grundbedürfnissen ausgehend Überlegungen anzustellen („top-down“). Die Grundbedürfnisse nach Dörner bzw. Grawe (Affiliation/ Bindung, Bestimmtheit/ Kontrolle, Kompetenz/ Selbstwerterhöhung; Dörner, 1999a; Grawe, 1998; s.a. Kap. 3.1.3.4) gaben dabei eine Struktur vor, die den Entwicklern der Planstruktur das Ordnen der Pläne erleichtern sollte.

Für die Konstruktion der Pläne der KlientInnen standen jeweils zwei BeobachterInnen zur Verfügung, die ihre Interpretationen diskutierten. Die Gefahr einseitiger Interpretationen konnte so verringert werden. Beobachtete, häufiger auftretende Verhaltensweisen wurden im Indikativ auf selbstklebende Zettel notiert (z.B. „klagt über Einschränkungen durch Zwang“). Im Sinne der Mehrfachbestimmtheit (s. Kap. 4.6.1) sollten Pläne konstruiert werden, denen mehrere Verhaltensweisen dienen konnten. Aus didaktischen Gründen werden Pläne im Imperativ formuliert (z.B. „Zeige Dein Leiden!“) – mit dem Wissen, dass dadurch der KlientIn keine Bewusstheit darüber unterstellt werden will. Auch die so entwickelten Pläne wurden auf Zettel geschrieben und gemäß ihres Abstraktionsgrades, der Instrumentalität und Verknüpfung mit den anderen Plänen und Verhaltensweisen in eine sinnvolle Hierarchie gebracht (s. Abb. 4.2). Für das weitere Vorgehen spielte aber nur die unterste Ebene eine Rolle, die die konkretesten, verhaltensnahsten Pläne beinhaltete (Gmelch, 2007).

Bei der Entwicklung der Therapeutenpläne wurde in ähnlicher Weise vorgegangen, die ersten drei Sitzungen gesichtet und so Verhaltensweisen und Pläne notiert. Im Fokus stand aber nicht mehr die Frage, welchem Grundbedürfnis eine bestimmte Verhaltensweise dient, was für die Klientenseite relevant war. Vielmehr interessierte welche interaktionelle Strategie hinter einem bestimmten Verhalten der TherapeutIn stand (s.a. Kap. 4.4.4).

Um eine reliable Handhabbarkeit des auf der Planstruktur aufbauenden Kategoriensystems gewährleisten zu können, bestand eine Vorgabe darin, nicht mehr als 20 Pläne der untersten Ebene zu konstruieren. Eine zu große Beschränkung auf nur wenige Pläne sollte aber ebenso vermieden werden, um den Forschungsgegenstand auch angemessen erfassen zu können (Gmelch, 2007).

4.6.3 Modifikation der Plananalyse um Prinzipien der Qualitativen Inhaltsanalyse

Mayring versucht die Methode der *Inhaltsanalyse* durch die Beschreibung ihrer Spezifika zu definieren: Inhaltsanalysen haben immer Kommunikation zum Gegenstand, die in fixierter Form vorliegen muss. Wichtiges Kennzeichen – im Gegensatz zu freien Interpretationen – ist ihr systematisches und regelgeleitetes Vorgehen, das sie intersubjektiv nachvollziehbar macht. Die Untersuchung des Materials geschieht theoriegeleitet, um auf diese Weise Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation möglich zu machen (Mayring, 2008). In den unterschiedlichen Abschnitten dieses Kapitels wurde und wird auf alle diese Aspekte ausführlich eingegangen.

Als *qualitativ* wird die Inhaltsanalyse v.a. dann bezeichnet, wenn in einem ersten Analyseschritt das Material anhand nominalskaliert Kategorien erfasst wird. Bei der Unterscheidung zwischen qualitativen und quantitativen Inhaltsanalysen wird dabei oft übersehen, dass „am Anfang wissenschaftlichen Vorgehens immer ein qualitativer Schritt steht“ (Mayring, 2008, S. 19). In jeder Untersuchung muss zunächst geklärt und benannt werden, was untersucht wird. Zudem muss nach der Durchführung quantitativer Operationen immer ein qualitativer Analyseschritt der Interpretation der Zahlen folgen. Qualitatives und quantitatives Vorgehen stellen in diesem Sinne keinen Gegensatz dar, sondern vielmehr aufeinander aufbauende Phasen im wissenschaftlichen Prozess (s. Abb. 4.3).

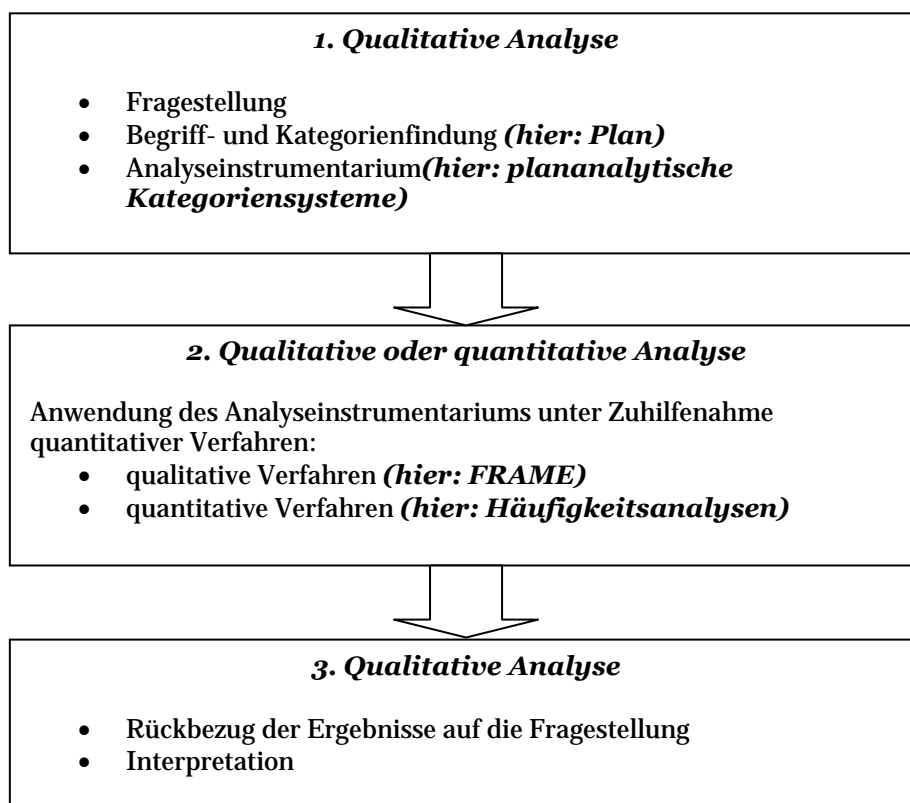


Abb. 4.3: Phasenmodell zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse (Mayring, 2008, S.20). Bezugnahme auf Schritte dieser Studie.

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem qualitativ-inhaltsanalytischen Schritt der Erstellung und Anwendung eines Kategoriensystems.

Nach Mayring sind zentrale qualitative Techniken dazu Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Für das hier beschriebene Vorgehen war die inhaltliche Strukturierung der transkribierten psychotherapeutischen Sitzungen entscheidend. Strukturen bzw. Verhaltensmuster sollten aus dem Material herausgefiltert werden. Wie bereits beschrieben dienen als Ausprägungen für eine weitere Strukturierung so genannte „Pläne“ nach der oben skizzierten theoretischen Perspektive der Plananalyse. Zur Erstellung eines Kategoriensystems war es nun notwendig festzulegen, *wann* ein Materialbestandteil (d.h. eine Sinneinheit, s. Kap. 4.5.1) unter eine Kategorie (d.h. einen Plan) fällt. Dazu hat sich ein Verfahren in drei Schritten bewährt (Mayring, 2008):

1. Definieren der Kategorien
2. Festlegen von Ankerbeispielen
3. Festlegen von Kodierregeln und ggf. Abgrenzungsbeispielen

Zunächst wurde jeder Plan genau beschrieben und definiert, welche Sinneinheiten in diese Kategorie fallen. Um das Rating möglichst einfach gestalten zu können, wurde jeder Plankategorie eine Abkürzung zugeordnet, die zur Bewertung der Sinneinheiten

anstelle der gesamten Planbezeichnung notiert wird. Jede Abkürzung besteht dabei aus zwei bis vier Buchstaben: An erster Stelle steht entweder ein K für KlientIn oder ein T für TherapeutIn, die weiteren Stellen wurden mit den Anfangsbuchstaben der Planbezeichnung gefüllt (z.B. bezeichnet KZL den Klientenplan „Zeige Dein Leiden!“). Im zweiten Schritt wurden dieser Plankategorie konkrete Textstellen zugeordnet, die die Bedeutung des Plans am besten repräsentieren. Diese so genannten Ankerbeispiele wurden aus den ersten drei Sitzungen selektiert, die bereits zur Erstellung der Planstruktur gesichtet und transkribiert wurden. Bei der späteren Zuordnung von Kategorien zu Sinneinheiten stellten sie wichtige Hilfen dar, um die Bedeutung des jeweiligen Plans schnell erfassen zu können.

Letztlich wurden den Kategorien, die in der Probekodierung miteinander oft verwechselt wurden, genaue Regeln angefügt, wann die eine und wann die andere Kategorie zu kodieren ist. Neben den Kodierregeln dienten in einigen schwierigen Fällen wiederum konkrete Textstellen als Abgrenzungsbeispiele, um ähnliche Kategorien gut differenzieren zu können. Tabelle 4.4 gibt ein Beispiel für die verschiedenen Bestandteile einer Plankategorie.

Planbezeichnung, Abkürzung	Beklage die Allgegenwärtigkeit des Zwangs und der Angst (KAZ)
Beschreibung	K beschreibt, wie allgegenwärtig ihre Zwänge und Ängste sind. Diese sind so vielfältig, dass sie schwierig zu beschreiben sind. Zudem fühlt sie sich durch die Zwänge und Ängste eingeschränkt und schildert körperliche Symptome wie Zittern, Herzklopfen, Erschöpfung nach einer Panikattacke oder Aggressivität, wenn ihr etwas im Rahmen des Zwangs nicht gelingt. Sie berichtet detailliert von Angst auslösenden Situationen. Auch wenn K über die Entwicklung ihrer Zwänge erzählt, wird KAZ kodiert.
Ankerbeispiel	„Es ist, es ist so viel eigentlich, dass ich das gar nicht mehr schon als Zwang oder so realisier.“
Kodierregeln zur Abgrenzung	Abgrenzung zum Plan „Vollziehe Zwangshandlungen“ (KZH): Betrifft die Sinneinheit Berichte über das Vollziehen von Ritualen, wird sie KZH zugeordnet.

Tab. 4.4: Bestandteile einer Plankategorie: Bezeichnung, Abkürzung, Beschreibung, Ankerbeispiel, Kodierregeln zur Abgrenzung.

Da es nicht zu erwarten ist, sämtliche in den Textstellen auftretende Verhaltensweisen der betreffenden Person mit dem erstellten Kategoriensystem abzudecken, wurde eine Restkategorie definiert. Die Restkategorie sollte dabei nicht mehr als 10% des Materials umfassen und wie die anderen Kategorien auch durch Kriterien festgelegt und mit Ankerbeispielen verdeutlicht werden.

Bevor mit dem ersten Proberating begonnen werden konnte, wurden die so erstellten Kategorien (mit Bezeichnung, Abkürzung, Definition, Anker- und

Abgrenzungsbeispielen sowie Kodierregeln) in einer übersichtlichen Tabelle zusammengestellt. In einem ersten ausschnittswisen Materialdurchgang wurde daraufhin getestet, ob diese Kategorien eine reliable Zuordnung erlauben: Unabhängige Rater, die nicht an der Erstellung des jeweiligen Kategoriensystems beteiligt waren, erprobten deren Anwendung auf Ausschnitte des gesamten Textmaterials. Nach einer Einführung in die Logik des Kategoriensystems und die Praxis des Ratens anhand mehrerer Beispiele (die nicht aus dem zu bewertenden Material stammten), hatten die Rater Gelegenheit, Fragen zu stellen und schließlich selbstständig einen Abschnitt durchzuarbeiten. Die Zuordnungen zweier Rater wurden verglichen und die Interraterreliabilität berechnet.¹⁶ Dem unabhängigen Rater wurde die Gelegenheit gegeben, sich über unklare Bezeichnungen und Beispiele zu äußern. Daran anknüpfend wurde versucht, Definitionen von Plankategorien präziser zu fassen und gegebenenfalls repräsentativere Ankerbeispiele zu finden. Bei Kategorien, die mehrmals verwechselt wurden, wurden die Unterschiede klarer herausgestellt und Abgrenzungsbeispiele sowie Kodierregeln hinzugefügt (s.o.). Wenn mehr als 10% der Sinneinheiten in die Restkategorie gefallen waren, wurden neue Plankategorien für diese Verhaltensweisen konstruiert. Mit dem revidierten System bewertete der unabhängige Rater einen weiteren Auszug, worauf die Reliabilität der Kategorien erneut überprüft wurde. Bei einer Übereinstimmung von über 75% wurde davon ausgegangen, dass das Kategoriensystem relativ reliabel anwendbar war und die Erstellung des Kategoriensystems zunächst für abgeschlossen betrachtet. Die Kategoriensysteme konnten im folgenden Forschungsprozess gegebenenfalls zwei weiteren Revisionen unterzogen werden: Bei ihrer Anwendung auf Sitzungen der mittleren und späteren Therapiephase bestand die Möglichkeit, für „neu auftretende, auffällige Verhaltensweisen“ Kategorien zu ergänzen. Diese Modifikationen waren allerdings nur in geringem Maße notwendig. In einem weiteren Schritt im Forschungsprozess werden die Klientenpläne Stufen der Motivationsentwicklung zugeordnet (s. Kap. 4.7.1). V.a dazu mussten einige Kategorien verändert werden, um dieser theoretischen „Strukturierungsdimension“ (Mayring, 2008) gerecht werden zu können (s. Kap. 5).

¹⁶ Bei der Überprüfung der Interraterreliabilität war darauf zu achten, dass dem unabhängigen Rater eine Materialstichprobe gegeben wurde, in der die zur Kategorienillustration verwendeten Ankerbeispiele nicht vorkamen.

4.6.4 Anwendung des plananalytischen Kategoriensystems auf die Sinneinheiten

Zur Kodierung der Sinneinheiten legten die Rater neben die jeweiligen Transkripte die in Tabellen aufgeführten Kategoriensysteme, die sie vor dem ersten Rating gründlich durchlasen, um sie im Kurzzeitgedächtnis möglichst gut zu speichern. Den Ratern wurde zudem der dazugehörige Videoausschnitt gezeigt, um neben dem verbalen auch nonverbale Anteile berücksichtigen zu können und somit den Inhalt besser verstehen und Informationsverluste minimieren zu können. Nach dem Lesen einer Sinneinheit sollte der gesamte Katalog der erstellten Kategorien mit Beschreibungen und Anker- wie Abgrenzungsbeispielen durchgegangen werden, um einen geeigneten Plan zuzuordnen zu können. Die Abkürzung der Plankategorie wurde dabei neben der Sinneinheit notiert. Dieser umständlich wirkende Vorgang war zu Beginn des Ratens noch notwendig, um eine möglichst reliable Zuordnung sicherstellen zu können. Mit längerem Umgang mit dem Kategoriensystem konnten die Rater schneller und sicherer sich für eine passende Kategorie entscheiden.

Zur Berechnung der Interraterreliabilität jedes einzelnen Kategoriensystems wurden 20% der betreffenden Gesamtstichprobe von einem unabhängigen Rater eingeschätzt. Das geeignete zufallskorrigierte Übereinstimmungsmaß für nominalskalierte Daten stellte wiederum Cohens Kappa dar (s. Kap. 5.1.2).

4.6.5 Leitfaden orientiertes Vorgehen und Supervision

Sämtliche bisher beschriebene Schritte zur Konstruktion von plananalytischen Kategoriensystemen und zur Anwendung dieser bei der Kodierung von Sinneinheiten wurden in einem Leitfaden festgehalten (Gmelch, 2007). Den in unterschiedlichen Teilprojekten arbeitenden DiplomandInnen wurde dieses Manual bereitgestellt, um eine einheitliche Vorgehensweise sicherzustellen (s.a. Kap. 4.2.2). Eine enge Betreuung und Supervision durch den Autor konnte zudem auftretende Fragen und Schwierigkeiten zeitnah klären.

4.7 Qualitative Auswertungsstrategien

4.7.1 Das Fremdrating der Motivationsentwicklung (FRAME)

4.7.1.1 Ziel des Ratings

Die Motive, die KlientInnen in psychotherapeutischen Sitzungen bewegen, können unterschiedliche Beiträge zur Veränderung des Problems leisten, das Anlass der Therapie war. Das Rating „FRAME“ stellt einen Versuch dar, den Motiven der KlientInnen unterschiedliche Stufen der Motivationsentwicklung zuzuordnen. Dabei stehen zwei Ziele im Vordergrund:

- 1) Die Analyse der „Motivlandschaft“ einer KlientIn zu einem bestimmten Zeitpunkt der Therapie und das Erheben einer „Baseline“ der Änderungsmotivation zu Beginn der Therapie. Der Stand der Änderungsmotivation soll zu Beginn der Therapie bei unterschiedlichen KlientInnen erhoben und verglichen werden. Dazu müssen die einzelnen Motive der KlientIn aber bewertet werden, inwiefern sie zur Änderungsmotivation beitragen oder nicht.
- 2) Die Analyse der Veränderung der „Motivlandschaft“ zu verschiedenen Zeitpunkten einer Psychotherapie und das Erheben eines Erfolgskriteriums. Um eine Aussage darüber machen zu können, ob sich in der Psychotherapie die Änderungsmotivation der KlientIn erhöht oder verringert hat, muss der Anteil, den Motive der KlientIn an der Änderungsmotivation haben, eingeschätzt werden. Ein Vergleich des so abschätzbaren Stands der Änderungsmotivation zu verschiedenen Zeitpunkten in der Therapie kann als Erfolgskriterium für motivationserhöhende Strategien angesehen werden (s. Kap. 4.1.1.3 und 4.2.1.3).

4.7.1.2 Theoretischer Hintergrund und Aufbau des Ratings

Das Rating stellt eine Fortsetzung des „Leitfadens zur Prozessanalyse Psychotherapeutischer Sitzungen mit Hilfe der Plananalyse“ (Gmelch, 2007; s. Anhang) dar und baut auf den dort und in Abschnitt 4.6 beschriebenen Arbeitsschritten auf: Um es anwenden zu können, muss bereits ein individuelles Kategoriensystem für die einzelnen KlientInnen erstellt sein, das das gesamte Verhalten der KlientIn in disjunkte Motive, so genannte Pläne, strukturiert.

Die Pläne der KlientIn, die mit Aufrechterhaltung bzw. Veränderung der Problematik in Zusammenhang stehen, werden mit Hilfe des vorliegenden Ratings einer Motivationsstufe zugeordnet. Das Rating beinhaltet ein Modell der Motivationsstufen und eine Operationalisierung jeder Stufe anhand von jeweils zwei „Markern“.

Der Theoretische Hintergrund des vorgestellten Modells der Motivationsstufen bezieht sich auf zwei sich überschneidende und ergänzende theoretische Entwürfe, die in

Kapitel 3.1 ausführlich vorgestellt wurden: Die Stages of Change aus dem Transtheoretischen Modell (Prochaska & Norcross, 2002, s. Kap. 3.1.4.5) und die Arten der Interaktion aus dem Lösungsfokussierten Ansatz (DeJong & Berg, 2008, s. Kap. 3.1.4.4). Die Phase „Precontemplation“ der Stages of Change entspricht dabei der Besucherbeziehung im lösungsfokussierten Ansatz. Eine ähnliche Entsprechung besteht zwischen der Phase „Action“ und der Kundenbeziehung. Der Klagendenbeziehung fehlte das Pendant im Transtheoretischen Modell; die Stufe des Klagens über ein relativ abstrakt beschriebenes Problem - ohne dabei eigene Einflussmöglichkeiten zu erkennen - wurde somit zwischen die Stufe der fehlenden Bewusstheit über ein Problem und die des Reflektierens über eigenes Problemverhalten gestellt. Hinter den in Abb. 4.4 beschriebenen Stufenbezeichnungen werden die entsprechenden Konzepte der theoretischen Modelle in Klammern angeführt.

Die Einschätzung von Klientenverhalten in Stufen der Veränderungsbereitschaft soll nicht über die interaktionistische Konzeption von Motivation hinweg täuschen! Auch wenn die Klientenmotive bewertet werden, geschieht das nicht unter der Annahme, Motivation als eine Art Persönlichkeitsstil zu erfassen. Die hohe Relevanz der Interaktion für die Therapiemotivation muss vielmehr immer mit bedacht werden (vgl. Kap. 3.1.5).

Die im Folgenden beschriebenen Motivationsstufen bilden einen idealtypischen Verlauf der Motivationsveränderung ab:

1. Ausführen automatisierten Problemverhaltens
2. Erkennen eines Problems und Klagen darüber
3. Reflektieren über das eigene Problemverhalten und Abwägen der Veränderung
4. Entscheiden für ein Zielverhalten
5. Ausführen kontrollierten Zielverhaltens
6. Ausführen automatisierten Zielverhaltens

Jede Stufe wird durch zwei Marker gekennzeichnet. Diese stellen Operationalisierungen der Stufen dar, um eine eindeutige Zuordnung der Plankategorien zu einer Stufe zu erleichtern. Die Marker sind aus den in der Literatur gut beschriebenen, oben genannten Modellen entlehnt, die sich auf praktische Erfahrung, aber auch empirische Untermauerung stützen (s. Kap. 3.1). Ihre Auswahl und Benennung als Marker der postulierten Stufen wurde dagegen erst zur Konzeptualisierung des FRAME unternommen.

Marker B bezieht sich dabei auf die Veränderung des *Verhaltens*:

- 1B: Der Klient hat keine Absicht einer Verhaltensänderung
- 2B: Der Klient ist der Meinung, andere sollten ihr Verhalten ändern
- 3B: Der Klient ist am Abwägen, eigenes Verhalten zu ändern
- 4B: Der Klient führt erste Schritte einer Verhaltensänderung durch
- 5B: Der Klient führt in kontrollierter Weise Zielverhalten aus
- 6B: Der Klient führt in automatisierter Weise Zielverhalten aus

Marker A bezieht sich in den ersten drei Stufen auf die *Bewusstheit* des Problems:

- 1A: Keine Bewusstheit eines Problemverhaltens
- 2A: Bewusstheit eines „globalen“ bzw. „abstrakten“ Problems
- 3A: Bewusstheit eigenen Problemverhaltens

In den Stufen 4 bis 6 bleibt das Problemverhalten bewusst, so dass Marker A zur Ergänzung des Verhaltensmarkers B benutzt wird: In Stufe 4 beinhaltet Marker A das Äußern einer konkreten Absicht, Zielverhalten zu zeigen, in Stufe 5 die geleistete Anstrengung für das neue Verhalten, in Stufe 6 die Überlegungen, das Erreichte zu halten und festigen.

Abbildung 4.4 zeigt den Ausschnitt des FRAMEs, der eine Übersicht zu Stufen und dazugehörigen Markern liefert und den Ratern als Vorlage dient.

Fremdrating zur Motivationsentwicklung

1. Automatisiertes Problemverhalten (Precontemplation/ Besucherbeziehung)

Wenn die Person (nur) diesen Plan realisiert bzw. (nur) Gelegenheit dazu hat, diesen Plan zu realisieren, dann...

(1A) ...hat sie keine Bewusstheit über das Problemverhalten.

- Sie führt automatisiertes Problemverhalten aus
- und kann dieses nicht als Problemverhalten erkennen oder darüber reflektieren
- oder wehrt sich dagegen, dieses als Problemverhalten zu erkennen.

(1B) ...hat sie keine ernsthafte Absicht, (in naher Zukunft) ihr Problemverhalten zu ändern.

- Ein Wunsch nach Veränderung (der Situation) kann vorhanden sein, jedoch keine ernsthafte Absicht, *selbst* das Problemverhalten zu verändern.

Beispiel: Sichere Dich ab!

Die KlientIn fragt bei PartnerIn oder TherapeutIn in einer Form immer wieder nach, die als Neutralisierung von Anspannung angesehen werden kann. Dies geschieht in automatisierter Weise, ohne dass ihr ihr Verhalten als problematisch auffällt.

2. Klagen, Erleben eines Problems (Klagendenbeziehung)

Wenn die Person (nur) diesen Plan realisiert bzw. (nur) Gelegenheit dazu hat, diesen Plan zu realisieren, dann...

(2A) ...erkennt sie ein Problem und klagt darüber.

- Sie schildert eindringlich ihr Leiden unter einem (relativ global, abstrakt beschriebenen) Problem, ohne eigenes Problemverhalten zu konkretisieren.
- Im Unterschied zu [1.] drückt die Person ihr starkes Leiden am Problem aus.

(2B) ...sieht sie sich selbst nicht als Teil der Lösung an.

- Sie möchte, dass sich andere Personen, die „Umwelt“, die „Situation“ etc. ändern
- oder sie möchte, dass die TherapeutIn das Problem für sie löst.
- Auch *automatisiertes* Zustimmung der Vorschläge der TherapeutIn fällt in diese Kategorie („Jaja, genau,..“), wenn die Person dadurch die Verantwortung für die Problemlösung an die TherapeutIn abgeben möchte.

3. Reflektieren über Problem- und Zielverhalten, Ambivalenz (Contemplation)

Wenn die Person (nur) diesen Plan realisiert bzw. (nur) Gelegenheit dazu hat, diesen Plan zu realisieren, dann...

(3A) ...hat sie Bewusstheit über ihr Problemverhalten.

- Sie kann ihr Problemverhalten erkennen, konkret benennen und darüber reflektieren.
- Im Unterschied zu [2.] redet die Person nicht mehr über ein globales Problem, sondern über ihr konkretes Problemverhalten.
- Im Unterschied zu [2.] antwortet die Person nicht automatisiert, sondern überlegend-reflektierend.

(3B) ... ist sie ambivalent, ob sie das Problemverhalten verändern sollte oder nicht.

- Sie schwankt zwischen der Beibehaltung und der Veränderung des Problemverhaltens hin und her.
- Sie denkt ernsthaft darüber nach, das Problemverhalten zu verändern, entschließt sich jedoch noch nicht zum Handeln.
- Auch das Entwickeln von Zielvisionen ohne konkrete Handlungsabsichten kann hier eingeordnet werden.

4. Entscheiden (Preparation)

Wenn die Person (nur) diesen Plan realisiert bzw. (nur) Gelegenheit dazu hat, diesen Plan zu realisieren, dann...

(4A) ... spricht sie über konkrete Absichten, das Problemverhalten bald zu verändern.

- Im Unterschied zu [3.] ist die Person nicht mehr am Überlegen und Reflektieren, sondern hat sich entschieden, neues Verhalten auszuprobieren.

(4B). ... hat sie bereits erfolglose Versuche oder minimale Schritte unternommen, ihr Problemverhalten zu verändern und Zielverhalten zu zeigen.

- Sie unternimmt manchmal Anstrengungen das Problemverhalten zu verändern – wenn auch noch wenig systematisch und ohne Erfolge,
- oder ohne diese Schritte als Erfolge zu bewerten.

5. Kontrolliertes Zielverhalten (Action/ Kundenbeziehung)

Wenn die Person (nur) diesen Plan realisiert bzw. (nur) Gelegenheit dazu hat, diesen Plan zu realisieren, dann...

(5A). ... setzt sie für die Verhaltensänderung einen hohen Einsatz von Zeit und Energie ein.

- Sie benötigt kontrollierte (d.h. bewusste) Anstrengung für die Veränderung des Problemverhaltens und die Ausübung des Zielverhaltens.

(5B) ... ist sie dabei, ihr Verhalten zu ändern, neue Erfahrungen zu machen, um ihre Probleme zu überwinden.

- Sie unternimmt systematische Veränderungen des Problemverhaltens (Übungen).
- Im Gegensatz zu [4.] sind dies Veränderungen in Richtung Zielverhalten.
- Ihre Umwelt erkennt und würdigt ihre Verhaltensänderungen.
- Die Person selbst bewertet ihre Verhaltensveränderungen als Schritte Richtung Ziel bzw. als erste Erfolge.

6. Automatisiertes Zielverhalten (Maintenance)

Wenn die Person (nur) diesen Plan realisiert bzw. (nur) Gelegenheit dazu hat, diesen Plan zu realisieren, dann...

(6A) ... möchte sie ihr neues Zielverhalten aufrechterhalten und Rückfällen vorbeugen.

- Sie möchte den „Stand“ halten
- und überlegt sich Möglichkeiten der Rückfallprophylaxe.

(6B) ... ist sie dabei, auf automatisierte Weise Zielverhaltensweisen durchzuführen.

- Ihr fällt nur noch selten auf, dass sie „neues“ Verhalten ausführt, vielmehr macht ihre Umwelt sie darauf aufmerksam.
- Sie benötigt weniger Anstrengung für das Zielverhalten als in [5.].

Abb. 4.4: Ausschnitt aus dem „Fremdrating zur Motivationsentwicklung FRAME“ (Gmelch, 2009). Überblick über Stufen der Veränderungsbereitschaft und dazugehörige Marker.

4.7.1.3 Anwendungsbereich

Um einschätzen zu können, wie sich die Motivation, ein bestimmtes Problemverhalten zu verändern, während der Therapie entwickelt, ist es notwendig, zunächst *das Problemverhalten zu definieren*.

In dieser Studie werden KlientInnen untersucht, die unter Zwängen leiden. Als Problemverhalten werden somit Zwangshandlungen angesehen, also unterschiedliche Formen des Neutralisierens des unangenehmen Gefühls wie z.B. Kontrollieren, Putzen/ Waschen, Gegengedanken denken, Sammeln, Sich Absichern etc. Dieses Verhalten kann mehr oder weniger bewusst sein, die KlientIn kann mehr oder weniger die Verantwortung dafür übernehmen oder sie bei anderen sehen, sie kann mehr oder weniger bereit sein, Neutralisierungen zu unterlassen, das Gefühl auszuhalten und Zielverhaltensweisen durchzuführen etc.

Für KlientInnen, die mit einem weiteren Anliegen in die Therapie kommen, kann ein weiteres Problem- und Zielverhalten definiert werden, umso die Motivationsphase bzgl. dieses Verhaltens analog zum Zwangsverhalten einzuschätzen.

In der Interaktion zur TherapeutIn spielen für jede KlientIn noch andere individuelle Motive eine Rolle, die nicht mit dem Zwangsverhalten unmittelbar in Verbindung stehen. Diese Motive können eine mehr oder weniger große Bedeutung für die Therapeutische Beziehung und auch für die Veränderung der Therapiemotivation haben, sie können als Erschwernisse oder Ressourcen vom Therapeuten gesehen werden, genutzt werden oder nicht, sich ungünstig entfalten oder nicht etc. Für dieses Rating werden diese Motive nicht berücksichtigt. Eine Einschätzung der Motivation, ein Verhalten zu ändern, muss sich auf ein *bestimmtes* Verhalten beziehen (s.a. Prochaska & Norcross, 2002). Die Rater sollten also nur diese Pläne in das Rating miteinbeziehen, die mit dem Problem in unmittelbarem Zusammenhang stehen.¹⁷

4.7.1.4 Konkrete Vorgehensweise

Die Umsetzung des Ratings ist in vier aufeinander folgende Schritte untergliedert.

- 1) Zunächst sollte der Rater sich die Beschreibung der postulierten Stufen und Marker gut durchlesen (vgl. Abb. 4.4).
- 2) Im nächsten Schritt wurde die Beschreibung des zu bewertenden Plans gelesen sowie die ihm beigefügten Anker- und Abgrenzungsbeispiele (s. Tab. 4.4, Kap. 4.6.3). Wichtig dabei war, sich nicht nur von der Bezeichnung des Plans für die Einschätzung der Stufe leiten zu lassen. Hinter ein und derselben Bezeichnung von Motiven zweier KlientInnen konnten sich nämlich zwei unterschiedliche Motive verbergen (und somit

¹⁷ Ging aus der Beschreibung des Plans aber deutlich hervor, dass die Person damit vom eigentlichen Problem ablenken wollte, sollte dieser der ersten Phase zugeordnet werden!

Motive unterschiedlicher Motivationsstufen). Die gesamte Beschreibung und Anführung der Beispiele sollte somit berücksichtigt werden.

3) Daraufhin musste der Rater entscheiden, ob der Plan mit dem Anliegen oder Problem der KlientIn in Verbindung stand. Wie bereits ausgeführt wurde (Kap. 4.7.1.3), konnten nur die Pläne hinsichtlich ihrer Motivationsstufe eingeschätzt werden, die sich auf das in der Therapie zu verändernde Problemverhalten bezogen. Pläne, die nicht mit den Anliegen bzw. Problemen der KlientIn in Verbindung standen (d.h. auch nicht als Ablenkung vom Problem angesehen werden können), wurden in diesem Rating nicht berücksichtigt.

4) Letztlich sollten der Beschreibung des Plans dazu passende Marker der Stufen zugeordnet werden: Nachdem der Rater die Informationen zur Plankategorie gelesen hatte, ging er die einzelnen Marker der Stufen durch. Die Textstellen in der Beschreibung des Plans, die zu einem Marker passten, wurden unterstrichen und der jeweilige Marker daneben geschrieben. Nach der Zuordnung der Marker wurde der Plan der jeweiligen Motivationsphase zugeordnet. Bei Unsicherheiten sollten Beispiele für den Plan aus dem Transkript hinzugezogen werden. Wurden Marker unterschiedlicher Stufen bei einem Plan gefunden, musste sich der Rater für die Stufe entscheiden, die dem Plan am ehesten gerecht wurde: Beispiele aus dem Transkript und Kontextwissen konnten hier den Ausschlag geben und sollten dann zur Rechtfertigung angeführt werden.

4.7.1.5 Reliabilitätsbestimmung und Einigung

Das Rating wurde von zwei unabhängigen Ratern durchgeführt und die Übereinstimmung berechnet. Da es sich auch in diesem Schritt um die Zuordnung nominalskalierter Kategorien handelte, wurde wiederum auf Cohens Kappa als Reliabilitätskoeffizienten zurückgegriffen (s. Kap. 5.1.2).

Für die weitere Analyse war es notwendig, bei fehlenden Übereinstimmungen sich auf eine Zuordnung zu einer Stufe zu einigen. Dazu haben die jeweiligen Rater ihre Argumente für ihre Beurteilung des Plans ausgetauscht, „Beweise“ in Form von in Transkripten gefundenen Beispielen für die Pläne gesichtet und diskutiert, um somit letztlich zu einer Einigung auf eine Stufenzuordnung zu gelangen. Die Ergebnisse des FRAMEs werden in den dazugehörigen Fallvorstellungen im Ergebnisteil angeführt und diskutiert (s. Kap. 5.2 bis 5.9).

4.7.2 Interpretation der Therapeutenpläne: Spannungsverhältnisse zwischen „Plankomplexen“

Zur Konstruktion einer *Theorie der Interaktion* bzw. des Einflusses des Therapeutischen Beziehungsangebots auf die Änderungsmotivation im jeweiligen Fall ist ein entscheidender Schritt, die Therapeutenpläne gemäß ihrer Funktion für die Klientenpläne zu Mustern, so genannten „Plankomplexen“, zusammenzufassen. Basierend auf den bisherigen theoretischen Überlegungen, den intuitiven Beobachtungen der DVDs der Sitzungen und den empirischen qualitativen und quantitativen Ergebnissen aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten wurden Hypothesen zu Gemeinsamkeiten unter den Therapeutenplänen und Zusammenhängen zwischen Therapeuten- und Klientenplänen aufgestellt. Die Therapeutenpläne wurden dabei zu mehreren Plankomplexen zusammengefasst, die wiederum in zwei verschiedenen Spannungsverhältnissen stehen: Wie in Kap. 3.2.4 & 3.2.5 ausgeführt wurde, spielt das Konzept der Therapeutischen Beziehungsgestaltung als Gratwanderung eine wichtige Rolle in Theorie und Praxis. Für die TherapeutIn gilt es, die „Balance“ zwischen gegensätzlichen Verhaltensweisen zu halten. Von dieser theoretischen Warte aus wurde versucht, die realisierten Therapeutenpläne zu ordnen, um das im klinischen Alltag häufig verwendete, aber unspezifizierte Konstrukt der Gratwanderung operationalisieren, konkrete Handlungsanweisungen ableiten und sammeln und (in Kapitel 6) in einer konsistenten Theorie darstellen zu können.

4.7.2.1 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Eine erste Gratwanderung scheint zwischen Verantwortungsübergabe einerseits und Unterstützung sowie Anerkennung des Leids andererseits zu bestehen.

Zu „Verantwortungsübergabe“ wurden all die Therapeutenpläne gezählt, mit denen die TherapeutIn die KlientIn fordert - generell zum Geben einer Antwort bzw. spezifischer zum Nachdenken über eigene Erklärungen, Ziele, Stärken, eigene Ideen für den nächsten Schritt, bereits erfolgreiche Schritte, genaue Situationsbeschreibungen etc. Die TherapeutIn steuert so den Prozess und lässt die KlientIn „arbeiten“: Sie ist prozessdirektiv, aber nicht inhaltsdirektiv (s. Kap. 3.2.4.3).

Unter „Unterstützung“ fielen die Pläne, mit denen die TherapeutIn der KlientIn bei der „Arbeit“ in der Sitzung hilft. Unterstützung kann sich eher an den Erfahrungen der KlientIn ausrichten, indem z.B. Reflexionen über einen von der KlientIn geschilderten Sachverhalt angeboten werden (im Sinne des Aktiven Zuhörens II). Bereitwilliges Antworten oder Zugeständnisse bei der Veränderung des Settings werden ebenso hierzu gezählt. Etwas direktivere Unterstützung stellen Vorschläge zur Erklärung eines Sachverhalts oder Empfehlungen, etwas auszuprobieren, dar. Weiterführende

Interpretationen der TherapeutIn oder „Verschreibungen“ von Hausaufgaben sind die direktivste Variante (s. Kap. 3.2.4.2).

Verantwortungsübergabe und Unterstützung scheinen in einer Art Spannungsverhältnis zu stehen: Während die TherapeutIn mit den Plänen der Verantwortungsübergabe die KlientIn zum eigenen Arbeiten auffordert, arbeitet sie bei Plänen der Unterstützung selbst bei der Ideensammlung mit, hilft der KlientIn und nimmt ihr Teile der Arbeit ab.

Als weiterer Gegenpart zur Verantwortungsübergabe, der aber nicht mit Unterstützung gleichzusetzen ist, wird der Plankomplex „Anerkennung des Leids“ angesehen. Darunter fallen Pläne, mit deren Realisierung die TherapeutIn Verständnis für das Leid der KlientIn und die schwere Lage zum Ausdruck bringt. Die Situation der KlientIn wird als schwierig bestätigt, der Status Quo akzeptiert und ihr so Verantwortung für eine Arbeit daran genommen. Anerkennung des Leids beinhaltet eine Form der Empathie, die Validierung des Leids und Bestätigung der Klage vermittelt (s. Kap. 3.2.4.1).

Eine andere Variante von Empathie wird von allen TherapeutInnen durch den Plan „Zeige, dass Du folgst/ Nimm teil“ realisiert, was als „Aktives Zuhören I“ interpretiert werden kann (s. Kap. 3.2.4.2): Die TherapeutIn signalisiert durch paraverbales Zustimmung („Hm-hm“), dass sie „ganz Ohr ist“ und den Ausführungen der KlientIn folgt. Eine inhaltliche Bestätigung erfolgt hier nicht. Dieser Plan, der zwar meistens den größten Anteil des Therapeutenverhaltens ausmachte, aber keine Aussage der TherapeutIn beinhaltete, wurde keinem Plankomplex zugerechnet.

Ein weitere Form von Empathie stellt das Reflektieren des Gesagten dar durch Paraphrasierungen der Bedeutung oder Weiterführen des Absatzes: Diese Facetten des „Aktiven Zuhörens II“ (s. Kap. 3.2.4.2) fallen unter den oben erwähnten Komplex „Unterstützung“. Das Anbieten von Reflexionen zum gemeinsamen Nachdenken über einen Sachverhalt wird als Unterstützung angesehen, die Widerspiegelung von quälenden Gefühlen („Aktives Zuhören III, s. Kap. 3.2.4.2) dagegen als Anerkennung des Leids.

4.7.2.2 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

In einem zweiten Spannungsfeld stehen die Therapeutenplancluster „Ressourcenfokus“ und „Problemfokus“: Die Therapeutenpläne können auch danach geordnet werden, welchen inhaltlichen Fokus sie dem Klienten anbieten. In Kap. 3.2.5 wird zwischen „Lösungs- und Änderungssprache“ und „Problem- und Beibehaltungssprache“ unterschieden: KlientIn und TherapeutIn können sich eher über Ziele, bisherige Erfolge, Schritte Richtung Ziel und dazu hilfreiche Ressourcen der KlientIn sowie Vorteile einer Änderung und die Entscheidung dazu austauschen oder

den Fokus mehr auf die Exploration des Problems, der Symptomatik, der möglichen Ursachen, der Schwierigkeiten und Nachteile von Änderung etc. legen. Die sprachlichen „Angebote“ der TherapeutIn können zu einem gewissen Teil die in der Sitzung erzählte „Geschichte“ mitlenken (s. Kap. 3.2.5). Therapeutenpläne, die der KlientIn die Gelegenheit geben, von ihren Zielen, Erfolgen, Änderungsabsichten und hilfreichen Strategien zu sprechen, wurden unter den Plankomplex „Ressourcenfokus“ gefasst. Pläne, die die KlientIn einladen, mehr über die problematischen, schwierigen und nicht funktionierenden Seiten ihres Lebens zu erzählen, wurden zu „Problemfokus“ gerechnet.

Die zwei Spannungsverhältnisse zwischen Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids sowie Ressourcenfokus und Problemfokus werden nicht als disjunkt verstanden. Der Plan „Exploriere störungsspezifische Informationen“ fordert z.B. die KlientIn, Antworten auf Fragen der TherapeutIn zu generieren; gleichzeitig besteht der Fokus auf der Problematik. „Lobe die Klientin“ könnte man als Unterstützung der TherapeutIn ansehen, die Komplimente entwickelt; hier liegt der Fokus auf den Ressourcen der KlientIn.

Die Zuordnungen der einzelnen Therapeutenpläne zu den unterschiedlichen Plankomplexen anhand der genannten Kriterien muss für jeden Fall und jeden Plan erneut unternommen werden.¹⁸ Dafür ist die Kenntnis der *Bedeutung* jedes Therapeutenplans (anhand der Beschreibungen, aber auch der Zuordnungen in den Transkripten) vonnöten. Die Einordnung der Therapeutenpläne stellt also einen qualitativen Interpretationsschritt dar, der argumentativ abgesichert werden muss (s. Kap. 4.1.2). In den jeweiligen Abschnitten des Kapitels 5 werden die Argumente aufgeführt, aufgrund derer die Zuordnung erfolgte.

4.8 Quantitative Auswertungsstrategien

Bortz & Döring (2006) beschreiben das Zählen einerseits als eine „selbstverständliche Fertigkeit des Menschen“, die aber andererseits davon abhängig ist, dass die zu zählenden Objekte sich hinsichtlich bestimmter Merkmale gleichen. Der Forschung kommt dabei eine gründliche theoretische Vorarbeit zu, um aus der Menge aller Merkmale, die die Untersuchungsobjekte charakterisieren, die für die Fragestellung relevanten auszuwählen.

¹⁸ Da die Konstruktion der Kategoriensysteme von verschiedenen DiplomandInnen durchgeführt wurde, kann die Bezeichnung eines Plans oft trügerisch sein. Aufgrund der unterschiedlichen Sprachgewohnheiten können sich hinter ein und derselben Bezeichnung unterschiedliche Inhalte verstecken.

Im Falle qualitativer (nominalskaliertes) Merkmale, die in dieser Studie von Interesse sind, werden Merkmalsausprägungen in Form von Kategorien festgelegt, die den Kriterien der Genauigkeit, Exklusivität und Exhaustivität entsprechen müssen: Kategorien qualitativer Merkmale müssen also exakt definiert sein, indem operationalisierte Indikatoren für jede Kategorie angegeben werden. Wie in Kapitel 4.6.3 geschildert, werden jeder Plankategorie eine präzise Beschreibung und ein Ankerbeispiel angefügt. Die Kategorien müssen sich zudem gegenseitig ausschließen; in dieser Studie werden somit Kodierregeln zur Abgrenzung und Abgrenzungsbeispiele angegeben. Letztlich muss jedes Untersuchungsobjekt einer Kategorie zugeordnet werden können, was mit Hilfe einer (möglichst kleinen) Restkategorie realisiert wird.

Der quantitative Schritt der Inhaltsanalyse besteht nun in der Zuordnung einzelner Teile eines Textes (hier: der Sinneinheiten) zu den beschriebenen Bedeutungseinheiten, den Kategorien (s.a. Kap. 4.6). Die Zuordnung von Textteilen zu Kategorien wird dabei als Kodieren bezeichnet und sollte von mehreren Personen unabhängig voneinander durchgeführt werden. Die Höhe der Übereinstimmung kann als Maßstab für die Objektivität des Verfahrens herangezogen werden (Bortz & Döring, 2006).

Die quantitative Datenauswertung wird durch die Angabe absoluter und prozentualer Häufigkeiten für die einzelnen Kategorien realisiert und kann durch graphische Darstellungen ergänzt werden. In dieser Studie werden zunächst in Kapitel 5 für jeden Fall die Häufigkeiten der *einzelnen* Plankategorien auf Klienten- wie Therapeutenseite dargestellt. Daraufhin wird das Auftreten bestimmter theoretisch relevanter Kategoriencluster angeführt (s. dazu 4.7). In Kapitel 6 werden die Häufigkeiten einzelner Kategorien und Kategoriencluster zwischen den Fällen verglichen.

Die Häufigkeitsanalyse stellt die zentrale quantitative inhaltsanalytische Auswertungsstrategie dar. Auf eine weitere Möglichkeit quantitativer Datenanalyse, die Kontingenzanalyse, die in dieser Studie nicht mehr eingesetzt werden konnte, wird in Kapitel 8.2 hingewiesen.

5. Ergebnisse und Diskussion auf Einzelfallebene

„Wenn man Veränderung aus einer Problemperspektive heraus betreiben will, geht man von einem grundlegenden Irrtum aus, nämlich dem, dass der Therapeut es ist, der den Patienten ändert. In Wirklichkeit ändert sich aber in einer erfolgreichen Therapie der Patient in Interaktion mit einem Anstöße gebenden und unterstützenden Therapeuten. Dass sich der Patient für seine Veränderung selbst verantwortlich fühlt, ist nach einer Vielzahl empirischer Befunde eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Therapieergebnis.“
(Grawe, *Psychologische Therapie*, 1998, S.96)

5.1 Einleitende Erklärungen

5.1.1 Zum Aufbau des Kapitels

Das Kapitel widmet sich den Ergebnissen dieser Studie. Acht analog aufgebaute Unterkapitel stellen jeweils die Befunde aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten zu einem Fall dar und diskutieren die daraus gezogenen Schlüsse (Kap. 5.2 bis 5.9). Für die eher unübliche Schilderung von Ergebnissen und anschließender Interpretation des Falls an einer Stelle entschied sich der Autor bewusst, um das Verständnis für jeden einzelnen Fall erhöhen und unnötige Redundanzen vermeiden zu können.¹⁹

Die Reihenfolge der Fälle orientiert sich an folgenden Kriterien: Wenn möglich werden immer zwei Fälle ein und derselben TherapeutIn nacheinander dargestellt, wobei mit dem *nach dem Selektionskriterium* als „erfolgreich“ vermuteten Fall (s. Kap. 4.3.2) begonnen wird, dem der nicht erfolgreiche Fall folgt. Dadurch soll zunächst ein Vergleich zwischen günstigen und weniger günstigen Beziehungsangeboten einer TherapeutIn ermöglicht werden. Daraufhin werden aber auch Vergleiche zwischen den TherapeutInnen gezogen. Die zunächst aufgestellten Hypothesen können so aufgrund der Ergebnisse des jeweils nächsten Falls sukzessive erweitert, elaboriert, verfeinert, modifiziert oder relativiert werden (im Sinne der Diffusion, s. Kap. 2.5.2). Die Darstellung erfahrener und beginnender TherapeutInnen (SupervisorInnen (SV) vs. Postgraduierte (PG)) wird abgewechselt. Die Kriterien der Abfolge der Ergebniskapitel sind aus Tabelle 5.1 ersichtlich.

¹⁹ Anstelle eines „eigentlichen“ Diskussionsteils beschäftigt sich Kapitel 6 mit einer vergleichenden Interpretation, in der die Ergebnisse jedes Falls zu einer konsistenten Theorie integriert werden sollen.

Kapitel	Therapeut- Innen	Klient- Innen	Outcome <i>(nach Selektions- kriterium!)</i>
5.2	T1 (SV)	G	Erfolg
5.3		D	Kein Erfolg
5.4	T2 (PG)	A	Erfolg
5.5		B	Kein Erfolg
5.6	T3 (SV)	H	Erfolg
5.7		E	Kein Erfolg
5.8	T4 (PG)	C	Erfolg
5.9	T5 (PG)	F	Kein Erfolg

Tab. 5.1: Reihenfolge der dargestellten Fälle (Erläuterungen im Text).

Jedes Kapitel beginnt mit der Schilderung *demographischer Daten* der beteiligten Personen so wie der *Eingangsproblematik* der KlientIn und des *therapeutischen Hintergrunds* der TherapeutIn. Aus Datenschutzgründen konnten hier nur die Informationen geliefert werden, die für das Verständnis der weiteren Ergebnisse unbedingt notwendig erschienen. Auf lebensgeschichtliche Details wurde verzichtet.

Der zweite Abschnitt präsentiert Daten zu den *Ergebnissen* des Falls, aus denen Erfolg oder Misserfolg eingeschätzt werden kann. Dabei wird zwischen den Outcomedaten, die aus dem Prä-Post-Vergleich der erhobenen Fragebögen gewonnen wurden, und den Prozessdaten zur Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf klar unterschieden. Erstere dienen lediglich als Kriterium, um unterschiedlich erfolgreiche Fälle für die Stichprobe selektieren zu können (s. Kap. 4.3.2). Bei abgebrochenen Fällen konnte auf keine Fragebögen zu einem zweiten Messzeitpunkt zurückgegriffen werden; Abbrüche wurden (im Sinne des Selektionskriteriums) als „nicht erfolgreich“ gewertet. Prozessdaten zur Veränderung der Motivation stellen das eigentliche Erfolgskriterium dar: Werden im Laufe der Therapie zunehmend häufiger Klientenpläne der Motivationsstufen 3 bis 6 realisiert und immer seltener Klientenpläne der Motivationsstufen 1 und 2, steigt die Änderungsmotivation „im Ganzen“ an (s. Kap. 4.2.1.3).

Ein dritter Teil widmet sich unterschiedlichen Aspekten der in der Beziehung auftretenden Änderungsmotivation und fokussiert somit auf die *Pläne der KlientIn*. Es wird ein Überblick über das individuell für die Person erstellte Kategoriensystem gegeben; aus Platzgründen können aber nur einige Plankategorien im Ergebnisteil näher beschrieben werden: Für jede Motivationsstufe wird der repräsentativste (d.h. meistens der am häufigsten aufgetretene) Plan dargestellt und für die restlichen auf den Anhang verwiesen. Im nächsten Schritt wird die Zuordnung der Pläne zu den Motivationsstufen im FRAME dargestellt. Um ein schnelles Erfassen der weiteren Ergebnisse zu gewährleisten, wurde jeder Motivationsstufe eine Farbe zugewiesen, die

sich an den Signalen der Verkehrsampel orientiert: Rot steht für Pläne der ersten Motivationsstufe Automatisiertes Problemverhalten, Orange für die zweite Stufe Klagen und Erleben eines Problems, Gelb für Reflektieren über Problem- und Zielverhalten und Ambivalenz, Hellgelb für Entscheiden, Hellgrün für Kontrolliertes Zielverhalten und Dunkelgrün für Automatisiertes Zielverhalten (s. Tab. 5.2).

Stufen der Veränderungsbereitschaft im FRAME
1. Automatisiertes Problemverhalten
2. Klagen, Erleben eines Problems
3. Reflektieren über Problem- und Zielverhalten, Ambivalenz
4. Entscheiden
5. Kontrolliertes Zielverhalten
6. Automatisiertes Zielverhalten

Tab. 5.2: Farblegende der Motivationsstufen.

Daraufhin wird die Entwicklung der Klientenpläne im Therapieverlauf vorgestellt: Die Auftretenshäufigkeiten aller Klientenpläne pro Sitzung und über die untersuchten Sitzungen hinweg werden angeführt und anschließend die Pläne nach ihrer Motivationsstufe zusammengefasst, um so ein Muster des Ablaufs erkennen zu können. Dieses wird interpretiert und die wichtigsten Schlussfolgerungen werden in einem Fazit festgehalten.

Im vierten Abschnitt wird der Fokus auf die *Therapeutenpläne* gelegt, um Aussagen zu den Beziehungsangeboten und ihren Einfluss auf die Änderungsmotivation machen zu können. Analog zur Klientenseite wird zunächst ein Überblick über das individuell konstruierte Kategoriensystem gegeben. Die Therapeutenpläne werden näher beschrieben, die jeden so genannten „Plankomplex“ (s. Kap. 4.7.2) am besten repräsentieren, für alle weiteren wird wiederum auf den Anhang verwiesen. Anschließend wird die Auftretenshäufigkeiten jedes Plans pro Sitzung und im Gesamtverlauf angeführt, um so einen Eindruck der Entwicklung der Therapeutenpläne im Therapieverlauf zu bekommen. Argumente für die Zuordnung bestimmter Therapeutenpläne zu den Plankomplexen „Verantwortungsübergabe“, „Unterstützung“, „Anerkennung des Leids“ sowie „Ressourcenfokus“ und „Problemfokus“ werden angeführt und die prozentualen Häufigkeiten wie die Verläufe der Plankomplexe dargestellt und diskutiert.

Am Ende jedes Abschnitts werden die aus den interpretierten Ergebnissen „destillierten“ Hypothesen in kursiven Lettern für jeden Fall zusammengefasst.

5.1.2 Interraterreliabilitäten

Mit Hilfe des (ausführlich in Kapitel 4 beschriebenen) systematischen Vorgehens wird eine Intersubjektivität der Zuordnung angestrebt. Zur Absicherung jedes qualitativen Auswertungsschritts muss dazu ein Reliabilitätskoeffizient berechnet werden (s.a. Kapitel 4.5.2, 4.6.4, 4.7.5): Für die Erstellung der Sinneinheiten, die Zuordnung von Kategorien zu Sinneinheiten eines bestimmten Kategoriensystems und die Zuordnung von Klientenplänen zu Motivationsstufen mit Hilfe des FRAME wurden Übereinstimmungsmaße zwischen zwei unabhängigen Ratern berechnet.

In allen Schritten handelte es sich dabei um die Zuordnung von Nominaldaten. Als geeignetes, zufallskorrigiertes Übereinstimmungsmaß wird in der Literatur der Koeffizient Cohens Kappa empfohlen (Wirtz & Caspar, 2002; Rustemeyer, 1992, Bortz & Döring, 2006, s.a. Kap. 4). Zur Beurteilung der Güte der Übereinstimmung wird auf den Vorschlag von Landis & Koch (1977) Bezug genommen (s. Tab. 5.3).

Cohens Kappa	Güte
<0.00	Poor
0.00 - 0.20	Slight
0.21 - 0.40	Fair
0.41 - 0.60	Moderate
0.61 - 0.80	Substantial
0.81 - 1.00	Almost Perfect

Tab. 5.3: Vorschlag zur Bewertung von Cohens Kappa nach Landis & Koch (s. Rustemeyer, 1992, S.115).

Der erste qualitative Schritt bestand in der regelgeleiteten Erstellung von Sinneinheiten (s. Kap. 4.5.2). Nach einem Ratertraining musste jeder Anwender (jeder Autor einer Teilstudie) die Reliabilität seines Vorgehens absichern. Dazu codierte jeweils ein zweiter unabhängiger Rater 20% des gesamten Materials. Die Übereinstimmungen lagen zwischen Cohens Kappa = .94 und .98 (s. Tab. 5.4). Die in dieser Studie eingesetzten Regeln zur Erstellung von Sinneinheiten konnten also mit hoher Reliabilität angewandt werden.²⁰

²⁰ Die Autoren der Regeln zur Erstellung von Sinneinheiten Hill & O' Brien schlagen vor, dass die Übereinstimmung bei mindestens Cohens Kappa = .90 liegen sollte (Hill & O' Brien, 1999).

Studie	Brosch & Madjaric (2007)	Spielvogel (2008)	Burgmayr (2009) & Angelova (2010)	Horn (2009)
Cohens Kappa	.98	.96	.94	.94

Tab. 5.4: Beobachterübereinstimmung bei der Zerlegung des Materials in Sinneinheiten (Cohens Kappa).

Für jede KlientIn und jede TherapeutIn wurde ein individuelles Kategoriensystem erstellt (s. Kap. 4.6). Wenn zwei Fälle ein und derselben TherapeutIn untersucht wurden, wurde pro Fall ein Kategoriensystem für die TherapeutIn erstellt, weil das Interaktionsverhalten der TherapeutIn in Abhängigkeit der KlientIn variieren könnte. Um die reliable Anwendung jedes Kategoriensystems sicherstellen zu können, wurde jeweils ein zweiter unabhängiger Rater trainiert, der 20% des gesamten Materials codierte (s.a. Kap. 4.6.4).²¹ Die erzielten Reliabilitätskoeffizienten für die in dieser Studie zum Einsatz gekommenen 16 Kategoriensysteme werden in Tabelle 5.5 aufgeführt. In Klammern werden die Anfangsbuchstaben der Autoren der dazugehörigen Studie genannt (Angelova, 2010; Brosch & Madjaric, 2007; Burgmayr, 2009; Horn, 2009; Spielvogel, 2008).

Kategoriensystem der KlientIn	A	B	C	D	E	F	G	H
Cohens Kappa	.89 (A)	.81 (A)	.78 (A)	.68 (BM)	.84 (H)	.81 (H)	.82 (A)	.84 (H)
Kategoriensystem der TherapeutIn	A	B	C	D	E	F	G	H
Cohens Kappa	.89 (B)	.66 (B)	.82 (B)	.84 (S)	.84 (H)	.73 (B)	.90 (H)	.77 (H)

Tab. 5.5: Beobachterübereinstimmung bei der Zuordnung von Kategorien zu Sinneinheiten (Cohens Kappa).

Für 11 Kategoriensysteme lagen Interraterreliabilitäten von Cohens Kappa > .81 vor, was nach Landis & Koch (1977) als „fast perfekte“ Übereinstimmung angesehen werden kann (s.o.). In den anderen 5 Kategoriensystemen wurden Reliabilitäten von Cohens Kappa > .61 erzielt, welche somit unter die zweitbeste Kategorie „beachtliche

²¹ In einem vorgeschalteten Schritt wurde die Reliabilität bereits an einem kürzeren Ausschnitt berechnet, um Verbesserungen des Kategoriensystems unternehmen zu können (z.B. Verwechslungen zwischen Kategorien beheben zu können).

Übereinstimmung“ („substantial“) fallen. Alle erstellten Kategoriensysteme konnten (zum Teil nach notwendigen Revisionen) reliabel angewendet werden.

In einem weiteren qualitativen Schritt wurden die Pläne/ Kategorien jeder KlientIn mit Hilfe des dazu entwickelten Fremdratings zur Motivationsentwicklung (FRAME, s. Kap. 4.7) so genannten Motivationsstufen zugeordnet. Auch in diesem Fall schätzten zwei unabhängige Rater ein, deren Übereinstimmung wiederum ermittelt wurde. Die erzielten Koeffizienten werden für jedes Klientenkategoriensystem in Tabelle 5.6 aufgeführt.

KlientenKS im FRAME	A	B	C	D	E	F	G	H
Cohens Kappa	.50	1.0	.76	.55	.54	.59	.84	.44

Tab. 5.6: Beobachterübereinstimmung im FRAME für die Bewertung der Pläne der Klienten A bis H (Cohens Kappa).

Zweimal konnte eine Übereinstimmung von Cohens Kappa $>.81$ („almost perfect“), einmal von Cohens Kappa $>.61$ („substantial“) und fünfmal von Cohens Kappa $>.41$ („moderate“) erreicht werden. Zum einen stellte sich somit das FRAME als etwas schwieriger durchführbar als die vorher beschriebenen Schritte heraus, was an der noch niedrigen Vertrautheit der zweiten Rater mit der damit zusammenhängenden Theorie liegen könnte. Zum anderen wurden aber mittelmäßige bis sehr gute (1.0) Reliabilitäten erzielt, die in jedem Fall für eine weitere Diskussion der Daten ausreichend sind (Rustemeyer, 1992; Wirtz & Caspar, 2002).

Nach Berechnung der Reliabilität wurden die fehlenden Übereinstimmungen im FRAME unter den beteiligten Ratern diskutiert und Einigungen anhand von Textstellen gefunden (s. dazu Kap. 4.7.5).

5.2 Fall G

5.2.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeut

5.2.1.1 Klient G: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Der Klient, ein ca. 50jähriger Beamter, verheiratet und Vater mehrerer Kinder, kam zur Therapie, weil seine Zwänge zunehmend die Partnerschaft belasteten. Durch bestimmte Routinen vermied er, sich zu „verschmutzen“ oder für ihn abgetrennte Bereiche wechselseitig zu „kontaminieren“. Er fasste Türklinken z.B. nur mit versteckten Schutzmaßnahmen oder „dem kleinen Finger“ an, und unterschied Büro- von Hauskleidung. Falls es doch zu einer Kontamination gekommen war, reinigte er sich in ausgiebigen Waschroutinen. Bestimmte Arbeitsabläufe mussten für ihn auf ein und dieselbe Weise ablaufen. Wenn es zu einer Unterbrechung kam, musste Herr G wieder von vorne beginnen. Die Zwänge schränkten seine Handlungsfreiheit massiv ein, v.a. spontane Unternehmungen waren für ihn kaum mehr möglich. Während Herr G - und notgedrungen auch sein Arbeitsumfeld - sich jedoch zu einem gewissen Teil mit seinen Zwängen arrangiert hatten, drohte die Ehefrau mit Trennung, wenn er sich nicht ändern würde. Der Anlass, Therapie aufzunehmen, schien so zumindest zu einem großen Teil extrinsisch motiviert gewesen zu sein. Andererseits erkannte Herr G auch die Einschränkungen, die sein Zwang ihm und seiner näheren Umwelt aufbürdete. Als Diagnose wurde die Kategorie F42.0 nach ICD-10 gewählt: „vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang“ mit Zwangshandlungen.

5.2.1.2 Therapeut T1: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Therapeut T1 hatte bereits über 25 Jahre Berufserfahrung und war zu dieser Zeit als Lehrtherapeut und Supervisor tätig. Neben der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Orientierung am Selbstmanagementmodell (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) spielte v.a. die therapeutische Haltung des „Nichtwissens“ aus dem lösungsfokussierten Ansatz eine zentrale Rolle für seine psychotherapeutische Tätigkeit (s.a. Kap. 3.2.3.2).

5.2.2 Ergebnis

5.2.2.1 Outcomedaten

Es wurde eine Kurzzeittherapie beantragt und genehmigt. Die gemeinsame Arbeit dauerte 30 Sitzungen, die - oft in größeren Abständen - über zweieinhalb Jahre verteilt waren.

Zu zwei Messzeitpunkten (in der ersten und letzten Sitzung der Therapie) wurde die Erreichung der Ziele mit individualisierten Zielskalen, die Symptombelastung mit dem Fragebogen SCL-90-R (Franke, 2002) und die Lebenszufriedenheit mit dem Fragebogen FLZ (Henrich & Herschbach, 1998) erhoben. Aufgrund der Outcomedaten wurde die Therapie als „erfolgreich“ in die Stichprobe mit aufgenommen (s. zum Selektionskriterium Kap. 4.3.2). Die Tabellen 5.7, 5.8 und 5.9 stellen die Prä-, und Post-Messungen nebeneinander und lassen so Aussagen zu klinisch relevanten Veränderungen zu.

Zielskalen	Prä-test	Post-test
Generalskala	3	8
Ziel A: Hände frei (von Sicherheiten) bewegen können	3	7,5
Ziel B: Sich frei zwischen Arbeits- und Freizeitbereich bewegen können	3	8,5

Tab. 5.7: Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen in den individuellen Zielskalen des Klienten G.

In der Zielklärung zu Beginn der Therapie wurden neben einer Generalskala zwei individuelle Ziele herausgearbeitet: Zum einen wollte Herr G seine Hände wieder frei bewegen können, ohne auf Sicherheiten (wie z.B. in den Händen versteckte Taschentücher) angewiesen zu sein (Ziel A). Zum anderen war es ihm wichtig, vom Arbeits- in den Freizeitbereich wechseln und dabei auf die bisher dazu notwendigen Zwänge (z.B. Kleidung wechseln) verzichten zu können (Ziel B). Die dazugehörigen Zielvisionen, also die bestmöglichen Zustände bzgl. dieser Ziele, stellen den Endpunkt, die „10“ einer Skala von 0-10 dar. Die „0“ wird durch den bisher schlechtesten Zustand in den einzelnen Zielbereichen markiert. Zu Beginn der Therapie schätzte sich Herr G jeweils auf der 3 ein. Gegen Ende der Therapie sah sich Herr G auf der 8 der Generalskala, auf der 7,5 im Ziel A und der 8,5 im Ziel B. Die Nützlichkeit der Therapie und die Zufriedenheit mit dem Erreichten waren maximal hoch (10 von 10), ebenso seine Zuversicht, den Stand halten zu können.

SCL-90-R Skalen	Prä-test (Prozentrang)	Post-test (Prozentrang)
Somatisierung	49	36
Zwanghaftigkeit	64	52
Unsicherheit im Sozialkontakt	53	41
Depressivität	60	50
Ängstlichkeit	55	50
Aggressivität/Feindseligkeit	42	51
Phobische Angst	60	45
Paranoides Denken	52	50
Psychotizismus	64	44
Global Severity Index (GSI)	59	45
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	52	45
Positive Symptom Total (PST)	60	46

Tab. 5.8: Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im SCL-90-R des Fall G.

Die Ergebnisse im SCL-90-R unterstreichen den Therapieerfolg. In nahezu allen Symptombereichen ist eine Verbesserung festzustellen. In den (in der Tabelle 5.8 markierten) Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Phobische Angst und Psychotizismus sowie dem Summenwert PST wurden klinisch relevante Veränderungen erreicht: In diesen Bereichen lag Herr G in der ersten Messung über dem für psychische Störungen kritischen Wert von 60, nach der Therapie dagegen im Normalbereich.

FLZ Skalen	Prä-test (Rohwert)	Post-test (Rohwert)
Allgemeiner Teil		
Freunde/ Bekannte	1	1
Freizeit/ Hobbies	1	3
Gesundheit	12	3
Einkommen/finanzielle Sicherheit	9	15
Beruf/Arbeit	15	15
Wohnsituation	10	3
Familie/ Kinder	9	9
Partnerschaft/ Sexualität	3	3
Gesundheit		
Körperliche Leistungsfähigkeit	12	6
Entspannungsfähigkeit	-2	3
Energie/Lebensfreude	-3	9
Fortbewegungsfähigkeit	15	15
Seh-/Hörvermögen	15	15
Angstfreiheit	-9	-3
Beschwerde-/Schmerzfreiheit	15	9
Unabhängigkeit von Hilfe	12	9

Tab. 5.9: Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall G.

Die Veränderung in der Lebenszufriedenheit des Klienten fiel weniger deutlich aus, was v.a. darin liegt, dass Herr G sich bereits zu Therapiebeginn - trotz seiner Einschränkungen durch den Zwang - mit vielen Lebensbereichen relativ zufrieden zeigte. Einige Werte gerade im Gesundheitsbereich (Entspannungsfähigkeit, Energie/Lebensfreude und Angstfreiheit) lagen aber zu diesem Zeitpunkt im negativen Bereich. Gegen Ende der Therapie stieg seine Zufriedenheit auch bei diesen Themen an.

5.2.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

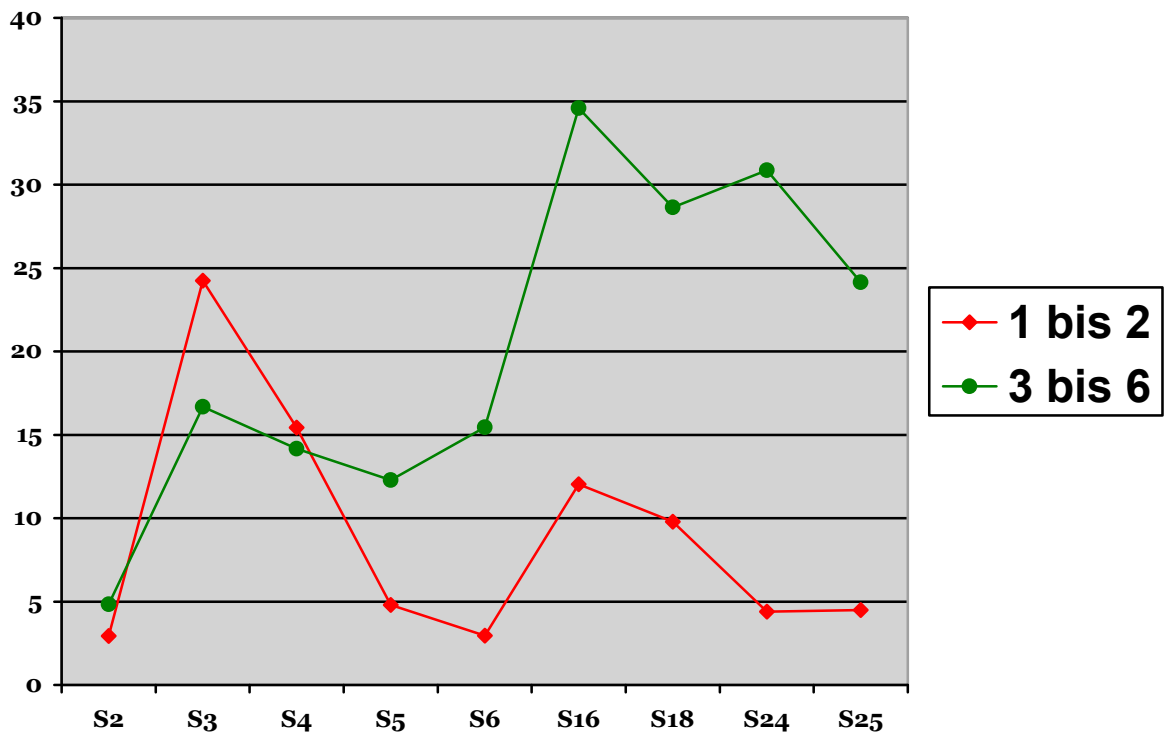


Abb. 5.1: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall G.

Die Therapie G kann im Sinne des Erfolgskriteriums (s. Kap. 4.2.1.3) als sehr erfolgreich eingestuft werden: Die Änderungsmotivation steigt im Therapieverlauf deutlich an. Abbildung 5.1 versucht diese Entwicklung zu veranschaulichen. An der x-Achse sind die Nummern der untersuchten Sitzungen angetragen, an der y-Achse die prozentualen Häufigkeiten der Klientenpläne pro Sitzung. Während die rote Linie dabei die prozentualen Häufigkeiten sämtlicher realisierter Klientenpläne der ersten beiden Motivationsstufen des FRAME (Automatisiertes Problemverhalten und Klagen, s. Kap. 4.7.1) zusammenfasst, spiegelt die grüne Linie die Anzahl der aktualisierten

Klientenpläne der Stufen 3 bis 6 wider (Reflektieren, Entscheiden, kontrolliertes und automatisiertes Zielverhalten, s. Kap. 4.7.1).²²

In der ersten untersuchten Sitzung (S2) werden vom Klienten kaum Pläne realisiert, die als motivationsrelevant im FRAME gewertet wurden. In den Sitzungen 3 und 4 überwiegen noch Pläne der ersten beiden Stufen gegenüber Plänen der höheren Stufen: Der Klient schildert also noch vorwiegend Problemverhalten oder klagt. Dieses Verhältnis dreht sich in den folgenden zwei Sitzungen (S5, S6) deutlich um: Pläne der unteren Stufen spielen kaum mehr eine Rolle, während Pläne der Stufen 3 bis 6 weiterhin realisiert werden. In den untersuchten Sitzungen der Mitte und des Endes der Therapie (S16, S18, S24, S25) ist ein deutlicher Anstieg der Änderungsmotivation erkennbar: Die Klientenpläne der höheren Motivationsstufen werden nun ca. doppelt so häufig realisiert als zuvor und nehmen nun ca. dreimal so viel Platz in den Sitzungen wie die Pläne der unteren Stufen ein.

5.2.3 Pläne Klient G: Änderungsmotivation – in der Beziehung G

5.2.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten G

Pläne Klient G/ Kategorien
Beklage Missstände (KBM)
Betone deine Belastungssituation (KBB)
Kontrolliere das Therapiegespräch (KKT)
Sei humorvoll (KHU)
Sei kooperativ (KK)
Sichere dich ab (KS)
Stell dich über andere (KSA)
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)
Suche nach Lösungen (KL)
Tausche Informationen aus (KTI)
Vermeide Schmutz und Kontamination (KSK)
Vermeide Überforderung (KU)
Zeige dich kompetent (KZK)
Zeige erwünschtes Verhalten (KZE)
Zeige Ratlosigkeit (KZR)
Zeige Veränderungspotential (KZV)
Zeige, dass du Beziehungen hast (KZB)
Zeige, dass du ein „Checker“ bist (KZC)
Zeige, dass du ihm folgst (KZF)
Rest (R)

Tab. 5.10: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klient G.

²² In Kapitel 5.2.3.3 wird der Verlauf der Klientenpläne für jede einzelne Motivationsstufe weiter differenziert.

Das Kategoriensystem für Klient G umfasst in seiner letzten Version 20 Kategorien. Weil die konstruierten Pläne zunächst nur in geringem Maße einen Beitrag zur Untersuchung der Fragestellung zuließen, wurden sie in mehreren Arbeitsschritten modifiziert (Horn, 2009, Angelova, 2010). Tabelle 5.10 gibt einen Überblick über die in dieser Studie eingesetzten Kategorien. In Tabelle 5.11 werden die am häufigsten realisierten Klientenpläne pro Motivationsstufe (s. Kap. 5.2.3.2) mit ihren Beschreibungen und Ankerbeispielen aufgeführt. Für das gesamte Kategoriensystem wird auf den Anhang verwiesen.

Vermeide Schmutz und Kontamination (KSK)
<p>Beschreibung K differenziert saubere und schmutzige Bereiche und vermeidet Schmutz. Eine besondere Strategie zur Vermeidung von Schmutz ist, dass K meist in beiden Händen zusammengefaltete Taschentücher hält. (...) K setzt rituelles Händewaschen zur Beseitigung von Schmutz und zur Beruhigung ein.</p>
<p>Ankerbeispiele (K erklärt, welche Gelegenheiten er wahrnimmt, um sich unauffällig waschen zu können) K: „Oder Pfannen, Pfanne kommt ja nicht in den Spüler hinein und mit dem vergnüge ich mich dann, Küche abputzen, Herd putzen.“ „Gartenarbeiten oder sonst irgendwas, was so anfällt, oder Wasser in die Heizung füllen, das sind absolute, das ist schmutzig ja.“ „Dann hätte ich was angefasst, was sauber gewesen wäre, und dann wär das auch nicht mehr sauber gewesen.“</p>
Betone deine Belastungssituation (KBB)
<p>Beschreibung K betont wie sehr ihn seine Zwangsstörung belastet, z.B. wenn er mit seiner Frau darüber in Diskussionen kommt oder die Kinder seine Ordnung nicht achten. Er schildert, in welchen Situationen und auf welche Weise ihn der Zwang einschränkt oder belastet. K berichtet über die damit verbundenen Gedanken und Emotionen.</p>
<p>Ankerbeispiel „Ja, also das war wo ich praktisch so konzentriert war oder so überkonzentriert oder wie auch immer dieser Zustand zu beschreiben ist, dass mich also nichts hat ablenken dürfen. Wenn ich praktisch was angefangen hab´, äh, meinerwegen was zu lesen oder so dann, unterbrech ich den, hätte ich nochmal von vorne anfangen müssen, weil ich einfach nimmer aussetzen konnte. oder nimmer sicher war, ne?“</p>
Zeige dich kompetent (KZK)
<p>Beschreibung K reflektiert über die Zwangsproblematik, z.B. über Ursachen für sein zwanghaftes Verhalten, Zusammenhänge seiner Zwangsstörung und damit verbundene Gedanken und Emotionen. Er kann Zwangsgedanken und Zwangsverhalten identifizieren. K zeigt sein Wissen über die Problematik.</p>
<p>Ankerbeispiel „Wenn ich dann soweit bin, dass ich das so nehm´ oder was, dann ist der Prozess abgeschlossen. Da denk ich nimmer nach, weil das hab´ ich ja schon vorher gemacht.“</p>

Suche nach Lösungen (KL)
<p>Beschreibung K betrachtet Probleme, die seine Zwangsstörung betreffen, rational-analytisch mit dem Ziel, eine Lösung zu finden. K identifiziert Ressourcen (was ihm im Kampf gegen den Zwang helfen könnte). Er berichtet von Dingen, die er trotz seiner Zwänge tun kann. K fragt T nach möglichen Methoden, die Zwangsstörung zu bewältigen. Er informiert sich über die Störung, z.B. aus Büchern, oder indem er recherchiert oder T fragt. K spricht über konkrete Absichten, das Problemverhalten zu ändern, und setzt sich konkrete Ziele. Auch unternimmt er manchmal Anstrengungen in diese Richtung, jedoch ohne Erfolg.</p>
<p>Ankerbeispiel „ich hab mir das schon überlegt, ob ich jetzt einfach im Amt hergehe und die Türklinken in die Hand nehmen, wäre nicht schlimm. Auweh, harte Übung, Training. Ständig, äh, überwinden.“</p>
Zeige erwünschtes Verhalten (KZE)
<p>Beschreibung K zeigt Engagement bei der Lösung seiner Probleme, so ist er z.B. bereit, seine „Knödel“ im Rahmen der Therapie zur Seite zu legen. Er unternimmt kontrollierte Anstrengungen und verändert so sein Verhalten. Er macht z.B. Übungen/Expositionen als Hausaufgabe oder im Selbstmanagement. Er hat damit Erfolg und bewertet die Ergebnisse auch als Erfolg. Auch in Alltagssituationen schafft er es, zwanghaftes durch erwünschtes Verhalten zu ersetzen. Das zeigt sich auch in seinem Umgang mit anderen Menschen, z.B. seiner Familie.</p>
<p>Ankerbeispiel „Oder der Kassenautomat, wo, da drüben an dem Parkhaus und der hinten steht ja im Freien, also nicht sehr einladend ausschaut, aber ich komm ja aus der Richtung, bin dann also bewusst, gezielt, sozusagen, nicht an dem Automaten vorbei wie ich ihn gesehen hab, sondern hab' gesagt, ‚ne, jetzt da ran“</p>
Zeige Veränderungspotential (KZV)
<p>Beschreibung K berichtet von positiven Veränderungen und Fortschritten im Kampf gegen den Zwang. Er schildert z.B. was ihm besser gelingt als zu einem früheren Zeitpunkt (z.B. am Anfang der Therapie), oder was ihm überhaupt wieder gelingt. Auch wenn K von früheren Problemsituationen erzählt, um zu betonen, dass diese kein zwanghaftes Verhalten mehr auslösen, wird diese Kategorie vergeben. K berichtet von Situationen, in denen das Zielverhalten automatisiert abläuft, ohne dass er seine Aufmerksamkeit darauf lenken muss. Auch Ideen/Vorhaben zur Rückfallprophylaxe werden mit KZV kodiert.</p>
<p>Ankerbeispiel „Ja, es sind so große Sachen, es sind, ja, pff, es sind viele Kleinigkeiten, die mir erst hinterher so auffallen und ich nicht sag' ‚so, machst das jetzt' sondern, ähm, das kam plötzlich so, ja?, letztens hab' ich einer Kollegin was mitgebracht vom Bäckerladen. Aber das ist jetzt nicht was ich mir vorgenommen hab', sondern das ist halt so, ja?“</p>

Tab. 5.11: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient G.

5.2.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

Jeder Klientenplan wurde mit Hilfe des Fremdrating der Motivationsentwicklung danach eingeschätzt, ob und wenn ja wie viel er zur Änderungsmotivation beiträgt. In den weiteren Schritten konnten so Aussagen über die Bereitschaft zur Veränderung zu den verschiedenen Zeitpunkten der Therapie gemacht werden. Mit Hilfe des FRAMEs versuchten zwei unabhängige Rater jeden Plan einer der sechs Motivationsstufen zuzuordnen. Tabelle 5.12 gibt einen Überblick über die Zuordnungen und die letztliche Einigung auf eine Stufe.

Pläne Klient G	Rater 1	FRAME Rater 2	Einigung
Vermeide Schmutz und Kontamination (KSK)	1	1	1
Betone deine Belastungssituation (KBB)	2	2	2
Zeige Ratlosigkeit (KZR)	2	2	2
Zeige Dich kompetent (KZK)	3	3	3
Vermeide Überforderung (KÜ)	3	4	3
Suche nach Lösungen (KL)	4	4	4
Zeige erwünschtes Verhalten (KZE)	5	5	5
Zeige Veränderungspotential (KZV)	6	6	6
Beklage Missstände (KBM)	2	-	- (allg. Klage)
Zeige, dass Du ein „Checker“ bist (KZC)	-	-	- (allg. Ress)
Zeige, dass Du Beziehungen hast (KZB)	-	-	- (allg. Ress)
Sei kooperativ (KK)	-	-	-
Stell dich über andere (KSA)	-	-	-
Sei humorvoll (KHU)	-	-	-
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)	-	-	-
Kontrolliere das Therapiespräch (KKT)	-	-	-
Sichere dich ab (KS)	-	-	-
Tausche Informationen aus (KTI)	-	-	-
Zeige, dass du ihm folgst (KZF)	-	-	-
Rest (R)	-	-	-

Tab. 5.12: Zuordnungen der Pläne des Klienten G zu den Motivationsstufen im FRAME.

Auffallend ist, dass 12 der 20 konstruierten Pläne nicht mit dem definierten Problem- und Zielverhalten in Verbindung standen und so keiner Motivationsstufe zugeordnet wurden. Die Pläne „Zeige, dass Du ein „Checker“ bist“ und „Zeige, dass Du Beziehungen hast“ können dabei aber als „allgemeine Ressourcenpläne“ aufgefasst werden, deren Realisierung zumindest indirekten Einfluss auf die Änderungsmotivation haben könnte: Spricht Herr G von sich als kompetenten oder beziehungsreichen Menschen, ist davon auszugehen, dass in diesem Moment wichtigen Grundbedürfnissen der Selbstwerterhöhung und Bindung gedient wird (s. Kap. 3.1.3.4). Der Plan „Beklage Missstände“ wurde im gleichen Sinne als „allgemeiner Klagenplan“ angesehen, dessen Realisierung auf indirekte Weise der Änderungsmotivation eher abträglich sein könnte. Diese drei Pläne wurden aber nicht so gewertet, dass sie direkt mit dem Klagen über das Problem oder dem Angehen des Zielverhaltens in Verbindung standen.

Weiterhin ist bemerkenswert, dass während der Therapie Pläne aller Motivationsstufen auftraten, was in der Tabelle durch die Verwendung der gesamten Farbpalette verdeutlicht wird. Die Tatsache, dass auch in einer sehr erfolgreichen Therapie Pläne aller Motivationsstufen realisiert werden, unterstreicht die Hypothese einer Konzeption von Therapiemotivation als ambivalenten Zustand (s. Kap. 3.1.5.3). Ambivalenz kann als erwartbares Ereignis in der Therapie angesehen werden.

Der ersten Motivationsstufe „Automatisiertes Problemverhalten“ wurde der Plan „Vermeide Schmutz und Kontamination“ zugeordnet: Der Klient berichtet hier über sein aus seiner Sicht notwendiges Vermeidungs- und Neutralisierungsverhalten (Marker 1A), ohne eine Absicht zu äußern, dieses verändern zu wollen (Marker 1B).

Wenn Herr G über die Einschränkungen und Belastungen durch den Zwang spricht („Betone deine Belastungssituation“, Marker 2A) oder mit „Ich weiß nicht“ auf Fragen des Therapeuten reagiert („Zeige Ratlosigkeit“, Marker 2B), wurde die Stufe 2, Klagen, gewertet.

Der dritten Stufe, Reflektieren & Ambivalenz, fielen zwei Klientenpläne zu: Der Klient kann Zusammenhänge seiner Problematik erkennen („Zeige dich kompetent“, Marker 3A). Er weiß, welche Schritte ihn weiter bringen würden, kann sich aber nicht dafür entscheiden und schiebt Übungen auf („Vermeide Überforderung“, Marker 3A, 3B).

Der Plan „Suche nach Lösungen“ beinhaltet konkrete Überlegungen des Klienten, zielführende Schritte auszuprobieren, Absichtserklärungen und Berichte über erste erfolglose Versuche (Marker 4A, 4B) und wurde somit der Stufe 4, Entscheiden, zugerechnet.

Berichte über durchgeführte, anstrengende Expositionen oder Übungen in der Sitzung („Zeige erwünschtes Verhalten“, Marker 5A, 5B) wurden der fünften Motivationsstufe, Kontrolliertes Zielverhalten, zugeordnet.

In die sechste Stufe, Automatisiertes Zielverhalten, fiel mit „Zeige Veränderungspotential“ ein Plan, der Berichte des Klienten von ehemals schwierigen Situationen einschließt, in denen jetzt keine Zwänge mehr auftreten (Marker 6B). Auch Ideen und Vorhaben, wie er das neue Verhalten aufrechterhalten könnte, gehören zu diesem Klientenplan (Marker 6A).

5.2.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Nach kriterienorientierter Auswahl von 9 Sitzungen aus dem Therapieverlauf, Transkription und Zerlegung in Sinneinheiten, wurde jeder Sinneinheit eine Plankategorie zugeordnet. Insgesamt wurden 4607 Sinneinheiten bewertet, ca. 500 pro Sitzung. Tabelle 5.13 stellt den prozentualen Anteil jeder Plankategorie pro Sitzung sowie die absoluten Häufigkeiten dazu in Klammern dar. Die Pläne sind nach ihrer Häufigkeit über die gesamte Anzahl der untersuchten Sitzungen geordnet, die in der

letzten Spalte zudem angegeben wird. Zur besseren Übersicht erfolgte eine Einfärbung der für die Änderungsmotivation relevanten Pläne gemäß der gerateten Motivationsstufe des FRAME (s. Kap. 5.2.3.2).

Kategorie	S2	S3	S4	S5	S6	S16	S18	S24	S25	Σ
Zeige, dass du ihm folgst (KZF)	11,42% (66)	23,16% (107)	28,75% (136)	29,04% (97)	27,3% (166)	29,32% (173)	13,56% (72)	10,7% (61)	34,19% (160)	22,5% (1038)
Zeige, dass du ein „Checker“ bist (KZC)	41,18% (238)	5,41% (25)	10,99% (52)	15,87% (53)	24,51% (149)	3,39% (20)	27,87% (148)	17,02% (97)	12,61% (59)	18,23% (841)
Tausche Informationen aus (KTI)	11,76% (68)	17,75% (82)	15,22% (72)	9,28% (31)	10,2% (62)	7,46% (44)	6,78% (36)	19,47% (111)	14,53% (68)	12,44% (574)
Zeige dich kompetent (KZK)	4,84% (28)	12,55% (58)	8,88% (42)	6,89% (23)	4,28% (26)	7,29% (43)	6,03% (32)	7,19% (41)	7,26% (34)	7,09% (327)
Suche nach Lösungen (KL)	0% (0)	3,9% (18)	3,81% (18)	3,89% (13)	6,41% (39)	8,47% (50)	14,5% (77)	5,96% (34)	3,63% (17)	5,77% (266)
Beklage Missstände (KBM)	11,59% (67)	3,03% (14)	1,69% (8)	9,88% (33)	4,44% (27)	1,02% (6)	6,21% (33)	6,67% (38)	3,85% (18)	5,29% (244)
Zeige Veränderungspotential (KZV)	0% (0)	0,22% (1)	0,85% (4)	0,9% (3)	1,97% (12)	8,98% (53)	3,77% (20)	11,75% (67)	9,62% (45)	4,44% (205)
Vermeide Schmutz und Kontamination (KSK)	0,17% (1)	16,02% (74)	13,11% (62)	0,6% (2)	0,99% (6)	4,58% (27)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	3,73% (172)
Betone deine Belastungssituation (KBB)	2,08% (12)	5,19% (24)	1,9% (9)	1,5% (5)	1,15% (7)	6,61% (39)	6,4% (34)	3,51% (20)	1,5% (7)	3,40% (157)
Zeige erwünschtes Verhalten (KZE)	0% (0)	0% (0)	0,42% (2)	0,6% (2)	2,8% (17)	8,31% (49)	4,33% (23)	5,96% (34)	3,63% (17)	3,12% (144)
Sei kooperativ (KK)	4,5% (26)	2,38% (11)	5,92% (28)	3,29% (11)	2,14% (13)	2,03% (12)	0,94% (5)	1,05% (6)	1,28% (6)	2,56% (118)
Sichere dich ab (KS)	0,87% (5)	1,95% (9)	2,54% (12)	2,99% (10)	2,47% (15)	5,08% (30)	0,75% (4)	0,7% (4)	1,07% (5)	2,04% (94)
Sei humorvoll (KHU)	1,73% (10)	3,03% (14)	2,11% (10)	2,99% (10)	0,66% (4)	2,37% (14)	1,69% (9)	2,81% (16)	0,43% (2)	1,93% (89)
Zeige Ratlosigkeit (KZR)	0,69% (4)	3,03% (14)	0,42% (2)	2,69% (9)	0,82% (5)	0,85% (5)	3,39% (18)	0,88% (5)	2,99% (14)	1,65% (76)
Zeige, dass du Beziehungen hast (KZB)	2,08% (12)	0,22% (1)	0% (0)	5,99% (20)	6,91% (42)	0% (0)	0% (0)	0,18% (1)	0% (0)	1,65% (76)
Stell dich über andere (KSA)	5,54% (32)	0% (0)	1,9% (9)	0,6% (2)	0,82% (5)	0% (0)	0,75% (4)	3,16% (18)	0,85% (4)	1,60% (74)
Suche eine persönliche Ebene (KPE)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1,2% (4)	0,33% (2)	0,68% (4)	2,26% (12)	2,63% (15)	2,14% (10)	1,02% (47)
Rest (R)	0% (0)	1,52% (7)	1,06% (5)	1,8% (6)	1,32% (8)	0,85% (5)	0,75% (4)	0% (0)	0,21% (1)	0,78% (36)
Kontrolliere das Therapiegespräch (KKT)	1,56% (9)	0,65% (3)	0,21% (1)	0% (0)	0,49% (3)	0% (0)	0% (0)	0,35% (2)	0,21% (1)	0,41% (19)
Vermeide Überforderung (KÜ)	0% (0)	0% (0)	0,21% (1)	0% (0)	0% (0)	1,53% (9)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,22% (10)
Σ	578	462	473	334	608	583	531	570	468	4607

Tab. 5.13: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall G pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Die drei am häufigsten auftretenden Kategorien stehen in keiner direkten Verbindung mit der Änderungsmotivation. Der Plan „Zeige, dass Du folgst“ beinhaltet u.a. sämtliche paraverbale Zeichen des Zuhörens („Hm-hm“), was die hohe Auftretenshäufigkeit erklären kann. Mit „Zeige, dass Du ein Checker bist“ wurden die Erzählungen gewertet, in denen Herr G betont, wie gut er sich in vielen Bereichen des

Lebens auskennt. „Tausche Informationen aus“ wurde vergeben, wenn Herr G längere Ausführungen und Erklärungen unabhängig vom Thema Zwang liefert. Das häufige Vorkommen dieser beiden Kategorien könnte darauf hinweisen, dass der Therapeut sich gerade für die Stärken und Erklärungen des Klienten interessiert, auch unabhängig von der eigentlichen Problematik.

In der folgenden Graphik 5.2 sind die für die Änderungsmotivation relevanten Plankategorien gemäß ihrer gemeinsamen Motivationsstufe zusammengefasst. An der X-Achse sind die Sitzungsnummern angetragen, an der Y-Achse die prozentualen Häufigkeiten der Pläne einer Motivationsstufe pro Sitzung.

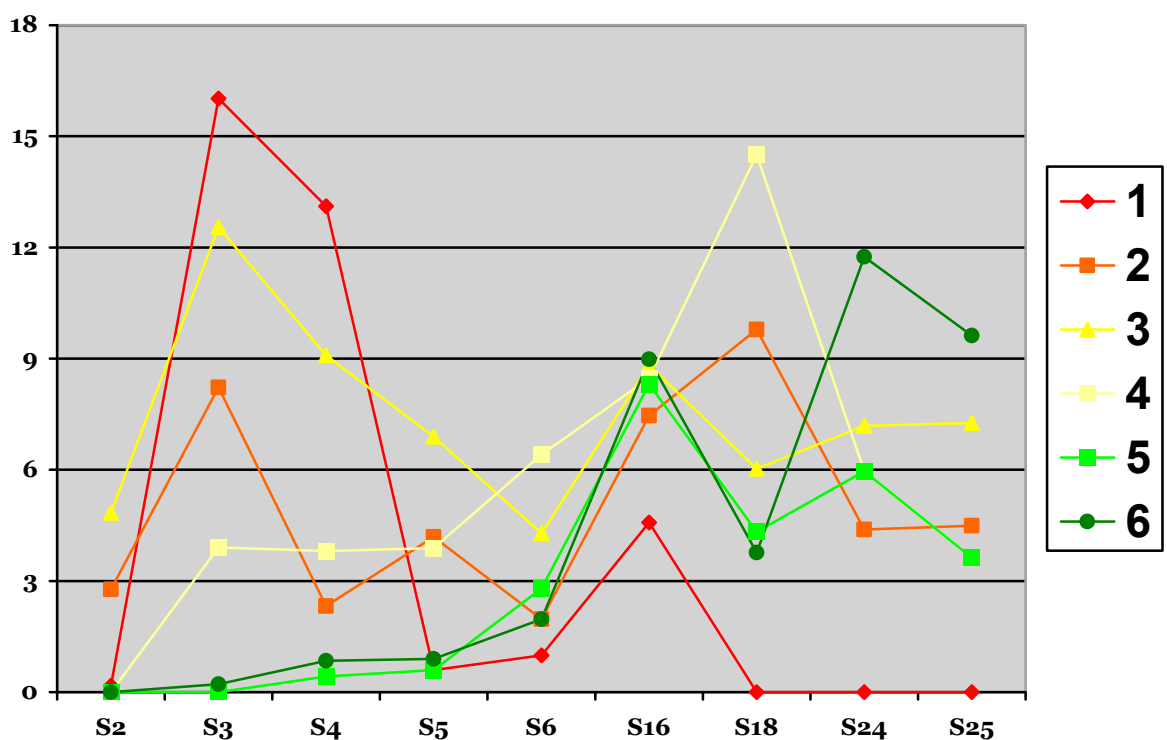


Abb. 5.2: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall G.

Diese Darstellung lässt eine differenzierte Beschreibung der Entwicklung der Änderungsmotivation zu.

In der ersten untersuchten Sitzung (S2) spielen motivationsrelevante Aussagen noch kaum eine Rolle. Der Klient realisiert zu 41% (Maximalwert!) den Plan KZC (s. Tab. 5.13): Der Therapeut lässt den Klienten also sich kompetent darstellen.

In den folgenden zwei Sitzungen (S3, S4) wird der Zwang stärker thematisiert: Wie mit der roten Linie verdeutlicht, erklärt Herr G zunächst, warum sein Zwangssystem sinnvoll für ihn ist. In dieser Phase spielen aber auch schon Reflexionen über das

eigene Problemverhalten eine wichtige Rolle (gelbe Linie): Die „Mischung“ aus Äußerungen, die auf automatisiertes sowie reflektiertes Problemverhalten hindeuten, verdeutlicht die motivationale Ambivalenz zu Beginn der Therapie. Auch Klagen über das Problem (orange Linie) und Entscheiden für erste Schritte (hellgelbe Linie) treten in dieser Phase der Therapie auf, während kontrolliertes oder automatisiertes Zielverhalten nur in sehr geringem Maße, aber tendenziell ansteigend vorkommen.

In den Sitzungen 5 und 6 zeigt sich eine erste deutliche Entwicklung der Änderungsmotivation: Am auffälligsten scheint dabei der massive Rückgang von Äußerungen zu automatisierten Problemverhalten und der gleichzeitige Zuwachs von Plänen, die für bewusste Entscheidung stehen. Die Anzahl der Aussagen zu Verhaltensschritten (grüne Linien) steigt, wenn auch noch in geringem Maße, stetig an. Dieser Trend setzt sich in der Mitte der Therapie fort (S16, S18): Gerade kontrolliertes Zielverhalten, also Berichte über durchgeführte Expositionen im Selbstmanagement, werden jetzt am häufigsten genannt. Der Klient berichtet nahezu genauso häufig von automatisiertem Zielverhalten, also Ausnahmen vom Problem oder Erfolgen, die ihm erst im Nachhinein auffallen. Auch Reflexionen und Klagen spielen eine Rolle, während unbewusst durchgeführtes Problemverhalten kaum mehr von Bedeutung ist. Am auffälligsten sticht jedoch der Extremwert für Entscheidungspläne in Sitzung 18 heraus: Der Klient hat die Arbeit an seinen Zielen zu „seinem Projekt“ gemacht, er nutzt die Sitzung v.a. zur Planung weiterer Schritte.

Zum letzten Erhebungszeitpunkt (S24, S25) überwiegen nun deutlich Pläne der höheren Stufen: Insbesondere Berichte über längst automatisiertes Zielverhalten, also der sechsten Stufe, stehen im Vordergrund, gefolgt von Reflexionen, Berichten zu kontrolliertem Zielverhalten und Entscheidungen für weitere Schritte. Aussagen zu Problemverhalten, das unreflektiert durchgeführt wurde, kommen dagegen gar nicht mehr vor.

Zum einen lässt sich in diesem Verlauf eine Entwicklung durch die sechs postulierten Stufen deutlich erkennen. Zum anderen vollzieht sich diese Entwicklung aber nicht in diskret aufeinander aufbauenden Stufen, sondern in einer allmählichen Verschiebung der Realisierung von Plänen unterschiedlicher Motivationsstufen.

5.2.3.4 Fazit

Klient G realisierte Pläne aller Motivationsstufen. Gerade zu Therapiebeginn werden Pläne der ersten zwei Stufen und Pläne der höheren Stufen ähnlich häufig aktualisiert, was den *ambivalenten Zustand* zu diesem Zeitpunkt verdeutlicht.

Im Laufe der Therapie *steigt die Änderungsmotivation* „im Ganzen“ erheblich an: Es werden immer häufiger Pläne höherer Stufen realisiert und immer seltener Pläne der ersten zwei Stufen. Dabei bildet sich ein „*Durchschreiten*“ der postulierten Stufen mehr

oder weniger ab: Schwerpunktmäßig folgt dem Reflektieren das Entscheiden, dann das kontrollierte und schließlich das automatisierte Handeln. Diese Entwicklung vollzieht sich aber nicht in diskreten Stufen, sondern in einem *allmählichen Prozess*, in dem sich die Realisierung von Plänen unterschiedlicher Stufen deutlich überlappt.

Der Klient bekommt zudem sehr häufig die Gelegenheit, auch unabhängig vom eigentlich behandelten Thema seine *Kompetenzen darzustellen*.

Überraschend ist die durchgehend relativ *hohe Realisierung von Entscheidungsplänen*. Entscheiden wurde meist in Theorien der Motivationsveränderung (z.B. Stages of Change, Keller, Velicer & Prochaska, 1999, s. Kap. 3.1.4.5) als kurze ‚Durchgangsphase‘ angesehen. In Fall G scheint dagegen der Klient, sich während des gesamten Therapieverlaufs immer wieder zur Veränderung des Verhaltens zu entscheiden!

5.2.4 Pläne Therapeut T1: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.2.4.1 Beschreibung der Pläne des Therapeuten T1

Das Kategoriensystem für Therapeut T1 umfasst 21 Plankategorien, die in Tabelle 5.14 in alphabetischer Reihenfolge genannt werden.

Pläne Therapeut T1/ Kategorien
Betone Ressourcen (TR)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)
Exploriere Fortschritte (TEF)
Exploriere sein Universum (TEX)
Gib Recht (TGR)
Sei hartnäckig und fordere heraus (THF)
Sei humorvoll (TH)
Sei kooperativ (TKO)
Sei transparent (TT)
Sichere dich ab (TS)
Stoße Gedanken an und erkläre (TSE)
Strukturiere und fasse zusammen (TST)
Tausche Informationen aus (TIA)
Vermeide Überforderung (TVÜ)
Versichere dich seiner Zustimmung (TVZ)
Verteidige und begründe dein Verhalten (TVB)
Zeige dich als Person (TZP)
Zeige Interesse (TZI)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)
Zeige, dass du ihm folgst (TZF)
Rest (R)

Tab. 5.14: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall G.

Einige Plankategorien des Therapeuten T1, die für die weiteren Ausführungen von besonderer Relevanz sind, sollen genauer dargestellt werden. Anhand der dazugehörigen Beschreibungen und Ankerbeispiele versucht Tabelle 5.15 die Planbezeichnungen mit Inhalten zu füllen. Aus Platzgründen wird der interessierte Leser für das komplette Kategoriensystem auf den Anhang verwiesen.

Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)
<p>Beschreibung T macht deutlich, dass es sich bei der Therapie um eine Zusammenarbeit handelt, bei der jeder seinen Raum bekommt. So gibt er statt „Anweisungen“ auch „Empfehlungen“ oder betont die Subjektivität der eigenen Sicht. T bindet K aktiv in die Gestaltung des therapeutischen Prozesses ein, indem er nach seinen eigenen Theorien zum Problem fragt, Aufgaben vergibt und ihn zur Unterstützung auffordert. T überlässt es außerdem K zu entscheiden, ob Infos von dessen Seite therapierrelevant sind oder nicht.</p>
<p>Ankerbeispiele „Sie waren verheiratet: ist es wichtig, darüber etwas zu wissen?“ „Ich sage ihnen zuerst, was ich vorbereitet habe, dann sagen Sie mir, was für Sie noch Platz haben sollte!“ „das muss für sie auch passen“ „und haben sie Vermutungen, warum ausgerechnet da? (erfragt Theorie zur Entstehung des Zwangs)“ „ich verstehe das so, dass sie...“</p>
Sei hartnäckig und fordere heraus (THF)
<p>Beschreibung T hinterfragt die Überzeugungen des Patienten und fordert ihn heraus. Er spricht ihn direkt auf die in der Sitzung gezeigten Zwangshandlungen an. Auch zeigt er bei der Exploration eine große Beharrlichkeit und Hartnäckigkeit.</p>
<p>Ankerbeispiele „Aber irgendeine Form von Bewertung muss es geben, sonst täten Sie es nicht!“ THF T: /ja (deutet auf Hände des Klienten) R /was wäre, wenn Sie Ihre beiden Hände entspannen?/THF</p>
Stoße Gedanken an und erkläre (TSE)
<p>Beschreibung T ergänzt Sichtweisen von K und bringt eigene ein. Er analysiert das Problem und erklärt Zusammenhänge. Auch werden hier Schlussfolgerungen, die T aus den Schilderungen von K zieht, kodiert.</p>
<p>Ankerbeispiele K: und man macht praktisch alles für sie, aber dann sind die ja manchmal ein wenig undankbar. (lacht) T: /das haben Kinder so an sich, TSE/ dürfen die auch sein./ TSE</p>

Strukturiere und fasse zusammen (TST)
<p>Beschreibung In diese Kategorie fällt alles, was dazu dient, die Interaktion effektiv „am Laufen“ zu halten und eine gemeinsame Arbeitsbasis zwischen T u K herzustellen. T bringt Ausführungen des Klienten mit den eigenen Worten „auf den Punkt“. Unterbricht ihn der Patient, lässt er sich nicht beirren, sondern führt das Thema danach weiter. Er stellt auch immer wieder eine gemeinsame Arbeitsbasis her, indem er neue Themen einleitet und sich hierbei auf vom Patienten Gesagtes bezieht. Weiterhin wird hier kodiert, wenn T Themen verschiebt oder beendet. (Beendigung kann auch durch ein „okay“ oder „also gut“ von ihm signalisiert werden.)</p>
<p>Ankerbeispiele „was fehlt Ihnen da dazu? TEX/ Sie haben es in Beziehung gebracht zu I- Ihrem Großwerden.“/TST (stellt gemeinsame Arbeitsbasis her)</p> <p>K: sehr aufmerksam, war mir klar, dass die Frage kommt, irgendwie. T: /ja, ja/R K: irgendwie. T: /ja, gut, TST („Schlussstrich“ unter Thema)/ die Beziehung zu Ihren Kindern,</p> <p>K: aber es ist irgendwie so ein schöner geschlossener Bereich. (lacht) T: /hmhm/ TZF K: ja? aus dem man T: /das heißt dieser schöne geschlossene Bereich könnte gestört werden TST (bringt auf den Punkt)</p>
Betone Ressourcen (TR)
<p>Beschreibung T unterstreicht im Feedback-Gespräch die Stärken des Klienten im Kontakt mit ihm und in seinem Lebensalltag. (..) Auch wenn T sich für erledigte Hausaufgaben o.ä. bedankt, wird dies hier kodiert. T fragt bei beruflichen Ausführungen nach oder ergänzt Aspekte. Hierdurch vermittelt er ein Interesse an dem größten Kompetenzbereich des Patienten.</p>
<p>Ankerbeispiele K: und wie die zustande kommen oder was, das ist +ist T: /ja+TZF/ K: also, man müsste sozusagen alles nachrechnen... T: /okay+TZF/ /haben die in *Oldenburg hat das gleiche Programm? TR/(interessiert sich für Kompetenzbereich des Klienten)</p> <p>„Wir fanden Sie sehr offen...“ TR „liebvoller Vater trotz schwerer Kindheit“ TR „ausgeklügeltes System, ne?“ TR</p>
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)
<p>Beschreibung T macht deutlich, dass er den Leidensdruck und die Probleme des Klienten wahrnimmt, nachvollziehen kann und mitfühlt.</p>
<p>Ankerbeispiele K: ich versuch zwar davon loszukommen ja, T: /ja/TZF K: aber es ist nicht, nicht einfach T: /sehr schwierig/TZVE</p>

Tab. 5.15: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall G.

5.2.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Tabelle 5.16 stellt die relativen und absoluten (in Klammern) Häufigkeiten jedes einzelnen Therapeutenplans pro Sitzung dar. Die Therapeutenpläne sind nach ihrer Häufigkeit über alle untersuchten Sitzungen hinweg geordnet, die in der letzten Spalte zudem angeführt ist. Insgesamt wurden 5614 Sinneinheiten Therapeutenpläne zugewiesen, etwa 600 pro Sitzung. Klient und Therapeut weisen somit einen ausgeglichenen Redeanteil auf.

Kategorien	S2	S3	S4	S5	S6	S16	S18	S24	S25	Σ
Zeige, dass du ihm folgst (TZF)	57,50% (372)	37,97% (270)	31,42% (230)	29,75% (199)	49,35% (302)	34,47% (243)	45,58% (263)	53,45% (279)	39,86% (175)	41,56% (2333)
Stoße Gedanken an und erkläre (TSE)	1,70% (11)	4,92% (35)	17,49% (128)	17,64% (118)	6,05% (37)	3,26% (23)	5,72% (33)	2,30% (12)	5,01% (22)	7,46% (419)
Strukturiere und fasse zusammen (TST)	4,48% (29)	5,77% (41)	4,64% (34)	4,48% (30)	8,50% (52)	5,53% (39)	7,80% (45)	13,22% (69)	6,38% (28)	6,54% (367)
Tausche Informationen aus (TIA)	6,96% (45)	8,86% (63)	7,92% (58)	3,59% (24)	1,80% (11)	5,39% (38)	7,28% (42)	3,64% (19)	2,73% (12)	5,56% (312)
Exploriere sein Universum (TEX)	2,16% (14)	9,42% (67)	5,74% (42)	1,05% (7)	4,74% (29)	6,52% (46)	4,33% (25)	5,17% (27)	3,87% (17)	4,88% (274)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	1,70% (11)	0,42% (3)	2,32% (17)	10,01% (67)	6,54% (40)	11,63% (82)	3,47% (20)	2,30% (12)	4,33% (19)	4,83% (271)
Sei transparent (TT)	5,56% (36)	4,50% (32)	5,05% (37)	7,32% (49)	4,41% (27)	4,54% (32)	4,51% (26)	2,68% (14)	2,73% (12)	4,72% (265)
Betone Ressourcen (TR)	5,26% (34)	2,25% (16)	2,05% (15)	2,69% (18)	7,35% (45)	5,67% (40)	3,64% (21)	3,45% (18)	2,96% (13)	3,92% (220)
Sei kooperativ (TKO)	4,79% (31)	1,83% (13)	3,01% (22)	7,03% (47)	2,78% (17)	2,55% (18)	0,00% (0)	0,38% (2)	15,49% (68)	3,88% (218)
Gib Recht (TGR)	1,24% (8)	2,25% (16)	2,05% (15)	3,29% (22)	2,29% (14)	6,95% (49)	4,33% (25)	0,77% (4)	2,28% (10)	2,90% (163)
Sei hartnäckig und fordere heraus (THF)	0,15% (1)	4,50% (32)	2,19% (16)	5,68% (38)	0,98% (6)	2,27% (16)	2,08% (12)	2,49% (13)	5,24% (23)	2,80% (157)
Sichere dich ab (TS)	2,32% (15)	8,16% (58)	4,64% (34)	1,35% (9)	2,12% (13)	0,43% (3)	1,56% (9)	0,57% (3)	0,46% (2)	2,60% (146)
Versichere dich seiner Zustimmung (TVZ)	0,77% (5)	1,97% (14)	1,50% (11)	1,79% (12)	2,12% (13)	2,70% (19)	1,04% (6)	0,19% (1)	0,46% (2)	1,48% (83)
Zeige dich als Person (TZP)	1,55% (10)	1,13% (8)	4,51% (33)	0,45% (3)	0,16% (1)	1,13% (8)	1,21% (7)	1,53% (8)	1,14% (5)	1,48% (83)
Verteidige und begründe dein Verhalten (TVB)	0,00% (0)	0,70% (5)	0,00% (0)	2,09% (14)	0,00% (0)	5,11% (36)	1,91% (11)	0,38% (2)	1,59% (7)	1,34% (75)
Rest (R)	2,01% (13)	2,67% (19)	2,05% (15)	0,60% (4)	0,33% (2)	0,71% (5)	0,17% (1)	0,19% (1)	0,23% (1)	1,09% (61)
Sei humorvoll (TH)	1,08% (7)	1,41% (10)	2,73% (20)	0,30% (2)	0,49% (3)	0,57% (4)	0,69% (4)	0,19% (1)	0,23% (1)	0,93% (52)
Exploriere Fortschritte (TEF)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,04% (6)	4,02% (21)	2,51% (11)	0,68% (38)
Vermeide Überforderung (TVÜ)	0,31% (2)	0,98% (7)	0,68% (5)	0,75% (5)	0,00% (0)	0,28% (2)	0,87% (5)	0,57% (3)	0,00% (0)	0,52% (29)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	0,46% (3)	0,28% (2)	0,00% (0)	0,15% (1)	0,00% (0)	0,28% (2)	1,56% (9)	0,96% (5)	0,68% (3)	0,45% (25)
Zeige Interesse (TZI)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,21% (7)	1,53% (8)	1,82% (8)	0,41% (23)
Σ	647	711	732	669	612	705	577	522	439	5614

Tab. 5.16: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall G pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Mit großem Abstand am häufigsten tritt die Kategorie „Zeige, dass Du ihm folgst“ auf. Sie wird v.a. bei jeder paraverbalen Äußerung des Zuhörens geratet („Hm-hm“) und kann somit als Aktives Zuhören I angesehen werden (s. Kap. 3.2.4.2). Das stetige Zeigen, „ganz Ohr zu sein“, scheint zwar ein wichtiger Baustein beim Aufbau von Vertrauen, der Empathie und Akzeptanz vermitteln kann. Im Vergleich zu den anderen Plänen scheint der Plan trotz des hohen Auftretens aber eher von untergeordneter Bedeutung.

Zur Interpretation der einzelnen Therapeutenpläne ist es unabdingbar, sie gemäß ihrer Funktion zu ordnen und zusammenzufassen: Haben einige Pläne, von denen jeder für sich relativ selten vorkommt, einen ähnlichen Einfluss auf die Klientenpläne, sollte ihre gemeinsame Auftretenshäufigkeit betrachtet werden. Diesem Schritt der Zusammenfassung zu Plankomplexen widmet sich der folgende Abschnitt.

5.2.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Ein erstes Spannungsverhältnis besteht zwischen Verantwortungsübergabe einerseits und Unterstützung sowie Anerkennung des Leids andererseits (s.a. Kap. 3.2.4 & 4.7.2). Tabelle 5.17 liefert einen Überblick, welche Pläne im Fall G zu Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids gezählt wurden und wie häufig diese „Plankomplexe“ wie die einzelnen Pläne über die Therapie hinweg realisiert wurden.

Verantwortungsübergabe	22,65%
Exploriere sein Universum (TEX)	4,88%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	4,83%
Sei transparent (TT)	4,72%
Sei hartnäckig und fordere heraus (THF)	2,80%
Sichere dich ab (TS)	2,60%
Versichere dich seiner Zustimmung (TVZ)	1,48%
Verteidige und begründe dein Verhalten (TVB)	1,34%

Unterstützung	17,88%
Stoße Gedanken an und erkläre (TSE)	7,46%
Strukturiere und fasse zusammen (TST)	6,54%
Sei kooperativ (TKO)	3,88%

Anerkennung des Leids	0,97%
Vermeide Überforderung (TVÜ)	0,52%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	0,45%

Tab. 5.17: Pläne des Therapeuten T1 im Fall G im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Zu „Verantwortungsübergabe“ wurden alle Therapeutenpläne gezählt, mit denen der Therapeut den Klienten zu eigener Mitarbeit auffordert. Zentrale Kategorie dafür ist der Plan „Binde aktiv in die Gestaltung ein“ (s.a. Tab. 5.15), mit dem der Therapeut am deutlichsten die Verantwortung für die Inhalte der Therapie an den Klienten abgibt, was z.B. durch explizite Klärung der Rollen, durch eine Haltung des „Nichtwissens“ und ein Sich-informieren-lassen vom Klienten als Experten seiner Lebenswelt geschieht. Mit den Plänen „Exploriere sein Universum“, „Sichere dich ab“ und „Versichere dich seiner Zustimmung“ stellt der Therapeut auf unterschiedliche Art und Weise Fragen an den Klienten und fordert ihn so zur „Arbeit“ an seinem Projekt auf. Wichtig dabei scheint, wirklich auch Antworten auf die gestellten Fragen zu verlangen und abzuwarten, geduldig Fragen zu wiederholen und sich nicht ablenken zu lassen, was v.a. mit dem Plan „Sei hartnäckig und fordere heraus“ realisiert wird (s. a. Tab. 5.15). Mit dem Plan „Verteidige und begründe dein Verhalten“ werden die dazugehörigen Erklärungen geliefert. Transparentmachen des eigenen Vorgehens gehört ebenso zum Plankomplex der Verantwortungsübergabe: Mit dem Plan „Sei transparent“ ermöglicht der Therapeut dem Klienten, seine eigenen Entscheidungen treffen zu können.

Unter „Unterstützung“ fielen die Pläne, mit denen der Therapeut dem Klienten bei der „Arbeit“ in der Sitzung (z.B. beim Nachdenken) hilft. Dabei spielte v.a. das Aktive Zuhören II (s. Kap. 3.2.4.2) eine große Rolle: Der Therapeut versucht die Bedeutung des Gesagten „auf den Punkt zu bringen“, zu paraphrasieren und unterstützt den Klienten so bei seinem Gedankengang: Diese Verhaltensweisen wurden mit „Strukturiere und fasse zusammen“ geratet (s.a. Tab. 5.15). Eine andere Art des Aktiven Zuhörens II ist „den Absatz weiterzuführen“ (s. Kap. 3.2.4.2), also eigene Erklärungen anzubieten, um den Gedankengang des Klienten am Laufen zu halten, realisiert durch den Plan „Stoße Gedanken an und erkläre“ (s. Tab. 5.15). Entscheidend beim Aktiven Zuhören ist das „Fehlen eines Fragezeichens“ am Ende des Satzes: Der Therapeut reflektiert gemeinsam mit dem Klienten, ohne ihm dabei eine Frage zu stellen, die ihn wiederum „fordern“ würde und so aus den Gedanken reisen könnte.²³ Aktives Zuhören

²³ Eine Art „Aktives Zuhören II mit Fragezeichen“, also eine Paraphrasierung mit anschließender Nachfrage (stimmt das? ne?) stellt in Fall G die Kategorie „Sichere dich ab“ dar.

unterstützt den Klienten bei dem, was er gerade selbst anbietet. Eine weitere Kategorie des Plankomplexes „Unterstützung“ ist „Sei kooperativ“: Hier erfüllt der Therapeut Anfragen des Klienten, lässt ihn Themen beenden oder akzeptiert kleine Versäumnisse.

Verantwortungsübergabe und Unterstützung scheinen in einem Spannungsverhältnis zueinander zu stehen: Mit den Plänen der Verantwortungsübergabe fordert der Therapeut den Klienten zum eigenen Arbeiten auf, mit Plänen der Unterstützung arbeitet er selbst bei der Ideensammlung mit, hilft dem Klienten und nimmt ihm Teile der Arbeit ab.

Neben „Unterstützung“ scheint mit dem Plankomplex „Anerkennung des Leids“ eine zweite Gegenseite zu „Verantwortungsübergabe“ zu bestehen, allerdings auf andere Art und Weise. Unter „Anerkennung des Leids“ fallen Pläne, mit deren Realisierung der Therapeut Verständnis für das Leid des Klienten und dessen schwere Lage zum Ausdruck bringt. Die Pläne „Vermeide Überforderung“ und „Zeige Verständnis und Empathie“ gehören hierzu.

In Abbildung 5.3 wird dargestellt, wie häufig Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids vom Therapeuten pro Sitzung realisiert wurden.

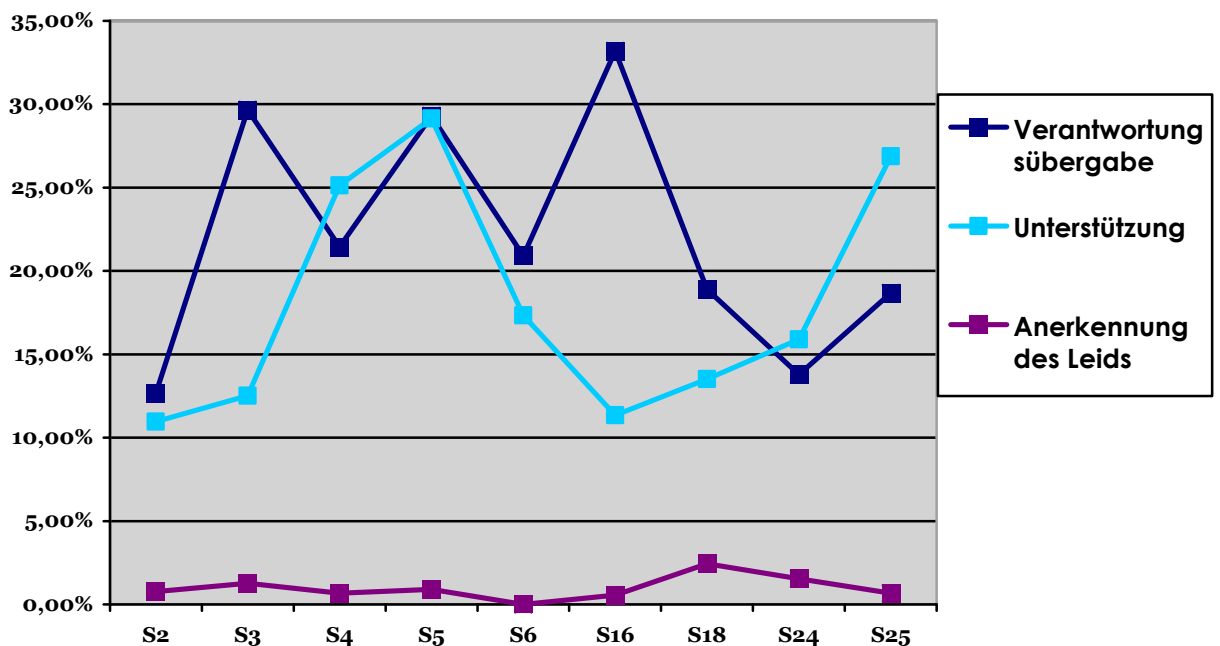


Abb. 5.3: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall G.

Auf den ersten Blick fallen die ähnlich hohen Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe und Unterstützung auf, während Anerkennung des Leids in der Therapie kaum eine Rolle spielte. In 6 der 9 untersuchten Sitzungen unterschieden

sich die Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe und Unterstützung nur um wenige Prozente. Weiterhin ist auffällig, dass Verantwortung übergebende Pläne in 6 von 9 Sitzungen häufiger realisiert wurden als unterstützende. Der Therapeut scheint zu versuchen, die Waage zwischen „den Klienten für sich arbeiten lassen“ und „dem Klienten die notwendige Hilfe geben“ zu halten, aber tendenziell ihm mehr Verantwortung zuzumuten. Gerade in der 16. Sitzung, in der der Klient am meisten Pläne höherer Motivationsstufen realisiert (s. Abb. 5.1), fordert der Therapeut den Klienten am deutlichsten.

Aus diesen Überlegungen lässt sich folgende Hypothese aufstellen: Eine Möglichkeit, Änderungsmotivation zu fördern, besteht darin, dem Klienten die Verantwortung für die Arbeit an seinen Zielen konsequent über die Therapie hinweg zu geben, ihn mit Fragen zu fordern und eigenes Nachdenken zuzumuten, hartnäckig auf Antworten zu pochen, diese Art der Interaktion transparent zu machen und Erklärungen dafür zu geben. Verantwortungsübergabe muss, wenn notwendig, mit Unterstützung einhergehen. Gerade Aktives Zuhören II scheint eine gute Möglichkeit, den Klienten bei seinem eigenen Gedankengang zu unterstützen. Die Motivation, am eigenen Projekt arbeiten zu wollen, scheint durch eine angemessene Balance von Fordern eigenen Nachdenkens über das Projekt und Fördern durch das Anbieten von Reflexionen zu steigen. Anerkennung im Sinne einer Bestätigung des Leidens spielte in diesem Fall eine untergeordnete Rolle.

5.2.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

Im zweiten Spannungsfeld wurden die Therapeutenpläne nach einem stärker inhaltlichen Fokus geordnet: Therapeutenpläne, die dem Klienten die Gelegenheit geben, von seinen Zielen, Erfolgen und hilfreichen Strategien zu sprechen, wurden unter den Plankomplex „Ressourcenfokus“ gefasst. Pläne, die den Klienten einladen, mehr über die problematischen, schwierigen und nicht funktionierenden Seiten seines Lebens zu erzählen, wurden zu „Problemfokus“ gerechnet (s.a. Kap. 3.2.5 & 4.7.2). Tab. 5.18 listet die zu Ressourcenfokus und Problemfokus gehörenden Pläne mit ihren Häufigkeiten auf.

Ressourcenfokus	12,74%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	4,83%
Betone Ressourcen (TR)	3,92%
Gib Recht (TGR)	2,90%
Exploriere Fortschritte (TEF)	0,68%
Zeige Interesse (TZI)	0,41%

Problemfokus	0,45%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	0,45%

Tab. 5.18: Pläne des Therapeuten T1 im Fall G im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Folgende Pläne fielen in das Cluster Ressourcenfokus: Mit den Plänen „Binde aktiv in die Gestaltung ein“ (s. Tab. 5.15) und „Gib Recht“ zeigt der Therapeut deutlich sein Interesse für die Lebenswelt des Klienten und bestärkt ihn in seinen Ansichten. Der Klient wird dazu ermuntert, sich selbst zu trauen und so mehr und mehr seine eigene Erfolgsgeschichte zu erzählen. „Betone Ressourcen“ (s. Tab. 5.15) beinhaltet sowohl direkte Komplimente des Therapeuten für Erfolge in der Therapie und dessen Stärken, als auch indirekte Komplimente, also Einladungen an den Klienten, sich selbst zu komplimentieren, die durch das Interesse an den Kompetenzen des Klienten gekennzeichnet sind. Während „Exploriere Fortschritte“ bei gezielten Fragen nach Schritten des Klienten zwischen den Sitzungen geratet wurde, beinhaltet „Zeige Interesse“ die Begeisterung des Therapeuten bei anderen Ausführungen des Klienten jenseits der Therapie. All diese Therapeutenpläne scheinen dem Klienten eher die Gelegenheit zu geben, sich als Person mit Stärken zu konstruieren und wurden daher zu Ressourcenfokus gezählt.

Mit dem Plan „Zeige Verständnis und Empathie“ (s. Tab. 5.15) bestätigt der Therapeut, dass er das Leiden des Klienten wahrgenommen und verstanden hat. Dem Klienten wird eher angeboten, sich als belastenden Menschen „weiterzuerzählen“, weswegen dieser Plan zu Problemfokus gerechnet wurde.

Weil in die Kategorie „Exploriere sein Universum“ sowohl Fragen nach Ressourcen wie nach problemrelevanten Informationen fielen, konnte sie keinem der beiden Plankomplexe eindeutig zugeteilt werden. Alle anderen Pläne weisen ebenso keinen klaren Fokus auf Ressourcen oder Probleme auf.

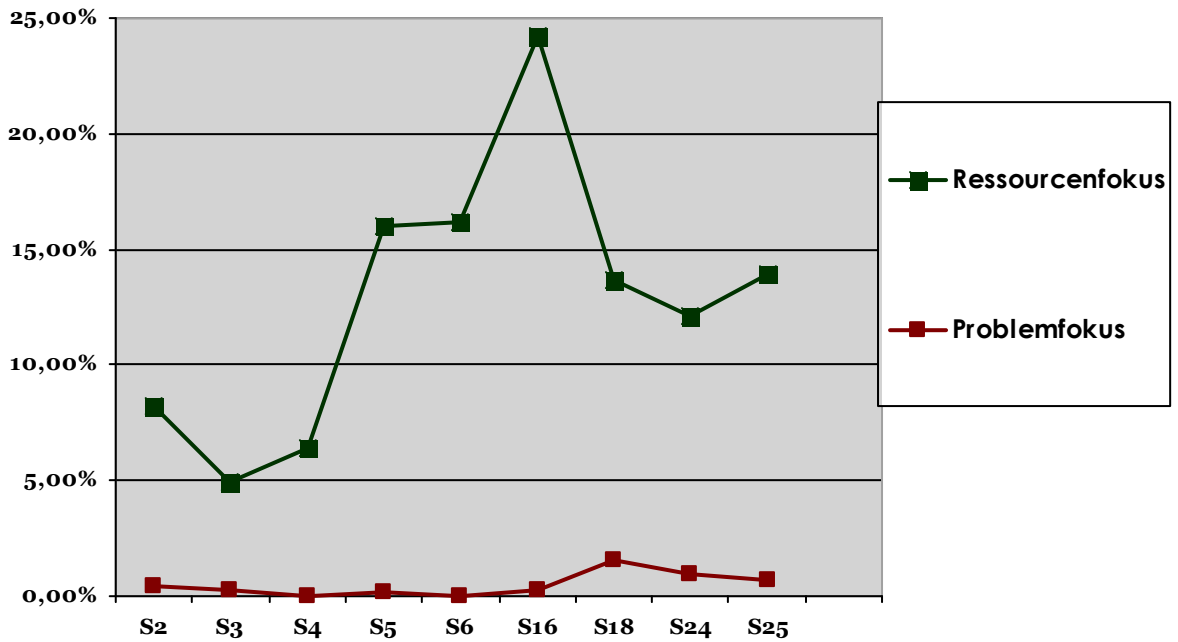


Abb. 5.4: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall G.

In Abbildung 5.4 wird die prozentuale Realisierung Ressourcen- vs. Problemfokussierender Therapeutenpläne im Therapieverlauf gegenübergestellt: Zu jeder Sitzung führt der Therapeut deutlich mehr Ressourcenfokussierende Pläne durch. Während diese in den ersten drei untersuchten Sitzungen noch relativ selten auftreten, steigt die Häufigkeit in der 5. Sitzung deutlich an. Der Klient muss zu Beginn der Therapie vielleicht erst bei seinen sprachlichen Gewohnheiten „abgeholt“ werden und kann nicht mit Ressourcenfragen überfordert werden, bis er sich mehr und mehr auf das Interesse an seinen Stärken einlässt. Auch hier sticht wiederum die 16. Sitzung heraus, in der am stärksten auf Ressourcenfokus geachtet wird. Gerade in dieser Sitzung erreicht auch die Änderungsmotivation einen Höhepunkt (s. Abb.5.1).

Fazit: *Den Fokus auf die Ressourcen des Klienten zu legen, scheint die Änderungsmotivation günstig zu beeinflussen.* Dieser kann durch echtes Interesse an Zielen, Erfolgen und Stärken des Klienten, durch Ermutigung, den eigenen Ideen zu trauen, direkten Komplimenten und Einladungen, sich selbst Komplimente zu geben, realisiert werden. Eine *behutsame Steigerung ressourcenorientierter sprachlicher Angebote, die den Klienten nicht überfordert*, könnte wichtig sein.

5.3 Fall D

5.3.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeut

5.3.1.1 Klient D: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Der Klient war zu Therapiebeginn Anfang 30, hatte seine Berufsausbildung abgebrochen und lebte in einer psychosozialen Einrichtung. Schon von Kindheit an litt er unter Ängsten und Zwängen, seit 10 Jahren zudem unter einer objektiv nicht feststellbaren Kieferbehinderung. Die Ängste bezogen sich auf Beschädigungen des Körpers durch Strahlen der Sonne oder elektrischer Geräte und Beschädigungen speziell seiner Zähne, die von Körnern im Essen oder eigenem Kauen abgenutzt würden. Seine Ängste steigerten sich regelmäßig zu Panikattacken. Zwangshandlungen und Zwangsgedanken bestanden v.a. in Sicherheitsritualen zur Reduzierung der Ängste (u.a. auch das Aufsuchen zahlreicher Ärzte und Kliniken), zwanghaftem Grübeln über den Kiefer wie ständigem Untersuchen des Kiefers. Als Hauptbeschwerden nannte er so auch seine Schmerzen im Kiefer, lautes Knacken und „Herunterhängen“ des Kiefergelenks.

Eine Diagnosestellung für das kassenärztliche System blieb aus, da über die Probesitzungen keine weiteren Sitzungen beantragt wurden. Als Verdachtsdiagnose ging der Therapeut jedoch von „Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt“ aus (F 42.2, ICD-10). Die Beschreibungen aus der Akte könnten m.E. auch Hinweise auf eine Kategorisierung innerhalb des somatoformen Bereichs liefern.

5.3.1.2 Therapeut T1: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Der im vorherigen Kapitel beschriebene Therapeut (Kap. 5.2.1.2) führte auch die Sitzungen im Fall D durch.

5.3.2 Ergebnis

5.3.2.1 Outcomedaten

Die Therapie wurde nach 4 probatorischen Sitzungen vom Therapeuten beendet. Dieser sah keinen möglichen Ansatzpunkt für Psychotherapie und verwies den Klienten zurück an den schon seit 12 Jahren im Sinne eines „life assistant“ tätigen psychologischen Betreuer.

Aufgrund des frühen Therapieabbruchs liegt keine Veränderungsmessung durch Fragebögen vor. Für die Zusammenstellung der Stichprobe wurde der Fall wegen der vorzeitigen Beendigung als „nicht erfolgreich“ gewertet. Er soll im Folgenden mit dem erfolgreichen Fall G (Kap. 5.2) desselben Therapeuten verglichen werden.

5.3.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

In den untersuchten Sitzungen realisierte der Klient zu 60 bis 70% Pläne der Stufen 1 und 2, während Pläne höherer Stufen (in diesem Fall nur des Reflektierens) nur 3 bis 6% seines Verhaltensspektrums ausmachten (s. Abb. 5.5). Dieses klare Verhältnis spricht für eine sehr geringe Änderungsmotivation im Ganzen. Die minimale positive Veränderung der Kurven in der letzten Sitzung könnte auf einen tendenziellen Anstieg der Änderungsmotivation hindeuten, der durch den Therapieabbruch aber nicht weiter verfolgt wurde.

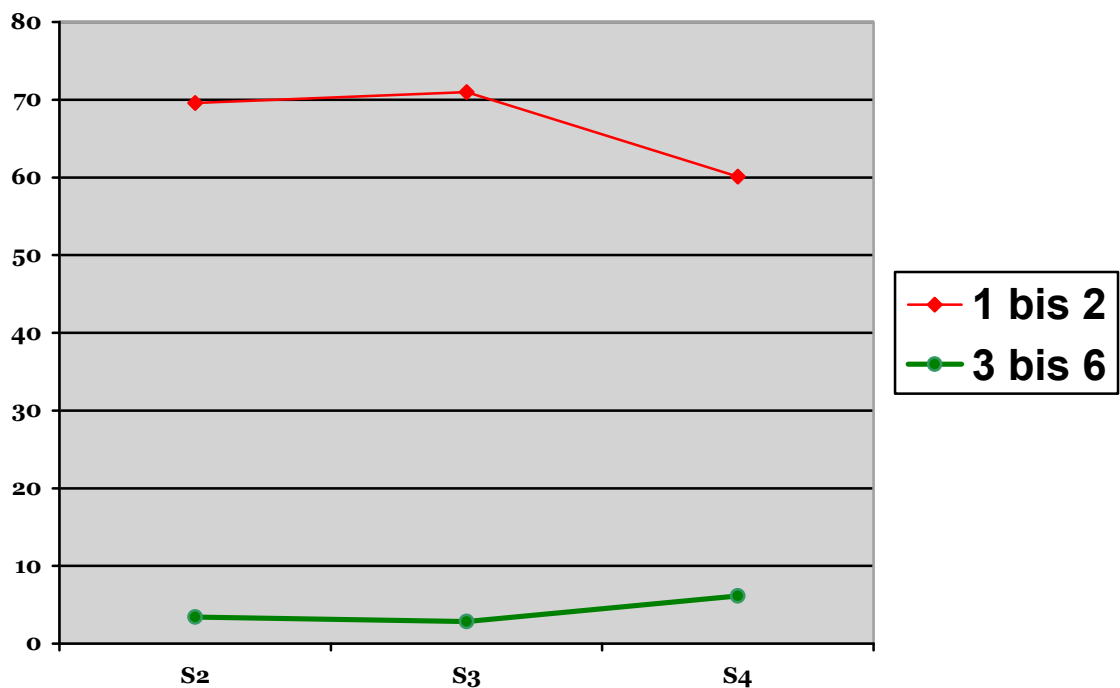


Abb. 5.5: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall D.

5.3.3 Pläne Klient D: Änderungsmotivation – in der Beziehung D

5.3.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten D

Für den Klienten D wurden 12 Plankategorien konstruiert, die in Tabelle 5.19 alphabetisch aufgelistet sind. Anschließend werden die häufigsten Pläne jeder Motivationsstufe mit Beschreibungen und Ankerbeispielen in Tabelle 5.20 aufgeführt. Das gesamte Kategoriensystem ist wiederum dem Anhang zu entnehmen.

Pläne Klient D/ Kategorien
Akzeptiere deinen Kiefer (KAK)
Dramatisiere dein Leiden (KL)
Halte an medizinischen Ursachen fest (KMU)
Kontrolliere das Therapiesgespräch (KKT)
Lass andere für dich sorgen (KS)
Räume T Behandlungsfeld ein (KBF)
Tausche Informationen aus (KRA)
Vermeide Versehrtheit (KVV)
Zeige dich engagiert (KZE)
Zeige, dass du besonders bist (KZB)
Zeige, dass du Experte bist (KZX)
Rest (R)

Tab. 5.19: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klient D.

Zeige, dass du Experte bist (KZX)
<p>Beschreibung K stellt T Expertenfragen und beantwortet sie. (...) Er erläutert lehrhaft bestimmte Sachverhalte, zum Beispiel referiert er über Muskelrudimente. Er unterstreicht seine Ausführungen durch Expertenmeinungen.</p>
<p>Ankerbeispiele „Kennen Sie Botox? Haben Sie schon davon gehört?“ „Am Kiefergelenk, das ist das einzige und wirkliche Problem, das ich hab, Herr Dr. X“</p>
Dramatisiere dein Leiden (KL)
<p>Beschreibung K beschreibt die Vielfalt seiner Probleme anschaulich, detailliert und dramatisch. Beispielsweise betont er seine Hoffnungslosigkeit, indem er Suizidgedanken äußert oder indem er sich in der Lösung seiner Probleme ohnmächtig zeigt. Das Kieferproblem bestimmt nach eigenen Angaben sein Leben und sorgt für Hilflosigkeit. Außerdem berichtet er davon, dass er unter Dauerstress steht.</p>
<p>Ankerbeispiele „Es ist so viel, es ist so wahnsinnig viel alles. Ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll.“</p>

Akzeptiere deinen Kiefer (KAK)
<p>Beschreibung K beschreibt die Dominanz seines Kiefers in seinem Leben als Diktatur. Von dieser Diktatur will er sich befreien, er will lernen, mit seinen Kieferbeschwerden umzugehen, und den Kiefer als Teil seines Lebens zu akzeptieren.</p>
<p>Ankerbeispiele „Aber was ich mir erhoffe, dass ich damit lerne mit umzugehen, mit zu leben.“</p>

Tab. 5.20: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient D.

5.3.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

In Tabelle 5.21 sind die Klientenpläne im FRAME eingestuft und gemäß ihrer Veränderungsbereitschaft farblich unterlegt.

Pläne Klient D	Rater 1	FRAME Rater 2	Einigung
Zeige, dass du Experte bist (KZX)	1	3	1
Vermeide Versehrtheit (KVV)	1	1	1
Dramatisiere dein Leiden (KL)	2	2	2
Räume T Behandlungsfeld ein (KBF)	2	3	2
Halte an medizinischen Ursachen fest (KMU)	2	1	2
Zeige, dass du besonders bist (KZB)	2	-	2
Lass andere für dich sorgen (KS)	2	2	2
Akzeptiere deinen Kiefer (KAK)	3	3	3
Zeige dich engagiert (KZE)	-	-	-
Tausche Informationen aus (KRA)	-	-	-
Kontrolliere das Therapiegespräch (KKT)	-	-	-
Rest (R)	-	-	-

Tab. 5.21: Zuordnungen der Pläne des Klienten D zu den Motivationsstufen im FRAME.

Zwei Pläne wurden in die erste, fünf in die zweite und einer in die dritte Motivationsstufe eingeordnet, was auf zwar vorhandene, aber nur sehr gering ausgeprägte Ambivalenz im Fall D hindeutet.

Mit dem Plan „Zeige, dass du Experte bist“ erklärt der Klient relativ unemotional und in detaillierter Form, warum sein Leiden körperliche Ursachen hat. Dieser Plan wurde ebenso wie „Vermeide Versehrtheit“, der Vermeidungs- und Neutralisierungsverhalten motiviert, der Stufe 1 „Automatisiertes Problemverhalten“ zugeordnet, weil dem Klienten hier Bewusstheit über problematische Aspekte dieses Verhaltens oder die Absicht, es zu ändern, fehlen (Marker 1A, 1B).

Der Stufe 2 „Klagen, Erleben eines Problems“ fielen fünf Pläne zu. „Dramatisiere dein Leiden“ und „Zeige, dass du besonders bist“ passen dabei besonders gut zum Marker 2A (s. Kap. 4.7.1): Der Klient schildert in dramatischen Worten und Superlativen sein

Leiden und die Außerordentlichkeit seines Falls. „Räume T Behandlungsfeld ein“, „Halte an medizinischen Ursachen fest“ und „Lass andere für dich sorgen“ sind unterschiedliche Varianten der Annahme, dass andere (der Therapeut, die Ärzte, die Eltern) das Problem für ihn lösen sollten, was mit Marker 2B gewertet wurde.

Während der Realisierung des Plans „Akzeptiere Deinen Kiefer“ gelingt es Herrn D dagegen, einen eigenen möglichen Beitrag zu einer Lösung zu sehen, nämlich mit den Beschwerden umgehen zu lernen (Marker 3A, 3B).

Da „Zeige Dich engagiert“ zwar grundsätzliche Bereitschaft beinhaltet, diese aber nur auf das Aufsuchen von professioneller Hilfe beschränkt ist, wurde der Plan keiner Stufe zugeteilt.

5.3.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Tabelle 5.22 zeigt die relativen und absoluten Häufigkeiten aller Klientenpläne pro Sitzung und im Gesamtverlauf. Die Pläne sind nach ihrer Häufigkeit über alle untersuchten Sitzungen hinweg geordnet und mit der Farbe ihrer Motivationsstufe markiert. Insgesamt wurden 1055 Sinneinheiten bewertet. Die vierte Sitzung (S4) wurde bereits nach 25 Minuten beendet, so dass die absoluten Häufigkeiten eingeschätzter Sinneinheiten deutlich niedriger ausfallen.

Kategorie	S2	S3	S4	Σ
Dramatisiere dein Leiden (KL)	28,38% (124)	26,37% (120)	26,99% (44)	27,30% (288)
Zeige dich engagiert (KZE)	17,85% (78)	12,09% (55)	19,02% (31)	15,55% (164)
Zeige, dass du Experte bist (KZX)	14,65% (64)	17,36% (79)	12,88% (21)	15,55% (164)
Räume T Behandlungsfeld ein (KBF)	16,25% (71)	5,71% (26)	4,91% (8)	9,95% (105)
Tausche Informationen aus (KRA)	2,52% (11)	8,13% (37)	8,59% (14)	5,88% (62)
Vermeide Versehrtheit (KVV)	1,83% (8)	9,01% (41)	2,45% (4)	5,02% (53)
Halte an medizinischen Ursachen fest (KMU)	3,66% (16)	5,93% (27)	3,07% (5)	4,55% (48)
Kontrolliere das Therapiegespräch (KKT)	4,12% (18)	4,62% (21)	4,29% (7)	4,36% (46)
Zeige, dass du besonders bist (KZB)	4,35% (19)	2,64% (12)	6,75% (11)	3,98% (42)
Akzeptiere deinen Kiefer (KAK)	3,43% (15)	2,86% (13)	6,13% (10)	3,60% (38)
Lass andere für dich sorgen (KS)	0,46% (2)	3,96% (18)	3,07% (5)	2,37% (25)
Rest (R)	2,52% (11)	1,32% (6)	1,84% (3)	1,90% (20)
Σ	437	455	163	1055

Tab. 5.22: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall D pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Der Plan „Dramatisiere dein Leiden“, der mit einer Auftretenshäufigkeit von 27,3% nahezu doppelt so oft wie der zweithäufigste Plan realisiert wurde, sticht stark hervor. Die Tabelle zeigt ebenso deutlich, dass Pläne der „höheren“ Motivationsstufen, einzig realisiert mit der Kategorie „Akzeptiere deinen Kiefer“, mit 3,6 % sehr selten ausgeführt wurden.

Die folgende Abbildung stellt die prozentualen Häufigkeiten der nach Motivationsstufen zusammengefassten Pläne pro Sitzung dar.

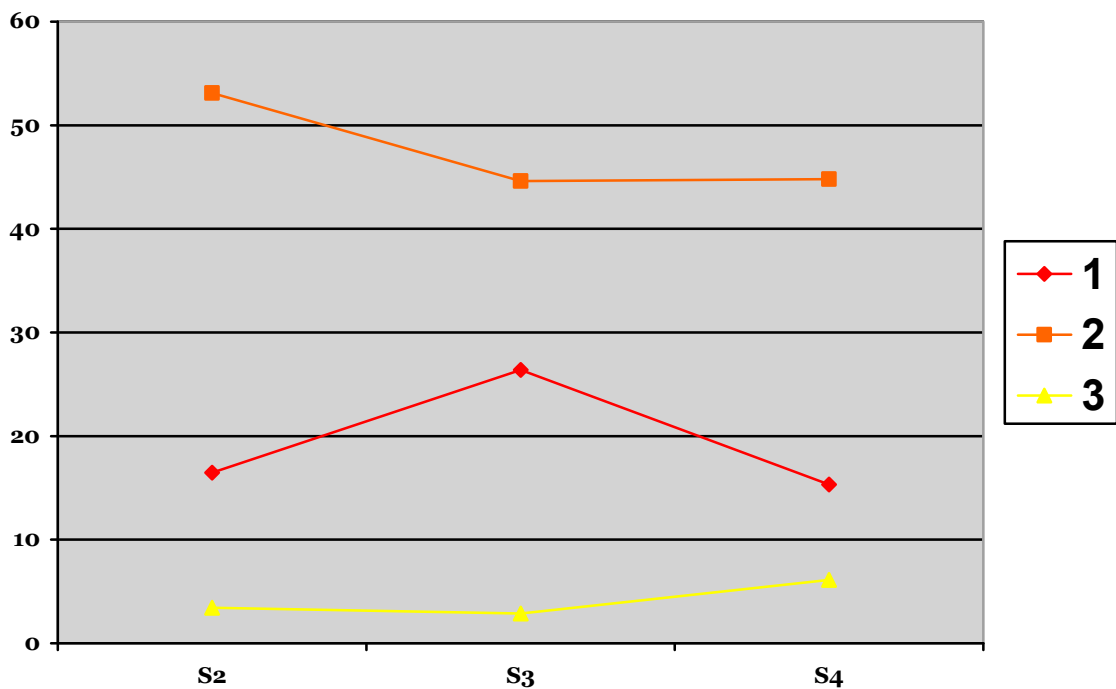


Abb. 5.6: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 3 pro Sitzung im Fall D.

Der Klient verbringt ca. die Hälfte der Zeit mit Klagen (orange Linie). Weitere ca. 20% der Sitzung scheint er kein Problem an seinem Verhalten zu erkennen bzw. sieht körperliche Faktoren als entscheidend an (rote Linie). In ungefähr 5% der Sitzungszeit gelingt es ihm aber, über eigene Verhaltensweisen zu reflektieren, die mit einer Lösung in Verbindung stehen könnten (gelbe Linie).

Der Verlauf über die kurze Entwicklungszeit von 3 Sitzungen scheint zwar relativ konstant zu sein. Den geringfügigen Anstieg der Reflexion bei gleichzeitigem Rückgang der Realisierung von Plänen der Stufe 1 könnte man aber auch als eine erste leichte Tendenz einer minimalen Steigerung der Änderungsmotivation im Ganzen interpretieren.

5.3.3.4 Fazit

Die Analysen deuten auf eine sehr gering ausgeprägte Ambivalenz zu Therapiebeginn hin: Klient D realisiert in den Sitzungen fast ausschließlich Pläne der Stufen 1 und 2, und selten der Stufe 3. Die Hypothese, Änderungsmotivation als ambivalenten Zustand anzusehen, sollte daher erweitert werden: *Die zwei Seiten der Ambivalenz können sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sein.*

Der Frage, welche Beziehungsangebote des Therapeuten der deutlich seltener realisierten Seite mehr Raum geben könnten, wird der kommende Abschnitt nachgehen. Der tendenzielle Anstieg der Änderungsmotivation könnte jedoch als Hinweis interpretiert werden, dass die Entwicklung von Änderungsmotivation in einer Beziehung (bei einem sehr niedrigen Ausgangszustand) *Zeit benötigt*, die durch den vom Therapeuten initiierten Abbruch nicht mehr zugestanden wurde.

5.3.4 Pläne Therapeut T1: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.3.4.1 Beschreibung der Pläne des Therapeuten T1

In Tabelle 5.23 werden alle 18 Plankategorien des Therapeuten T1 im Fall D in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

Pläne Therapeut T1/ Kategorien
Betone Ressourcen (TR)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)
Exploriere sein Universum (TEX)
Gib Recht (TGR)
Hinterfrage und fordere heraus (THF)
Passe dich den Fähigkeiten des Patienten an (TFP)
Sei ehrlich (TE)
Sei kooperativ (TKO)
Sei transparent (TT)
Sichere dich ab (TS)
Stoße Gedanken an und erkläre (TSE)
Strukturiere und fasse zusammen (TST)
Tausche Informationen aus (TIA)
Versichere dich seiner Zustimmung (TVZ)
Verteidige und begründe Dein Vorgehen (TVB)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)
Zeige, dass du folgst (TZF)
Rest (R)

Tab. 5.23: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall D.

Der Großteil der Pläne, die der Therapeut T1 im Fall G realisiert hat, erscheint auch im Fall D: 16 von 21 Kategorien werden wieder eingesetzt, wenn auch einige in leicht abgewandelter Form. Der Therapeut scheint ein gewisses Repertoire an Beziehungsangeboten zu besitzen, einen bestimmten Stil, den er aber durchaus anpassen und auch erweitern kann: Darauf deuten die 2 neu hinzugekommenen Kategorien wie die inhaltlich leicht veränderten bereits bestehenden Pläne hin.

Die am häufigsten eingesetzten Pläne der Plankomplexe Verantwortungsübergabe, Unterstützung, Anerkennung des Leids, Problemfokus und Ressourcenfokus sind für die weiteren Ausführungen am wichtigsten. Für die Pläne „Strukturiere und fasse zusammen“, „Zeige Verständnis und Empathie“, „Betone Ressourcen“ und „Binde aktiv in die Gestaltung ein“ sei auf Tab 5.15 des vorherigen Kapitels 5.2.4.1 verwiesen, die im Fall G ebenso eine wichtige Rolle spielten. In der unten stehenden Tabelle 5.24 werden weitere zentrale Therapeutenpläne im Fall D mit Beschreibung und Ankerbeispielen dargestellt. Das gesamte Kategoriensystem lässt sich dem Anhang entnehmen.

Sei kooperativ (TKO)
<p>Beschreibung T reagiert unmittelbar auf Zwischenfragen des Patienten, auf dessen Fragen und Wünsche, geht Aufforderungen nach und akzeptiert Unterbrechungen und Themenänderungen durch den Patienten. Auch lenkt er bei Meinungsverschiedenheiten ein.</p>
<p>Ankerbeispiele T: /aber Sie schlafen tief und fest/ und daher wissen Sie es nicht (lässt sich unterbrechen) K: „Moment, ich schlaf“ T: „tief und fest“ (geht auf unterbrechende Nachfrage ein)</p> <p>K: ich hab mein Leben schon als Kind nie genossen, ich hab immer, das erzähl ich Ihnen jetzt aber nicht. T: /ja/ (akzeptiert Themenwunsch)</p> <p>T: (lacht) ansonsten TKO (lässt sich unterbrechen) K: (deutet mit einer Geste an, den Therapeuten zu unterbrechen) Moment, T: /ja TKO/(akzeptiert Unterbrechung) K: Unterlagen, Barmenia, und was sind das für Unterlagen? T: /also das hat jede Privatkasse ein bisschen anders, TKO...(folgt dem neuen Thema)</p>
Hinterfrage und fordere heraus (THF)
<p>Beschreibung Stellt die Darstellungen des Patienten in Frage oder widerspricht ihm offen. Er „nagelt“ ihn auf bereits getroffene Aussagen „fest“ und zieht daraus zwingende Schlussfolgerungen für den Patienten. Auch beharrt T auf seinen Meinungen. Als typisches Signalwort für diese „widersprechende Haltung“ wird der Ausdruck „naja“ angesehen (...).</p>
<p>Ankerbeispiele „alles versucht hamms noch net“ „Ich kann nicht erkennen, wo Sie bei den Dingen versucht haben, ihre Einstellung zu ändern“ „Also, wenn ich das ernst nehme, was sie sagen, dann...“</p>

Exploriere sein Universum (TEX)
<p>Beschreibung T stellt Fragen, um das Zwangssystem des Klienten besser zu verstehen, hierzu gehört z.B. auch die Wunderfrage. Auch Fragen zur Lebensumwelt, zu Zielen etc. fallen unter diese Kategorie. Diese Kategorie ist jedoch stets zweitrangig, d.h sie steht im Zweifelsfall hinter anderen Plänen zurück. Z.B. kann es sein, dass T zwar exploriert, aber in einer Art und Weise, die den Eindruck von TFP erweckt. Dann ist TFP statt TEX zu kodieren.</p>
<p>Ankerbeispiele „woran würden Sie merken, dass das Wunder passiert ist?“ „was war denn das Beste auf dieser Skala? +auf der Kieferskala“</p>

Tab. 5.24: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeut T1 im Fall D.

5.3.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Kategorie	S2	S3	S4	Σ
Zeige, dass du folgst (TZF)	32,26% (191)	40,12% (197)	39,50% (94)	36,49% (482)
Sei kooperativ (TKO)	15,54% (92)	6,92% (34)	9,24% (22)	11,20% (148)
Hinterfrage und fordere heraus (THF)	5,57% (33)	14,26% (70)	5,04% (12)	8,71% (115)
Exploriere sein Universum (TEX)	10,98% (65)	8,76% (43)	1,68% (4)	8,48% (112)
Strukturiere die Darstellung (TST)	7,60% (45)	5,70% (28)	6,30% (15)	6,66% (88)
Verteidige und begründe Dein Vorgehen (TVB)	3,21% (19)	4,48% (22)	5,04% (12)	4,01% (53)
Gib Recht (TGR)	2,03% (12)	4,48% (22)	3,78% (9)	3,26% (43)
Tausche Informationen aus (TIA)	4,22% (25)	2,24% (11)	1,68% (4)	3,03% (40)
Betone Ressourcen (TR)	2,53% (15)	1,63% (8)	5,04% (12)	2,65% (35)
Passe dich den Fähigkeiten des Patienten an (TFP)	2,36% (14)	2,04% (10)	2,94% (7)	2,35% (31)
Sichere dich ab (TS)	3,21% (19)	2,24% (11)	0,00% (0)	2,27% (30)
Sei transparent (TT)	2,53% (15)	0,41% (2)	4,62% (11)	2,12% (28)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	2,20% (13)	1,43% (7)	3,36% (8)	2,12% (28)
Rest (R)	1,52% (9)	1,63% (8)	3,36% (8)	1,89% (25)
Stoße Gedanken an und erkläre (TSE)	1,35% (8)	1,22% (6)	2,94% (7)	1,59% (21)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,35% (8)	0,41% (2)	3,78% (9)	1,44% (19)
Versichere dich seiner Zustimmung (TVZ)	1,18% (7)	1,02% (5)	0,84% (2)	1,06% (14)
Sei ehrlich (TE)	0,34% (2)	1,02% (5)	0,84% (2)	0,68% (9)
Σ	592	491	238	1321

Tab. 5.25: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall D pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Tabelle 5.25 stellt die relativen und absoluten Häufigkeiten jedes einzelnen Therapeutenplans pro Sitzung dar. Die Therapeutenpläne sind nach ihrer Häufigkeit über alle untersuchten Sitzungen hinweg geordnet, die in der letzten Spalte zudem angeführt ist. Insgesamt wurden 1321 Sinneinheiten Therapeutenpläne zugewiesen. Die vierte Sitzung wurde schon nach 25 Minuten beendet, weswegen deutlich weniger Sinneinheiten bewertet wurden.

Zur Interpretation der Häufigkeiten müssen die Therapeutenpläne wieder nach ihren Gemeinsamkeiten zusammengefasst werden, womit sich die folgenden Abschnitte befassen.

5.3.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Tabelle 5.26 gibt einen Überblick über die Therapeutenpläne, die den Plankomplexen Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zugeordnet wurden, und deren Auftretenshäufigkeiten.

Verantwortungsübergabe	20,74%
Exploriere sein Universum (TEX)	8,48%
Verteidige und begründe Dein Vorgehen (TVB)	4,01%
Sichere dich ab (TS)	2,27%
Sei transparent (TT)	2,12%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	2,12%
Versichere dich seiner Zustimmung (TVZ)	1,06%
Sei ehrlich (TE)	0,68%

Unterstützung	21,80%
Sei kooperativ (TKO)	11,20%
Strukturiere und fasse zusammen (TST)	6,66%
Passe dich den Fähigkeiten des Patienten an (TFP)	2,35%
Stoße Gedanken an und erkläre (TSE)	1,59%

Anerkennung des Leids	1,44%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,44%

Tab. 5.26: Pläne des Therapeuten T1 im Fall D im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Die Bestandteile des Clusters „Verantwortungsübergabe“ sind mit denen im Fall G bis auf zwei Ausnahmen identisch: Lediglich ein (eher unbedeutender) Plan „Sei ehrlich“ ist neu hinzugekommen. Ein m.E. sehr bedeutsamer Unterschied besteht aber zwischen den auf den ersten Blick sehr ähnlich erscheinenden Plänen „Sei hartnäckig und fordere heraus“ aus Fall G und „Hinterfrage und fordere heraus“ aus Fall D. Letzterer wurde deswegen nicht mehr zu „Verantwortungsübergabe“, sondern zu „Problemfokus“ gezählt (s.u.). Gegenüber dem Klienten G beinhaltet der Plan, auf Antworten auf gestellte Fragen zu beharren, Fragen hartnäckig zu wiederholen und behutsam Widersprüche entdecken zu lassen, gegenüber Klient D dagegen direktes Widersprechen und Bezweifeln der Meinungen des Klienten. Im Fall G nimmt der Therapeut die Ideen des Klienten maximal ernst und fordert ihn dazu auf, sie zu entwickeln und ihm zu erklären: Aus einer Haltung des „Nichtwissens“ ermutigt der Therapeut den Klienten zu Reflexionen, um letztlich seinen eigenen Lösungsweg zu finden und zu gehen. „Sei hartnäckig und fordere heraus“ ist in diesem Sinne konsistent mit den anderen Plänen der Verantwortungsübergabe. Im Fall D verlässt Therapeut T1 mit dem Plan „Hinterfrage und fordere heraus“ zeitweise seine Haltung des „Nichtwissens“: Er versucht nicht mehr durch ein geduldiges Ernstnehmen des Klienten, ihn seine Widersprüche selbst entdecken zu lassen, sondern teilt ihm mit, dass seine Ansichten nicht stimmen. Diese Kategorie steht nun im Widerspruch zu den sonstigen Plänen der Verantwortungsübergabe; sie wurde unter den Komplex „Problemfokus“ eingeordnet (s.u.). Bedeutsam wird die Veränderung des Plans v.a., wenn man die Auftretenshäufigkeiten mit in Betracht zieht: Während der Therapeut gegenüber Klient G die mildere Form des Herausforderns im Durchschnitt in 2,8% der Zeit einsetzt, steht das deutliche Widersprechen im Fall D mit 8,71% an dritter Stelle der realisierten Pläne. In Tabelle 5.27 werden die Pläne gegenübergestellt.

Sei hartnäckig und fordere heraus (THF) – Fall G	Hinterfrage und fordere heraus (THF) – Fall D
<p>Beschreibung T hinterfragt die Überzeugungen des Patienten und fordert ihn heraus. Er spricht ihn direkt auf die in der Sitzung gezeigten Zwangshandlungen an. Auch zeigt er bei der Exploration der Problemgenese eine große Beharrlichkeit und Hartnäckigkeit und versucht den Patienten zu den richtigen Einsichten zu bewegen.</p>	<p>Beschreibung Stellt die Darstellungen des Patienten in Frage oder widerspricht ihm offen. Er „nagelt“ ihn auf bereits getroffene Aussagen „fest“ und zieht daraus zwingende Schlussfolgerungen für den Patienten. Auch beharrt T auf seinen Meinungen. Als typisches Signalwort für diese „widersprechende Haltung“ wird der Ausdruck „naja“ angesehen.</p>

Tab. 5.27: Gegenüberstellung der herausfordernden Pläne des Therapeuten T1 in den Fällen G und D.

Wie lässt sich diese Veränderung eines an und für sich hilfreichen Therapeutenplans zu einem Therapeutenplan, der den anderen Plänen und der Therapeutischen Haltung des Therapeuten T1 widerspricht, erklären? Möglicherweise „verführt“ der Klient D dadurch, dass er zum größten Teil seine Pläne der Stufen „Automatisiertes Problemverhalten“ - hier v.a. die Überzeugung, eine nicht beeinflussbare Krankheit zu haben - und „Klagen“ realisiert, den Therapeuten zu einer „sozial“ üblichen Reaktion (s. Kap. 3.2.4.3), nämlich ihm in seinen Meinungen zu widersprechen. *Der Therapeut passt seinen Stil in ungünstiger Weise in Richtung der „normalen sozialen Reaktion“ auf das Klientenverhalten an.*

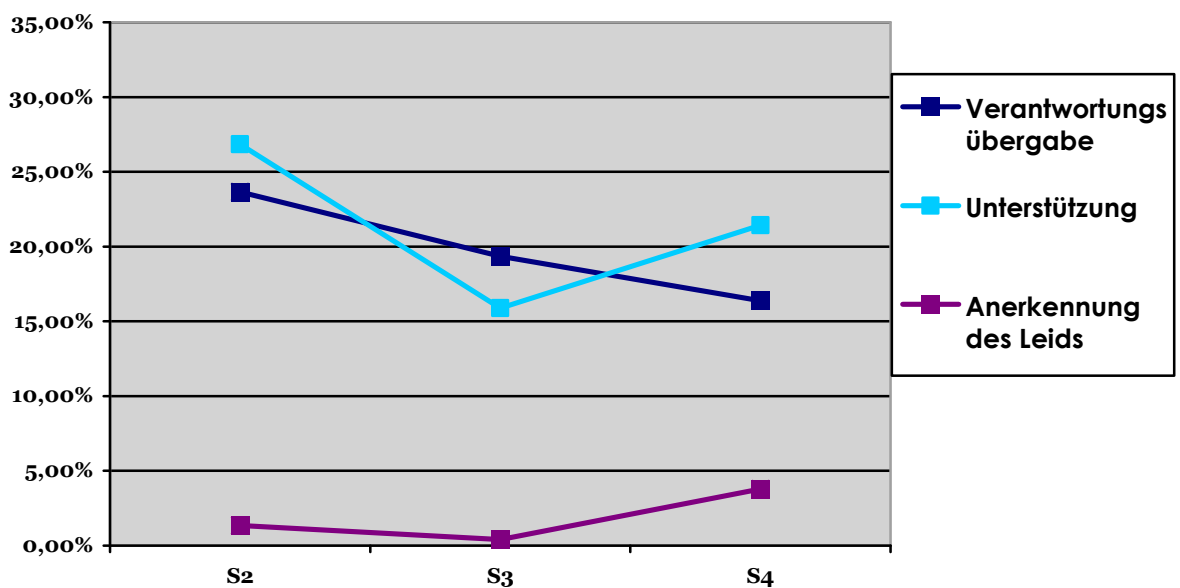


Abb. 5.7: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall D.

Therapeut T1 realisiert die Komponenten dieses Spannungsfelds in ähnlicher Häufigkeit wie im erfolgreichen Fall G. Verantwortungsübergabe und Unterstützung scheinen sich die Waage zu halten, Anerkennung des Leids spielt nur eine untergeordnete Rolle. In der vierten Sitzung, in der ein leichter Anstieg der Änderungsmotivation zu beobachten war (s. Kap. 5.3.2.2), überwiegt Unterstützung ein wenig. Möglicherweise ist *eine nichtwertende, reflektierende und zunächst nicht zu viel fordernde Haltung für die motivationale Lage des Klienten zu diesem Zeitpunkt angemessen*: so kann er „dort abgeholt werden, wo er steht“. Es kann nur spekuliert werden, ob ein geduldiges Weiterführen dieser Haltung zu einer Erhöhung der Änderungsmotivation geführt hätte. Die Frage, wie lange eine solche unterstützende Motivationsklärung angeboten wird und wann der Therapeut von sich aus die Therapie abbricht, bleibt offen.

5.3.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

Unter Ressourcenfokus fielen analog zu Fall G die Pläne „Gib Recht“, „Betone Ressourcen“ und „Binde aktiv in die Gestaltung ein“. Zwei weitere in Fall G gezeigte Pläne wurden in Fall D nicht realisiert. Mit 8,03% wird zudem dieser Plankomplex im Fall D seltener durchgeführt als im Fall G (12,74%).

Wie im vorigen Abschnitt 5.3.5.1 bereits erwähnt wurde, fiel der Plan „Hinterfrage und fordere heraus“ unter den Plankomplex Problemfokus: Das Widersprechen und Verneinen der Ansichten des Klienten gibt diesem Gelegenheit, sich als eine Person zu erleben, die falsche, widersprüchliche, zweifelhafte Ideen produziert und die sich selbst nicht trauen sollte (s.a. Tab. 5.27). „Zeige Verständnis und Empathie“ gibt wiederum den klagenden Erzählungen über seine leidvolle Problematik Raum.

Ressourcenfokus	8,03%
Gib Recht (TGR)	3,26%
Betone Ressourcen (TR)	2,65%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	2,12%

Problemfokus	10,15%
Hinterfrage und fordere heraus (THF)	8,71%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,44%

Tab. 5.28: Pläne des Therapeuten T1 im Fall D im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Im Fall D überwiegt der Problemfokus über den Ressourcenfokus (s. Tab. 5.28). Dieses Verhältnis steht in krassem Gegensatz zu dem Spannungsverhältnis in Fall G, bei welchem der Therapeut zu jedem Zeitpunkt deutlich mehr ressourcenfokussierte Pläne realisiert (s. Tab. 5.18). Diese Veränderung lässt sich durch den hinzugekommenen Plan „Hinterfrage und fordere heraus“ erklären, der den größten Anteil des Problemfokus ausmacht. In Abschnitt 5.3.4.3 wurden bereits Interpretationen zu dem veränderten Therapeutenverhalten in Fall D angeführt.

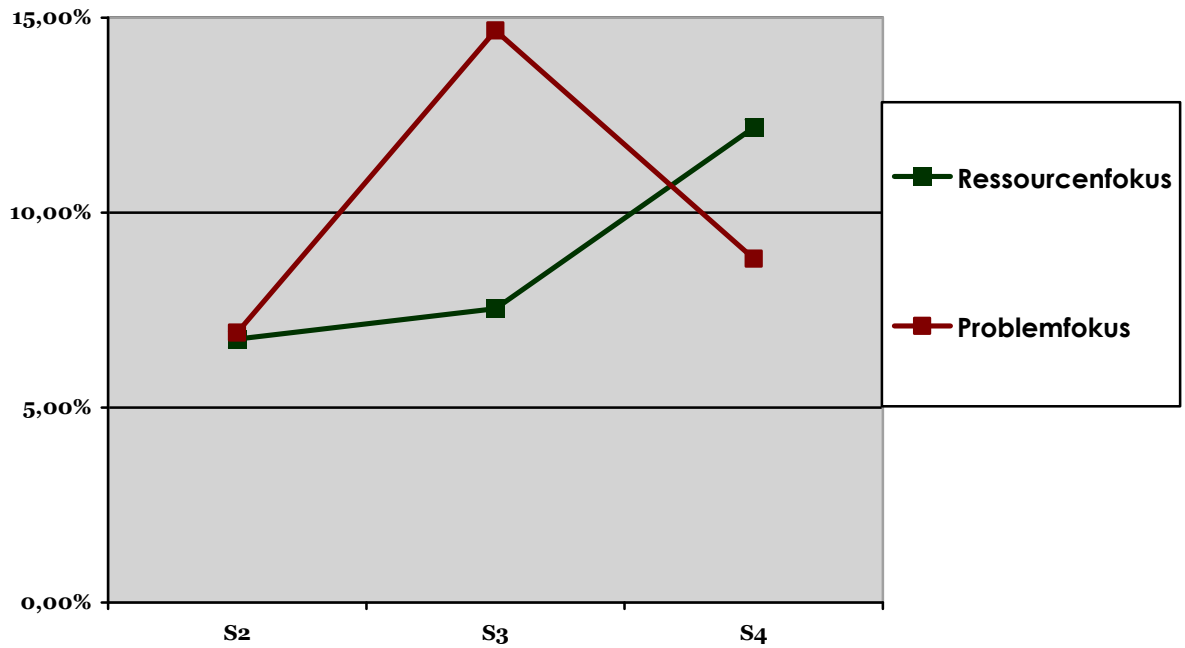


Abb. 5.8: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall D.

Auffallend ist, dass sich zum Zeitpunkt S4, zu dem ein leichter Anstieg der Änderungsmotivation vorliegt, das Verhältnis umkehrt und der Ressourcenfokus im Vordergrund steht. Das könnte wiederum als weiterer Hinweis für die *Wichtigkeit des Ressourcenfokus zur Förderung von Änderungsmotivation* interpretiert werden.

5.4 Fall A

5.4.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin

5.4.1.1 Klientin A: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Als Frau A, eine Sachbearbeiterin Mitte 20, zur Therapie kam, wirkte sie sehr kindlich, unsicher und schüchtern. Als Therapieanlass nannte sie eine panische Angst, sich mit einer lebensgefährlichen Krankheit anzustecken, weshalb sie viele Situationen vermeiden oder neutralisieren musste: Die Vermeidung, Türklinken, Stuhllehnen etc. zu berühren, genaues langwieriges Kontrollieren der „Sauberkeit“ von z.B. Briefen und exzessives Händewaschen schränkten Frau A dabei so sehr ein, dass ihr Arbeitsplatz gefährdet war. Kontrollzwänge begleiteten sie schon ihr Leben lang, die Waschwänge traten erst seit eineinhalb Jahren auf. Im weiteren Therapieverlauf wurde auch die Veränderung ihres ausgeprägten dependenten Persönlichkeitsanteils und ihrer Tendenz, eigene Bedürfnisse unter die der anderen zu stellen, zu Therapiezielen.

Im Bericht zur Beantragung einer Therapie wurde die Diagnose „Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen“ (F42.1, ICD-10) gestellt vor dem Hintergrund einer abhängigen Persönlichkeitsakzentuierung.

5.4.1.2 Therapeutin T2: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Therapeutin war eine 27jährige postgraduierte Diplompsychologin, die sich im fortgeschrittenen Stadium ihrer Ausbildung zur Kognitiven Verhaltenstherapeutin befand. Die Therapeutische Haltung aus der Selbstmanagementtherapie (Kanfer et al., 2006) ließ sich in der Arbeit mit Klientin A deutlich erkennen.

5.4.2 Ergebnis

5.4.2.1 Outcomedaten

Die Langzeittherapie wurde auf insgesamt 86 Sitzungen verlängert, die in einem Zeitraum von 1 $\frac{3}{4}$ Jahren stattfanden.

Zu Therapiebeginn wurde mit Hilfe der Wunderfrage eine Zielvision erarbeitet, aus der drei Hauptziele für die Therapie abgeleitet wurden: Frau A wollte durch die Therapie ihre Angst vor Ansteckung verlieren, und so nicht mehr die meiste Zeit mit Waschen und Desinfizieren verbringen müssen, sondern wieder normal arbeiten

können. Zu Therapiebeginn schätzte sie sich auf der 2 ihrer Zielskala ein, gegen Ende der Therapie auf der 8,75: Sie hatte im alltäglichen Leben keine Angst mehr vor Ansteckung, sondern sei „richtig mutig“ geworden.

Das zweite Ziel B „Am Leben teilnehmen“ beinhaltete alternative Aktivitäten zum Zwang wie Freunde treffen und einladen, Hausarbeit erledigen, telefonieren und spazieren gehen. Am Anfang der Therapie unternahm Frau A nur etwas, wenn der Partner dabei war, und schätzte sich so auf der 2 der Skala ein. Am Ende der Therapie konnte sie alle erwünschten Aktivitäten von sich aus planen und durchführen, was sie mit der 8 der Skala bewertete.

Im dritten Ziel „Kontrollzwänge bewältigen“ stand die Klientin zu Therapiebeginn auf der 0,75: Sie musste mehrfach Herd, Bügeleisen, Schriftstücke auf der Arbeit etc. kontrollieren. Im Laufe der Therapie konnte sie die 7,5 erreichen: Aufdringliche Gedanken kamen nur noch selten und sie führte keine Kontrollen mehr durch. Im Rückmeldebogen stufte die Klientin zudem den Nutzen der Therapie und die Erfüllung ihrer Erwartungen durch die Therapie mit jeweils 9,5 einer 10er-Skala ein.

Zielskalen	Prä-test	Post-test
Ziel A: Angst vor Ansteckung verlieren	2	8,75
Ziel B: Am Leben teilnehmen	2	8
Ziel C: Kontrollzwänge bewältigen	0,75	7,5

Tab. 5.29: Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen in den individuellen Zielskalen der Klientin A.

Im SCL-90-R liegen Verbesserungen in 5 von 9 Skalen vor, ebenso in den 3 Globalskalen. Zu einer Veränderung unter den kritischen Wert von 60 kam es allerdings nur in zwei Subskalen (in Tab 5.30 durch Umrandungen markiert).

SCL-90-R Skalen	Prä-test (Prozentrang)	Post-test (Prozentrang)
Somatisierung	65	50
Zwanghaftigkeit	67	64
Unsicherheit im Sozialkontakt	71	80
Depressivität	70	70
Ängstlichkeit	74	59
Aggressivität/Feindseligkeit	55	39
Phobische Angst	51	43
Paranoides Denken	56	64
Psychotizismus	64	66
Global Severity Index (GSI)	67	64
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	68	64
Positive Symptom Total (PST)	63	61

Tab. 5.30: Gegenüberstellung der Prä- und Post -Messungen im SCL-90-R des Fall A.

Die Veränderung bildet sich ebenso im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit ab: die Summenwerte lagen im Prätest für den Allgemeinen Teil bei 5, für den Teil Gesundheit bei 0, im Posttest bei 25 respektive 65 (bei einem Range von -64 bis +160). Tabelle 5.31 veranschaulicht die Veränderungen, Verbesserungen aus dem pathologischen in den Normalbereich sind wiederum markiert.

FLZ Skalen	Prä-test (Rohwert)	Post-test (Rohwert)
Allgemeiner Teil		
Freunde/ Bekannte	-3	12
Freizeit/ Hobbies	0	3
Gesundheit	4	12
Einkommen/finanzielle Sicherheit	2	3
Beruf/Arbeit	-6	-3
Wohnsituation	0	6
Familie/ Kinder	-4	-12
Partnerschaft/ Sexualität	12	4
Gesundheit		
Körperliche Leistungsfähigkeit	-2	-2
Entspannungsfähigkeit	2	3
Energie/Lebensfreude	-12	4
Fortbewegungsfähigkeit	20	20
Seh-/Hörvermögen	-4	12
Angstfreiheit	-12	4
Beschwerde-/Schmerzfreiheit	4	12
Unabhängigkeit von Hilfe	4	12

Tab. 5.31: Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall A.

Aufgrund der vorliegenden Fragebogenmessungen wurde Therapie A als erfolgreicher Fall der Therapeutin T2 in die Stichprobe mit aufgenommen.

5.4.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

Auch im Sinne des Erfolgskriteriums (s. Kap. 4.2.1.3) wird Therapie A als erfolgreich eingestuft: Wie aus der Gegenüberstellung der Auftretenshäufigkeiten von Klientenplänen der Motivationsstufen 1 bis 2 vs. 3 bis 6 ersichtlich ist, dreht sich das Verhältnis im Laufe der Therapie, was als klarer Anstieg der Änderungsmotivation im Ganzen interpretiert wird (s. Abb. 5.9).

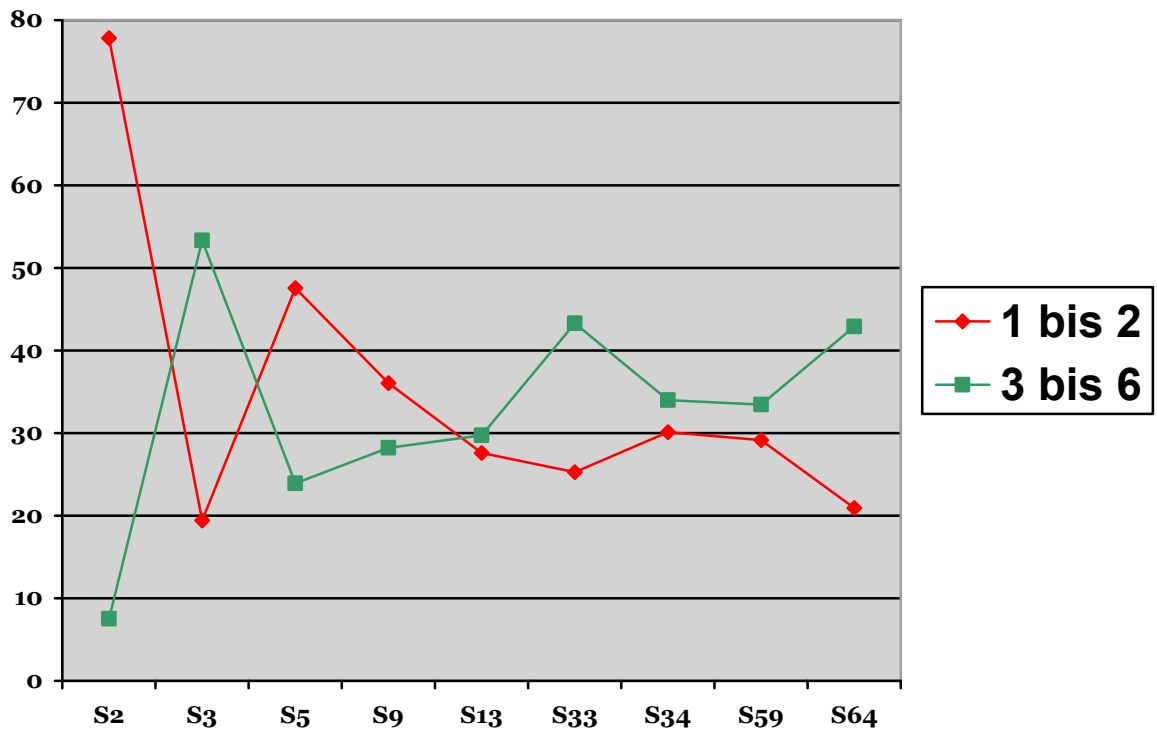


Abb. 5.9: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall A.

Während in der ersten untersuchten Sitzung (S2) Pläne der Stufen 1 und 2 noch fast 80% des Verhaltens der Klientin bestimmen, ändert sich in der darauf folgenden Sitzung (S3) bereits die Relation zwischen motivationshinderlichen und motivationsförderlichen Plänen drastisch. Sitzung 2 war der Exploration der Problematik vorbehalten. In Sitzung 3 leitete die Therapeutin eine erste Zielklärung an, in der sie Fragen nach einem anzustrebenden Zustand in der Zukunft, schon bisher aufgetretenen ähnlichen Zeiten (Ausnahmen vom Problem bzw. „hidden miracles“, s.a. Kap. 3.2.3.2) und den Stärken und hilfreichen Strategien der Klientin stellte. Die Ergebnisse unterstreichen die *hohe Bedeutsamkeit der Zielklärung* für die Förderung von Änderungsmotivation zu einem frühen Zeitpunkt der Therapie!

In den folgenden Sitzungen ist ein langsamer kontinuierlicher Anstieg der Auftretenshäufigkeit motivationsförderlicher Pläne zu beobachten bei gleichzeitiger immer seltenerer Realisierung motivationshinderlicher Pläne. In der 13. Sitzung überwiegen bereits Pläne der Stufen 3 bis 6, was sich bis zum Ende der Therapie noch etwas deutlicher ausprägt.

5.4.3 Pläne Klientin A: Änderungsmotivation – in der Beziehung A

5.4.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin A

Tabelle 5.32 bietet eine Übersicht über alle 23 konstruierten plananalytischen Kategorien für Klientin A. Aus Platzgründen werden in Tabelle 5.33 die Beschreibungen und Ankerbeispiele von nur einigen bedeutsamen Plänen aufgeführt, auf die im Folgenden näher Bezug genommen wird. Das gesamte Kategoriensystem ist wiederum dem Anhang zu entnehmen.

Pläne Klientin A/ Kategorien
Bemühe dich Antworten auf die Fragen der T zu finden (KBA)
Berichte über Misserfolge (KBM)
Beseitige Erreger (KB)
Erledige Hausaufgaben (KEH)
Finde heraus, was normal ist (KHN)
Lindere dein Leiden (KLL)
Mache Dich klein (KKL)
Sei kooperativ (KK)
Sei normal (KN)
Sichere dich ab (KS)
Sorge für das Wohlbefinden anderer (KW)
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)
Tausche Informationen aus (KIA)
Verhindere Unglück (KVU)
Vermeide Entscheidungen (KVE)
Vermeide Schmutz/ Kontamination (KVS)
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)
Zeige Dein Leiden (KZL)
Zeige Engagement (KZE)
Zeige Unsicherheit (KZU)
Zeige Veränderungspotential (KZV)
Zeige, dass Du folgst (KZF)
Rest (R)

Tab. 5.32: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin A.

Vermeide Schmutz und Kontamination (KVS)
<p>Beschreibung K differenziert saubere und schmutzige Bereiche (Schmutz = Körperflüssigkeiten, Erreger...). K vermeidet Kontamination, fasst nichts Sauberes an (auch nicht an sich selbst), wenn sie sich als schmutzig empfindet, um nichts Sauberes zu verschmutzen. Sie definiert und merkt sich Kontaminationsstellen, differenziert, wann kontaminiert wird und wann nicht, nachdem sie etwas angefasst hat.</p>
<p>Ankerbeispiele „Aber das ist immer mit dem Hintergedanken, also ich hab da keine Angst vor dem, dass die irgendwie halt Schmutz an den Händen haben, sondern dass die halt äm irgendwie Blut an den Händen haben oder was angefasst haben, wo Blut dran war oder eben sich vorher die Nase geputzt haben.“</p>

Zeige Unsicherheit (KZU)
<p>Beschreibung K zeigt Unsicherheit, um von ihrer Umwelt Fürsorge zu erhalten. Dadurch gibt sie auch die Verantwortung für die Problemlösung an T. Ihre Unsicherheit drückt sich in ihren vielen Fragen aus, die sie stellt, um einen Überblick über die aktuelle Situation zu gewinnen. Zudem entkräftigt sie die Gültigkeit ihrer Aussagen, indem sie diese nach dem Aussprechen in Frage stellt. An manchen Stellen gibt sie ihre Unsicherheit ganz offen zu.</p>
<p>Ankerbeispiele „Ich wusste nicht, wie viel da (in den Fragebogen) rein kommt.“ „Sonst kann man nichts machen. Oder?“</p>
Bemühe dich Antworten auf die Fragen der Therapeutin zu finden (KBA)
<p>Beschreibung K bemüht sich Fragen von T möglichst präzise zu beantworten. Dazu gehören auch Reflektionen über die Störung, ihr Problemverhalten, Verlauf von Übungen. KBA wird nur dann kodiert, wenn T vorher die entsprechende Frage gestellt hat. Diese Kategorie ist inhaltlichen Kategorien nachgeordnet.</p>
<p>Ankerbeispiele T: Wer ist da der Chef, der Teufel oder der Engel?/ K: /Hm, das ist schwierig zu sagen./ KZU T: /hmm/ K: /Ich denk mal der Engel./ KBA T: /Was sagt er?/ K: /Na dass, dass, ähm, ich ruhig essen kann. KBA/ Also, so sagt er es nicht, aber dass man zwischendurch auch mal so essen kann./ KBA</p>
Sei normal (KN)
<p>Beschreibung K strebt Normalität an. Im Rahmen dessen formuliert sie Ziele (z.B. die Angst vor Ansteckung zu verlieren), manchmal sogar sehr hohe (z.B. auf der Zielerreichungsskala möchte sie möglichst nah an der Zehn sein). Dies ist unter anderem motiviert durch den Wunsch, von anderen akzeptiert zu werden.</p>
<p>Ankerbeispiele „Ich denk mal, dass ich besonders sensibel bin, aber dass viele Menschen auch ziemlich sorglos sind.“</p>
Erledige Hausaufgaben (KEH)
<p>Beschreibung K berichtet was sie von den vereinbarten Hausaufgaben erledigt hat und wie sie es genau gemacht hat.</p>
<p>Ankerbeispiele T: (lacht kurz) /Fangen Sie dann mal an, mir zu beschreiben, wie Sie das gemacht haben, was nicht geklappt hat, was gut geklappt hat, wie das für Sie war. K: Naja, dann hab ich mir halt, dachte ich, das mach ich mal in der Mittagspause, wenn ich ein Brötchen oder irgendwas ess, KEH/ das hat eigentlich auch ganz gut geklappt. KEH/ Das hab ich auch gemacht, KEH /hab ich meine, hab ich die Stuhllehnen angefasst, und, und Türklinke KEH/ und dann hab ich, das Essen was ich gegessen hab halt angefasst KEH/ und hab es dann gegessen. /KEH</p>

Zeige Veränderungspotential (KZV)
<p>Beschreibung K weist auf Veränderungen und Verbesserungen in ihrem Zwangsverhalten hin. Beispielsweise hat sich der Missbrauch von Desinfektionsmitteln verbessert.</p>
<p>Ankerbeispiele „Es war mal 'ne Zeit, da bin ich ohne Desinfektionsmitteln gar nicht aus dem Haus gegangen, aber ich hab mich da auch überall desinfiziert und hab dann ständig Pilze gekriegt und dann das musst irgendwie aufhören und ich hab das jetzt nur noch für Ausnahmefälle daheim.“</p>

Tab. 5.33: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin A.

5.4.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

Tabelle 5.34 gibt die Zuordnung der Klientenpläne zu Motivationsstufen mit Hilfe des FRAME wieder.

Pläne Klientin A	Rater 1	FRAME Rater 2	Einigung
Vermeide Schmutz/ Kontamination (KVS)	1	3	1
Sichere dich ab (KS)	1	1	1
Verhindere Unglück (KVU)	2	1	1
Beseitige Erreger (KB)	1	3	1
Lindere dein Leiden (KLL)	1	3	1
Zeige Unsicherheit (KZU)	1	2	2
Zeige Dein Leiden (KZL)	2	3	2
Mache Dich klein (KKL)	2	4	2 (Z)
Vermeide Entscheidungen (KVE)	2	2	2
Bemühe dich Antworten auf die Fragen der T zu finden (KBA)	3	3	3
Finde heraus, was normal ist (KHN)	3(N)	3(N)	3 (N)
Sei normal (KN)	3	4	4 (Z)
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)	4	4	4
Berichte über Misserfolge (KBM)	4(N)	4(N)	4 (N)
Erledige Hausaufgaben (KEH)	5	5	5
Zeige Engagement (KZE)	5	5	5
Zeige Veränderungspotential (KZV)	5	6	6
Sei kooperativ (KK)	-	-	-
Zeige, dass Du folgst (KZF)	-	-	-
Tausche Informationen aus (KIA)	-	-	-
Sorge für das Wohlbefinden anderer (KW)	1	-	-
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)	-	-	-
Rest (R)	-	-	-

Tab. 5.34: Zuordnungen der Pläne der Klientin A zu den Motivationsstufen im FRAME. Pläne, die zerlegt wurden, werden mit (Z) markiert, die daraus entstandenen neuen Pläne mit (N).

Auf den ersten Blick lässt sich bereits erkennen, dass die Motivlandschaft der Klientin A alle Stufen der Veränderungsbereitschaft enthält.

Fünf Klientenpläne wurden der ersten Motivationsstufe, Automatisiertes Problemverhalten, zugeordnet: Im Falle des Waschzwangs gehören hier Berichte dazu, wie Frau A penibel genau mögliche Kontaminationen vermeidet („Vermeide Schmutz/

Kontamination“) oder neutralisiert („Beseitige Erreger“). Im Falle des Kontrollzwangs spielen Kontrollhandlungen und Rückversicherungen bei Bezugspersonen eine Rolle, um mögliches eigen verschuldetes Unglück abzuwenden („Verhindere Unglück“, „Sichere dich ab“). Auch andere Kompensationen zur Neutralisierung der Angst, z.B. durch exzessives Essen, werden hier eingereicht („Lindere dein Leiden“).

Der zweiten Stufe, Klagen, fielen die Pläne „Zeige Dein Leiden“ (Marker 2A) sowie „Zeige Unsicherheit“ und „Vermeide Entscheidungen“ zu. Letztere beinhalten Verhaltensweisen, mit denen die Klientin die Verantwortung an der Arbeit in der Therapie der Therapeutin überlassen möchte (Marker 2B).

Bei zwei Plänen („Sei normal“ und „Mache Dich klein“) stellte sich heraus, dass diese zunächst unterschiedliche Aspekte der Veränderungsbereitschaft enthielten und nur eine Zerlegung in jeweils zwei Pläne eine eindeutige Stufenzuordnung zuließ: Der Facette des Plans „Sei normal“, die das konkrete Streben der Klientin nach klaren Zielen beinhaltet, wurde die Stufe 4 „Entscheiden“ zugeordnet und weiterhin dafür diese Planbezeichnung reserviert (Marker 4A). Eine zweite Facette, in der Frau A Überlegungen zu einem eigenen neuen Normsystem anstellt, wurde dagegen unter dem Titel „Finde heraus, was normal ist“ der dritten Stufe „Reflexion und Ambivalenz“ zugewiesen (Marker 3A). Ebenso wurde vom Plan „Mache Dich klein“, der weiterhin das Klagen über ihre eigene Unfähigkeit und Selbstkritik beinhaltet sollte (Marker 2A, Stufe 2), ein anderer Aspekt unter dem neuen Namen „Berichte über Misserfolge“ getrennt: Hier erzählt die Klientin von aktiven Versuchen, Zielverhalten durchzuführen, die allerdings scheiterten oder von ihr abgewertet wurden. Dieser Plan fiel somit unter die Kriterien der vierten Motivationsstufe (Marker 4B).

„Bemühe Dich Antworten zu finden“ beinhaltet angestregtes Nachdenken der Klientin, was der dritten Stufe entspricht (Marker 3A). Bewusste Entscheidungen für Expositionen, der Ausdruck von Bereitschaft und Wille und das Setzen konkreter Ziele („Zeige Änderungsmotivation“) fiel wiederum der vierten Stufe zu (Marker 4A). Wenn Frau A über die Umsetzung der Übungen oder die Durchführung selbst entwickelter Schritte Richtung Ziel berichtet („Erledige Hausaufgaben“, „Zeige Engagement“) wurde Stufe 5, Kontrolliertes Zielverhalten, gewertet (Marker 5B). Frau A weist auch auf Veränderungen hin, die ohne bewusste Anstrengungen „passiert“ sind („Zeige Veränderungspotential“): Dieser Plan wurde der sechsten Stufe, Automatisiertes Zielverhalten zugerechnet (Marker 6B).

Auf die Entwicklung der Änderungsmotivation zu verschiedenen Zeitpunkten im Therapieverlauf wird im folgenden Abschnitt näher eingegangen.

5.4.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Für Klientin A wurden 2727 Sinneinheiten eingeschätzt, ca. 300 pro Sitzung. Ihr zurückhaltender Interaktionsstil drückt sich somit auch in den relativ wenigen Verhaltenseinheiten aus (im Vergleich zu den anderen Fällen).

Tabelle 5.35 bietet einen Überblick, wie vielen Sinneinheiten ein Plan pro Therapiesitzung zugeordnet wurde. Die Pläne sind dabei nach Häufigkeit ihres Auftretens über die gesamte Stichprobe der Sitzungen geordnet und in der Farbe ihrer Motivationsstufe gekennzeichnet.

Kategorie	S2	S3	S5	S9	S13	S33	S34	S59	S64	Σ
Sei kooperativ (KK)	8,36% (20)	18,66% (50)	12,13% (37)	12,93% (38)	8,41% (28)	9,76% (32)	9,39% (34)	11,59% (35)	11,49% (34)	11,29% (308)
Zeige, dass Du folgst (KZF)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	14,97% (44)	16,82% (56)	13,72% (45)	16,85% (61)	15,89% (48)	13,51% (40)	10,78% (294)
Sei normal (KN)	3,35% (8)	35,07% (94)	23,93% (73)	16,33% (48)	2,40% (8)	1,52% (5)	0,83% (3)	1,32% (4)	4,73% (14)	9,42% (257)
Zeige Unsicherheit (KZU)	7,95% (19)	9,70% (26)	6,56% (20)	4,76% (14)	6,60% (22)	7,62% (25)	8,29% (30)	9,27% (28)	9,12% (27)	7,74% (211)
Zeige Dein Leiden (KZL)	7,95% (19)	1,49% (4)	13,11% (40)	13,27% (39)	8,70% (29)	5,18% (17)	9,39% (34)	3,64% (11)	4,05% (12)	7,52% (205)
Zeige Veränderungspotential (KZV)	4,18% (10)	18,28% (49)	0% (0)	0% (0)	0,90% (3)	9,45% (31)	9,12% (33)	6,95% (21)	11,49% (34)	6,64% (181)
Mache Dich klein (KKL)	4,18% (10)	1,12% (3)	3,28% (10)	4,42% (13)	3,90% (13)	5,79% (19)	5,52% (20)	15,23% (46)	7,77% (23)	5,76% (157)
Tausche Informationen aus (KIA)	1,67% (4)	4,10% (11)	5,90% (18)	6,46% (19)	9,60% (32)	4,27% (14)	5,52% (20)	4,64% (14)	6,76% (20)	5,57% (152)
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	4,76% (14)	4,20% (14)	12,20% (40)	11,88% (43)	4,97% (15)	8,45% (25)	5,54% (151)
Vermeide Schmutz/ Kontamination (KVS)	36,40% (87)	1,12% (3)	3,28% (10)	9,52% (28)	0,30% (1)	3,96% (13)	1,66% (6)	0,66% (2)	0% (0)	5,50% (150)
Bemühe dich Antworten zu finden (KBA)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	8,71% (29)	7,93% (26)	3,59% (13)	11,26% (34)	10,81% (32)	4,91% (134)
Erledige Hausaufgaben (KEH)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	11,11% (37)	8,23% (27)	1,66% (6)	4,64% (14)	0,68% (2)	3,15% (86)
Finde heraus, was normal ist (KHN)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	7,14% (21)	0% (0)	3,96% (13)	6,08% (22)	1,32% (4)	6,42% (19)	2,90% (79)
Sichere dich ab (KS)	5,02% (12)	4,85% (13)	1,64% (5)	3,40% (10)	0,90% (3)	2,74% (9)	3,59% (13)	0,33% (1)	0% (0)	2,42% (66)
Verhindere Unglück (KVU)	0% (0)	0% (0)	14,10% (43)	0% (0)	5,70% (19)	0% (0)	0,55% (2)	0% (0)	0% (0)	2,35% (64)
Berichte über Misserfolge (KBM)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	6,90% (23)	2,44% (8)	1,38% (5)	4,64% (14)	1,35% (4)	1,98% (54)
Beseitige Erreger (KB)	16,32% (39)	1,12% (3)	1,31% (4)	0,68% (2)	0,60% (2)	0% (0)	0,55% (2)	0% (0)	0% (0)	1,91% (52)
Sorge für das Wohlbefinden anderer (KW)	2,93% (7)	3,36% (9)	7,87% (24)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,33% (1)	0% (0)	1,50% (41)
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)	0,84% (2)	0,37% (1)	2,30% (7)	0,68% (2)	0,90% (3)	1,22% (4)	2,76% (10)	0,33% (1)	2,36% (7)	1,36% (37)
Zeige Engagement (KZE)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	2,40% (8)	0% (0)	0,83% (3)	2,98% (9)	0,34% (1)	0,77% (21)
Lindere dein Leiden (KLL)	0% (0)	0% (0)	2,30% (7)	0% (0)	0,90% (3)	0% (0)	0,55% (2)	0% (0)	0% (0)	0,44% (12)
Rest (KR)	0,84% (2)	0,74% (2)	0,33% (1)	0,68% (2)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,68% (2)	0,33% (9)
Vermeide Entscheidungen (KVE)	0% (0)	0% (0)	1,97% (6)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0,22% (6)
Σ	239	268	305	294	333	328	362	302	296	2727

Tab. 5.35: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall A pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Die am häufigsten realisierten Pläne passen zu dem beschriebenen dependenten Stil der Klientin: „Sei kooperativ“ beinhaltet die hohe Bereitschaft der Klientin, sich anzupassen und Vorschlägen der Therapeutin Folge zu leisten. In ähnlicher Weise bekundet Frau A mit „Zeige, dass Du folgst“, dass sie die Ausführungen der Therapeutin nachvollzieht. Der Plan „Sei normal“ fasst die Vorsätze der Klientin zusammen, Zielverhalten anzugehen, was u.a. mit dem Wunsch verbunden ist, von anderen akzeptiert zu werden. Weiter auffällig ist das hohe Auftreten von Plänen der Stufe 2 Klagen (Zeige Unsicherheit, Zeige Dein Leiden, Mache Dich klein), mit denen Frau A eigenes Verhalten kritisiert und in Frage stellt und dabei Verantwortung abgeben will. Dieser Ruf nach Hilfe kann u.a. auch dazu dienen, den Helfer zu binden und somit dem übergroßen Bedürfnis nach Bindung nachzukommen.

In der folgenden Abbildung 5.10 werden alle Pläne einer Veränderungsstufe zusammengefasst und der Verlauf ihrer Auftretenshäufigkeiten über die Therapiesitzungen hinweg dargestellt.

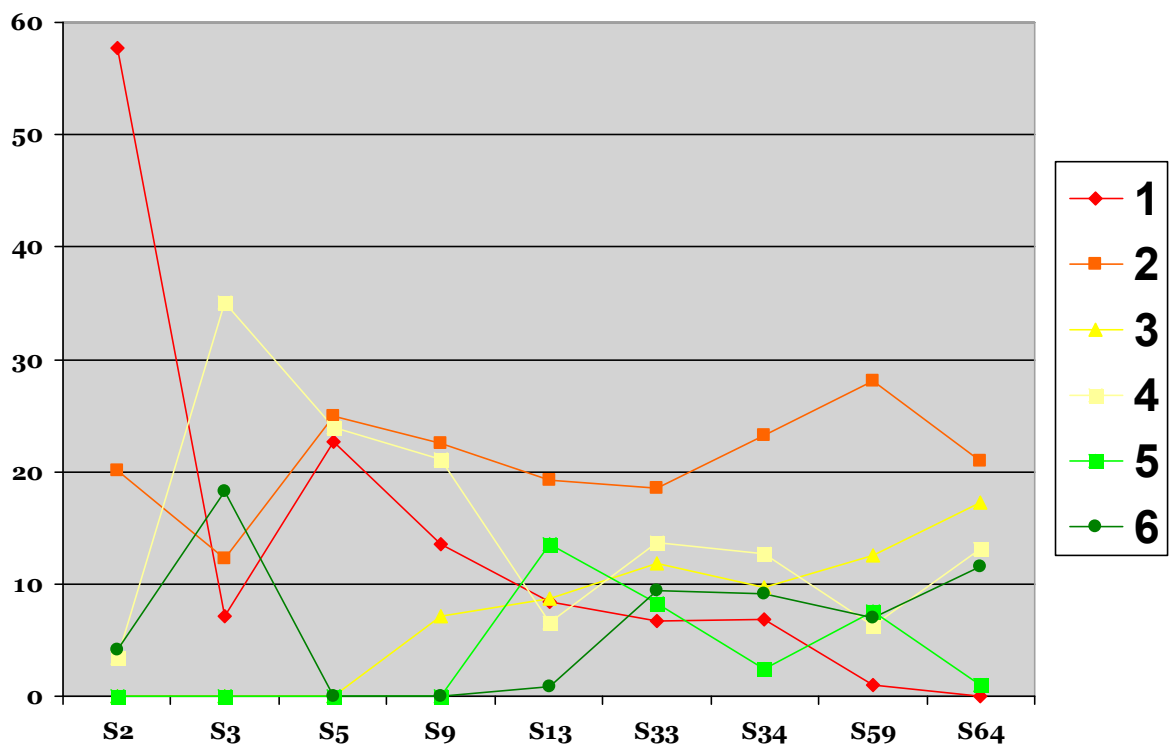


Abb. 5.10: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall A.

Zu allen erhobenen Zeitpunkten des Therapieverlaufs werden von der Klientin sowohl Pläne der unteren zwei Stufen als auch der höheren Stufen realisiert – wenn auch natürlich jeweils in unterschiedlichem Ausmaße. Wenn z.B. in der ersten untersuchten

Sitzung automatisiertes Problemverhalten und Klagen deutlich überwiegen, zeigen sich jedoch auch hier schon erste minimale Ansätze der Klientin, sich für eine Änderung zu entscheiden (Stufe 4), und über Ausnahmen vom Problem zu sprechen (Stufe 6, Automatisiertes Zielverhalten).

Berichte über automatisiertes Problemverhalten nehmen im Laufe der Therapie kontinuierlich ab (rote Linie). Dagegen nehmen Reflexionen über das eigene Verhalten stetig zu (gelbe Linie). In der Mitte der Therapie spielt kontrolliertes Zielverhalten eine größere Rolle (z.B. der Plan „Erledige Hausaufgaben“), das sich zunehmend in automatisiertem Zielverhalten äußert. Beachtenswert ist aber auch, dass bereits in den ersten Stunden der Klientin die Gelegenheit gegeben wird, über Ausnahmen vom Problem zu berichten (Stufe 6).

Die durchwegs relativ *häufige Realisierung von Entscheidungsplänen* überrascht zunächst (hellgelbe Linie); diese Phase erschien in früherer Forschung (Keller, Velicer & Prochaska, 1999) eher als eine sehr kurz auftretende Übergangsphase. Wie bereits im erfolgreichen Fall G beschrieben, entscheidet sich auch Klientin A fortwährend dafür, ihr Verhalten in Richtung Ziel zu ändern.

Das Bedürfnis zu klagen (FRAME Stufe 2) scheint über den Verlauf konstant zu bleiben. Möglicherweise drückt sich hier wie oben beschrieben ein Anteil eines (dependenten) Persönlichkeitsstils der Klientin aus (Zeige Unsicherheit, Mache Dich klein). Trotz dieser Gewohnheit, (über sich) zu klagen, überwiegen in Mitte und Ende der Therapie Klientenpläne der höheren Stufen in ihrer Gesamtheit (s. Abb. 5.9).

5.4.3.4 Fazit

Der ausgeprägte *Persönlichkeitsstil* von Klientin A drückt sich deutlich in den häufigsten Plänen aus: Neben der hohen Kooperationsbereitschaft und dem Streben, normal zu sein, sticht v.a. das *Klagen* über sich heraus: Der Tendenz der Klientin, Verantwortung an die Therapeutin abzugeben, nicht nachzukommen, und die Selbstabwertungen in ein positives Bild von sich zu wenden, stellten möglicherweise die größten *Herausforderungen* in der Therapie dar.

Die durchgehend *hohe Realisierung von Entscheidungsplänen* spricht für eine gelungene Annahme von Verantwortung im Laufe der langen Therapie. Das Verhältnis der motivationshinderlichen zu den motivationsförderlichen Klientenplänen wendet sich und die *Änderungsmotivation steigt*. Das Durchschreiten der Stufen bildet sich dabei weniger deutlich ab als im Fall G: Zwar werden schwerpunktmäßig in der Frühphase eher Entscheidungs- und Reflexionspläne realisiert, denen erst in der mittleren und späteren Phase Pläne zur konkreten Umsetzung in Verhalten folgen, zu diesen Zeitpunkten bleiben die Entscheidungs- und Reflexionspläne aber weiter *gleichzeitig* aktualisiert.

Zu jedem Zeitpunkt der Therapie realisiert die Klientin sowohl motivationshinderliche wie auch motivationsförderliche Pläne, wenn auch in deutlich unterschiedlichem Ausmaße, was wiederum die *Bedeutsamkeit des Konzepts von Ambivalenz als Normalfall* wie das der *prozesshaften, kontinuierlichen Veränderung* unterstreicht.

Der *Zielklärung zu Therapiebeginn* kommt besondere motivationale Bedeutung zu: Bereits in den ersten Sitzungen der Therapie zeigt sich eine drastische Umkehrung der Auftretenshäufigkeiten von Plänen der unteren Stufen zu Plänen der Stufen 4 Entscheiden und 6 Automatisiertes Zielverhalten: Das konkrete Vorstellen einer erwünschten Zukunft scheint der Klientin zu helfen, bereits erzielte Erfolge bzw. Ausnahmen vom Problem zu erkennen und sich konkrete erste Schritte überlegen zu können.

5.4.4 Pläne Therapeutin T2: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.4.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T2

Für Therapeutin T2 wurden 24 Kategorien konstruiert, um ihr Verhalten gegenüber Klientin A zu erfassen. Tabelle 5.36 listet die Pläne in alphabetischer Reihenfolge auf.

Pläne Therapeutin T2/ Kategorien
Besprich Hausaufgaben (TBH)
Exploriere die Welt der Klientin (TEW)
Exploriere Ziele (TEZ)
Führe die Klientin (TFK)
Hilf der Klientin (THK)
Informiere die Klientin (TIK)
Kläre Organisatorisches (TOR)
Lasse die Klientin arbeiten (TLA)
Motiviere die Klientin (TMK)
Nimm Angst (TNA)
Nimm Rücksicht (TNR)
Nimm teil (TNT)
Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)
Sei humorvoll (TH)
Sei transparent (TTR)
Strukturiere die Therapie (TST)
Suche eine persönliche Ebene (TP)
Suche nach Ressourcen (TER)
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)
Thematisiere Gefühle (TTG)
Würdige die Klientenrolle (TWK)
Zeige Unvollkommenheit (TZU)
Rest (R)

Tab. 5.36: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall A.

Einige Therapeutenpläne werden in Tabelle 5.37 mit Beschreibungen und Ankerbeispielen dargestellt. Die Auswahl beschränkt sich auf Pläne, die die weiter unten ausgeführten Plankomplexe m.E. am besten repräsentieren. Für das gesamte Kategoriensystem wird auf den Anhang verwiesen.

Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)
<p>Beschreibung T gibt K die Möglichkeit der direkten Einflussnahme auf die Therapie, gibt ihr das Gefühl der Mitbestimmung und Mitgestaltung der Therapie. T weist auf (Entscheidungs-)Freiheiten hin und sagt, was ihr alles egal ist. T erfragt u. a. zeitliche Vorstellungen von K über die Dauer der Therapie. Auch das Einfordern eines nochmaligen Einverständnis oder einer Bestätigung der Aussage von K fällt in diese Kategorie. T orientiert sich sehr an den Bedürfnissen von K.</p>
<p>Ankerbeispiele K: hmhm. okay. T: okay? „Das ist mir ganz egal, wie wir das machen.“</p>
Schlage Aktivitäten vor (TSA)
<p>Beschreibung T gibt und erklärt Hausaufgaben, konkrete Anweisungen, macht Vorschläge. Häufig regt sie K dazu an, ihre Kontaminationsängste zu überwinden. T ist direktiv, ist jedoch bei sensibleren Themen behutsam. T antwortet auf Fragen von K, ob sie etwas tun soll. Auch Anweisungen bezüglich Hausaufgaben/Übungen werden mit TSA codiert.</p>
<p>Ankerbeispiele „schreiben Sie mal auf“</p>
Nimm Angst (TNA)
<p>Beschreibung T macht K klar, dass sie keine Angst haben muss, überfordert oder gar gefährdet zu werden. Auch beruhigende Aussagen von T zum Thema „Kamera“ werden hiermit codiert.</p>
<p>Ankerbeispiele " wir machen auf jeden Fall, das habe ich Ihnen ja letztes Mal schon versprochen, wir machen keine Sachen, die wirklich objektiv gefährlich sind“ „ich werd Sie nicht dazu zwingen, irgendwelche Sachen zu machen“</p>
Exploriere Ziele (TEZ)
<p>Beschreibung In diese Kategorie fällt die Wunderfrage mit allen Einzelheiten: sämtliche Fragen (auch solche, die der besseren Imagination dienen) und Imaginationsanweisungen, die dem Informationsgewinn bezogen auf Ziele dienen, werden mit TEZ codiert. T fragt direkt nach Zielen und Vorstellungen einer erfolgreichen Therapie. T nutzt einen Zielerfassungsbogen und Skalenfragen, welche alle mit TEZ codiert werden. Auch die Erklärung des Zielerfassungsbogens wird mit TEZ codiert. T erfragt ihre Wünsche, auch wenn diese im Rahmen der Therapie nicht direkt erfüllbar sind.</p>
<p>Ankerbeispiele " wo würden Sie denn sich im Moment eintragen, / wo stehen Sie jetzt gerade, / zwischen der Null und der Zehn, wo würden Sie sagen ungefähr, also die eins, die zwei, kann auch zwei Komma fünf, sieben Komma fünf? "</p>

Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)
Beschreibung Direkte Frage: T erfragt schwierige Situationen, versucht, möglichst konkrete Beispiele zu explorieren und erfragt Details, Gedanken, Gefühle, Ausprägung, „was wäre wenn...“, Hindernisse zur Zielerreichung oder sie fordert auf, zu erzählen. (...) T interessiert sich außerdem dafür, ob es Probleme bei der Erledigung der Hausaufgaben gab. (...)
Ankerbeispiele „was für Gedanken gehen Ihnen da dann durch den Kopf?“

Tab. 5.37: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall A.

5.4.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Kategorien	S2	S3	S5	S9	S13	S33	S34	S59	S64	Σ
Nimm teil (TNT)	19,30% (99)	12,31% (58)	9,77% (47)	12,24% (70)	21,14% (108)	26,42% (149)	20,42% (125)	31,43% (149)	29,18% (145)	20,23% (950)
Strukturiere die Therapie (TST)	15,01% (77)	12,10% (57)	15,18% (73)	18,53% (106)	14,09% (72)	13,12% (74)	18,30% (112)	12,45% (59)	16,70% (83)	15,19% (713)
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	18,91% (97)	1,49% (7)	5,61% (27)	7,87% (45)	7,44% (38)	5,67% (32)	7,52% (46)	10,76% (51)	4,83% (24)	7,82% (367)
Kläre Organisatorisches (TOR)	6,43% (33)	5,94% (28)	15,18% (73)	8,92% (51)	3,52% (18)	2,30% (13)	5,56% (34)	3,16% (15)	8,65% (43)	6,56% (308)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	7,02% (36)	7,86% (37)	5,82% (28)	6,99% (40)	9,20% (47)	3,19% (18)	8,82% (54)	1,69% (8)	1,21% (6)	5,84% (274)
Exploriere Ziele (TEZ)	0,58% (3)	24,84% (117)	4,16% (20)	5,77% (33)	0,78% (4)	1,60% (9)	2,61% (16)	2,11% (10)	1,81% (9)	4,71% (221)
Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)	1,95% (10)	4,46% (21)	2,49% (12)	8,39% (48)	3,91% (20)	4,08% (23)	7,19% (44)	4,64% (22)	1,61% (8)	4,43% (208)
Würdige die Klientenrolle (TWK)	1,95% (10)	6,37% (30)	3,12% (15)	3,67% (21)	0,00% (0)	7,98% (45)	3,43% (21)	0,84% (4)	3,82% (19)	3,51% (165)
Sei transparent (TTR)	3,70% (19)	0,85% (4)	2,91% (14)	5,77% (33)	4,11% (21)	1,06% (6)	2,29% (14)	3,38% (16)	5,43% (27)	3,28% (154)
Informiere die Klientin (TIK)	0,39% (2)	0,85% (4)	5,20% (25)	3,32% (19)	10,18% (52)	2,66% (15)	1,63% (10)	0,21% (1)	3,42% (17)	3,09% (145)
Lasse die Klientin arbeiten (TLA)	2,92% (15)	1,49% (7)	1,46% (7)	1,75% (10)	1,76% (9)	6,38% (36)	2,61% (16)	5,70% (27)	3,02% (15)	3,02% (142)
Besprich Hausaufgaben (TBH)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	5,48% (28)	5,85% (33)	5,23% (32)	3,38% (16)	3,82% (19)	2,73% (128)
Restkategorie (TR)	1,75% (9)	3,40% (16)	2,08% (10)	3,32% (19)	4,11% (21)	2,84% (16)	3,10% (19)	1,69% (8)	1,01% (5)	2,62% (123)
Suche eine persönliche Ebene (TP)	2,92% (15)	1,49% (7)	1,04% (5)	2,27% (13)	0,98% (5)	3,19% (18)	3,10% (19)	3,59% (17)	3,22% (16)	2,45% (115)
Führe die Klientin (TFK)	1,56% (8)	1,91% (9)	8,52% (41)	1,22% (7)	2,35% (12)	3,19% (18)	1,63% (10)	0,00% (0)	1,01% (5)	2,34% (110)
Hilf der Klientin (THK)	4,68% (24)	0,21% (1)	0,83% (4)	1,57% (9)	1,17% (6)	1,77% (10)	1,47% (9)	1,69% (8)	6,84% (34)	2,24% (105)
Thematisiere Gefühle (TTG)	1,36% (7)	2,12% (10)	4,16% (20)	1,40% (8)	0,39% (2)	1,42% (8)	0,33% (2)	5,49% (26)	1,41% (7)	1,92% (90)
Exploriere die Welt der Klientin (TEW)	1,95% (10)	0,00% (0)	5,20% (25)	2,45% (14)	1,37% (7)	2,13% (12)	2,45% (15)	1,05% (5)	0,40% (2)	1,92% (90)
Suche nach Ressourcen (TER)	0,78% (4)	7,64% (36)	0,21% (1)	0,00% (0)	0,98% (5)	2,48% (14)	0,33% (2)	3,59% (17)	1,21% (6)	1,81% (85)
Nimm Angst (TNA)	2,73% (14)	1,06% (5)	0,00% (0)	2,45% (14)	3,72% (19)	0,00% (0)	0,98% (6)	0,84% (4)	0,00% (0)	1,32% (62)
Nimm Rücksicht (TNR)	2,53% (13)	0,85% (4)	1,87% (9)	1,05% (6)	0,98% (5)	1,42% (8)	0,00% (0)	2,11% (10)	0,80% (4)	1,26% (59)
Sei humorvoll (TH)	0,78% (4)	1,49% (7)	1,87% (9)	0,00% (0)	0,20% (1)	1,06% (6)	0,33% (2)	0,21% (1)	0,60% (3)	0,70% (33)
Motiviere die Klientin (TMK)	0,00% (0)	1,27% (6)	1,04% (5)	0,52% (3)	2,15% (11)	0,18% (1)	0,65% (4)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,64% (30)
Zeige Unvollkommenheit (TZU)	0,78% (4)	0,00% (0)	2,29% (11)	0,52% (3)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,38% (18)
Σ	513	471	481	572	511	564	612	474	497	4695

Tab. 5.38: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall A pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Die relativen und absoluten Häufigkeiten jedes einzelnen Therapeutenplans pro Sitzung und über den Gesamtverlauf sind in Tabelle 5.38 aufgeführt. Insgesamt wurden 4695 Sinneinheiten Therapeutenpläne zugewiesen, etwa 500 pro Sitzung. Die Therapeutin nimmt somit deutlich mehr Raum ein als die Klientin.

5.4.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Die Auftretenshäufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und der dazugehörigen Pläne werden in Tabelle 5.39 dargestellt.

Verantwortungsübergabe	29,72%
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	7,82%
Exploriere Ziele (TEZ)	4,71%
Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)	4,43%
Sei transparent (TTR)	3,28%
Lasse die Klientin arbeiten (TLA)	3,02%
Besprich Hausaufgaben (TBH)	2,73%
Exploriere die Welt der Klientin (TEW)	1,92%
Suche nach Ressourcen (TER)	1,81%

Unterstützung	29,34%
Strukturiere die Therapie (TST)	15,19%
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	5,84%
Informiere die Klientin (TIK)	3,09%
Führe die Klientin (TFK)	2,34%
Hilf der Klientin (THK)	2,24%
Motiviere die Klientin (TMK)	0,64%

Anerkennung des Leids	2,58%
Nimm Angst (TNA)	1,32%
Nimm Rücksicht (TNR)	1,26%

Tab. 5.39: Pläne der Therapeutin T2 im Fall A im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Auf den ersten Blick fällt die nahezu identische Auftretenshäufigkeit von Plänen der Verantwortungsübergabe und der Unterstützung auf. Wie im erfolgreichen Fall G *hält die Therapeutin die Waage zwischen fordernden und fördernden Beziehungsangeboten*. Anerkennung des Leids spielt wiederum eine sehr untergeordnete Rolle.

Zentrale Kategorien des Plankomplexes „Verantwortungsübergabe“ im Fall A sind die Pläne „Räume Entscheidungsspielraum ein“ und „Lasse die Klientin arbeiten“: Klientin A zeigt sich oft unsicher und möchte am liebsten keine Entscheidungen treffen, sondern auf Vorschläge der Therapeutin warten. Die Kategorien wurden codiert, wenn die Therapeutin sich für die Entscheidungen der Klientin interessiert oder sie als Reaktion auf unsicheres Verhalten nach Entscheidungen fragt, sie selbst nachdenken und therapeutische Schritte entwickeln lässt. Mit der Exploration von störungsbezogenen Informationen, Zielen, Umfeld und Erfahrungen („Welt“) und Ressourcen gibt die Therapeutin die Verantwortung für die Arbeit an Inhalten der Therapie ebenso an die Klientin ab, die nachdenken und entwickeln muss. „Besprich Hausaufgaben“ macht die Klientin für die Umsetzung ihrer Entscheidungen zwischen den Sitzungen verantwortlich. Die Erklärung der Vorgehensweise in der Therapie („Sei transparent“) ermächtigt die Klientin, eigene Entscheidungen treffen zu können.

Therapeutin T2 realisiert aber auch Pläne, die Unterstützung anbieten, zum Teil auf sehr direkte Weise: Sie gibt konkrete Hausaufgaben, Anweisungen und Vorschläge („Schlage Aktivitäten vor“), unterrichtet über Expertenwissen („Informiere die Klientin“) oder gibt vor, was als nächstes zu tun ist („Führe die Klientin“). Weniger direktiv unterstützt die Therapeutin Frau A beim Nachdenken durch Aktives Zuhören II („Hilf der Klientin“) oder Ermutigungen („Motiviere die Klientin“). Das Lenken des Gesprächs („Strukturiere die Therapie“) fällt ebenso unter diesen Komplex.

„Anerkennung für das Leid“ zeigt die Therapeutin durch einen vorsichtigen Umgang mit der Klientin: Sie beruhigt die Klientin („Nimm Angst“) oder akzeptiert therapiehinderliche Seiten der Klientin wie ihre Kontaminationsängste oder ihre Bequemlichkeit („Nimm Rücksicht“).

In der folgenden Abbildung sind die relativen Häufigkeiten der beschriebenen Plankomplexe über den Verlauf der untersuchten Sitzungen skizziert.

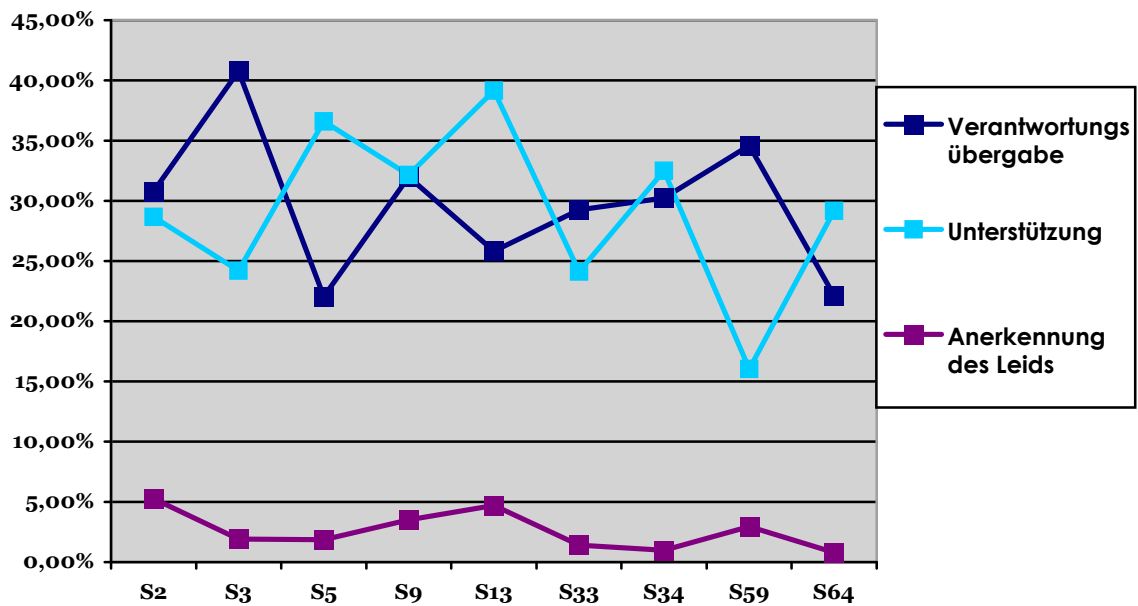


Abb. 5.11: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall A.

Verantwortung übergebende und unterstützende Therapeutenpläne bestimmen in 5 der 9 untersuchten Sitzungen in ähnlicher Häufigkeit das Therapeutenverhalten. In Sitzung S3 gibt die Therapeutin am stärksten Verantwortung ab; zu diesem Zeitpunkt werden von der Klientin die häufigsten Entscheidungspläne realisiert.

Bereits zu Therapiebeginn lässt die Therapeutin Frau A arbeiten: Sie gibt Frau A viel Raum, über Fragen (z.B. zur Zielklärung) nachzudenken und wartet Antworten ab. Auch wenn sich die Klientin noch sehr wenig zutraut, stellt ihre hohe Kooperationsbereitschaft eine wichtige Ressource dar (siehe der stärkste Klientenplan „Sei kooperativ“): Die Therapeutin nutzt die Gewohnheit der Klientin, sich anzupassen, so dass diese sich auf einen von ihr angeleiteten Selbsterforschungsprozess einlässt, herauszufinden, was sie eigentlich selbst will. Gerade beim Klären von eigenen Zielen stieg die Änderungsmotivation am stärksten an.

Obwohl die Therapeutin Frau A so schon in der Anfangsphase fordert, spielt in den ersten Sitzungen der zweite Teil des Spannungsfeldes, der Plankomplex „Unterstützung“, eine große Rolle. Fallen Frau A auch nach größerer Anstrengung keine Antworten ein, gibt die Therapeutin z.B. den Satzanfang vor, fasst bereits erarbeitete Ideen zusammen oder fragt leicht suggestiv nach.

Die schüchterne, angepasste, sehr kindlich wirkende Klientin hätte die Therapeutin noch zu einer stärkeren Einnahme einer Expertinnen- und Ratgeberinnen-Rolle verführen können, was sich in einer häufigeren Realisierung von „Unterstützung“ ausgedrückt hätte. Es lässt sich annehmen, dass ein Eingehen der Therapeutin auf das

für die Klientin gewohnte Interaktionsmuster „für sich nicht verantwortliches Kind – alles entscheidende Expertin“ den Reflexions- und v.a. Entscheidungsplänen der Klientin kaum Gelegenheit zur Realisierung gegeben hätte.

Die aus Fall G abgeleitete Hypothese kann auch für Fall A beibehalten werden: Eine *Balance zwischen Verantwortungsübergabe und Unterstützung* scheint zur Förderung von Änderungsmotivation hilfreich zu sein. Therapeutin T2 realisiert das Übergeben von Verantwortung v.a. durch stetiges Fragen und durch ihr Interesse an und das Fordern von Entscheidungen. Die Klientin geht darauf ein mit einer starken Realisierung von *Entscheidungsplänen*. Gerade die *Zielklärung zu Therapiebeginn* gibt diesen viel Raum. Ein *dependeter Interaktionsstil* von Klienten birgt die *Chance kooperativen Eingehens* auf „Forderungen“ der Therapeutin und die *Gefahr, zu viel Unterstützung zu provozieren*.

5.4.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

Ressourcenfokus	18,12%
Exploriere Ziele (TEZ)	4,71%
Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)	4,43%
Würdige die Klientenrolle (TWK)	3,51%
Lasse die Klientin arbeiten (TLA)	3,02%
Suche nach Ressourcen (TER)	1,81%
Motiviere die Klientin (TMK)	0,64%

Problemfokus	10,91%
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	7,82%
Informiere Klientin (TEX)	3,09%

Tab. 5.40: Pläne der Therapeutin T2 im Fall A im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Die Gegenüberstellung des inhaltlichen Fokus der Therapeutenpläne in Tabelle 5.40 zeigt eine häufigere Realisierung Ressourcenfokussierender zu Problemfokussierenden Therapeutenplänen.

Durch den Fokus auf eine anzustrebende Zukunftsvision („Exploriere Ziele“) und zukünftige kleine Schritte dahin („Motiviere die Klientin“), das Herausarbeiten von Schritten durch die Klientin („Lasse die Klientin arbeiten“), das Interesse an Entscheidungen der Klientin („Räume Entscheidungsspielraum ein“), direkte („Würdige die Klientenrolle“) wie indirekte Komplimente („Suche nach Ressourcen“) lenkt die Therapeutin die Aufmerksamkeit auf Ressourcen der Klientin.

Die Exploration der Beschwerden wird dagegen dem Problemfokus zugerechnet. Der Plan „Informiere die Klientin“ beinhaltet u.a. eigene Aussagen der Therapeutin zu Zwang und Normalität und wurde ebenso zu Problemfokus gezählt.

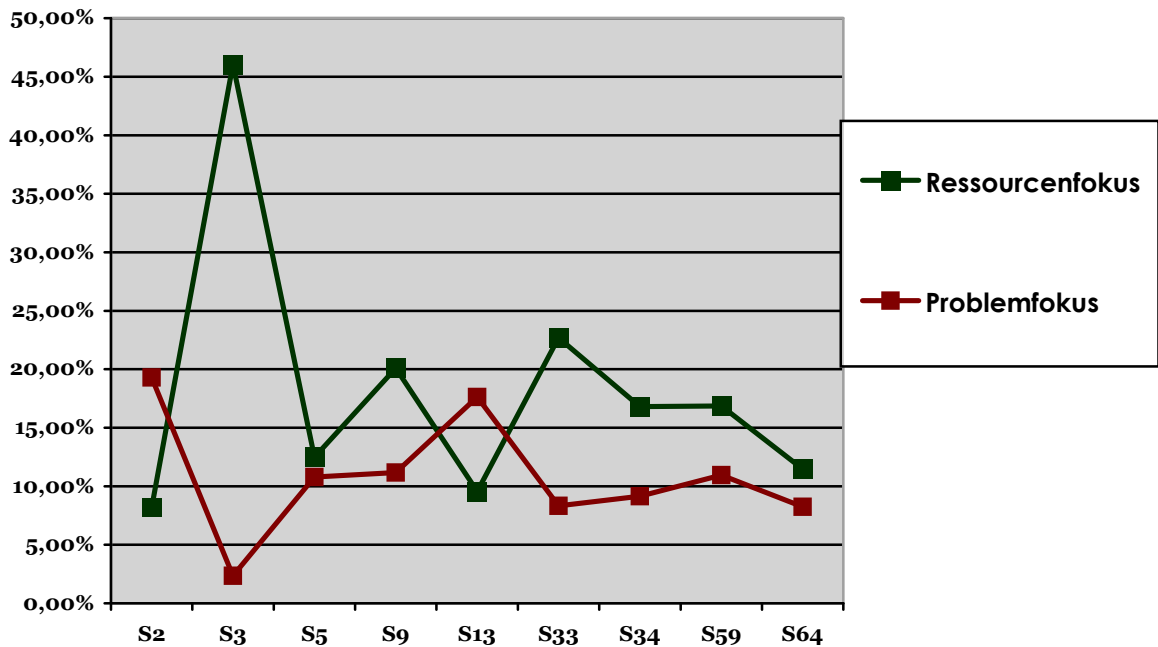


Abb. 5.12: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall A.

Aus Abbildung 5.12 wird deutlich, dass der Ressourcenfokus in 7 der 9 Sitzungen den Problemfokus überwiegt.

Ein deutlicher Wechsel ist von der zweiten zur dritten Sitzung zu erkennen: Während zunächst die Problemexploration im Vordergrund steht, geht die Therapeutin in der 3. Sitzung zu einer ausführlichen Zielklärung mit anschließender Exploration von Ausnahmen und Ressourcen über. Betrachtet man Abbildung 5.10 (Kap. 5.4.3.3) lässt sich ein ebenso deutlicher Wechsel auf Klientenseite feststellen: Pläne der Stufen 1 und 2 nehmen von der zweiten zur dritten Sitzung massiv ab, wohingegen Pläne der Stufen 4 und 6 deutlich zunehmen: Die Klientin bekommt durch das Angebot, eine Zielvision zu konstruieren, die Gelegenheit sich wieder zu entscheiden, durch die Fragen nach Ausnahmen bzw. „hidden miracles“ kann sie bereits erreichte Schritte bewusst machen. Die große Bedeutung der Zielklärung für die Änderungsmotivation wird durch diese Ergebnisse eindrucksvoll unterstrichen.

Auch im weiteren Verlauf fokussiert die Therapeutin auf Ressourcen: Durch immer wiederkehrende Fragen nach ihrem Ziel hilft sie Frau A eine andere Perspektive einzunehmen; Fragen des Typs „Wie haben Sie das geschafft? Wie haben Sie sich

überwunden, der Angst zu stellen?“ geben der Klientin Platz zum Nachdenken über ihre Stärken.

Im Vergleich zu Fall G fällt die Diskrepanz zwischen Ressourcen- und Problemfokus weniger deutlich aus, die Änderungsmotivation steigt aber auch weniger stark an: Es lässt sich vermuten, dass ein noch konsequenterer Ressourcenfokus den Klientenplänen der Stufen 3 bis 6 noch mehr Raum geboten und denen der Stufen 1 und 2 noch mehr Raum genommen hätte, also einen deutlicheren Anstieg der Änderungsmotivation mit sich bringen hätte können.

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit denen der bisher beschriebenen Fälle G und D: *Ressourcenfokus* scheint bedeutsam für eine Steigerung der Änderungsmotivation.

5.5 Fall B

5.5.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin

5.5.1.1 Klientin B: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Frau B, eine angehende Studentin Anfang 20, hatte bereits eine kürzlich abgebrochene Therapie hinter sich, als sie sich an der Ambulanz anmeldete. Hauptanlass der Therapie waren ihre sehr zeitintensiven Wiederholungs- und Kontrollzwänge: Frau B musste viele alltägliche Tätigkeiten, wie z.B. Betten beziehen, ankleiden oder kämmen, in einem bestimmten Rhythmus so lange ausführen, bis sich ein Gefühl des Wohlbefindens einstellte. Aus dem gleichen Grund wiederholte die Klientin bestimmte Wörter oder Zahlen gedanklich. Im Laufe der Therapie berichtete sie zudem von ihrer Angst, alleine aus dem Haus zu gehen oder sich in größere Ansammlungen von Menschen zu begeben (z.B. dem Vorlesungssaal).

Die Therapie wurde mit der Diagnose „Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen“ (F42.1 nach ICD-10) beantragt. Dem Verlängerungsantrag wurde die Diagnose „Agoraphobie ohne Panikstörung“ (F40.0) hinzugefügt.

5.5.1.2 Therapeutin T2: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Therapeutin T2 wurde bereits im vorherigen Kapitel 5.4 beschrieben. Zum Zeitpunkt der Therapie B befand sie sich allerdings in einem früheren Abschnitt ihrer Ausbildung.

5.5.2 Ergebnis

5.5.2.1 Outcomedaten

Es wurde zunächst eine Langzeittherapie von 45 Sitzungen beantragt, die um weitere 15 Sitzungen verlängert wurde. Die Therapie dauerte ca. ein Jahr und wurde von der Therapeutin nach der 55. Sitzung abgebrochen: Sie erklärte sich selbst als hilflos, weil sie keine Änderungsmotivation der Klientin erkennen konnte. Frau B erschien nicht mehr zur Abschluss Sitzung, so dass keine zweite Messung durchgeführt werden konnte. Aufgrund des Abbruchs wurde der Fall als „nicht erfolgreich“ in die Stichprobe mit aufgenommen.

5.5.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

Zu 7 der 9 untersuchten Sitzungen realisierte die Klientin Pläne der ersten beiden Motivationsstufen deutlich häufiger als Pläne der Stufen 3 bis 6. Zu Sitzung 9 ist das Verhältnis ausgeglichen, in der letzten Sitzung 55 kehrt es sich sogar um (s. Abb.5.13).

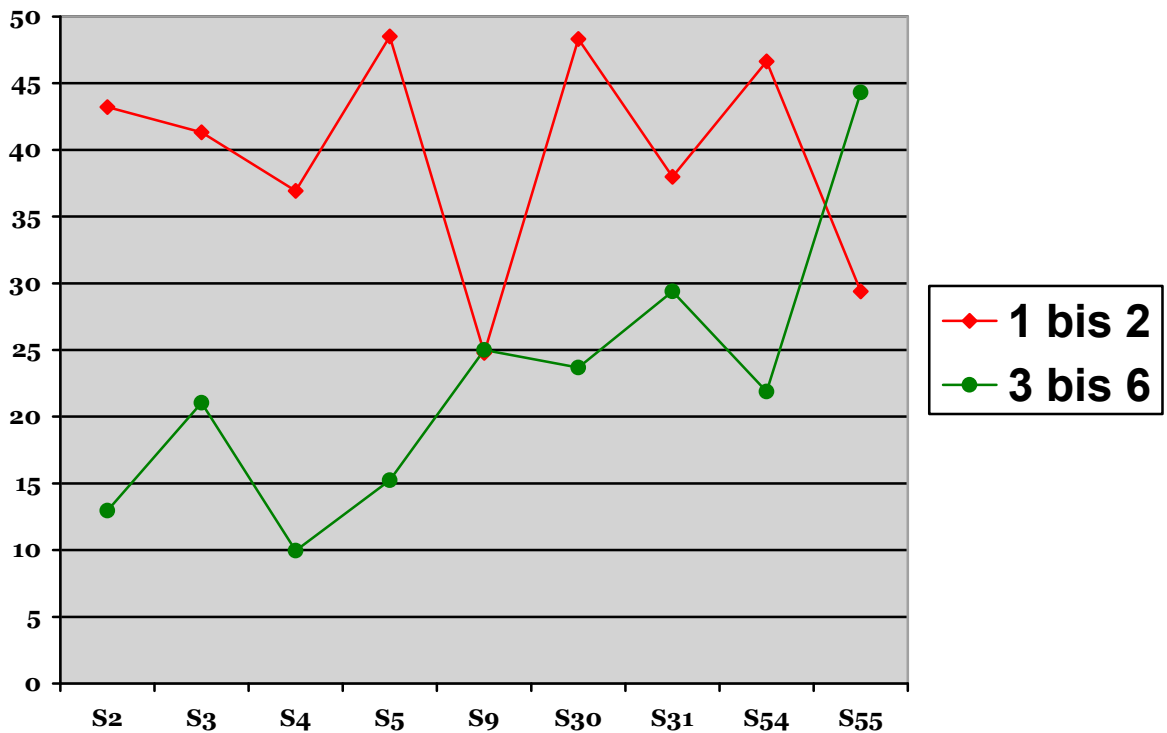


Abb. 5.13: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall B.

Motivationshinderliche Pläne werden also bis auf zwei Ausnahmen relativ konstant über den Therapieverlauf in hohem Ausmaße realisiert. Der Fall wird daher als „nicht erfolgreich“ eingestuft. Allerdings ist auch ein Anstieg motivationsförderlicher Pläne zu erkennen, der aber erst in der letzten Sitzung die Häufigkeit motivationshinderlicher Pläne erreicht. In diesem Sinne könnte man die Therapie auch als „noch nicht erfolgreich“ bewerten. Die folgenden Ausführungen sollten versuchen, neben der konstant hohen Aktivierung der Pläne der Stufen 1 und 2 auch diese Steigerung der Klientenpläne der Stufen 3 bis 6 zu erklären.

5.5.3 Pläne Klientin B: Änderungsmotivation – in der Beziehung B

5.5.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin B

Das in dieser Studie eingesetzte Kategoriensystem für Klientin B umfasst 16 Kategorien, die in Tabelle 5.41 in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet werden. Einige Pläne werden wiederum mit Beschreibung und Ankerbeispielen dargestellt (s. Tab 5.42). Dabei wurde für jede Motivationsstufe (s. Kap 5.5.3.2) der am häufigsten realisierte Plan ausgewählt. Für die übrigen Kategorien wird auf den Anhang verwiesen.

Pläne Klientin B/ Kategorien
Beklage Missstände (KBM)
Berichte über unerledigte HA (KNH)
Betone die Allgegenwärtigkeit des Zwangs (KAZ)
Sei engagiert (KSE)
Sei kooperativ (KK)
Sichere dich ab (KS)
Tausche Informationen aus (KTI)
Vermeide Überforderung (KÜ)
Vollziehe Zwangshandlungen (KZH)
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)
Zeige dass du besonders bist (KZB)
Zeige dich kompetent (KZK)
Zeige Unsicherheit (KU)
Zeige Veränderungspotential (KZV)
Zeige, das Du folgst (KZF)
Rest (R)

Tab. 5.41: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin B.

Vollziehe Zwangshandlungen (KZH)
<p>Beschreibung K vollzieht Rituale. Der durch die Wiederholung erzeugte Rhythmus dient der Angstreduktion. Sie beschreibt den Inhalt der Rituale (Wiederholungs- und Ordnungszwang) ausführlich sowie deren zeitliche Merkmale. (...) K vermeidet die Störung ihrer Rituale, z.B. zeigt sie aggressives Verhalten gegen ihre Mutter. K befolgt eigene Ge- und Verbote, um zu verhindern, dass etwas Schlimmes geschieht. (...) K spannt ihre Umwelt, insbesondere ihre Familie und den Partner, in den Zwang ein und nutzt sie als Sicherheit.</p>
<p>Ankerbeispiele K: „Dann hab ich so allgemeine Sachen, dass ich mir selber Sachen verbiet, grad jetzt wenn mein Freund nicht da ist, da zum Beispiel, wie jetzt am Montag, keine Haare zu kämmen.“ K: /ich fühl mich halt sicherer, einfach, wenn er draußen steht, KZH/ dass ich weiß, im Katastrophenfall ist er da./ KZH K: „/Ich lass halt dann einfach viel Zeug liegen, weil, wenn ich es liegen lass, hab ich die Zwänge nicht.“/ KZH</p>

Beklage die Allgegenwärtigkeit des Zwangs und der Angst (KAZ)
<p>Beschreibung K beschreibt wie allgegenwärtig ihre Zwänge und Ängste sind. Diese sind so vielfältig, dass sie schwierig zu beschreiben sind. Zudem fühlt sie sich durch die Zwänge und Ängste eingeschränkt und beschreibt körperliche Symptome wie Zittern, Herzklopfen, Erschöpfung nach einer Panikattacke oder Aggressivität, wenn ihr etwas im Rahmen des Zwangs nicht gelingt. Sie beschreibt detailliert Angst auslösende Situationen. Auch wenn K über die Entwicklung ihrer Zwänge berichtet, wird KAZ kodiert.</p>
<p>Ankerbeispiele „Es ist, es ist so viel eigentlich, dass ich das gar nicht mehr schon als Zwang oder so realisier.“</p>
Zeige dich kompetent (KZK)
<p>Beschreibung (...) K bemüht sich Fragen von T möglichst präzise zu beantworten. Sie sucht nach Erklärungen und Ursachen für bestimmte Phänomene, z.B. ihr Problemverhalten und damit verbundene Gedanken und Emotionen, den Verlauf von Übungen, und stellt ihre Sicht der Dinge dar. K reflektiert über die Funktion ihrer Zwänge und Ängste. Auch wenn K die Schwierigkeit bestimmter Aktivitäten schätzt, wird diese Kategorie vergeben.</p>
<p>Ankerbeispiele K: /hm, sagen wir mal so, wenn ich das Auto vor der Tür parken kann, dann ist es ok, KZK /aber, wenn ich jetzt weiß, mein Auto steht, pff, am Bahnhof, dann ist es schon etwas kritischer./ KZK</p>
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)
<p>Beschreibung K zeigt Bereitschaft und Willen, ihren Zwang und ihre Angst zu besiegen und ihr Problemverhalten zu ändern. Sie unternimmt teilweise Versuche, Übungen/Expositionen durchzuführen, erzielt dabei jedoch keine Erfolge. K setzt sich Ziele. Auch wenn K ihre Wünsche/Ziele auf einer Skala einschätzen soll, wird KZÄ kodiert. K setzt sich Ziele bezüglich der Hausaufgaben. Sie nimmt sich selber bestimmte Aktivitäten vor. K überlegt, wie andere bestimmte Dinge tun würden, und legt dadurch fest, was normal ist. Sie versucht das genau so zu machen und gegen den Zwang anzukämpfen.</p>
<p>Ankerbeispiele K: /ja also, ich, weil ich ja hier geschrieben hab, soll ist 9, KZÄ / aber eigentlich würd ich schon wollen, dass ich gar keine Zwänge mehr hab, also/ KZÄ K: „...oder was ich mir auch öfters denk, ist so ähm, dass jetzt meine Mutter das auch nur einmal machen würde wie jeder Normale KZÄ / dann versuch ich ´s halt auch so zu machen/KZÄ“ K: „aber das trotzdem irgendwie aufzubrechen, sag ich mal, das ist mir irgendwie, oder war da relativ schwer sag ich mal.“ KZÄ</p>
Sei engagiert (KSE)
<p>Beschreibung K führt Übungen/Expositionen trotz Schwierigkeiten durch und berichtet stolz über erzielte Erfolge. Sie beschreibt den genauen Ablauf der Übung und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle. Bei diesen Übungen handelt es sich sowohl um Hausaufgaben, als auch um Aktivitäten, die K aus Eigeninitiative durchgeführt hat. Sie geht auf Veranstaltungen, die ihr Angst machen könnten, um ein gewisses Maß an Lebensqualität zu erhalten. Sie berichtet von (früheren) Problemlöseversuchen und Erfolgen. Auch in Alltagssituationen versucht K Problemverhalten zu unterlassen und gegen ihre Ängste und Zwänge anzukämpfen.</p>
<p>Ankerbeispiele K ... „das letzte Mal wo ich kopiert hab, hab ich auch, ähm, mein Wasser, ähm, im Spind gelassen KSE/ und bin dann in der Uni kopieren gegangen, KSE/ also das war glaub ich das erste Mal seit sehr langer Zeit, dass ich mein Wasser nicht dabei hatte./ KSE“ K: „Und aber, also, da jetzt beim *Hübscher da war ich schon irgendwie bisschen stolzer, oder so, äh, glücklicher. KSE/ Aber da war ich auch zufrieden./ KSE“</p>

Zeige Veränderungspotential (KZV)
<p>Beschreibung K beschreibt positive Veränderungen ihres Zwangsverhaltens, die ihr aufgefallen sind. Auch die positive Veränderung der mit dem Problemverhalten verbundenen Emotionen und Gedanken fällt in diese Kategorie.</p>
<p>Ankerbeispiele K: „/das hab ich ja schon öfters, die Flasche da irgendwie im Spind in der Unibib gelassen KZV/“</p>

Tab. 5.42: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin B.

5.5.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

Die Ergebnisse des FRAME werden in Tabelle 5.43 dargestellt. Auch in Fall B konnten jeder Stufe mindestens ein Plan zugeordnet werden. 10 der 16 Kategorien wurden als für die Änderungsmotivation relevant bewertet.

Pläne Klientin B	Rater 1	FRAME Rater 2	Einigung
Vollziehe Zwangshandlungen (KZH)	1	1	1
Beklage Missstände (KBM)	2	2	2
Zeige Unsicherheit (KU)	2	2	2
Beklage die Allgegenwärtigkeit des Zwangs (KAZ)	2	2	2
Zeige dich kompetent (KZK)	3	3	3
Berichte über unerledigte HA (KNH)	3	3	3
Vermeide Überforderung (Kü)	3	3	3
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)	4	4	4
Sei engagiert (KSE)	5	5	5
Zeige Veränderungspotential (KZV)	6	6	6
Tausche Informationen aus (KTI)	-	-	-
Rest (R)	-	-	-
Sei kooperativ (KK)	-	-	-
Sichere dich ab (KS)	-	-	-
Zeige dass du besonders bist (KZB)	-	-	-
Zeige, das Du folgst (KZF)	-	-	-

Tab. 5.43: Zuordnungen der Pläne der Klientin B zu den Motivationsstufen im FRAME.

Berichte der Klientin über Zwangsrituale und deren Sinnhaftigkeit („Vollziehe Zwangshandlungen“) wurden als automatisiertes Problemverhalten angesehen (Marker 1A, 1B).

Klagen über das Leid, das die Zwänge und Ängste mit sich bringen („Beklage die Allgegenwärtigkeit des Zwangs“), und über den Mangel an Verständnis und Unterstützung durch Familie und Freunde („Beklage Missstände“) fielen der zweiten Stufe zu (Marker 2A bzw. 2A, 2B). Auch wenn die Klientin auf Fragen der Therapeutin jede Mühe des Nachdenkens vermissen lässt („Zeige Unsicherheit“), wurde der

Marker 2B gewertet: Frau B möchte hier die Verantwortung an die Therapeutin abgeben.

„Zeige Dich kompetent“ beinhaltet v.a. Reflexionen über Situationen, in denen der Zwang auftritt, und das Herausfinden von Unterschieden zwischen diesen problematischen Situationen: Dabei steht das Nachdenken über den Zwang im Vordergrund, nicht ein Nachdenken über Änderung (Marker 3A).²⁴ Wenn Frau B bei der Planung von Übungen (Expositionen) diese als zu schwierig ablehnt („Vermeide Überforderung“) oder in der Nachbesprechung von „Hausaufgaben“ Gründe anbringt, warum sie diese nicht durchführen konnte, wird ihre Ambivalenz deutlich (Marker 3B): Diese Pläne wurden zu Stufe 3 gerechnet.

Manchmal nimmt sich Frau B aber auch Schritte vor und versucht diese umzusetzen („Zeige Änderungsmotivation“, Marker 4A, 4B), was der vierten Stufe entspricht. Berichte über erste erfolgreiche Übungen („Sei engagiert“, Marker 5B) fielen unter „kontrolliertes Zielverhalten“, Berichte von Verbesserungen, die der Klientin im Nachhinein auffallen („Zeige Veränderungspotential, Marker 6B) unter „automatisiertes Zielverhalten“.

5.5.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

In Fall B wurden 4554 Sinneinheiten, in denen die Klientin zu Wort kam, mit dem vorgestellten Kategoriensystem bewertet, was etwa 500 Sinneinheiten pro Sitzung entspricht. Die Häufigkeiten der Klientenpläne werden in Tabelle 5.44 aufgeführt. Die farbliche Unterlegung soll eine schnelle Zuordnung jedes Klientenplans zur Motivationsstufe gewährleisten.

In den Handlungen der Klientin nehmen die bloßen Schilderungen ihrer verschiedenen Zwänge (Vollziehe Zwangshandlungen) und das Klagen über das dadurch erzeugte Leid (Betone die Allgegenwärtigkeit des Zwangs) den größten Raum ein. Der Verlauf der Auftretenshäufigkeiten der Klientenpläne ist in Abbildung 5.14 festgehalten. Zur besseren Übersicht werden die Pläne wiederum nach ihrer Motivationsstufe zusammengefasst dargestellt.

²⁴ Der Plan „Zeige Dich kompetent“ ist mit Stufe 3 also tendenziell „überbewertet“.

Kategorie	S2	S3	S4	S5	S9	S30	S31	S54	S55	Σ
Vollziehe Zwangshandlungen (KZH)	31,36% (196)	29,19% (190)	3,91% (20)	25,28% (136)	3,85% (18)	8,58% (46)	8,76% (51)	2,90% (13)	1,03% (2)	14,76% (672)
Betone die Allgegenwärtigkeit des Zwangs (KAZ)	10,08% (63)	10,14% (66)	0,78% (4)	20,82% (112)	17,09% (80)	33,58% (180)	15,29% (89)	9,60% (43)	5,67% (11)	14,23% (648)
Zeige dich kompetent (KZK)	8,00% (50)	18,89% (123)	9,96% (51)	13,20% (71)	8,76% (41)	6,53% (35)	12,03% (70)	4,69% (21)	22,68% (44)	11,11% (506)
Tausche Informationen aus (KTI)	9,60% (60)	15,51% (101)	25,20% (129)	10,59% (57)	3,85% (18)	4,10% (22)	10,82% (63)	5,58% (25)	9,79% (19)	10,85% (494)
Zeige, das Du folgst (KZF)	13,44% (84)	3,53% (23)	6,84% (35)	10,41% (56)	20,51% (96)	7,84% (42)	6,87% (40)	14,73% (66)	5,67% (11)	9,95% (453)
Sei kooperativ (KK)	10,08% (63)	9,52% (62)	10,35% (53)	6,32% (34)	11,75% (55)	6,72% (36)	6,36% (37)	7,37% (33)	6,19% (12)	8,45% (385)
Beklage Missstände (KBM)	0,32% (2)	0,61% (4)	28,71% (147)	1,30% (7)	0,00% (0)	0,00% (0)	8,08% (47)	23,44% (105)	7,73% (15)	7,18% (327)
Sei engagiert (KSE)	3,84% (24)	1,38% (9)	0,00% (0)	0,00% (0)	7,48% (35)	11,75% (63)	12,54% (73)	3,57% (16)	14,43% (28)	5,45% (248)
Zeige Unsicherheit (KU)	1,44% (9)	1,38% (9)	3,52% (18)	1,12% (6)	3,85% (18)	6,16% (33)	5,84% (34)	10,71% (48)	14,95% (29)	4,48% (204)
Rest (R)	4,64% (29)	6,30% (41)	6,84% (35)	6,51% (35)	0,85% (4)	5,41% (29)	2,41% (14)	2,68% (12)	2,58% (5)	4,48% (204)
Zeige Änderungsmotivation (KZA)	0,64% (4)	0,77% (5)	0,00% (0)	2,04% (11)	8,76% (41)	4,85% (26)	4,47% (26)	1,56% (7)	2,06% (4)	2,72% (124)
Zeige dass du besonders bist (KZB)	3,84% (24)	1,08% (7)	2,73% (14)	0,37% (2)	9,62% (45)	2,43% (13)	4,12% (24)	0,00% (0)	0,52% (1)	2,85% (130)
Sichere dich ab (KS)	2,24% (14)	1,69% (11)	1,17% (6)	2,04% (11)	3,63% (17)	1,49% (8)	2,06% (12)	1,12% (5)	1,55% (3)	1,91% (87)
Berichte über unerledigte HA (KNH)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	8,93% (40)	4,12% (8)	1,05% (48)
Vermeide Überforderung (KÜ)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,13% (14)	0,00% (0)	0,31% (14)
Zeige Veränderungspotential (KZV)	0,48% (3)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,56% (3)	0,34% (2)	0,00% (0)	1,03% (2)	0,22% (10)
Σ	625	651	512	538	468	536	582	448	194	4554

Tab. 5.44: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall B pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

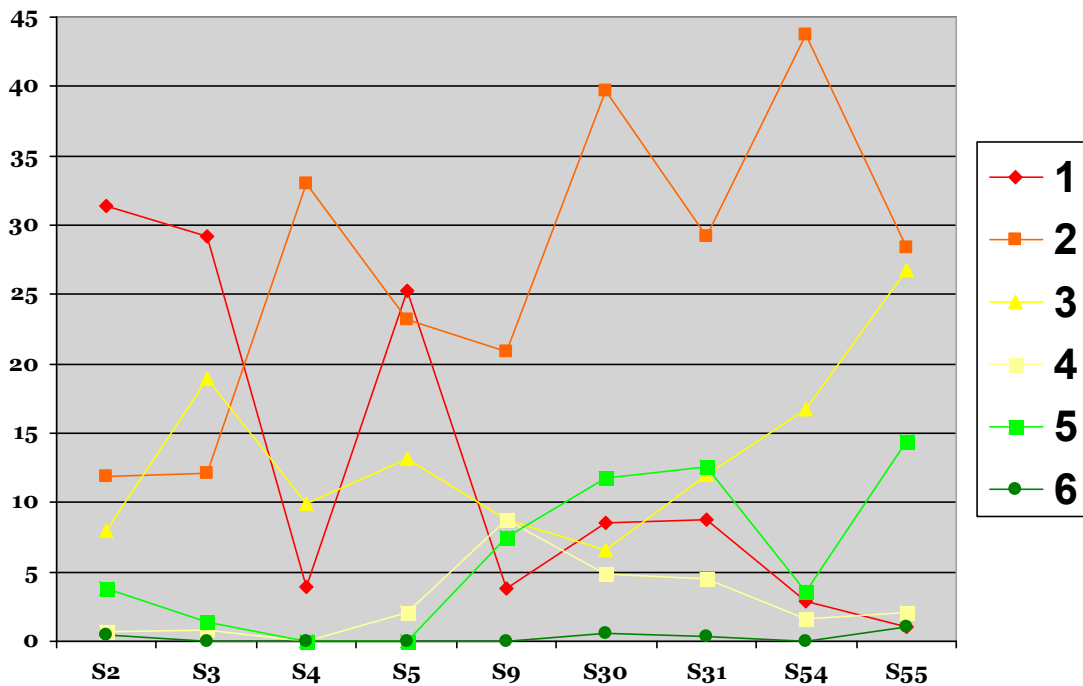


Abb. 5.14: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall B.

In Sitzung 2 ist eine sehr schwache, aber dennoch vorhandene *Ambivalenz* festzustellen: Wenn auch Pläne der Stufen 1 und 2 überwiegen (rote und orange Linie), zeigt die Klientin dennoch Ansätze, über ihr Verhalten zu reflektieren (gelbe Linie), und berichtet bereits von ersten minimalen Schritten (hellgrüne Linie).

Die ersten 4 untersuchten Sitzungen sind deutlich von den Beschreibungen des Zwangs und dem Klagen über diesen geprägt. Entscheidungen, kontrolliertes oder automatisiertes Zielverhalten wird über diese vier Sitzungen kaum gezeigt. *Zu Therapiebeginn gelingt es also nicht, auf die minimalen motivationsförderlichen Anteile aufzubauen.*

Das bloße Erzählen von automatisiertem Problemverhalten nimmt ab Sitzung 9 deutlich ab. Dafür nimmt das *Klagen* der Klientin stattdessen stark zu und *bestimmt jetzt den größten Teil ihres Verhaltens.*

Ein weiterer Aspekt scheint erklärungsbedürftig: In den *Sitzungen 30, 31 und 55 steigen Klientenberichte über kontrolliertes Zielverhalten auf über 10% des Verhaltenrepertoires an.* Hierauf soll in den Ausführungen zur Interaktion näher eingegangen werden. Gerade die letzte Sitzung fällt durch einen Anstieg der Klientenpläne der Stufen 3 und 5 auf und einen leichten Rückgang des Klagens.

Pläne der Stufen Entscheiden und Automatisiertes Zielverhalten werden kaum realisiert. Das *Fehlen von Entscheidungsplänen* (und damit die Übernahme von Verantwortung für die „Arbeit“ in der Therapie) sticht als deutlicher Unterschied zu den erfolgreichen Fällen A und G heraus.

5.5.3.4 Fazit

Die Verhaltensweisen der Klientin sind *von motivationshinderlichen Plänen geprägt.* *Minimale positive Ansätze können in den ersten Sitzungen nicht ausgebaut werden.*

Das *Klagen nimmt zu Mitte und Ende der Therapie noch zu.* In deutlich geringerem Ausmaße berichtet die Klientin zu diesem Zeitpunkt aber auch von kontrolliertem Zielverhalten.

Im Unterschied zu den erfolgreichen Fällen spielen *Entscheidungspläne und Berichte über automatisiertes Zielverhalten nahezu gar keine Rolle* in der Therapie.

5.5.4 Pläne Therapeutin T2: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.5.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T2

Für Fall B wurde das Verhalten der Therapeutin in 25 Kategorien eingeteilt, die in Tabelle 5.45 alphabetisch aufgelistet werden.

Pläne Therapeutin B/ Kategorien
Baue eine persönliche Beziehung auf (TP)
Begründe eigene Vorhaben (TBV)
Besprich Hausaufgaben (TBH)
Bleibe ernst (TBE)
Exploriere Bedürfnisse (TEB)
Exploriere die Beschwerden der Patientin (TEX)
Exploriere familienbezogene Infos (TEF)
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)
Informiere K bezüglich der Störung (TIS)
Kläre Organisatorisches (TO)
Nimm teil (TNT)
Räume K Entscheidungsspielraum ein (TRE)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)
Sei fürsorglich (TSF)
Sei humorvoll (TH)
Strukturiere die Therapie (TST)
Thematisiere Bewältigung des Alltags (TBA)
Thematisiere das Ende der Therapie (TTE)
Thematisiere Gefühle (TTG)
Vermeide Überforderung (TVÜ)
Zeige Akzeptanz (TZZ)
Zeige Anerkennung (TZA)
Zeige dich engagiert (TZE)
Zeige eigene Unvollkommenheit (TZU)
Rest (R)

Tab. 5.45: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall B.

Die meisten Pläne, die die Therapeutin in Fall A einsetzt, erscheinen auch in Fall B. Neben den Plänen, die sich in ihrer Bezeichnung entsprechen, verbergen sich auch bei genauerem Hinsehen hinter unterschiedlichen Namen ähnliche Pläne (z.B. beinhalten „Würdige die Klientenrolle“ in Fall A und „Zeige Anerkennung“ in Fall B direkte Komplimente der Therapeutin). Die Therapeutin scheint zwar einen bestimmten „Stil“ zu besitzen²⁵; die Ausprägungen bestimmter Pläne, das Fehlen und das Hinzukommen von Plänen spricht wiederum für die Anpassbarkeit an bestimmte Personen.

²⁵ Die Ähnlichkeit der Pläne wird v.a. im Vergleich der am häufigsten gezeigten Pläne deutlich (s. Tab 5.38 und Tab. 5.47).

Ein deutlicher Unterschied im Repertoire der Therapeutenpläne ist das Fehlen der Kategorie „Exploriere Ziele“! Die Zielklärung nahm einen wichtigen Stellenwert für die Entwicklung der Änderungsmotivation in Fall A ein; in Fall B fehlt das Interesse der Therapeutin an einer positiven Zielvision gänzlich.

Die häufigsten bzw. repräsentativsten Pläne der weiter unten ausgeführten Plankomplexe Verantwortungsübergabe, Unterstützung, Anerkennung des Leids, Ressourcenfokus und Problemfokus werden in der folgenden Tabelle näher beschrieben.

Exploriere die Beschwerden der Patientin (TEX)
<p>Beschreibung T stellt Fragen bezüglich der Beschwerden von K (Was wäre wenn? Warum? Zeitlicher Verlauf? Gedanken? Bedingungen?). Sie stellt Fragen zur Anamnese und zum jetzigen Zustand. (...) T fordert K direkt auf, von Ihren Beschwerden zu erzählen. T erkundigt sich nach K's störungsbezogenen Überzeugungen und ihren Einschätzungen bestimmter Sachverhalte und Problemsituationen.</p>
<p>Ankerbeispiele "das war Ihre erste Panikattacke da?" " Zu den Zwängen hatten Sie auch bisschen schon erzählt, also dass Sie ab und zu oder ungern aus dem Haus rausgehen, eigentlich alle Dinge ungern machen, die mit draußen zu tun haben“</p>
Informiere K bezüglich der Störung (TIS)
<p>Beschreibung Hier geht es um Psychoedukation. (...) Durch zusätzliche Erklärungen/Informationen versucht T, K bestimmte Sachverhalte verständlicher zu machen. Diese Strategie setzt T auch dann ein, wenn K zusätzliche Information benötigt, um eine Frage von T (besser) beantworten zu können.</p>
<p>Ankerbeispiele "und das hängt auch sehr stark eben mit der inneren Anspannung zusammen, die man dann hat bei dem Zwang" "und eine Art, wie Sie es geschafft haben, mit der Anspannung auch umzugehen, ist eben, dass Sie dann bisschen gereizt reagieren,/ weil da lassen Sie dann diese Anspannung ein bisschen heraus / und dann geht's Ihnen automatisch ein Stück weit wieder besser, / also es ist eigentlich eine sehr vernünftige Reaktion"</p>
Sei fürsorglich (TSF)
<p>Beschreibung (...) T denkt für K, z. B. stellt sie eine Frage und bietet sofort Antwortmöglichkeiten an, sie macht insgesamt viele Angebote. (...) Auch diktiert sie K, was sie aufschreiben soll. T bemüht sich besonders, verständlich zu sein, und beansprucht dafür ziemlich viel Gesprächszeit, damit auf keinen Fall Unklarheiten offen bleiben. (...) T betont ihre Pflichten, die Notwendigkeit ihres eigenen Einsatzes („ich muss...“). Sie vermittelt den Eindruck, als wolle Sie etwas von K und nicht umgekehrt. Sie zeigt sich extrem vorsichtig, als hätte sie oft die Befürchtung, zu viel von K zu verlangen. (...) Sie äußert Vermutungen über Ursachen der Zwangsproblematik, ohne dass K danach gefragt hätte. Sie betont den "wir"-Charakter, als hätten beide gemeinsam ein Problem. Sie umsorgt K. (...) So betont Sie öfters, sie nehme K die Störung.</p>
<p>Ankerbeispiele "und da müssen wir einfach auch noch mal kurz hinschauen" T: / müssen Sie dann wieder von vorne anfangen TEX / oder können Sie; also wenn Sie gestört wurden und weiter machen wollen ### an der Stelle weiter machen? TSF /</p>

Vermeide Überforderung (TVÜ)
<p>Beschreibung T vermeidet (Selbst-) Überforderung von K, indem sie die von K antizipierten Erwartungen von T an sie reduziert. In diese Kategorie fällt auch die direkte Frage nach Überforderung. Sie gibt K die Möglichkeit, selbst das Maß der Anforderung zu regulieren.</p>
<p>Ankerbeispiele "das ist viel zu viel, so viel wollen wir nicht" "Sie können mir dann ein Stoppzeichen setzen und sagen ‚hier und jetzt nicht weiter erstmal'"</p>
Zeige Anerkennung (TZA)
<p>Beschreibung T würdigt das Engagement von K in der Therapie und ihre Leistungen. Sie zeigt Achtung und Respekt vor der Person von K. Sie stärkt durch direkte Komplimente das Selbstwertgefühl von K und vermittelt ihr ihre positiv-wertschätzende Sichtweise von K. Sie vermittelt das Gefühl, „mit Ihnen macht Therapie Spaß“: So zeigt sie sich sehr zufrieden mit dem Fortgang der Sitzung, betont, wie „schnell das alles klappt“.</p>
<p>Ankerbeispiele "das ist aber eine ungeheuerliche Gedächtnisleistung" "sehen Sie, dann haben wir schon die ersten zwei Punkte"</p>

Tab. 5.46: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T2 im Fall B.

5.5.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Für das Verhalten der Therapeutin wurden 4264 Sinneinheiten mit dem entwickelten Kategoriensystem eingeschätzt. Die daraus resultierten Häufigkeiten für jeden Plan werden in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Vergleicht man die Häufigkeiten der Pläne der Therapeutin T2 in Fall A und B (s.a. Tab 5.38, Kap. 5.4.4.2), fällt auf, dass der Großteil der häufigsten Pläne „Nimm teil“, „Strukturiere die Therapie“, „Exploriere Beschwerden/ Störung“, „Kläre Organisatorisches“, „Schlage Aktivitäten vor“, „Begründe eigenes Vorhaben/ Sei transparent“, „Zeige Anerkennung/ Würdige“ auf verblüffende Weise nahezu identisch häufig realisiert wird! Dies spricht wiederum für das *Vorliegen eines bestimmten „Interaktionsstils“* von Therapeutin T2.

Der Vergleich zeigt aber auch einige bedeutsame Unterschiede auf: In Fall B erklärt die Therapeutin mehr als doppelt so häufig über Zusammenhänge der Störung auf („Informiere“). Ein neuer Plan „Sei fürsorglich“ bestimmt einen bedeutsamen Anteil des Verhaltens (s.o.). Die Exploration von Zielen fehlt dagegen. Der in Fall A ebenso als wichtig eingeschätzte Plan „Räume Entscheidungsspielraum ein“ wird hier deutlich seltener umgesetzt.

Kategorie	S2	S3	S4	S5	S9	S30	S31	S54	S55	Σ
Nimm teil (TNT)	27,13% (153)	35,15% (168)	31,14% (123)	23,89% (134)	10,98% (65)	18,01% (76)	22,38% (109)	9,23% (35)	9,07% (35)	21,06% (898)
Strukturiere die Therapie (TST)	14,72% (83)	4,81% (23)	10,63% (42)	26,74% (150)	24,32% (144)	23,93% (101)	12,11% (59)	24,80% (94)	16,58% (64)	17,82% (760)
Exploriere die Beschwerden der Patientin (TEX)	14,72% (83)	7,74% (37)	3,80% (15)	16,22% (91)	5,91% (35)	11,14% (47)	9,03% (44)	1,32% (5)	4,92% (19)	8,82% (376)
Informiere K bezüglich der Störung (TIS)	5,14% (29)	5,23% (25)	0,51% (2)	7,31% (41)	19,76% (117)	2,84% (12)	10,27% (50)	14,78% (56)	9,07% (35)	8,61% (367)
Kläre Organisatorisches (TO)	5,50% (31)	2,51% (12)	10,89% (43)	2,14% (12)	6,42% (38)	13,27% (56)	3,90% (19)	1,58% (6)	1,55% (6)	5,23% (223)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	2,66% (15)	6,69% (32)	3,54% (14)	3,74% (21)	4,22% (25)	2,84% (12)	6,16% (30)	8,44% (32)	2,59% (10)	4,48% (191)
Sei fürsorglich (TSF)	4,43% (25)	5,86% (28)	3,54% (14)	3,39% (19)	4,05% (24)	0,47% (2)	1,64% (8)	4,49% (17)	10,36% (40)	4,15% (177)
Begründe eigene Vorhaben (TBV)	3,90% (22)	5,02% (24)	3,29% (13)	6,42% (36)	3,72% (22)	2,61% (11)	3,08% (15)	6,33% (24)	2,07% (8)	4,10% (175)
Zeige Anerkennung (TZA)	3,72% (21)	1,88% (9)	8,86% (35)	0,53% (3)	3,04% (18)	5,69% (24)	5,54% (27)	0,00% (0)	3,11% (12)	3,49% (149)
Räume K Entscheidungsspielraum ein (TRE)	1,95% (11)	1,26% (6)	2,28% (9)	2,32% (13)	6,08% (36)	1,42% (6)	2,87% (14)	1,85% (7)	2,59% (10)	2,63% (112)
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)	0,71% (4)	2,72% (13)	0,00% (0)	1,07% (6)	0,68% (4)	2,13% (9)	3,29% (16)	12,66% (48)	1,81% (7)	2,51% (107)
Thematisiere Bewältigung des Alltags (TBA)	3,72% (21)	5,44% (26)	1,01% (4)	0,00% (0)	1,01% (6)	2,37% (10)	1,85% (9)	0,53% (2)	3,89% (15)	2,18% (93)
Thematisiere Gefühle (TTG)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,32% (14)	6,16% (30)	1,32% (5)	6,22% (24)	1,71% (73)
Zeige eigene Unvollkommenheit (TZU)	2,13% (12)	2,30% (11)	2,53% (10)	1,43% (8)	1,18% (7)	0,47% (2)	0,21% (1)	1,58% (6)	3,89% (15)	1,69% (72)
Baue eine persönliche Beziehung auf (TP)	0,00% (0)	0,42% (2)	2,53% (10)	0,89% (5)	0,51% (3)	2,13% (9)	5,34% (26)	3,69% (14)	0,26% (1)	1,64% (70)
Thematisiere das Ende der Therapie (TTE)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	17,36% (67)	1,57% (67)
Vermeide Überforderung (TVÜ)	3,19% (18)	2,72% (13)	0,76% (3)	1,25% (7)	1,52% (9)	2,37% (10)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,41% (60)
Rest (R)	1,06% (6)	0,63% (3)	1,01% (4)	0,36% (2)	3,04% (18)	0,47% (2)	0,21% (1)	0,79% (3)	3,89% (15)	1,27% (54)
Sei humorvoll (TH)	1,42% (8)	1,26% (6)	2,28% (9)	0,89% (5)	1,01% (6)	0,24% (1)	2,26% (11)	0,26% (1)	0,00% (0)	1,10% (47)
Besprich Hausaufgaben (TBH)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,36% (2)	1,01% (6)	3,08% (13)	1,44% (7)	4,22% (16)	0,26% (1)	1,06% (45)
Zeige dich engagiert (TZE)	1,24% (7)	1,05% (5)	1,52% (6)	0,36% (2)	0,84% (5)	0,71% (3)	1,23% (6)	0,79% (3)	0,52% (2)	0,91% (39)
Zeige Akzeptanz (TZZ)	2,48% (14)	0,63% (3)	0,76% (3)	0,36% (2)	0,68% (4)	0,24% (1)	1,03% (5)	1,32% (5)	0,00% (0)	0,87% (37)
Exploriere familienbezogene Infos (TEF)	0,00% (0)	0,00% (0)	8,35% (33)	0,36% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,82% (35)
Exploriere Bedürfnisse (TEB)	0,18% (1)	5,44% (26)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,63% (27)
Bleibe ernst (TBE)	0,00% (0)	1,26% (6)	0,76% (3)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,24% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,23% (10)
Σ	564	478	395	561	592	422	487	379	386	4264

Tab. 5.47: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall B pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

5.5.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Tabelle 5.48 gibt einen Überblick über den Einsatz der Plankomplexe Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und die dazugehörigen Therapeutenpläne.

Verantwortungsübergabe	25,21%
Exploriere die Beschwerden der Patientin (TEX)	8,82%
Begründe eigene Vorhaben (TBV)	4,10%
Räume K Entscheidungsspielraum ein (TRE)	2,63%
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)	2,51%
Thematisiere Bewältigung des Alltags (TBA)	2,18%
Thematisiere Gefühle (TTG)	1,71%
Thematisiere das Ende der Therapie (TTE)	1,57%
Besprich Hausaufgaben (TBH)	1,06%
Exploriere Bedürfnisse (TEB)	0,63%
Unterstützung	39,46%
Strukturiere die Therapie (TST)	17,82%
Informiere K bezüglich der Störung (TIS)	8,61%
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	4,48%
Sei fürsorglich (TSF)	4,15%
Zeige Anerkennung (TZA)	3,49%
Zeige dich engagiert (TZE)	0,91%
Anerkennung des Leids	2,28%
Vermeide Überforderung (TVÜ)	1,41%
Zeige Akzeptanz (TZZ)	0,87%

Tab. 5.48: Pläne der Therapeutin T2 im Fall B im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Im Unterschied zu Fall A realisiert Therapeutin T2 gegenüber Frau B deutlich häufiger unterstützende als Verantwortungsübergabende Pläne! Der nicht erfolgreiche Fall ist also durch ein *Übergewicht fördernder Pläne und ein Untergewicht fordernder Pläne* gekennzeichnet.

Der häufigste Plan des Clusters Verantwortungsübergabe, „Exploriere die Beschwerden“, stellt zudem auch den für die Änderungsmotivation problematischsten dar: Zwar stellt jede an die Klientin gestellte Frage eine Art Aufforderung zum Nachdenken dar. Der Klientin wird dadurch aber nicht nur Raum zur Reflexion, sondern auch zum Klagen und Schildern ihres Zwangs gegeben. Alle weiteren Pläne scheinen motivationsförderlichen Klientenplänen Raum zu geben, werden aber nur selten von der Therapeutin ausgeführt. Der für den Komplex zentralste Plan „Räume Entscheidungsspielraum ein“ wird im Vergleich zu Fall A fast nur noch halb so häufig realisiert.

Der Komplex „Unterstützung“ sticht durch die extreme Realisierung stark heraus: Mit 39,5% überwiegt Unterstützung stark der Verantwortungsübergabe, die 25,2% einnimmt. Im Vergleich zu Fall A unterrichtet die Therapeutin Frau B mehr als doppelt so häufig über ihr Expertenwissen (Informiere K bezüglich Störung). Auch der neu hinzugekommene Plan „Sei fürsorglich“ fällt auf: Wie in Tab. 5.46 beschrieben übernimmt die Therapeutin hier die Denkarbeit für die Klientin und fördert ihre passive, rezeptive Haltung. Mit einem weiteren neuen Plan „Zeige dich engagiert“ drückt die Therapeutin ihre eigene Motivation, in der Therapie zu arbeiten, aus.

„Anerkennung des Leids“ zeigt die Therapeutin in ähnlichem Ausmaße wie in Fall A. Sie nimmt mögliche Einschränkungen der Klientin vorweg und schont sie („Vermeide Überforderung“) oder akzeptiert Misserfolge und Schwierigkeiten („Zeige Akzeptanz“). Auch in diesem Fall spielt die Anerkennung des Leids eine sehr untergeordnete Rolle.

Die folgende Graphik bietet einen Einblick in den Verlauf der realisierten Plankomplexe.

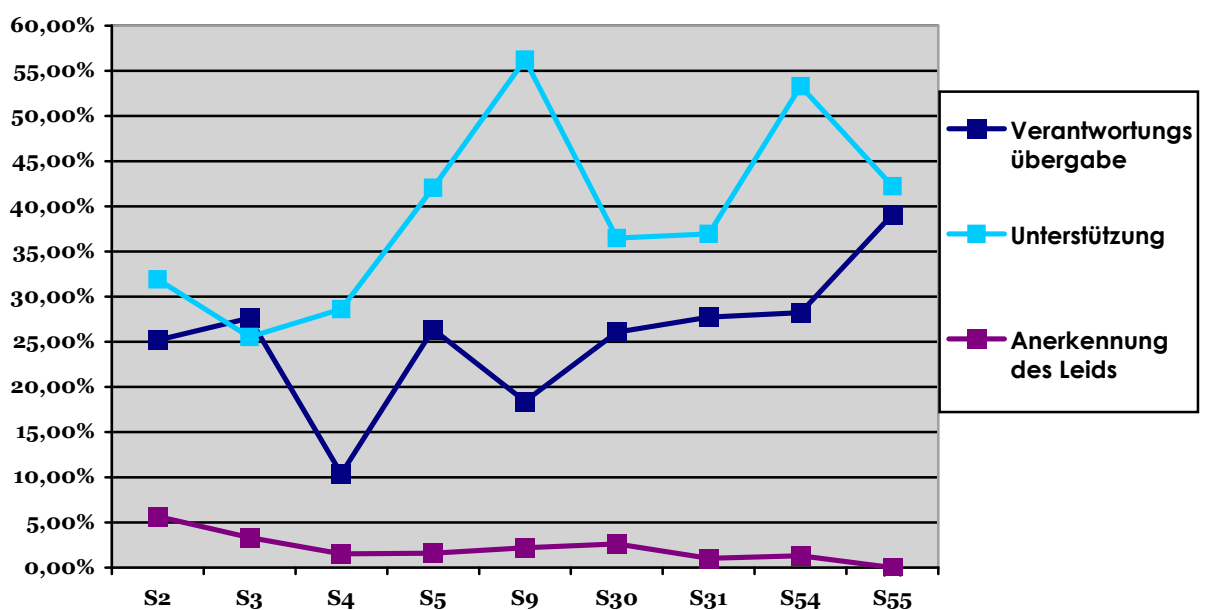


Abb. 5.15: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall B.

Zu 8 der 9 untersuchten Zeitpunkte werden unterstützende Pläne in stärkerem Ausmaße von der Therapeutin realisiert als Verantwortungsübergabende Pläne. Einzig in Sitzung 3 wird Verantwortungsübergabe und Unterstützung in ähnlicher Häufigkeit realisiert. Hier lässt sich auch ein Anstieg der Reflexion der Klientin erkennen (s. Abb. 5.14). In den folgenden Sitzungen 4, 5 und 9 nimmt die Unterstützung stetig und deutlich zu: Die Therapeutin entfernt sich von der zu Beginn noch eher realisierten Balance und arbeitet jetzt alleine in der Therapie. In diesen Sitzungen ist von Seiten der Klientin der erste Anstieg ihrer Klagendenpläne festzustellen: Sie begibt sich in die passive Rolle der leidenden Patientin, die auf Heilung durch die Therapeutin wartet.

Eine tendenzielle Annäherung von Unterstützung und Verantwortungsübergabe ist noch einmal in den Sitzungen 30, 31 und 55 zu erkennen. Die Therapeutin versucht, ihre unterstützenden Angebote seltener zu zeigen und dafür etwas mehr „Arbeit“ von der Klientin zu fordern. Gerade zu diesen Zeitpunkten werden von der Klientin die häufigsten Pläne der Stufe 5 „Kontrolliertes Zielverhalten“ realisiert: Sie berichtet von unternommenen Schritten, Zielverhalten auszuprobieren. Allerdings werden diese von Klagendenplänen noch deutlich übertroffen, die zu Mitte und Ende der Therapie ihren Höhepunkt erleben: Das Einfordern von Arbeit scheint in der 30. Sitzung zu spät zu kommen! Frau B ist es mittlerweile gewohnt, die Therapiesitzungen für das Klagen über ihr Leid zu nutzen und Hilfsangebote anzuhören. Auch wenn sich der veränderte Therapeutinnenstil im Klientenverhalten bemerkbar macht, scheint eine Veränderung der lang eingeübten passiven Haltung hin zu einer Arbeitshaltung, in der die Klientin Verantwortung für ihr Verhalten übernimmt, sehr schwierig zu sein.

Eine einseitige Betonung von Unterstützung unter Vernachlässigung von Verantwortungsübergabe scheint eine passive Haltung von Klienten zu fördern. Therapeutin T2 bietet viel Expertenwissen an und macht Vorschläge, während die Klientin über ihr Leid klagt.

Eine Veränderung des Therapeutenstils zu einem späten Zeitpunkt in der Therapie scheint das Klientenverhalten nur noch in geringem Ausmaß zu beeinflussen. Auch wenn die stärkere Ausgewogenheit zwischen Verantwortungsübergabe und Unterstützung auf Therapeutenseite mit motivationsförderlichen Klientenplänen einhergeht, überwiegen Klagendenpläne der Klientin. Diese Ergebnisse unterstreichen die *Bedeutung eines ausgewogenen Therapeutenstils von Beginn der Therapie an*, der zwischen fordernden und fördernden Angeboten die Waage hält. Hat sich eine Interaktion bereits etabliert, ist sie nur schwer zu verändern.

5.5.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

Tabelle 5.49 stellt Therapeutenpläne, die auf Ressourcen der Klientin fokussieren, und solche, die auf problematische Aspekte fokussieren, zusammen und führt die Auftretenshäufigkeiten an.

Ressourcenfokus	8,93%
Zeige Anerkennung (TZA)	3,49%
Räume K Entscheidungsspielraum ein (TRE)	2,63%
Thematisiere Bewältigung des Alltags (TBA)	2,18%
Exploriere Bedürfnisse (TEB)	0,63%

Problemfokus	20,41%
Exploriere die Beschwerden der Patientin (TEX)	8,82%
Informiere K bezüglich der Störung (TIS)	8,61%
Thematisiere das Ende der Therapie (TTE)	1,57%
Vermeide Überforderung (TVÜ)	1,41%

Tab. 5.49: Pläne der Therapeutin T2 im Fall B im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Der Problemfokus nimmt mit 20,41% mehr als doppelt soviel Platz im Therapeutenverhalten ein wie Ressourcenfokus mit 8,93%. Dieses Ergebnis steht in deutlichem Gegensatz zum Verhalten der Therapeutin T2 in Fall A! Gegenüber Klientin A interessierte sich die Therapeutin mit 18,12% noch nahezu doppelt so häufig für Ressourcen der Klientin als für ihre Probleme (10,91%; s. Kap. 5.4.4.4).

Zu Ressourcenfokus wird wiederum ein Plan gezählt, der direkte Komplimente beinhaltet: Im Gegensatz zu „Würdige die Klientenrolle“ in Fall A, mit dem das Lob für Schritte der Klientin Richtung Zielverhalten beschrieben wurde, beinhaltet „Zeige Anerkennung“ in Fall B aber unspezifischere Komplimente: Die Therapeutin lobt die Klientin auch dafür, wie sie ihren Zwang in ihr Leben integriert hat. Das Interesse an Entscheidungen der Klientin wird im Vergleich zum erfolgreichen Fall A nur noch halb so häufig gezeigt („Räume Entscheidungsspielraum ein“). „Thematisiere Bewältigung des Alltags“ entspricht in Inhalt und Häufigkeit in etwa „Suche nach Ressourcen“ in Fall A: Im Sinne indirekter Komplimente fragt die Therapeutin nach, wie die Klientin etwas geschafft hat. Mit 2,18% nimmt dieser Plan eine sehr untergeordnete Rolle ein. Noch seltener interessiert sich die Therapeutin für positive Wünsche und Bedürfnisse der Klientin. Maßnahmen zur Zielklärung und zur Erarbeitung erster Schritte durch die Klientin, die in Fall A einen bedeutenden Teil des Ressourcenfokus ausmachten, fehlen gegenüber Frau B gänzlich.

Zu Problemfokus wird neben der Exploration der Beschwerden, die ähnlich häufig wie in Fall A realisiert wird, auch der Plan „Informiere K bezüglich der Störung“ gezählt, der 8,61% des Therapeutenverhaltens einnimmt (doppelt so viel im Vergleich zu Fall A): Aus einer eingenommenen Expertenhaltung werden Erklärungen über die Störung gegeben. Bei „Vermeide Überforderung“ spricht die Therapeutin explizit an, bestimmte Aufgaben der Klientin nicht zumuten zu können. Eine besondere Rolle spielt „Thematisiere das Ende der Therapie“: Dieser Plan wird nur in der letzten Sitzung gezeigt, füllt diese aber zu einem großen Teil. Die Therapeutin gibt der Klientin hier die Schuld für den Abbruch der Therapie. Beide Pläne beinhalten eine Pathologisierung der Klientin.

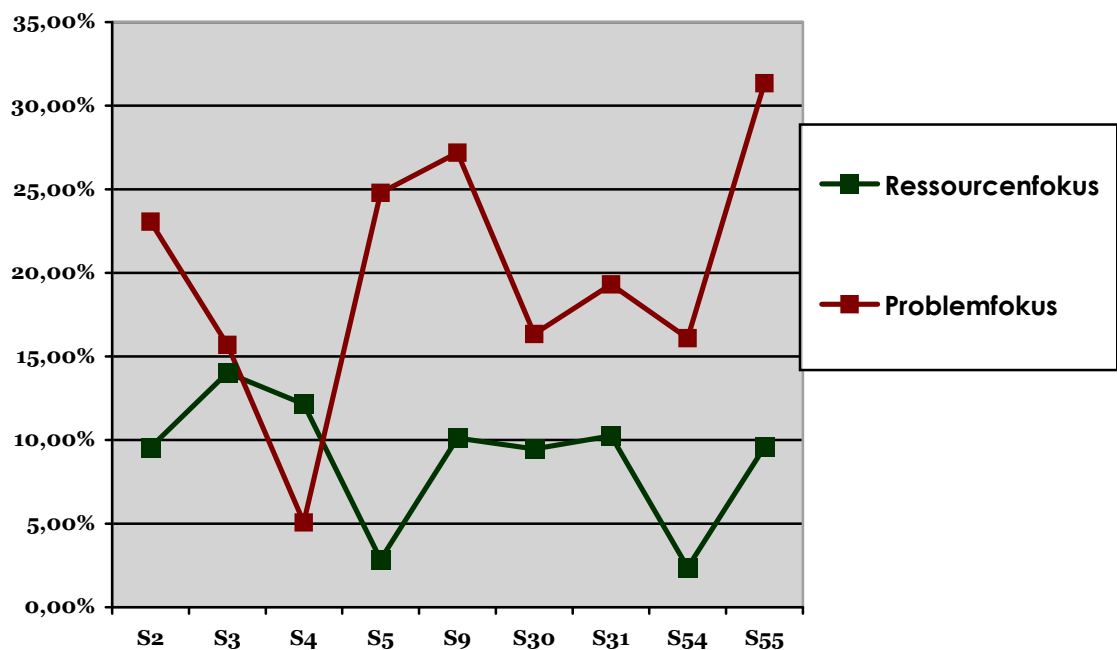


Abb. 5.16: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall B.

Zu 8 der 9 untersuchten Sitzungen überwiegt der Fokus auf problematische Aspekte der Klientin (s. Abb. 5.16). Auch aus der Verlaufsperspektive wird so der starke Kontrast zu Fall A deutlich.

In den Sitzungen der Therapiemitte (30 und 31) nähern sich Problem- und Ressourcenfokus wiederum ein wenig an. Wie bereits ausführlich besprochen wurde, realisiert gerade zu diesem Zeitpunkt die Klientin häufiger Pläne der Stufe 5, Kontrolliertes Zielverhalten.

Die Ergebnisse im Fall B stimmen mit der Hypothese aus den ersten drei Fällen klar überein: *Problemfokussierte Therapeutenpläne sind mit motivationshinderlichen Klientenpläne assoziiert, insbesondere Klagen. Ressourcenfokus kommt in nicht erfolgreichen Therapien zu kurz.*

5.6 Fall H

5.6.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeutin

5.6.1.1 Klient H: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Herr H, ein Student Anfang 20, kam in die Therapie, weil ihn aufdringliche Gedanken und Bilder quälten. In seinen Vorstellungen „entzog“ er Personen, die er kannte und mochte, ihre positiven Eigenschaften. Um dies zu verhindern, versuchte er sich Gegenbilder vorzustellen. Die meiste Zeit des Tages war er mit diesen Gedanken beschäftigt und fühlte sich der Willkürlichkeit ihres Auftretens ausgeliefert.

Der Klient schien zudem sein Leben an sehr hohen, perfektionistischen Standards und moralischen Normen auszurichten, um keinesfalls für einen Fehler verantwortlich gemacht werden zu können. Seinem Streben, in jeder Situation alles richtig zu machen, wurde (aus Beobachterperspektive) eine aufrechterhaltende Funktion für den Zwang zugeschrieben: Dadurch konnte Herr H die Gefühle der Angst und Schuld vermeiden, die er mit den oben beschriebenen Zwangsgedanken sonst neutralisieren müsste. Das sofortige (automatisierte) Zustimmung in jeden therapeutischen Vorschlag schien in der gleichen Weise vermeidenden Charakter zu haben.

Im Bericht zum Antrag auf Therapie wurde die Diagnose „vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang“ gestellt (F42.0, ICD-10).

5.6.1.2 Therapeutin T3: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Die Therapeutin hatte ca. 10 Jahre Berufserfahrung. Im Zentrum des therapeutischen Handelns steht ein an ihrer Expertise ausgerichtetes Vorgehen. Anhand einer ausgiebigen biographischen Anamnese werden dem Klienten Erklärungen seines Handelns gegeben und Hausaufgaben aufgetragen.

5.6.2 Ergebnis

5.6.2.1 Outcomedaten

Es wurde eine Langzeittherapie über insgesamt 80 Sitzungen durchgeführt, die 3 Jahre und 2 Monate andauerte.

Die zu Therapiebeginn entwickelten Therapieziele lauteten 1) die Zwangsgedanken „verdrängen“ zu können, 2) eine positivere Lebenseinstellung zu gewinnen und 3) unabhängiger von den Eltern zu sein. Aus der Therapieakte konnten leider keine Istzustände zu Therapiebeginn auf den jeweiligen Zielerreichungsskalen entnommen

werden, so dass hier auf eine Gegenüberstellung der Prä- und Postmessung verzichtet werden muss. Gegen Therapieende sieht Herr H sich allerdings auf der 10 einer Skala von 0-10 im Ziel „Behandlung des Zwangs, dass normales Leben möglich ist“, sowie auf der 8 des Ziels „selbstbestimmtes Handeln erreichen“.

Im SCL-90-R liegen Verbesserungen in 7 der 9 Subskalen vor, in 4 Bereichen unter den kritischen Wert von 60. Auch in den Globalskalen wurden Verbesserungen erzielt, in 2 Fällen kam es wiederum zu einer Verschiebung in den Normalbereich (s. Tab. 5.50).

SCL-90-R Skalen	Prä-test (Prozentrang)	Post-test (Prozentrang)
Somatisierung	38	38
Zwanghaftigkeit	80	54
Unsicherheit im Sozialkontakt	56	39
Depressivität	63	55
Ängstlichkeit	65	52
Aggressivität/Feindseligkeit	49	41
Phobische Angst	45	56
Paranoides Denken	59	40
Psychotizismus	60	52
Global Severity Index (GSI)	62	49
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	65	50
Positive Symptom Total (PST)	59	50

Tab. 5.50: Gegenüberstellung der Prä- und Post -Messungen im SCL-90-R des Fall H.

Die erste Messung mit dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit weist darauf hin, dass Herr H mit vielen Bereichen seines Lebens bereits zu Therapiebeginn zufrieden war. Die als unzufrieden gewerteten Gebiete konnte er im Laufe der Therapie verbessern (s. Markierungen Tab. 5.51). Im Fall der Entspannungsfähigkeit zeigte er sich zu Therapieende allerdings unzufriedener.

Die Ergebnisse aus den beschriebenen Fragebögen führten dazu, die Therapie als erfolgreichen Fall der Therapeutin T3 in die Stichprobe einzuschließen.

FLZ Skalen	Prä-test (Rohwert)	Post-test (Rohwert)
Allgemeiner Teil		
Freunde/ Bekannte	4	12
Freizeit/ Hobbies	-2	2
Gesundheit	12	12
Einkommen/finanzielle Sicherheit	3	3
Beruf/Arbeit	2	9
Wohnsituation	2	3
Familie/ Kinder	-1	4
Partnerschaft/ Sexualität	-1	3
Gesundheit		
Körperliche Leistungsfähigkeit	3	9
Entspannungsfähigkeit	3	-2
Energie/Lebensfreude	-3	3
Fortbewegungsfähigkeit	9	15
Seh-/Hörvermögen	9	20
Angstfreiheit	-4	4
Beschwerde-/Schmerzfreiheit	20	20
Unabhängigkeit von Hilfe	20	20

Tab. 5.51: Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall H.

5.6.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

Interessanterweise stehen in Fall H die Fragebogendaten in krassem Widerspruch zu den Prozessdaten, welche über den Verlauf der Änderungsmotivation Aufschluss gewähren: Zu jedem Zeitpunkt der gesamten untersuchten 9 Sitzungen realisiert Herr H deutlich mehr motivationshinderliche als motivationsförderliche Pläne (s. Abb. 5.17). Ein positiver Trend der Erhöhung der Änderungsmotivation ist nicht erkennbar. Ausgehend vom Erfolgskriterium in dieser Studie (s. Kap. 4.2.1.3) wird der Fall also als „nicht erfolgreich“ angesehen (im Sinne keiner Steigerung der Änderungsmotivation). Obwohl die Motivation, Änderungen durchzuführen, zu keinem Zeitpunkt Ausdruck fand, beschrieb Herr H Fortschritte in den Fragebögen. In den folgenden Ausführungen gilt es, Erklärungsversuche für den Widerspruch zwischen den Ergebnissen aus den Fragebögen und den Beobachtungsdaten zu entwickeln.

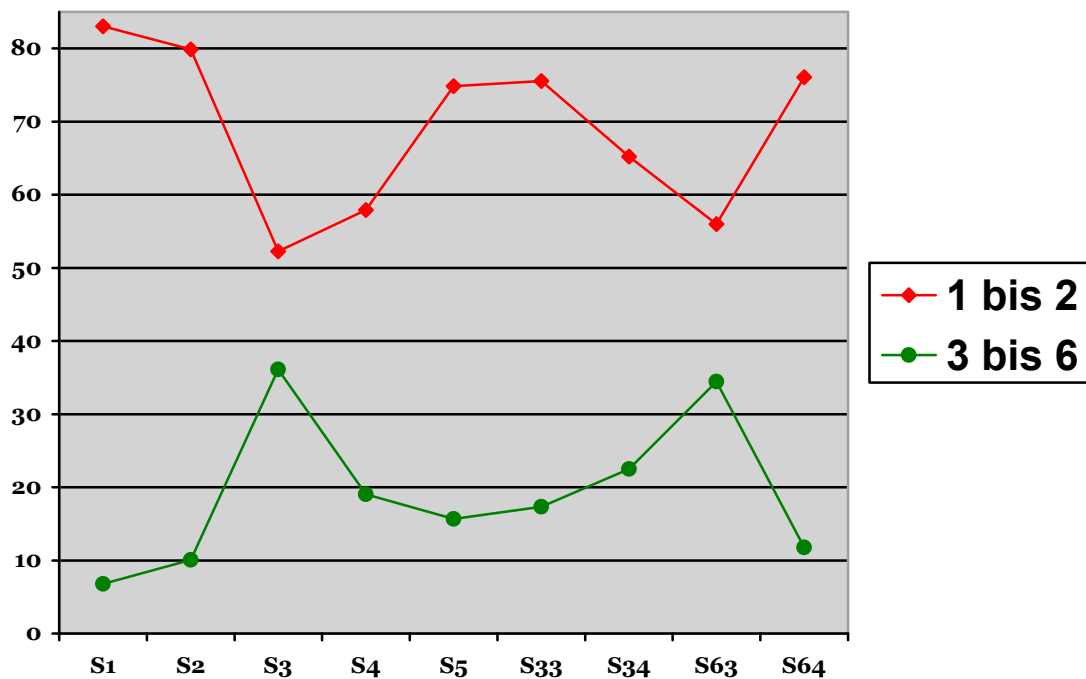


Abb. 5.17: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall H.

5.6.3 Pläne Klient H: Änderungsmotivation – in der Beziehung H

5.6.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten H

Um das Verhalten des Klienten erfassen zu können, wurden 18 Kategorien konstruiert. Die auf den ersten drei Sitzungen beruhende Version des Kategoriensystems (Brosch & Madjaric, 2007) musste zur Bewertung des weiteren Verlaufs nur geringfügig modifiziert werden (Horn, 2009): 14 von ursprünglich 15 Kategorien wurden übernommen, die Kategorie „Suche nach Lösungsmöglichkeiten“ in drei Pläne (gemäß der Stufen Reflexion, Entscheiden, Kontrolliertes Zielverhalten, s.u.) zerlegt und ein Plan hinzugefügt. Die eingesetzten Kategorien werden in Tabelle 5.52 aufgelistet. Daraufhin werden die häufigsten Pläne jeder Motivationsstufe mit Beschreibungen und Beispielen dargestellt (Tab. 5.53).

Pläne Klient H/ Kategorien
Beklage Missstände (KBM)
Beschütze „das Gute“ (KBG)
Führe Schritte aus (KLP5)
Lindere dein Leiden (KLL)
Nimm Dir Schritte vor (KLP4)
Schließe Kompromisse (KSK)
Sei eine „guter“ Sohn (KG)
Sei kooperativ (KK)
Sei perfekt (KP)
Sichere dich ab (KS)
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)
Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)
Tausche Informationen aus (KIA)
Verbirg deine Störung (KVS)
Vermeide persönliche Gespräche (KVP)
Zeige dein Leiden (KZL)
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)
Rest (R)

Tab. 5.52: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klienten H.

Sei perfekt (KP)
<p>Beschreibung K hat klare Maßstäbe und setzt hohe Erwartungen an sich selbst, so möchte er zuverlässig, pflichtbewusst und allgemein gut informiert sein. Für K ist Leistung eng mit seinem Wert verbunden. Seine höchste Norm ist, ein guter Mensch zu sein, dazu gehört, dass er sich kein Urteil über andere erlaubt und Sachverhalte möglichst korrekt schildert. Er beschreibt, was er als Familienvater besser machen würde als seine Eltern. K wägt lange ab, bevor er sich für etwas entscheidet, und selbst danach ist er sich noch unsicher, ob es die richtige Entscheidung war. Er klagt nicht, wenn es ihm gut geht.</p>
<p>Ankerbeispiel „Trotzdem muss man ja auch die Frau und die Familie berücksichtigen und dafür sorgen, dass sie sich wohl fühlt.“</p>
Zeige dein Leiden (KZL)
<p>Beschreibung K beschreibt die Allgegenwärtigkeit der Zwänge in seinem Leben und die Willkürlichkeit ihres Auftretens. Er personifiziert seinen Zwang als „Quälgeist“, fühlt sich ohnmächtig und hilflos. Aus seiner Hilflosigkeit heraus äußert er Zweifel gegenüber Ansatzpunkten im Kampf gegen den Zwang.</p>
<p>Ankerbeispiel „Mir scheint’s so, als ob’s völlig willkürlich ist, wann das auftritt und wann nicht.“ „Also es gibt Tage, wo sie (die Zwänge) mal wieder kaum zu ertragen sind, wo es besonders schlimm ist.“</p>

Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)
<p>Beschreibung K formuliert Ziele und sucht Ursachen für seine Zwänge, auch wenn ihm vieles noch unklar ist. Er reflektiert seine Probleme, zum Beispiel bezogen auf die Zwangsproblematik oder seine Familie, und analysiert sich in diesem Zusammenhang. So ist ihm durchaus bewusst, dass er nicht Urheber der Zwangsgedanken ist. Er ist sehr engagiert im Kampf gegen den Zwang, beispielsweise macht er seine Hausaufgaben sorgfältig.</p>
<p>Ankerbeispiel „Ich habe schon ein Stückweit diese Theorie, dass im Gehirn irgendwelche Abläufe vielleicht von Geburt an irgendwie genetisch anders sind, aber ich glaub auch daran, dass man das ein Stückweit mit der Erziehung vielleicht unterstützt.“</p>
Nimm Dir Schritte vor (KLP4)
<p>Beschreibung K äußert konkrete Absichten, das Problemverhalten bald zu verändern. Er unternimmt minimale Schritte in Richtung Zielverhalten.</p>
<p>Ankerbeispiel „ja ich denk schon, dass ich's machen will. also ich weiß es eigentlich, dass ich's auf jeden Fall probieren will.“</p>
Führe Schritte aus (KLP5)
<p>Beschreibung K unternimmt kontrollierte Anstrengungen sein Verhalten zu ändern, er macht neue Erfahrungen und kann diese Erfahrungen auch als Erfolge verbuchen.</p>
<p>Ankerbeispiel „ja ich glaub mir gelingt's ganz gut morgens so aus diesem Grübeltunnel rauszukommen und so in das Alltagsleben“ „ich versuch's einfach auszuhalten so ein bisschen“</p>

Tab. 5.53: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient H.

5.6.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

14 der 18 Klientenpläne wurden im FRAME als motivationsrelevant eingeschätzt und somit Stufen der Veränderungsbereitschaft zugeordnet. Außer der sechsten Stufe „Automatisiertes Zielverhalten“ konnte jeder Stufe mindestens ein Plan zugeordnet werden.

Unter die Stufe 1 „Automatisiertes Problemverhalten“ fielen Klientenpläne, die Berichte von Neutralisierungen des Zwangs durch Gegengedanken („Beschütze das Gute“) oder Vermeidungsverhalten durch u.a. Ablenkung („Lindere dein Leiden“) beinhalten. Der Klient versucht außerdem auf vielfältige Art und Weise jede Möglichkeit, Schuld auf sich nehmen, geschweige denn „anecken“ zu können, zu vermeiden. Er stellt extrem hohe moralische Standards an sich selbst („Sei perfekt“), möchte gegenüber den Eltern alles richtig machen („Sei ein guter Sohn“) und stimmt

sämtlichen Vorschlägen der Therapeutin unhinterfragt zu („Zeige, dass du ihr folgst“, „Sei kooperativ“). Sein Streben, möglichst jeglichen Fehler zu vermeiden und keine Risiken einzugehen, scheint ihm bei der Realisierung dieser Pläne kaum bewusst oder änderungswürdig (Marker 1A, 1B). Vielmehr führt er auch in der Interaktion mit der Therapeutin Verhalten aus, das den Kern des beschriebenen Zwangs ausmacht (Schuld vermeiden), so dass die Pläne zu Stufe 1 gezählt wurden.

Eine Reihe von Plänen wurde der zweiten Stufe „Klagen, Erleben eines Problems“ zugerechnet: Herr H scheint stark unter der „Situation“ zu leiden, kann aber keine aktive eigene Rolle bei einer Lösung erkennen. Er klagt über den Zwang („Zeige dein Leiden“) oder die Missstände in der Familie („Beklage Missstände“; Marker 2A). Da er sich als Opfer begreift, möchte er selbst nicht aktiv werden und wichtige Dinge ansprechen, unter denen er leidet („Vermeide persönliche Gespräche“, „Verbirg deine Störung“, „Schließe Kompromisse“; Marker 2B).

Der Plan „Suche nach Lösungsmöglichkeiten“ wurde weiter aufgeteilt, weil er verschiedene Motivationsstufen beinhaltet. Unter der ursprünglichen Bezeichnung wurden Reflexionen über das Problem kategorisiert (Marker 3A, Stufe 3). „Nimm dir Schritte vor“ bezeichnet Vorsätze des Klienten, Zielverhalten umzusetzen, und wurde somit der Stufe 4 „Entscheiden“ zugeordnet (Marker 4A, 4B). Zu Kontrolliertem Zielverhalten (Stufe 5) wurde der Plan „Führe Schritte aus“ gezählt, der Anstrengungen und Berichte des Klienten über umgesetztes Zielverhalten beinhaltet (Marker 5A, 5B).

Pläne Klient H	Rater 1	FRAME Rater 2	Einigung
Sei perfekt (KP)	1	1	1
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)	2	1	1
Beschütze „das Gute“ (KBG)	3	1	1
Sei eine „guter“ Sohn (KG)	1	1	1
Sei kooperativ (KK)	2	1	1
Lindere dein Leiden (KLL)	1	1	1
Zeige dein Leiden (KZL)	2	2	2
Beklage Missstände (KBM)	2	2	2
Vermeide persönliche Gespräche (KVP)	-	2	2
Verbirg deine Störung (KVS)	-	2	2
Schließe Kompromisse (KSK)	-	2	2
Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)	3	5	3 (Z)
Nimm Dir Schritte vor (KLP4)	4(N)	4(N)	4(N)
Führe Schritte aus (KLP5)	5(N)	5(N)	5(N)
Tausche Informationen aus (KIA)	-	-	-
Sichere dich ab (KS)	1	-	-
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)	-	-	-
Rest (KR)	-	-	-

Tab. 5.54: Zuordnungen der Pläne des Klienten H zu den Motivationsstufen im FRAME.

5.6.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Für Klient H wurden 3551 Sinneinheiten bewertet, das entspricht ca. 400 pro Sitzung. Tabelle 5.55 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der einzelnen Klientenpläne pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Kategorie	S1	S2	S3	S4	S5	S33	S34	S63	S64	Σ
Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)	6,21% (22)	8,63% (36)	35,41% (148)	12,96% (32)	10,06% (34)	11,07% (62)	16,26% (86)	26,67% (120)	9,66% (23)	15,85% (563)
Zeige dein Leiden (KZL)	28,81% (102)	3,60% (15)	12,92% (54)	14,17% (35)	22,49% (76)	11,96% (67)	13,42% (71)	6,67% (30)	25,21% (60)	14,36% (510)
Sei perfekt (KP)	17,80% (63)	11,27% (47)	11,72% (49)	2,43% (6)	8,88% (30)	13,04% (73)	23,44% (124)	14,00% (63)	16,81% (40)	13,94% (495)
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)	12,43% (44)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	17,16% (58)	16,25% (91)	15,88% (84)	17,78% (80)	15,13% (36)	11,07% (393)
Beklage Missstände (KBM)	1,41% (5)	41,97% (175)	3,83% (16)	0,00% (0)	0,00% (0)	15,71% (88)	7,18% (38)	0,00% (0)	0,84% (2)	9,12% (324)
Beschütze „das Gute“ (KBG)	13,56% (48)	0,00% (0)	18,66% (78)	29,55% (73)	16,86% (57)	0,00% (0)	0,95% (5)	0,00% (0)	0,00% (0)	7,35% (261)
Sei eine „guter“ Sohn (KG)	0,00% (0)	17,75% (74)	0,24% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	5,18% (29)	0,00% (0)	12,67% (57)	8,82% (21)	5,13% (182)
Sei kooperativ (KK)	1,69% (6)	3,36% (14)	4,07% (17)	10,93% (27)	8,58% (29)	4,64% (26)	4,35% (23)	4,44% (20)	6,30% (15)	4,98% (177)
Tausche Informationen aus (KIA)	3,11% (11)	2,64% (11)	1,91% (8)	10,53% (26)	6,51% (22)	2,68% (15)	3,21% (17)	3,11% (14)	6,30% (15)	3,91% (139)
Sichere dich ab (KS)	1,13% (4)	3,36% (14)	2,15% (9)	10,53% (26)	2,07% (7)	3,21% (18)	3,02% (16)	1,33% (6)	4,20% (10)	3,10% (110)
Führe Schritte aus (KLP5)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,24% (1)	0,00% (0)	2,66% (9)	4,11% (23)	5,48% (29)	7,56% (34)	2,10% (5)	2,84% (101)
Suche eine persönliche Ebene (KPE)	5,08% (18)	0,24% (1)	3,35% (14)	1,62% (4)	0,00% (0)	0,00% (0)	6,05% (32)	4,00% (18)	0,00% (0)	2,45% (87)
Vermeide persönliche Gespräche (KVP)	0,00% (0)	1,44% (6)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	8,75% (49)	0,00% (0)	0,00% (0)	2,94% (7)	1,75% (62)
Nimm Dir Schritte vor (KLP4)	0,56% (2)	1,44% (6)	0,48% (2)	6,07% (15)	2,96% (10)	2,14% (12)	0,76% (4)	0,22% (1)	0,00% (0)	1,46% (52)
Lindere dein Leiden (KLL)	2,26% (8)	0,00% (0)	4,78% (20)	0,81% (2)	0,89% (3)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,93% (33)
Rest (KR)	0,85% (3)	0,24% (1)	0,24% (1)	0,40% (1)	0,89% (3)	1,25% (7)	0,00% (0)	1,11% (5)	1,68% (4)	0,70% (25)
Verbirg deine Störung (KVS)	5,08% (18)	0,48% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,56% (20)
Schließe Kompromisse (KSK)	0,00% (0)	3,84% (16)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,44% (2)	0,00% (0)	0,51% (18)
Σ	354	417	418	247	338	560	529	450	238	3551

Tab. 5.55: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall H pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Mit „Suche nach Lösungsmöglichkeiten“ wird ein Reflexionsplan am häufigsten realisiert, gefolgt von einigen Plänen der Stufen 1 und 2. Eine *prinzipielle Ambivalenz* ist auch in diesem Fall klar erkennbar.

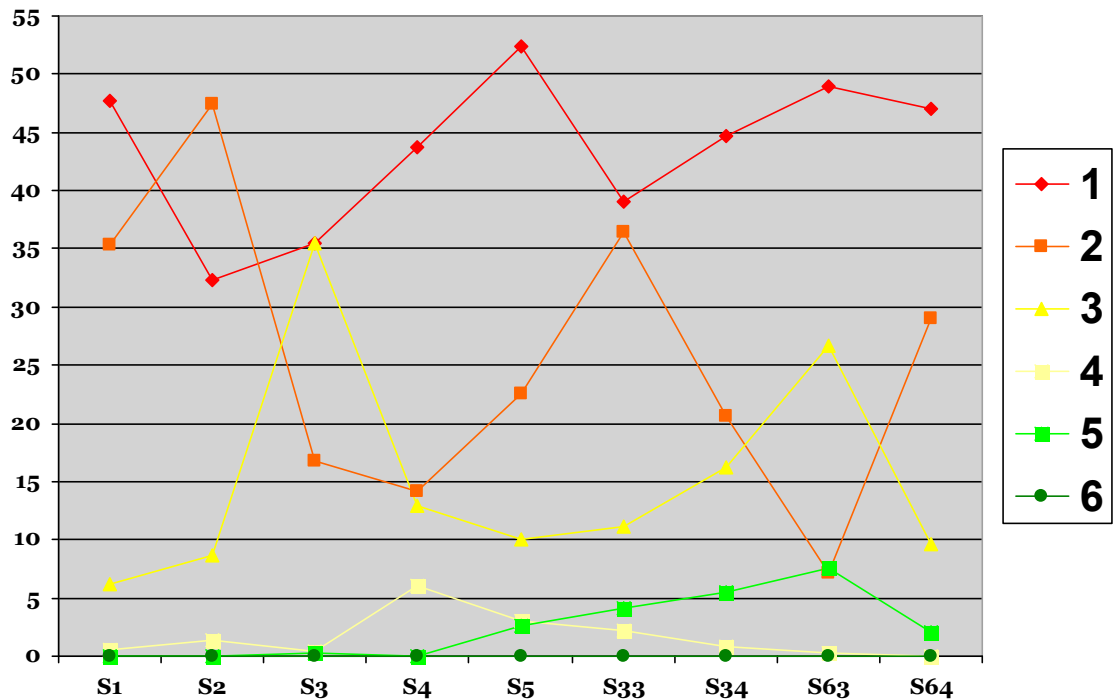


Abb. 5.18: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall H.

Die ersten zwei Sitzungen, die inhaltlich der Exploration der Beschwerden und der biographischen Anamnese gewidmet waren, sind von Automatisiertem Problemverhalten und Klagen deutlich geprägt (Stufen 1 und 2). Der Klient zeigt allerdings auch hier schon kleinste Ansätze, zu reflektieren (Stufe 3). In der dritten Sitzung, die zur Hälfte von der Klärung der Therapieziele bestimmt war, ist der deutlichste Anstieg an Reflexionen festzustellen. Im weiteren Verlauf wird das Klientenverhalten von Plänen der Stufe 1 beherrscht: Der Klient berichtet von seinen Zwängen oder seiner Vermeidung, „Schuld“ auf sich zu nehmen, oder ordnet sich direkt in der Interaktion zur Therapeutin unter, um mögliche Schuld und Verantwortung zu vermeiden.

Am zweithäufigsten treten (außer in Sitzung 63) Pläne auf, die das Klagen des Klienten über seine Situation oder andere Menschen beinhalten: Herr H sieht das Problem v.a. bei anderen Personen, die sich ändern müssten.

Deutlich seltener werden im gesamten weiteren Verlauf Reflexionspläne realisiert. Entscheidungen und Berichte über kontrolliertes Zielverhalten, also Schritte Richtung Ziel außerhalb der Sitzung, spielen eine sehr untergeordnete Rolle.

5.6.3.4 Fazit

Automatisiertes Problemverhalten und Klagen machen zu jedem untersuchten Zeitpunkt mehr als 50% des Klientenverhaltens aus. Neben Berichten über automatisiertes Problemverhalten in seinem Leben spielt dieses *auch in der direkten Interaktion mit der Therapeutin* eine Rolle, ohne reflektiert zu werden. Der Klient sieht sich nur sehr selten als für seine Änderung verantwortlich an. Die *Änderungsmotivation bleibt niedrig*.

Eine *prinzipielle Ambivalenz* scheint aber zu bestehen: Herr H reflektiert über Lösungsmöglichkeiten zu durchschnittlich 15%. Auch in diesem Fall spielt die *Zielklärung* eine wichtige Rolle zur Steigerung der Reflexionspläne.

Entscheidungen für Lösungsschritte oder Berichte über die Umsetzung in konkretes Verhalten werden kaum geäußert (1,5% und 2,8%).

Trotz seines Verharrens in Zwängen, Vermeidung und Klagen bewertet der Klient die Therapie nach über 3 Jahren als erfolgreich.

5.6.4 Pläne Therapeutin T3: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.6.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T3

Pläne Therapeutin H/ Kategorien
Baue Leistungsdruck ab (TBL)
Betone Ressourcen (TBR)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)
Exploriere sein Universum (TEX)
Gib Recht (TGR)
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)
Legitimiere das Verhalten des Patienten (TLV)
Sei humorvoll (TH)
Sei transparent (TT)
Sichere dich ab (TS)
Spiegle negative Gefühle (TSP)
Strukturiere und fasse zusammen (TST)
Tausche Informationen aus (TIA)
Verlange Zustimmung (TVZ)
Zeige dich als Person (TZP)
Zeige dich als Verbündete gegen den Zwang (TZV)
Zeige dich positiv und Optimistisch (TZPO)
Zeige dich sorgend (TZS)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)
Zeige, dass du ihm folgst (TZF)
Rest (R)

Tab. 5.56: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T3 im Fall H.

Zur Erfassung des Verhaltens der Therapeutin wurden 21 Kategorien konstruiert. Tabelle 5.56 listet die Kategorien alphabetisch auf. Die für die folgenden Ausführungen (zu den Plankomplexen, s.u.) zentralsten Pläne werden in Tabelle 5.57 mit Beschreibungen und Ankerbeispielen dargestellt. Im Anhang kann das gesamte Kategoriensystem nachgelesen werden.

Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)
<p>Beschreibung T bringt Analysen und Erklärungen zur familiären Situation, die zur Problemgenese beigetragen haben könnten. Hier werden auch andere problemrelevante Infos kodiert, die T dem Klienten mitgibt. Das Hauptkriterium hier ist die „Neuheit“, d.h. dass die Therapeutin etwas Eigenes, Neues in die Interaktion einbringt. Hier werden auch Lösungsvorschläge von Seiten der Therapeutin kodiert.</p>
<p>Ankerbeispiele (K berichtet über Verhalten der Großmutter in Kontakt mit den Eltern) T: „Da ist ganz viel Unzufriedenheit“ „Alle in Ihrer Familie haben den fremden Willen zum Thema.“ „das ist ja das Wichtigste eigentlich,/ gell? TVZ/ dass man weiß, wenn man das Ziel erreicht hat“/ TSE K: (...) das ist so der Wunsch nach so einer Bilderbuchfamilie von mir. ich weiß, den gibt's nicht, aber T: /hmhm TZF/ K: einfach ein paar weniger Sorgenfalten. T: /ja TGR/ oder wenn man ein Päckchen mal aufpackt und alle miteinander +gucken TSE/ was ist denn da drin? TSE/</p>
Exploriere sein Universum (TEX)
<p>Beschreibung T holt problemrelevante Informationen verschiedener Art ein. Sie erfragt Zwangsstruktur, Familienstruktur, soziales Umfeld, Überzeugungen, Ziele. Auch explorierende Interventionen wie die Wunderfrage werden hier kodiert. (...)</p>
<p>Ankerbeispiele „Wie weit möchten Sie kommen?“ „Was hieß denn ‚Explosion!?' Hat sie geschrien und geschlagen?“</p>
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)
<p>Beschreibung T vermittelt dem Patienten Ihr Verständnis für seinen Leidensdruck und seine Probleme und Sorgen.</p>
<p>Ankerbeispiele „das ist ja ein wüster! Quälgeist“ (bezogen auf die Zwangsgedanken) „das kann ich mir gut vorstellen“ (in Reaktion auf Leidensschilderung)</p>
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)
<p>Beschreibung T bindet K aktiv in die Gestaltung des therapeutischen Prozesses ein, indem sie nach seinen eigenen Theorien zum Problem fragt, Aufgaben vergibt, Wahlmöglichkeiten lässt und ihn zur Eigenkreativität auffordert. Dazu gehört auch, dass sie ihn eigene Lösungen entwickeln lässt. (...)</p>
<p>Ankerbeispiele „gibt's noch was , was sie sagen möchten?“ „das steht ihnen frei, darüber zu reden“ „was ist Ihre persönliche Vermutung, woher die Zwänge kommen?“</p>

Verlange Zustimmung (TVZ)
<p>Beschreibung T versichert sich, ob ihr Vorgehen für K in Ordnung ist (Zustimmung). (...) Mit kleinen Nachfragen wie „ne?“ oder „nicht wahr?“ holt T den Klienten während ihrer Ausführungen „meinungsmäßig“ „ins Boot“.</p>
<p>Ankerbeispiele „ärgerlich für uns alle beide, gell? na ja, gut, okay.“</p>

Tab. 5-57: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T3 im Fall H.

5.6.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Kategorien	S1	S2	S3	S4	S5	S33	S34	S63	S64	Σ
Zeige, dass du ihm folgst (TZF)	41,81% (194)	39,07% (218)	32,81% (230)	13,48% (101)	24,45% (235)	33,97% (233)	33,28% (215)	35,39% (224)	24,33% (109)	30,09% (1759)
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)	5,39% (25)	7,35% (41)	2,43% (17)	24,70% (185)	10,61% (102)	23,47% (161)	21,98% (142)	14,06% (89)	22,99% (103)	14,80% (865)
Strukturiere und fasse zusammen (TST)	8,19% (38)	9,32% (52)	9,99% (70)	6,41% (48)	7,49% (72)	8,02% (55)	8,67% (56)	9,00% (57)	8,04% (36)	8,28% (484)
Exploriere sein Universum (TEX)	4,53% (21)	7,71% (43)	11,13% (78)	2,80% (21)	9,05% (87)	5,98% (41)	6,19% (40)	7,11% (45)	11,16% (50)	7,29% (426)
Tausche Informationen aus (TIA)	8,84% (41)	9,32% (52)	14,98% (105)	12,82% (96)	2,39% (23)	3,79% (26)	3,25% (21)	2,37% (15)	4,02% (18)	6,79% (397)
Verlange Zustimmung (TVZ)	3,23% (15)	3,94% (22)	2,14% (15)	7,34% (55)	9,89% (95)	4,96% (34)	5,57% (36)	6,48% (41)	8,26% (37)	5,99% (350)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	3,88% (18)	1,25% (7)	1,43% (10)	7,21% (54)	8,22% (79)	7,29% (50)	3,56% (23)	3,48% (22)	7,14% (32)	5,05% (295)
Sichere dich ab (TS)	4,31% (20)	3,41% (19)	9,99% (70)	3,34% (25)	1,77% (17)	1,02% (7)	2,79% (18)	3,16% (20)	2,01% (9)	3,51% (205)
Gib Recht (TGR)	2,16% (10)	1,97% (11)	1,85% (13)	3,47% (26)	5,31% (51)	1,75% (12)	4,18% (27)	5,21% (33)	1,56% (7)	3,25% (190)
Betone die Ressourcen (TBR)	4,31% (20)	1,97% (11)	3,99% (28)	1,20% (9)	7,08% (68)	0,73% (5)	2,01% (13)	2,53% (16)	1,12% (5)	2,99% (175)
Zeige dich als Person (TZP)	2,80% (13)	1,25% (7)	1,85% (13)	2,94% (22)	1,66% (16)	3,06% (21)	0,15% (1)	1,26% (8)	1,34% (6)	1,83% (107)
Zeige dich positiv und optimistisch (TZPO)	1,08% (5)	2,51% (14)	1,14% (8)	7,34% (55)	0,62% (6)	0,15% (1)	0,15% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,54% (90)
Sei transparent (TT)	1,51% (7)	2,33% (13)	1,43% (10)	0,53% (4)	2,91% (28)	0,29% (2)	0,93% (6)	0,63% (4)	0,67% (3)	1,32% (77)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,51% (7)	2,15% (12)	0,57% (4)	0,40% (3)	1,14% (11)	1,60% (11)	1,08% (7)	1,58% (10)	2,68% (12)	1,32% (77)
Zeige dich sorgend (TZS)	0,86% (4)	0,54% (3)	1,00% (7)	0,00% (0)	1,25% (12)	0,87% (6)	0,46% (3)	3,63% (23)	2,01% (9)	1,15% (67)
Baue Leistungsdruck ab (TBL)	1,94% (9)	0,72% (4)	0,29% (2)	1,47% (11)	2,19% (21)	0,87% (6)	1,55% (10)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,08% (63)
Spiegle negative Gefühle (TSP)	0,00% (0)	0,18% (1)	0,29% (2)	0,27% (2)	3,43% (33)	0,44% (3)	0,77% (5)	1,42% (9)	0,45% (2)	0,98% (57)
Rest (TR)	0,86% (4)	1,97% (11)	1,28% (9)	1,34% (10)	0,21% (2)	0,73% (5)	0,62% (4)	0,79% (5)	0,89% (4)	0,92% (54)
Legitimiere das Verhalten des Patienten (TLV)	0,00% (0)	1,79% (10)	0,00% (0)	0,40% (3)	0,00% (0)	0,73% (5)	2,32% (15)	1,74% (11)	1,34% (6)	0,86% (50)
Sei humorvoll (TH)	1,51% (7)	0,54% (3)	1,00% (7)	2,54% (19)	0,21% (2)	0,29% (2)	0,46% (3)	0,16% (1)	0,00% (0)	0,75% (44)
Zeige dich als Verbündete gegen den Zwang (TZV)	1,29% (6)	0,72% (4)	0,43% (3)	0,00% (0)	0,10% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,24% (14)
Σ	464	558	701	749	961	686	646	633	448	5846

Tab. 5.58: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall H pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Tabelle 5.58 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der einzelnen Therapeutenpläne zu jeder Sitzung und im Gesamtverlauf. Auffällig ist, dass mit 5846 eingeschätzten Sinneinheiten die Therapeutin wesentlich häufiger zu Wort kommt als der Klient (im Vergleich zu 3551 auf Klientenseite).

Wie in den bisherigen Fällen tritt als häufigste Kategorie wiederum „Zeige, dass Du folgst“ auf, das v.a. paraverbale Äußerungen des Aktiven Zuhörens I beinhaltet („Hm-hm“). Als wichtigstes spezifisches Therapeutenverhalten sticht das Geben von Interpretationen und Erklärungen mit 14,8% deutlich heraus.

5.6.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

In Tabelle 5.59 werden die Pläne der Therapeutin aufgeführt, mit denen sie Verantwortungsübergabe, Unterstützung oder Anerkennung des Leids in Fall H umgesetzt hat sowie die dazugehörigen Auftretenshäufigkeiten.

Verantwortungsübergabe	13,66%
Exploriere sein Universum (TEX)	7,29%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	5,05%
Sei transparent (TT)	1,32%

Unterstützung	36,20%
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)	14,80%
Strukturiere und fasse zusammen (TST)	8,28%
Verlange Zustimmung (TVZ)	5,99%
Sichere dich ab (TS)	3,51%
Zeige dich positiv und optimistisch (TZPO)	1,54%
Spiegle negative Gefühle (TSP)	0,98%
Legitimiere das Verhalten des Patienten (TLV)	0,86%
Zeige dich als Verbündete gegen den Zwang (TZV)	0,24%

Anerkennung des Leids	3,55%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,32%
Zeige dich sorgend (TZS)	1,15%
Baue Leistungsdruck ab (TBL)	1,08%

Tab. 5.59: Pläne der Therapeutin T3 im Fall H im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Auf den ersten Blick fallen die mit 13,66% bisher niedrigste Häufigkeit von Plänen der Verantwortungsübergabe und die fast dreimal so hohe Realisierung von Plänen der Unterstützung auf. In Fall H ist somit die bisher größte Diskrepanz zwischen den beiden Plankomplexen festzustellen. Der zweite Gegenpart zu Verantwortungsübergabe „Anerkennung des Leids“ wird im Vergleich zu den bisher geschilderten Fällen am stärksten realisiert, was zu einer noch einseitigeren Ausübung des Spannungsfelds führt, keine Verantwortung dem Klienten zuzumuten.

Zu „Verantwortungsübergabe“ wurden die Pläne „Exploriere sein Universum“ und „Binde aktiv in die Gestaltung ein“ gezählt: Dem Klienten werden Fragen oder Entscheidungen abverlangt, was ihn zur Mitarbeit auffordert. „Sei transparent“ bietet ihm die Möglichkeit, Vorgänge in der Therapie nachzuvollziehen und so aktiv eingreifen zu können. Im Vergleich zu den bisher geschilderten Therapien fällt auch die geringere Bandbreite an Therapeutenplänen der Verantwortungsübergabe auf.

Die mit Abstand häufigste Kategorie des Komplexes „Unterstützung“ (und zweithäufigste Kategorie überhaupt) ist „Interpretiere und erkläre die Störung“: Die Therapeutin nimmt dem Klienten Arbeit ab, indem sie selbst Interpretationen und Erklärungen zu seinen Beschwerden entwickelt. Auf weniger direkte Weise bietet die Therapeutin mit „Strukturiere und fasse zusammen“ Unterstützung durch Paraphrasierungen im Sinne des Aktiven Zuhörens II an. „Verlange Zustimmung“ und „Sichere dich ab“ fallen anders als bei Therapeut T1 nicht unter Verantwortungsübergabe, sondern unter Unterstützung: Therapeutin T3 fordert den Klienten damit nicht zu Überlegungen auf, sondern beendet eigene Erklärungen oft mit Suggestionen wie „gell?“ oder „ne?“, ohne aber auf Antworten zu warten. Die Therapeutin bestätigt dadurch selbst ihre eigenen Überlegungen, als Bestätigungen vom Klienten einzufordern. Auch Aktives Zuhören III („Spiegle negative Gefühle“), Ermutigungen („Zeige dich positiv und optimistisch“, „Legitimiere das Verhalten des Patienten“) und die Betonung der Wichtigkeit der Therapeutenrolle („Zeige dich als Verbündete gegen den Zwang“) stellen Pläne dar, in denen die Therapeutin Führung und Arbeit in der Sitzung übernimmt.

Drei Therapeutenpläne wurden zu „Anerkennung des Leids“ gerechnet. Die Therapeutin drückt ihr Verständnis für das Leiden des Klienten aus („Zeige Verständnis und Empathie“), teilt dem Klienten ihre Sorge um ihn mit („Zeige dich sorgend“) und nimmt therapeutische Anforderungen an ihn zurück („Baue Leistungsdruck ab“).

Abbildung 5.19 stellt den Einsatz der Plankomplexe im Therapieverlauf dar.

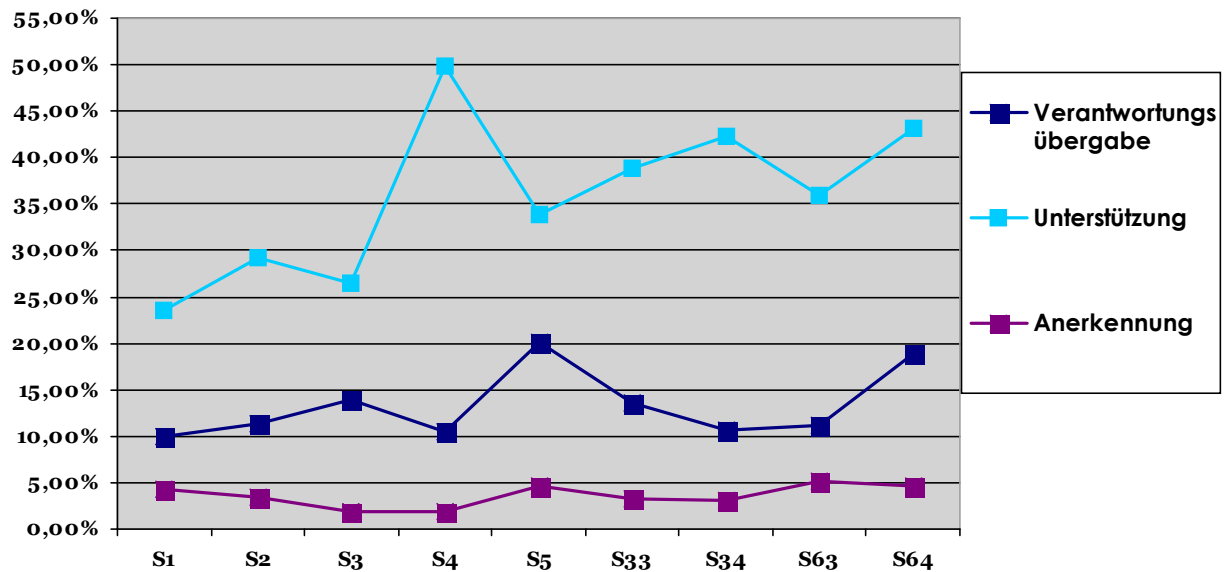


Abb. 5.19: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall H.

Zu jedem Untersuchungszeitpunkt wird deutlich mehr Unterstützung als Verantwortungsübergabe realisiert. Die Diskrepanz scheint im Verlauf sogar noch zu wachsen.

Die Therapeutin fordert den Klienten kaum dazu auf, Verantwortung und Initiative in der Therapie zu übernehmen. Vielmehr übernimmt sie die Arbeit v.a. durch das Liefern eigener Interpretationen. Der Klient verharrt in Problembereichen und Klagen (s.o.).

Diese Beobachtungen stehen im Einklang mit den Ergebnissen aus den bisher geschilderten Fällen: *Die einseitige Realisierung von Unterstützung bei gleichzeitigem Versäumnis, Verantwortung zu übernehmen, lässt den Klienten in der passiven Rolle verharren.*

5.6.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

In Tabelle 5.60 sind die Therapeutenpläne, die Ressourcenfokus und Problemfokus zugerechnet wurden, mit ihren Auftretenshäufigkeiten über den Gesamtverlauf gegenübergestellt.

Ressourcenfokus	12,83%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	5,05%
Gib Recht (TGR)	3,25%
Betone die Ressourcen (TBR)	2,99%
Zeige dich positiv und optimistisch (TZPO)	1,54%

Problemfokus	18,49%
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)	14,80%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,32%
Zeige dich sorgend (TZS)	1,15%
Spiegle negative Gefühle (TSP)	0,98%
Zeige dich als Verbündete gegen den Zwang (TZV)	0,24%

Tab. 5.60: Pläne der Therapeutin T3 im Fall H im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Wie in den bisher beschriebenen nicht erfolgreichen Fällen D und B nimmt Problemfokus wiederum einen größeren Stellenwert als Ressourcenfokus ein.

Mit „Binde aktiv in die Gestaltung ein“ drückt die Therapeutin ihr Interesse für die Meinungen und Entscheidungen des Klienten aus, mit „Gib Recht“ bestärkt sie ihn dabei in seinen Wahrnehmungen. Die Pläne wurden analog zu Therapeut T1 unter Ressourcenfokus subsumiert. „Betone Ressourcen“ schließt größtenteils direkte, aber auch indirekte Komplimente an den Klienten ein. Mit „Zeige dich positiv und optimistisch“ drückt die Therapeutin ihre Hoffnung auf Besserung aus.

Da sich die Interpretationen der Therapeutin auf die vom Klienten geschilderten Beschwerden beziehen und Erklärungen für sein negatives Erleben liefern sollen, fällt der Plan „Interpretiere und erkläre die Störung“ unter Problemfokus. Problematische Aspekte des Klienten werden weiterhin bei „Spiegle negative Gefühle“ und „Zeige dich als Verbündete gegen den Zwang“ thematisiert. Die Bestätigungen des Leids des Klienten und der Ausdruck der Sorge um ihn, gehören ebenfalls hier dazu („Zeige Verständnis und Empathie“, „Zeige dich sorgend“).

Genauso wie bei Therapeut T1 konnte die Kategorie „Exploriere sein Universum“ nicht eindeutig zugewiesen werden, weil sie sowohl problembezogene als auch zukunftsgerichtete Fragen beinhaltet.

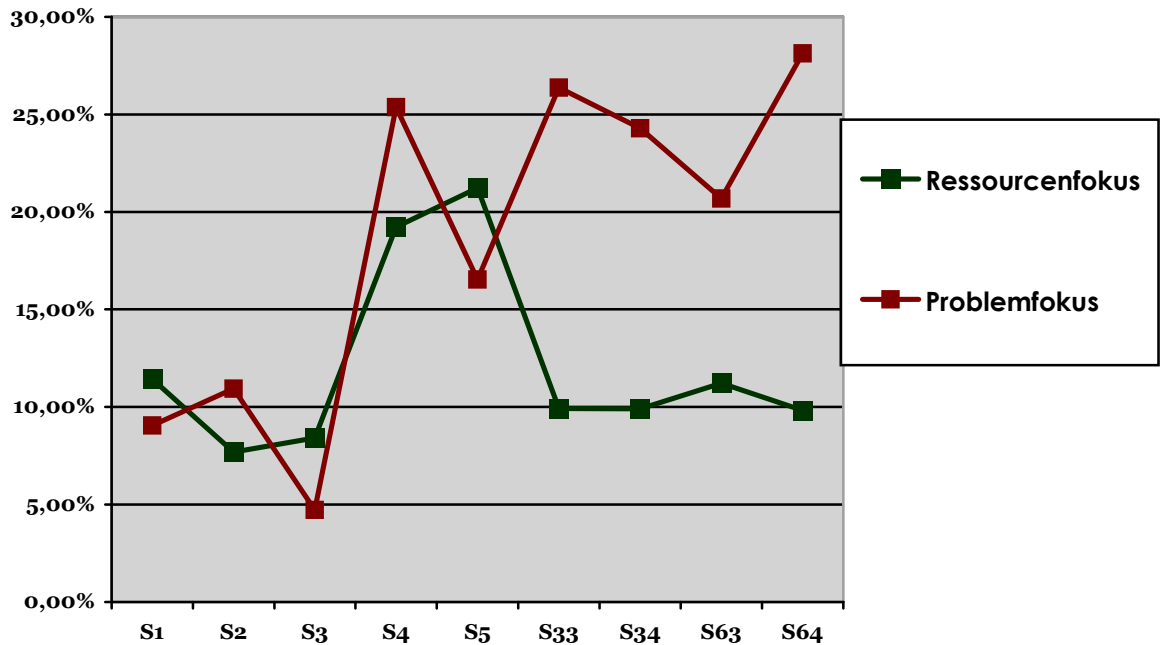


Abb. 5.20: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall H.

In 6 der 9 untersuchten Sitzungen werden Pläne, die auf das Problem fokussieren, häufiger realisiert. Während in den ersten 5 Sitzungen die Differenz zwischen den Plankomplexen weniger stark ist, steigt diese gegen Mitte und Ende der Therapie deutlich an.

Wie in den bisherigen Fällen lässt sich zusammenfassen, dass die *Fokussierung auf problematische Aspekte des Klienten bei Vernachlässigung seiner Ressourcen mit Problembereichten und Klagen des Klienten einhergeht*.

Wie lassen sich nun die widersprüchlichen Daten hinsichtlich Erfolgseinschätzung des Klienten und geäußertem Verhalten in den Sitzungen erklären?

Eine Möglichkeit ist anzunehmen, dass wahrgenommene Veränderung nichts mit Änderungsmotivation und Berichten der Umsetzung in Verhalten (Pläne der Stufe 5) zu tun hat. Die gelieferten Erklärungen der Therapeutin und die unternommenen Reflexionen des Klienten könnten für Herrn H ausgereicht haben, um die Therapie als erfolgreich (im Sinne einer Klärung, s. Grawe, 1998) zu bewerten.

Es lässt sich aber auch die Alternativhypothese aufstellen, dass Herr H das sozial erwünschte Verhalten, das in den untersuchten Sitzungen viel Raum einnimmt und das sich in den Plänen „Sei perfekt“, „Zeige, dass Du folgst“ und „Sei kooperativ“

ausdrückt, auch bei der Evaluation der Therapie zeigt: Um nicht „anecken“ zu wollen, bewertet er die Therapie als sehr gut.

Eine dritte Möglichkeit ist in der Rechtfertigung des Aufwands zu sehen: Der Klient ging über 3 Jahre 80 Sitzungen in Therapie. Um diesen immensen Aufwand für sich zu rechtfertigen, muss er die Therapie als erfolgreich bewerten.

5.7 Fall E

5.7.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin

5.7.1.1 Klientin E: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Frau E, Anfang 40, berichtete im Erstgespräch von ihrer großen Angst, etwas Wichtiges verlieren zu können. Aus diesem Grund konnte sie sich nur schwer von Gegenständen trennen und sammelte diese in ihrer Wohnung, bis es zu großen Ansammlungen von Müll kam. Wenn sie einmal etwas weggeworfen hatte, stieg der „innere Druck“ so stark an, dass sie große Anstrengungen auf sich nahm, um es wieder zu bekommen: Das Durchwühlen von öffentlichen Papierkörben oder Müllcontainern führte wiederum zu „peinlichen Situationen“. Zudem grübelte sie oft tagelang über Namen, Geburtsdaten, Telefonnummern oder die Reihenfolge bestimmter Ereignisse, um nichts zu vergessen. Wenn ihr ein bestimmter Gegenstand in den Sinn kam, musste sie ihn stundenlang suchen; erst wenn sie ihn gefunden hatte, sank ihre Anspannung. Die Kontrolle und Macht über Gegenstände und Personen zu behalten, spielte dabei die entscheidende Rolle. Sie hatte bereits mehrere Therapieversuche hinter sich und konnte ihrem Beruf nicht mehr nachgehen.

Als Diagnose wurde eine Zwangsstörung gestellt (nach DSM-III: 300.3).

5.7.1.2 Therapeutin T3: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Die Therapeutin T3 wurde bereits im letzten Kapitel vorgestellt. Zum Zeitpunkt der Therapie mit Frau E befand sie sich allerdings erst am Anfang ihrer therapeutischen Tätigkeit.

5.7.2 Ergebnis

5.7.2.1 Outcomedaten

Die Therapie wurde nach der 20. Sitzung von der Therapeutin abgebrochen (ca. 10 Monate). Sie konnte kein Engagement der Klientin erkennen, die sich nicht an die im Therapievertrag festgelegten Bedingungen hielt und u.a. die therapeutischen Hausaufgaben mehrmals vergessen hatte. Somit liegen keine Fragebogendaten zur Veränderungsmessung vor. Aufgrund des Abbruchs wurde der Fall als „nicht erfolgreich“ in die Stichprobe mit aufgenommen.

5.7.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

Auch im Sinne des Erfolgskriteriums kann die Therapie als nicht erfolgreich angesehen werden: Wie in Abbildung 5.21 deutlich wird, bestimmen Klientenpläne der unteren beiden Motivationsstufen in allen untersuchten Sitzungen 65% bis 85% des Klientenverhaltens, während Klientenpläne der Stufen 3 bis 6 nur 7% bis 23% ausmachen. Motivationshinderliche Pläne nehmen so (fast durchgehend) über dreimal soviel Raum ein wie motivationsförderliche Pläne. Die Änderungsmotivation bleibt konstant niedrig.

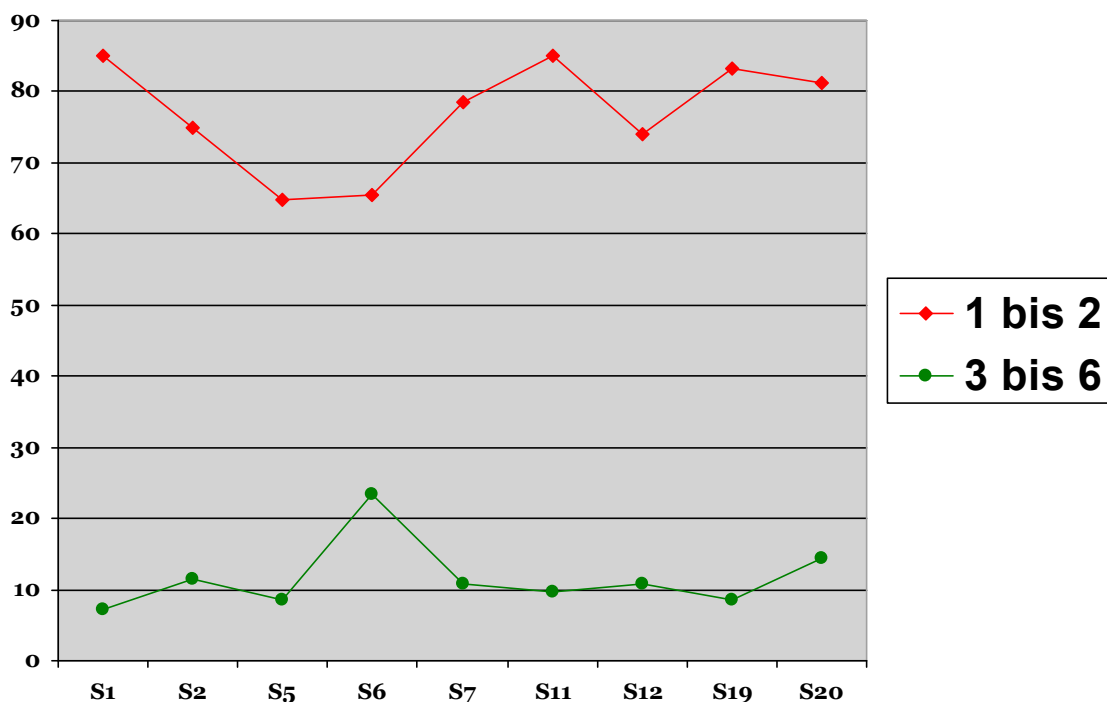


Abb. 5.21: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall E.

5.7.3 Pläne Klientin E: Änderungsmotivation – in der Beziehung E

5.7.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin E

Das Kategoriensystem für Klientin E umfasst 24 Kategorien, die in Tabelle 5.61 alphabetisch aufgelistet sind. In Tabelle 5.62 wird eine Kategorie jeder Motivationsstufe näher beschrieben. Im Fall der Stufen 1 und 2 wurden die Pläne gewählt, die am häufigsten auftraten. Für die dritte Motivationsstufe wurde der repräsentativste Plan „Löse Deine Probleme“ angeführt.

Pläne Klientin E/ Kategorien
Klage dein Leiden (KKL)
Kontrolliere das Therapiesgespräch (KKT)
Lindere dein Leiden (KLL)
Löse deine Probleme (KLP)
Räche dich am Ex-Mann (KRM)
Rechtfertige dich (KR)
Sammle und präsentiere Trophäen (KT)
Schütze dich vor Veränderungen (KVVE)
Sei eine verantwortungsvolle Mutter (KMU)
Sei kooperativ (KK)
Sichere dich ab (KS)
Sorge für deinen finanziellen Vorteil (KV)
Sorge für soziale Kontakte (KSK)
Strebe nach Prestige (KP)
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)
Suche nach Fehlern in deinem Umfeld (KFU)
Tausche Informationen aus (KIA)
Vermeide Bevormundung (KVB)
Vermeide Enttäuschungen (KVE)
Vermeide Informationsverlust (KVV)
Werte dich selbst ab (KSW)
Zeige dich als Expertin (KZX)
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)
Rest (R)

Tab. 5.61: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin E.

Sammle und präsentiere Trophäen (KT)
<p>Beschreibung K sammelt „Jagdtrophäen“ und präsentiert sie, beispielsweise Zeitschriften oder Kleidung. Dabei sucht und erfüllt sie selbst gesetzte Herausforderungen und versucht sich gegenüber anderen Personen durchzusetzen oder ihnen ihren Willen aufzuzwingen. Hierbei steht ihr Machtmotiv im Mittelpunkt. Bei der Trophäenbeschaffung spannt sie andere für sich ein. Bei ihrer Schilderung kokettiert sie, ironisiert ihr Verhalten oder stellt sich als Frau dar, die das Unmögliche möglich macht. Sie beschreibt den Druck, der im Rahmen dieses Zwangs entsteht.</p>
<p>Ankerbeispiel „Hab ich schon wieder den Druck, muss heut wieder ins in Zeitschriftenladen, weil morgen gibt's die neue Zeitschrift „Freundin“ und ich möcht ja dann von letzter Woche haben noch ne?“ „Und wissen Sie was dann immer ist? Und dann freu ich mich immer, na, wenn ich meine Zeitung, siehst das? Dann sag ich mir jetzt hast du sie doch noch gekriegt, obwohl es wieder schwierig war, aber du! hast deine! Zeitung ne?“</p>
Klage dein Leiden (KKL)
<p>Beschreibung K beschreibt eigene Probleme anschaulich, detailliert, manchmal dramatisch und erzählt Geschichten zur Leidensillustration. Auch wenn K zur Unterstreichung ihres Leidensdrucks von positivem Befinden erzählt, wird die Sinneinheit KKL zugeordnet.</p>
<p>Ankerbeispiel „Da ist mir richtig heiß geworden ne und richtig Schweiß ne, da merken Sie, wie hier das Wasser nur so runter läuft ne?“</p>

Löse deine Probleme (KLP)
<p>Beschreibung K formuliert Ziele und Lösungsvorschläge, die der Problemlösung dienen. Sie stellt sich als engagiert dar (nicht nur bezüglich ihres Zwangs, sondern z. B. auch bezüglich eines Volkshochschulkurses), stellt ihre Motivation für Veränderungen heraus und macht Vorschläge für Übungen. Sie setzt Strategien zur Ablenkung ein, so verlässt sie beispielsweise den Zwang auslösende Situationen. Manchmal scheint es, als läge ihr ernsthaft etwas an einer Veränderung und Problemlösung, manchmal jedoch steht der Zeigeaspekt ihres Verhaltens im Vordergrund.</p>
<p>Ankerbeispiel „Mein Ziel ist es wirklich so stark zu werden, dass ich endlich mal diesen Müll drin lassen kann.“</p>

Tab. 5.62: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin E.

5.7.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

17 der 24 Plankategorien standen nach Meinung der Rater in Verbindung mit dem beschriebenen Problem- und Zielverhalten und wurden somit einer Motivationsstufe zugeordnet. Die Klientenpläne wurden dabei nur den ersten drei Stufen zugeteilt; den Stufen „Entscheiden“, „kontrolliertes Zielverhalten“ und „automatisiertes Zielverhalten“ fiel kein Klientenplan zu.

Pläne Klientin E	FRAME		
	Rater 1	Rater 2	Einigung
Sammle und präsentiere Trophäen (KT)	1	1	1
Sichere dich ab (KS)	1	1	1
Vermeide Bevormundung (KVB)	-	1	1
Kontrolliere das Therapiegespräch (KKT)	2	1	1
Lindere dein Leiden (KLL)	1	1	1
Klage dein Leiden (KKL)	2	2	2
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)	2	2	2
Vermeide Informationsverlust (KVV)	1	2	2
Suche nach Fehlern in deinem Umfeld (KFU)	2	2	2
Rechtfertige dich (KR)	-	2	2
Schütze dich vor Veränderungen (KVVE)	3	2	2
Sei kooperativ (KK)	2	2	2
Werte dich selbst ab (KSW)	2	2	2
Sorge für deinen finanziellen Vorteil (KV)	-	2	2
Vermeide Enttäuschungen (KVE)	2	2	2
Zeige dich als Expertin (KZX)	3	3	3
Löse deine Probleme (KLP)	3	3	3
Räche dich am Ex-Mann (KRM)	-	2	-
Sei eine verantwortungsvolle Mutter (KMU)	-	-	-
Sorge für soziale Kontakte (KSK)	-	-	-
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)	-	-	-
Strebe nach Prestige (KP)	-	2	-
Tausche Informationen aus (KIA)	-	-	-
Rest (R)	-	-	-

Tab. 5.63: Zuordnungen der Pläne der Klientin E zu den Motivationsstufen im FRAME.

Der ersten Stufe „Automatisiertes Problemverhalten“ wurden fünf Klientenpläne zugeordnet: Der Plan „Sammele und präsentiere Trophäen“ beinhaltet Berichte der Klientin über ihren Hortzwang. Frau E äußert sich dabei oft stolz über ihre Leistung, einen für sie wichtigen Gegenstand (wieder) bekommen zu haben und lässt hier kaum Bewusstheit über die problematische Seite daran erkennen. Mit „Lindere dein Leiden“ fallen langfristig dysfunktionale Strategien des Spannungsabbaus wie Alkoholmissbrauch unter die Stufe 1. Im Zentrum ihres Zwangs steht ihr Streben, Macht und Kontrolle zu behalten, was Frau E auch im Kontakt mit anderen Menschen unreflektiert durchführt („Vermeide Bevormundung“). Als Pläne, die in der Interaktion mit der Therapeutin automatisiertes Problemverhalten darstellen, wurden „Sichere dich ab“ und „Kontrolliere das Therapiegespräch“ angesehen: Frau E fordert Legitimationen für ihr problematisches Verhalten und versucht, die Macht im Therapiegespräch an sich zu reißen.

Zehn Klientenpläne wurden Stufe 2 „Klagen, Erleben eines Problems“ zugeordnet. Bei einigen Plänen steht dabei eher das eindringliche Schildern des Leidens im Vordergrund (Marker 2A: „Zeige dein Leiden“, „Werte dich selbst ab“, „Vermeide Informationsverlust“). Bei anderen spielt das Abgeben der Verantwortung für eine Lösung an andere die größere Rolle (Marker 2B: „Suche nach Fehlern in deinem Umfeld“), insbesondere an die Therapeutin, die ihr Problem lösen soll („Zeige, dass du ihr folgst“, „Sei kooperativ“). Die Klientin erklärt dabei, warum sie ihr Problem nicht angehen kann oder will („Schütze dich vor Veränderung“, „Rechtfertige dich“, „Vermeide Enttäuschungen“) oder warum der Status Quo bewahrt werden muss („Sorge für deinen finanziellen Vorteil“).

Zur dritten Stufe „Reflexion“ wurden zwei Pläne gezählt: Die Zuordnung des Plans „Zeige dich als Expertin“ ist dabei kritisch zu betrachten. Es werden damit zwar Reflexionen und Erklärungsmodelle der Klientin zum Zwang beschrieben, was dem Marker 3A entspricht. Eine Ambivalenz zwischen Beibehaltung und Veränderung des Problemverhaltens (Marker 3B) ist dabei aber nicht erkennbar; Frau E schildert ihr Wissen eher auf belehrende oder die Therapeutin korrigierende Art, um ihre Kompetenz unter Beweis zu stellen. Der Plan ist mit der Zuordnung zur Stufe 3 also tendenziell zu hoch eingeschätzt. Bei „Löse deine Probleme“ formuliert sie dagegen Ziele und denkt über Lösungsvorschläge nach, ohne sich aber zum konkreten Handeln zu entschließen, so dass der Plan der dritten Stufe zugewiesen werden konnte.

5.7.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Mit 8010 bewerteten Sinneinheiten nimmt Frau E im Vergleich zu allen anderen Klienten am meisten Raum in den untersuchten Sitzungen ein! In Tabelle 5.64 werden die Häufigkeiten der einzelnen Klientenpläne pro Sitzung und im Gesamtverlauf dargestellt.

Kategorie	S1	S2	S5	S6	S7	S11	S12	S19	S20	Σ
Klage dein Leiden (KKL)	15,72% (225)	10,49% (67)	12,38% (79)	14,96% (101)	30,37% (222)	27,07% (284)	31,66% (340)	33,78% (305)	19,89% (173)	22,42% (1796)
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)	9,71% (139)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	16,42% (120)	20,88% (219)	17,88% (192)	13,18% (119)	19,43% (169)	11,96% (958)
Sammele und präsentiere Trophäen (KT)	19,22% (275)	21,28% (136)	3,76% (24)	3,11% (21)	9,17% (67)	5,72% (60)	4,47% (48)	7,75% (70)	2,99% (26)	9,08% (727)
Vermeide Informationsverlust (KVV)	18,87% (270)	8,76% (56)	8,93% (57)	8,30% (56)	0,82% (6)	1,43% (15)	1,49% (16)	0,33% (3)	5,40% (47)	6,57% (526)
Suche nach Fehlern in deinem Umfeld (KFU)	7,20% (103)	3,76% (24)	5,64% (36)	7,56% (51)	5,06% (37)	10,58% (111)	2,98% (32)	3,99% (36)	5,06% (44)	5,92% (474)
Zeige dich als Expertin (KZX)	4,47% (64)	6,26% (40)	2,98% (19)	8,59% (58)	6,29% (46)	4,67% (49)	6,80% (73)	4,21% (38)	7,36% (64)	5,63% (451)
Rechtfertige dich (KR)	2,80% (40)	8,76% (56)	8,62% (55)	7,11% (48)	3,01% (22)	5,91% (62)	5,12% (55)	5,76% (52)	6,21% (54)	5,54% (444)
Löse deine Probleme (KLP)	2,80% (40)	5,16% (33)	5,49% (35)	14,81% (100)	4,51% (33)	5,05% (53)	4,10% (44)	4,32% (39)	7,13% (62)	5,48% (439)
Schütze dich vor Veränderungen (KVVE)	0,91% (13)	0,78% (5)	0,00% (0)	6,96% (47)	5,47% (40)	4,96% (52)	1,86% (20)	5,32% (48)	11,84% (103)	4,09% (328)
Sichere dich ab (KS)	1,82% (26)	6,42% (41)	6,11% (39)	3,26% (22)	4,79% (35)	3,43% (36)	2,51% (27)	3,88% (35)	4,48% (39)	3,75% (300)
Tausche Informationen aus (KIA)	5,03% (72)	1,56% (10)	0,31% (2)	1,04% (7)	7,93% (58)	3,24% (34)	3,91% (42)	3,43% (31)	3,33% (29)	3,56% (285)
Vermeide Bevormundung (KVB)	5,31% (76)	0,00% (0)	8,15% (52)	2,22% (15)	0,14% (1)	0,57% (6)	3,26% (35)	3,77% (34)	0,00% (0)	2,73% (219)
Kontrolliere das Therapiesgespräch (KKT)	1,96% (28)	4,23% (27)	2,35% (15)	1,33% (9)	2,05% (15)	2,57% (27)	0,93% (10)	1,00% (9)	1,38% (12)	1,90% (152)
Räche dich am Ex-Mann (KRM)	1,19% (17)	0,00% (0)	18,81% (120)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,56% (6)	0,11% (1)	0,00% (0)	1,80% (144)
Sei eine verantwortungsvolle Mutter (KMU)	0,42% (6)	1,56% (10)	0,78% (5)	3,70% (25)	0,00% (0)	0,10% (1)	7,26% (78)	0,78% (7)	0,00% (0)	1,65% (132)
Sei kooperativ (KK)	0,49% (7)	5,63% (36)	2,66% (17)	5,93% (40)	0,55% (4)	0,95% (10)	0,28% (3)	0,22% (2)	1,03% (9)	1,60% (128)
Rest (R)	0,49% (7)	1,56% (10)	2,04% (13)	1,93% (13)	1,78% (13)	0,95% (10)	2,33% (25)	2,33% (21)	0,92% (8)	1,50% (120)
Sorge für soziale Kontakte (KSK)	0,28% (4)	7,51% (48)	0,16% (1)	0,59% (4)	0,96% (7)	0,19% (2)	0,93% (10)	1,00% (9)	0,11% (1)	1,07% (86)
Werte dich selbst ab (KSW)	0,14% (2)	1,88% (12)	3,45% (22)	1,93% (13)	0,00% (0)	0,10% (1)	0,28% (3)	2,33% (21)	0,46% (4)	0,97% (78)
Sorge für deinen finanziellen Vorteil (KV)	0,00% (0)	1,10% (7)	2,04% (13)	0,00% (0)	0,68% (5)	0,86% (9)	0,74% (8)	1,55% (14)	1,03% (9)	0,81% (65)
Suche eine persönliche Ebene (KPE)	0,21% (3)	1,56% (10)	1,10% (7)	3,85% (26)	0,00% (0)	0,76% (8)	0,09% (1)	0,11% (1)	0,00% (0)	0,70% (56)
Lindere dein Leiden (KLL)	0,98% (14)	1,10% (7)	0,16% (1)	1,19% (8)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,56% (6)	0,00% (0)	1,03% (9)	0,56% (45)
Vermeide Enttäuschungen (KVE)	0,00% (0)	0,63% (4)	0,63% (4)	1,63% (11)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,33% (3)	0,92% (8)	0,37% (30)
Strebe nach Prestige (KP)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,45% (22)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,55% (5)	0,00% (0)	0,34% (27)
Σ	1431	639	638	675	731	1049	1074	903	870	8010

Tab. 5.64: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall E pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

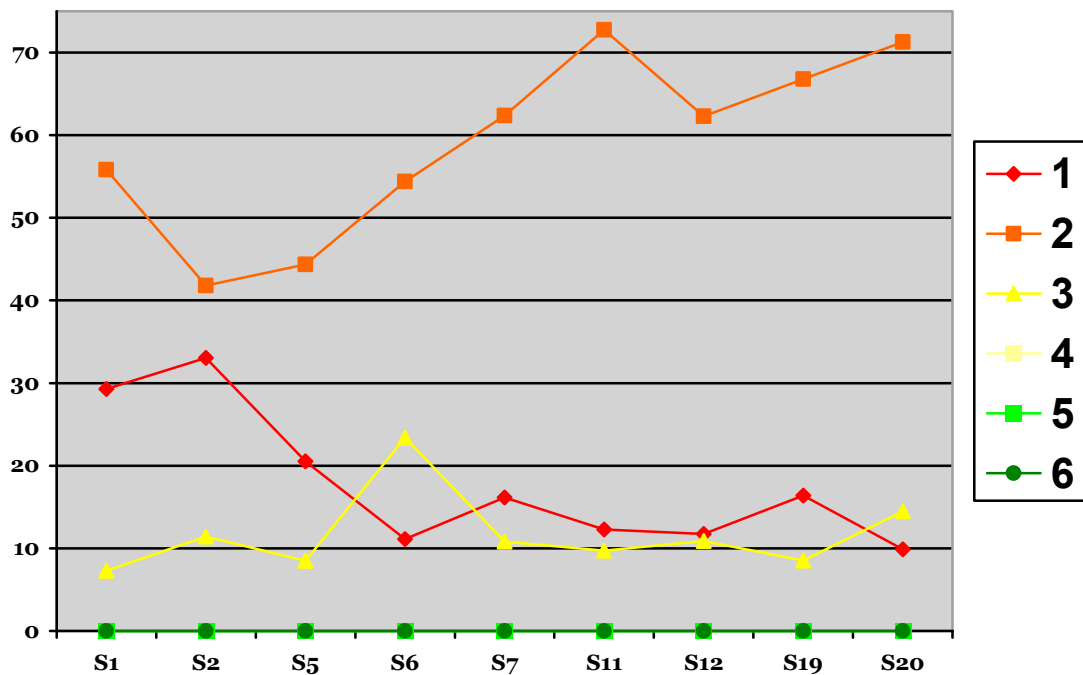


Abb. 5.22: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall E.

In allen untersuchten Sitzungen überwiegen deutlich Pläne der Stufe 2, Klagen. Ihre Realisierungshäufigkeit steigt im Verlauf noch an und erreicht bis über 70% des Klientenverhaltens. Die Klientin füllt die meiste Zeit damit, ihr Leiden auszudrücken und die Therapeutin „arbeiten zu lassen“. Sie sieht sich als Opfer ihres Problems und nicht als „Teil der Lösung“.

Automatisiertes Problemverhalten (Stufe 1) wird deutlich seltener gezeigt und nimmt nach den ersten drei Sitzungen (von ca. 30% auf ca. 15%) etwas ab. V.a. die stolzen Berichte der Klientin, ihrem Sammelzwang nachgegangen zu sein, werden nach den ersten zwei Sitzungen seltener (vgl. Tab. 5.62, „Sammle und präsentiere Trophäen“). Der Klientin gelingt es also zumindest, ein Problem deutlicher zu erkennen.

Reflexionen über Zusammenhänge oder erste Schritte nehmen über die meiste Zeit der Therapie nur 10% des Klientenverhaltens ein. In der sechsten Sitzung steigen die Reflexionen auf 23% an, im weiteren Verlauf ist aber keine Verbesserung erkennbar. Auch in Fall E liegt eine, wenn auch sehr niedrige, Ambivalenz zwischen Beibehalten des Problemverhaltens und Verändern vor.

Pläne die Entscheidungen, kontrolliertes oder automatisiertes Zielverhalten beinhalten, werden zu keinem Zeitpunkt realisiert.

5.7.3.4 Fazit

Frau E nimmt in den Therapiesitzungen *extrem viel Raum* ein, was sich in überdurchschnittlich vielen codierten Sinneinheiten bemerkbar macht.

65 bis 85% ihres Verhaltens wird von motivationshinderlichen Pläne bestimmt. *Die meiste Zeit nutzt sie zum Klagen*: allein Pläne dieser Motivationsstufe nehmen 40 bis 70% ihres Gesprächanteils ein und werden im Verlauf immer häufiger gezeigt. *Die Verantwortung für die Lösung der Problematik gibt sie an die Therapeutin oder andere Personen ab.*

Reflexionen über Problem oder Lösungsschritte werden zu ca. 10% realisiert, eine *geringe Ambivalenz ist vorhanden*. *Entscheidungen für Lösungsschritte oder Berichte über die Umsetzung in konkretes Verhalten werden zu keinem Zeitpunkt geäußert.*

Die Änderungsmotivation bleibt über den Therapieverlauf niedrig.

5.7.4 Pläne Therapeutin T3: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.7.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T3

Pläne Therapeutin E/ Kategorien
Betone Ressourcen (TR)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)
Exploriere ihr Universum (TEX)
Fordere Mitwirkung und Konsequenz (TFM)
Gib Recht (TGR)
Hinterfrage und fordere heraus (THF)
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)
Sei humorvoll (TH)
Sei kooperativ (TKO)
Sei transparent (TT)
Sichere dich ab (TS)
Spiegle negative Gefühle (TSP)
Strukturiere die Therapie (TST)
Tausche Informationen aus (TIA)
Teile eigene Emotionen mit (TTE)
Verlange Zustimmung (TVZ)
Vermeide Missverständnisse (TVM)
Vermeide Überforderung / Schone die Patientin (TVÜ)
Verteidige und begründe dein Vorgehen (TVB)
Zeige dich als Person (TZP)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)
Zeige, dass du folgst (TZF)
Rest (R)

Tab. 5.65: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T3 im Fall E.

Das Therapeutenverhalten wurde in 23 Kategorien eingeteilt (s. Tabelle 5.65). Die häufigsten Pläne der unten aufgeführten Plankomplexe entsprechen den bereits unter 5.6.4 geschilderten Plänen der Therapeutin T3 und werden daher nicht mehr aufgeführt. Die Beschreibungen aller Therapeutenpläne ist dem Anhang zu entnehmen.

5.7.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Kategorie	S1	S2	S5	S6	S7	S11	S12	S19	S20	Σ
Zeige, dass du folgst (TZF)	47,99% (347)	15,44% (90)	25,00% (162)	33,44% (215)	31,97% (156)	32,12% (186)	50,50% (301)	42,28% (189)	19,95% (81)	33,78% (1727)
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)	3,04% (22)	3,60% (21)	21,30% (138)	4,67% (30)	12,70% (62)	12,61% (73)	7,89% (47)	7,38% (33)	13,55% (55)	9,41% (481)
Strukturiere die Therapie (TST)	9,68% (70)	8,40% (49)	6,79% (44)	4,82% (31)	7,58% (37)	11,23% (65)	7,38% (44)	8,50% (38)	15,02% (61)	8,59% (439)
Sei kooperativ (TKO)	3,60% (26)	15,44% (90)	8,80% (57)	2,49% (16)	9,63% (47)	12,44% (72)	1,17% (7)	3,13% (14)	2,46% (10)	6,63% (339)
Tausche Informationen aus (TIA)	1,11% (8)	9,78% (57)	6,94% (45)	9,49% (61)	3,48% (17)	1,04% (6)	1,85% (11)	2,91% (13)	0,00% (0)	4,26% (218)
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	0,69% (5)	1,72% (10)	5,25% (34)	4,20% (27)	4,30% (21)	5,87% (34)	3,86% (23)	6,26% (28)	6,65% (27)	4,09% (209)
Verlange Zustimmung (TVZ)	3,46% (25)	5,32% (31)	4,94% (32)	2,64% (17)	4,30% (21)	3,28% (19)	4,36% (26)	5,59% (25)	1,72% (7)	3,97% (203)
Exploriere ihr Universum (TEX)	6,92% (50)	2,23% (13)	1,39% (9)	3,11% (20)	3,07% (15)	2,59% (15)	5,03% (30)	3,58% (16)	1,72% (7)	3,42% (175)
Hinterfrage und fordere heraus (THF)	0,41% (3)	4,63% (27)	1,08% (7)	6,22% (40)	0,82% (4)	1,21% (7)	1,85% (11)	5,37% (24)	10,34% (42)	3,23% (165)
Verteidige und begründe dein Vorgehen (TVB)	0,14% (1)	8,40% (49)	0,93% (6)	7,62% (49)	2,05% (10)	2,07% (12)	0,00% (0)	0,67% (3)	6,90% (28)	3,09% (158)
Fordere Mitwirkung und Konsequenz (TFM)	3,73% (27)	1,03% (6)	0,15% (1)	4,98% (32)	3,69% (18)	4,32% (25)	0,50% (3)	2,46% (11)	6,65% (27)	2,93% (150)
Betone Ressourcen (TR)	3,87% (28)	6,86% (40)	2,78% (18)	1,09% (7)	3,07% (15)	1,21% (7)	3,19% (19)	2,24% (10)	0,49% (2)	2,86% (146)
Gib Recht (TGR)	1,66% (12)	3,43% (20)	4,32% (28)	3,27% (21)	1,64% (8)	1,73% (10)	2,18% (13)	3,58% (16)	4,19% (17)	2,84% (145)
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	2,07% (15)	1,72% (10)	2,16% (14)	1,40% (9)	1,64% (8)	1,73% (10)	1,17% (7)	0,45% (2)	1,23% (5)	1,56% (80)
Sei transparent (TT)	5,39% (39)	0,51% (3)	2,16% (14)	0,62% (4)	0,61% (3)	0,52% (3)	0,84% (5)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,39% (71)
Rest (R)	0,97% (7)	2,06% (12)	2,93% (19)	2,64% (17)	0,61% (3)	0,52% (3)	0,17% (1)	0,67% (3)	0,00% (0)	1,27% (65)
Sichere dich ab (TS)	1,38% (10)	1,03% (6)	1,39% (9)	0,47% (3)	1,23% (6)	0,52% (3)	2,52% (15)	1,79% (8)	0,74% (3)	1,23% (63)
Zeige dich als Person (TZP)	2,49% (18)	1,89% (11)	0,15% (1)	2,33% (15)	0,61% (3)	0,00% (0)	1,17% (7)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,08% (55)
Teile eigene Emotionen mit (TTE)	0,00% (0)	0,69% (4)	0,00% (0)	1,09% (7)	2,05% (10)	1,04% (6)	0,84% (5)	0,45% (2)	4,93% (20)	1,06% (54)
Vermeide Überforderung / Schone K (TVÜ)	0,14% (1)	1,20% (7)	0,46% (3)	1,24% (8)	1,84% (9)	1,21% (7)	1,85% (11)	0,89% (4)	0,74% (3)	1,04% (53)
Sei humorvoll (TH)	1,11% (8)	1,20% (7)	0,31% (2)	1,40% (9)	1,84% (9)	1,38% (8)	0,50% (3)	0,45% (2)	0,49% (2)	0,98% (50)
Spiegle negative Gefühle (TSP)	0,00% (0)	1,72% (10)	0,77% (5)	0,62% (4)	0,61% (3)	0,52% (3)	0,50% (3)	1,12% (5)	1,72% (7)	0,78% (40)
Vermeide Missverständnisse (TVM)	0,14% (1)	1,72% (10)	0,00% (0)	0,16% (1)	0,61% (3)	0,86% (5)	0,67% (4)	0,22% (1)	0,49% (2)	0,53% (27)
Σ	723	583	648	643	488	579	596	447	406	5113

Tab. 5.66: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall E pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Tabelle 5.66 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der einzelnen Therapeutenpläne zu jeder Sitzung und im Gesamtverlauf. Insgesamt wurden 5113 Sinneinheiten kategorisiert; die Klientin nimmt also deutlich mehr Raum ein als die Therapeutin.

5.7.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Tabelle 5.67 stellt die Pläne der Therapeutin zusammen, die den Plankomplexen Verantwortungsübergabe, Unterstützung oder Anerkennung des Leids im Fall E zugeordnet wurden sowie die dazugehörigen Auftretenshäufigkeiten.

Verantwortungsübergabe	16,15%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	4,09%
Exploriere ihr Universum (TEX)	3,42%
Verteidige und begründe dein Vorgehen (TVB)	3,09%
Fordere Mitwirkung und Konsequenz (TFM)	2,93%
Sei transparent (TT)	1,39%
Sichere dich ab (TS)	1,23%

Unterstützung	32,24%
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)	9,41%
Strukturiere und fasse zusammen (TST)	8,59%
Sei kooperativ (TKO)	6,63%
Verlange Zustimmung (TVZ)	3,97%
Betone Ressourcen (TR)	2,86%
Spiegle negative Gefühle (TSP)	0,78%

Anerkennung des Leids	2,60%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,56%
Vermeide Überforderung / Schone die Patientin (TVÜ)	1,04%

Tab. 5.67: Pläne der Therapeutin T3 im Fall E im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Pläne der Unterstützung werden ca. doppelt so häufig angeboten wie Pläne der Verantwortungsübergabe. Wenn auch die Diskrepanz im Vergleich zu Fall H etwas weniger deutlich ausfällt, ähnelt das Muster dem zuerst geschilderten Fall der Therapeutin T3. Ihr Beziehungsstil (zumindest in den untersuchten Fällen H und E) scheint stärker auf das Anbieten von Unterstützung, v.a. Interpretationen und Erklärungen, ausgerichtet zu sein, und dabei weniger Verantwortung den Klienten zuzumuten.

Aus denselben Gründen wie bereits in Fall H fielen wiederum „Binde aktiv in de Gestaltung ein“, „Exploriere das Universum“ und „Sei transparent“ zu Verantwortungsübergabe. „Verteidige und begründe dein Vorgehen“ steht für das Klären der Rollen und der damit verbundenen Aufgaben der Klientin in der Therapie. Mit dem Plan „Fordere Mitwirkung und Konsequenz“ pocht die Therapeutin dann darauf, dass Frau E Verantwortung übernimmt (z.B. eine Übung in der Sitzung ausprobiert). Im Fall E werden mit „Sichere dich ab“ wieder „echte“ Fragen an die Klientin codiert, die diese zu einer Antwort auffordern und somit ebenfalls unter Verantwortungsübergabe eingeordnet werden.

Die Pläne „Interpretiere und erkläre die Störung“, „Strukturiere und fasse zusammen“, „Verlange Zustimmung“ und „Spiegle negative Gefühle“ werden analog zum oben beschriebenen Fall H der Therapeutin zu Unterstützung gerechnet. Bei „Sei kooperativ“ erfüllt die Therapeutin „Aufträge“ der Klientin oder lässt das Abschweifen der Klientin vom eigentlichen Thema zu und geht darauf ein: Im Sinne von Beier & Young (1984, s. Kap. 3.2.4.3) lässt sich die Therapeutin hier zu komplementärem „sozialen“ Verhalten „verführen“, nämlich den stetigen Unterbrechungen der Klientin, die v.a. durch Klagen gekennzeichnet sind, zu folgen. Dieses Eingehen auf die (Themen-)wünsche der Klientin wurde zu Unterstützung gerechnet. Da in Fall E „Betone Ressourcen“ ausschließlich *direkte* Komplimente beinhaltet und somit kein Nachdenken der Klientin erfordert, wurde es ebenso zu Unterstützung gezählt.

Anerkennung des Leids wird wie in den anderen Therapien durch den Plan „Zeige Empathie und Verständnis“ umgesetzt. Ebenso gehört „Vermeide Überforderung/ Schone die Patientin“ dazu: die Therapeutin erkennt starke Belastungen bei der Klientin und rückt daraufhin von Verantwortungsübergabe ab.

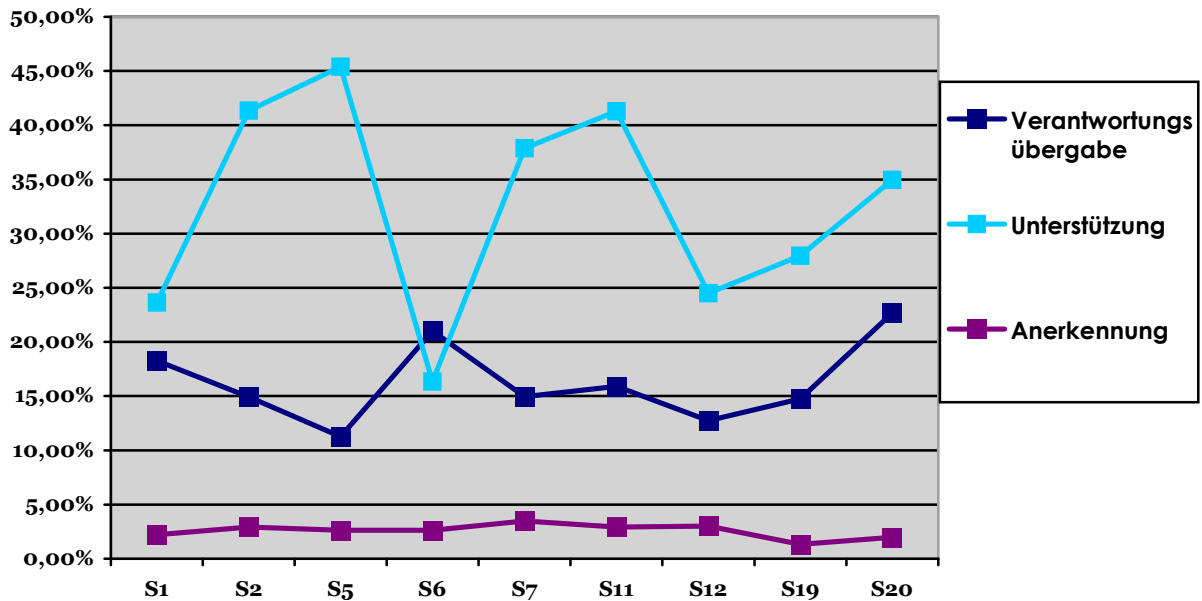


Abb. 5.23: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall E.

Zu 8 der 9 Erhebungszeitpunkte überwiegt Unterstützung der Verantwortungsübergabe mehr oder weniger deutlich. Nur in der sechsten Sitzung realisiert die Therapeutin etwas häufiger Verantwortungsübergabe als Unterstützung. Auch nur in dieser Sitzung steigt der Anteil der Reflexionspläne der Klientin (Stufe 3) auf mehr als das doppelte Niveau an (s. Abb. 5.22). Die Klientin wird hier anscheinend stärker gefordert, selbst über Ziele und mögliche erste Lösungsansätze nachzudenken. Die meiste Zeit der Therapie übernimmt wiederum die Therapeutin die „inhaltliche Arbeit“: Sie gibt Interpretationen ab, macht Vorschläge oder geht auf die Themenwünsche der Klientin ein, die die Zeit v.a. mit Klagen über ihre Situation und andere Menschen, die sich verändern sollten oder ihr Problem lösen sollten, füllt.

Auch in diesem Fall lässt sich das Muster der bisherigen Fälle wiedererkennen: *Das Angebot, die Klientin zu unterstützen ohne ihr ausreichend Verantwortung bei der Lösung der Probleme zu geben, ist mit einem Anstieg des Klagens der Klientin verbunden. Reflexionen, Entscheidungen oder Umsetzungen in Verhaltensschritte werden so kaum angestoßen. Verantwortungsübergabe kann auch „a-soziales“ Verhalten bedeuten, wenn Klienten unterbrochen werden müssen und Antworten auf die gestellten Fragen (und damit die Übernahme von Verantwortung) gefordert werden.*

5.7.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

Ressourcenfokus	9,79%
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	4,09%
Betone Ressourcen (TR)	2,86%
Gib Recht (TGR)	2,84%

Problemfokus	16,02%
Interpretiere und erkläre die Störung (TSE)	9,41%
Hinterfrage und fordere heraus (THF)	3,23%
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	1,56%
Vermeide Überforderung / Schone die Patientin (TVÜ)	1,04%
Spiegle negative Gefühle (TSP)	0,78%

Tab. 5.68: Pläne der Therapeutin T3 im Fall E im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Wie aus Tabelle 5.68 zu entnehmen ist, treten die Pläne, mit denen die Therapeutin T3 problematische Seiten der Klientin eindeutig anspricht, in einer größeren Anzahl an Sinneinheiten auf, als Ressourcen thematisierende Pläne.

Analog zum erst geschilderten Fall H derselben Therapeutin wurden wiederum „Binde aktiv in die Gestaltung ein“, „Betone Ressourcen“ und „Gib Recht“ unter Ressourcenfokus subsumiert.

„Interpretiere und erkläre die Störung“, „Zeige Verständnis und Empathie“ und „Spiegle negative Gefühle“ sprechen dagegen genauso wie in Fall H eindeutig problematische Aspekte der Klientin an. Der Plan „Hinterfrage und fordere heraus“ wurde wie in Fall D zu Problemfokus gezählt: Die Therapeutin widerspricht hier direkt Aussagen der Klientin, kritisiert sie oder gibt ironische, durchaus bissige Kommentare. Frau E's Meinungen oder Erfahrungen werden als falsch oder nicht nachvollziehbar dargestellt und so problematisiert. „Vermeide Überforderung/ Schone die Patientin“ wird wie in Fall B Problemfokus zugeordnet: Die Therapeutin macht klar, dass sie der Klientin bestimmte Aufgaben nicht zutraut.

Der Plan „Exploriere ihr Universum“ konnte in diesem Spannungsfeld wiederum nicht eindeutig zugeordnet werden, da er Fragen nach problematischen wie positiven Aspekten beinhaltet.

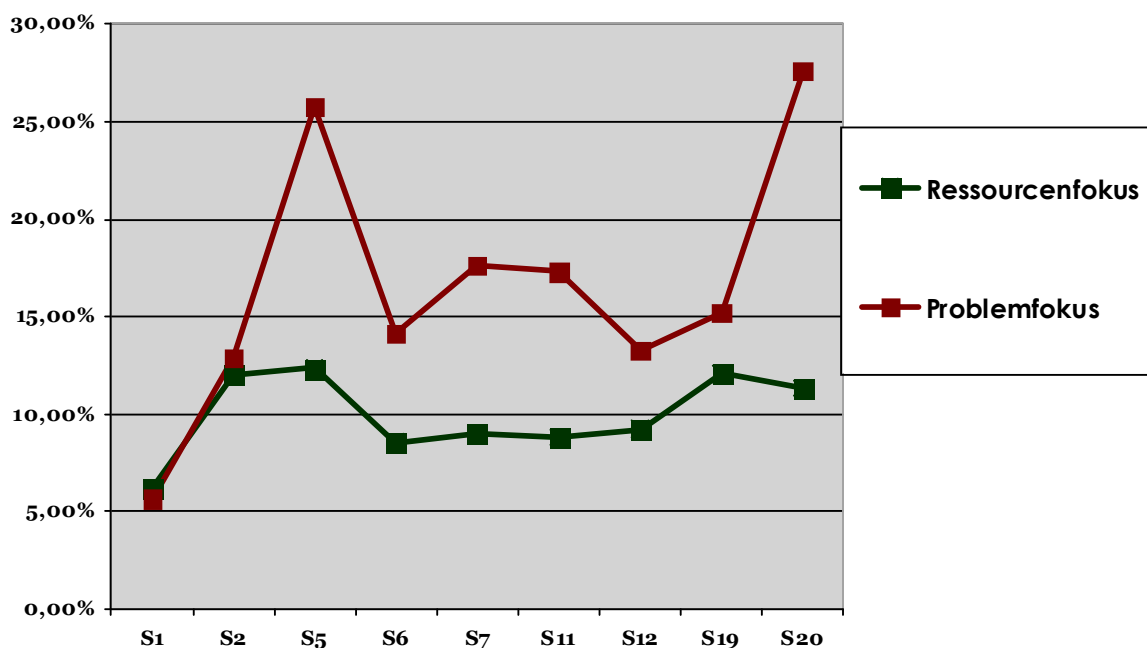


Abb. 5.24: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall E.

Während in den ersten zwei Sitzungen der Fokus auf Ressourcen und Probleme nahezu identische Häufigkeiten aufweist, überwiegt in den restlichen sieben Sitzungen der Problemfokus, in zwei Sitzungen besonders deutlich. Sitzung 5 besticht dabei durch eine hohe Auftretenshäufigkeit der Kategorie „Interpretiere und erkläre die Störung“ (s. Tab. 5.66). In der letzten Sitzung nimmt „Hinterfrage und fordere heraus“ mehr Raum ein als sonst. *Auch in Fall E tritt die stärkere Fokussierung der Therapeutin auf problematische Aspekte gemeinsam mit der Realisierung motivationshinderlicher Klientenpläne auf.*

5.8 Fall C

5.8.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klient und Therapeutin

5.8.1.1 Klient C: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Der Anlass des Klienten, eines Azubi Anfang 20, eine Therapie aufzusuchen, bestand in quälenden Gedanken, die seit einem halben Jahr auftraten. Nachdem er einen Fernsehbericht über Geschlechtsumwandlungen gesehen hatte, ging ihm die Vorstellung nicht mehr aus dem Kopf, er könnte sich zu einer Frau umoperieren lassen. Die Gedanken, zu einer Frau werden zu können, ließen ihn nicht mehr los und führten zu starker Angst und Verzweiflung. Sie bedrohten so stark das Wertesystem und Selbstbild des Klienten, welche von der Vorstellung geprägt waren, ein „echter Mann“ sein zu müssen, dass er sich nicht mehr konzentrieren konnte und völlig niedergeschlagen war. Herr C war ständig damit beschäftigt, Gegengedanken zu denken, um sich zu versichern, dass die Gedanken haltlos sind. Die ständige Neutralisierung führte nur zu kurzfristiger Reduktion von Angst, langfristig verfestigte sich die Bewertung der Gedanken als etwas Schreckliches.

Es wurde die Diagnose, Zwangsstörung, vorwiegend Zwangsgedanken gestellt (F 42.0 nach ICD-10).

5.8.1.2 Therapeutin T4: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Therapeutin war eine 40jährige postgraduierte Diplompsychologin in der Mitte ihrer Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin. Auf der Basis einer ausgiebigen Anamnese bot die Therapeutin ein Erklärungsmodell an, um gemeinsame Expositionen in den Therapiesitzungen planen und durchführen zu können.

5.8.2 Ergebnis

5.8.2.1 Outcomedaten

Es wurde eine Langzeittherapie beantragt und nach einem Jahr und 41 Sitzungen abgeschlossen. Eine Arbeit an positiven Therapiezielen ist aus der Therapieakte nicht zu entnehmen. Im Rückmeldebogen, der in der Abschlusssitzung ausgegeben wurde, sieht sich Herr C auf einer 10er Skala des Ziels „Verbesserung im Umgang mit den Zwangsgedanken“ auf der 8 angelangt.

In den Fragebögen zeichnet sich ebenso eine Verbesserung ab: In 5 der 9 Subskalen des SCL-90-R sah sich der Klient geringer belastet. Allerdings konnte er nur in einer

Subskala auch den pathologischen Bereich verlassen. Auch in den drei Globalwerten liegen Verbesserungen vor, wenn auch nur in einem unter den kritischen Wert von 60 (s. Tab 5.69).

SCL-90-R Skalen	Prä-test (Prozentrang)	Post-test (Prozentrang)
Somatisierung	65	65
Zwanghaftigkeit	72	62
Unsicherheit im Sozialkontakt	60	64
Depressivität	67	62
Ängstlichkeit	68	61
Aggressivität/Feindseligkeit	53	57
Phobische Angst	63	56
Paranoides Denken	52	52
Psychotizismus	68	63
Global Severity Index (GSI)	65	61
Positive Symptom Distress Index (PSDI)	63	56
Positive Symptom Total (PST)	65	62

Tab. 5.69: Gegenüberstellung der Prä- und Post -Messungen im SCL-90-R des Fall C.

Die Lebenszufriedenheit des Klienten konnte sich im Laufe der Therapie erheblich verbessern. Im Allgemeinen Teil des FLZ wurden in drei Bereichen klinisch relevante Veränderungen erreicht, im Gesundheitsteil in sechs Untergruppen. Mit den Themen Wohnsituation und Partnerschaft zeigte sich der Klient dagegen deutlich unzufriedener nach der Therapie.

FLZ Skalen	Prä-test (Rohwert)	Post-test (Rohwert)
Allgemeiner Teil		
Freunde/ Bekannte	12	12
Freizeit/ Hobbies	-4	4
Gesundheit	-12	12
Einkommen/finanzielle Sicherheit	3	15
Beruf/Arbeit	-2	9
Wohnsituation	6	-3
Familie/ Kinder	9	0
Partnerschaft/ Sexualität	-3	-9
Gesundheit		
Körperliche Leistungsfähigkeit	-12	4
Entspannungsfähigkeit	-3	2
Energie/Lebensfreude	-3	12
Fortbewegungsfähigkeit	20	20
Seh-/Hörvermögen	20	20
Angstfreiheit	-4	9
Beschwerde-/Schmerzfreiheit	-12	3
Unabhängigkeit von Hilfe	-12	20

Tab. 5.70: Gegenüberstellung der Prä- und Post-Messungen im FLZ des Fall C.

Die vorliegenden Outcomedaten ließen den Schluss zu, die Therapie als erfolgreichen Fall zu betrachten. Allerdings meldete sich der Klient wenige Monate nach der Abschlussitzung wieder: Die Symptomatik war erneut stark aufgetreten und er sah sich nicht imstande, alleine damit umgehen zu können. Aufgrund des baldigen „Rückfalls“ wird die Therapie als „kurzfristig erfolgreicher Fall“ angesehen. Die Verbesserung wie auch das schnelle Rezidiv sollen bei der Diskussion der folgenden Ergebnisse mitberücksichtigt werden.

5.8.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

Wie aus Abbildung 5.25 ersichtlich steigt die Änderungsmotivation im Laufe der Therapie deutlich an: Während in der ersten Sitzung Pläne der Stufen 1 und 2 noch mehr als 50% des Klientenverhaltens bestimmen bei 10%iger Realisierung von Plänen der Stufen 3 bis 6, kehrt sich das Verhältnis in den Sitzungen 5 und 6 deutlich um. In den Sitzungen der Therapiemitte und des Therapieendes nehmen motivationsförderliche Pläne mehr als 60% des Klientenverhaltens ein, motivationshinderliche Pläne dagegen nur noch 10-25%. Die Änderungsmotivation steigt während der Therapie also klar an. Im Sinne des Erfolgskriteriums kann Fall C als erfolgreich eingestuft werden.

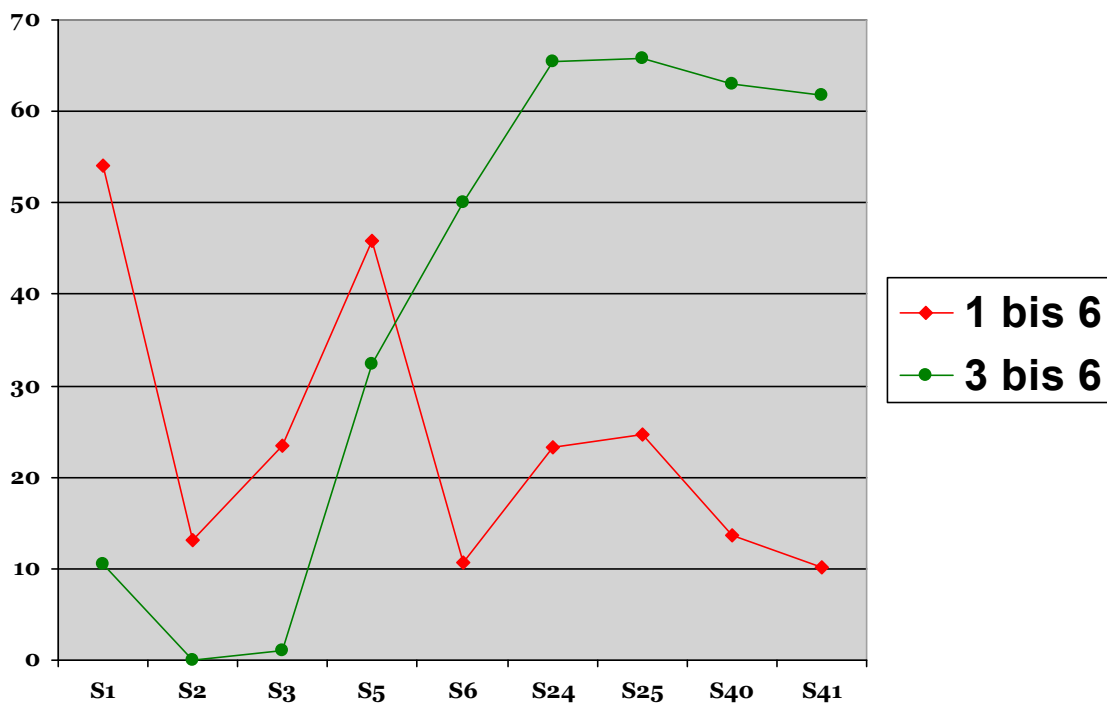


Abb. 5.25: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall C.

5.8.3 Pläne Klient C: Änderungsmotivation – in der Beziehung C

5.8.3.1 Beschreibung der Pläne des Klienten C

Zur Erfassung des Therapieverlaufs und zur Einschätzung der Motivationsstufen der einzelnen Klientenpläne wurde das ursprüngliche auf den ersten drei Sitzungen basierende Kategoriensystem erheblich modifiziert (Brosch & Madjaric, 2007; Angelova, 2010). Die endgültige Version umfasst 15 Kategorien, die in Tabelle 5.71 genannt werden.

Pläne Klient C/ Kategorien
Berichte über nicht erledigte Hausaufgaben (KNH)
Bringe vollen Einsatz (KE)
Mache Expositionen/ Übungen (KEÜ)
Sei kooperativ (KK)
Sichere dich ab (KS)
Tausche Informationen aus (KTI)
Verbirg die Störung (KVS)
Zeige Ambivalenz (KA)
Zeige Änderungsmotivation (KZA)
Zeige dein Leiden (KZL)
Zeige Ratlosigkeit (KZR)
Zeige Überforderung (KÜ)
Zeige Veränderungspotential (KZV)
Zeige, dass Du folgst (KZF)
Rest (R)

Tab. 5.71: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klient C.

Im Folgenden wird wiederum jeweils der häufigste Plan jeder Motivationsstufe mit Beschreibung und Ankerbeispielen aufgeführt, wie sie den Ratern zur Kategorisierung der Sinneinheiten vorlagen. Das gesamte Kategoriensystem lässt sich im Anhang nachlesen.

Zeige dein Leiden (KZL)
<p>Beschreibung K beschreibt nüchtern, aber deutlich, wie sehr er unter dem Zwang leidet und dass die Zwangsgedanken seinen Alltag massiv einschränken. (...) Auch mit dem Zwang verbundene Gedanken (Ängste, Befürchtungen) werden mit KZL kodiert, wenn K klagend darüber berichtet. K schildert wie schwer es für ihn ist, gegen den Zwang anzukämpfen.</p>
<p>Ankerbeispiel „In den ersten Monaten so war´s, so den Tag über wie ich allein war da, na ja die ersten Wochen war es ganz schlimm und so, das war halt wie, ich weiß nicht, Depression oder so, halt mal so, mehr Unruhe und so halt.“ T: „Haben Sie schon mal den Gedanken gehabt, sich selbst zu verletzen?“ K: „Na ja, verletzen nicht, nur am Anfang halt dann, nicht verletzen und so, sondern wenn halt dann Selbstmord so, aber nicht verletzen.“</p>

Bringe vollen Einsatz (KE)
<p>Beschreibung K bemüht sich, die Störung zu verstehen, sucht nach Ursachen und differenziert die Zwangsgedanken von anderen Gedanken. Unter T´s Anleitung versucht er Lösungsansätze zu finden. Er bemüht sich, den Zwang so genau wie möglich zu schildern. Er eignet sich sehr engagiert Informationen zum Thema Zwang an (z.B. in der Universitätsbibliothek). Zweifel zeigen sich, wenn er seine geäußerten Gedanken, beispielsweise darüber, wer Urheber beziehungsweise was Ursache der Zwangsgedanken ist, wieder in Frage stellt. K reflektiert über seine Gedanken und Emotionen. (...)</p>
<p>Ankerbeispiel „Das ist genau der gleiche Gedanke halt, nur der hat nicht so, wenn ich das jetzt weiter denk, was da passieren könnte oder so, macht mir nicht so viel Angst wie halt oder ist nicht so schlimm wie, halt, die Zwangsgedanken die ich jetzt hab.“</p> <p>T: „Wenn Sie so drüber reden wie fühlen Sie sich jetzt grade?“ K: „Naja, schon nicht so schön, dass man, dass ich jetzt immer wieder einen Schritt höher gehen muss und die Angst dann auch, erzeuge, dass ich immer weiter gehen muss, dass ich immer naja immer unangenehmere Sachen jetzt machen muss so. Also muss nicht, aber wenn ich halt weiterkommen will, muss ich.“</p>
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)
<p>Beschreibung K zeigt Bereitschaft, sich mit dem Zwang intensiv auseinander zu setzen. Er möchte Fortschritte machen und setzt sich Ziele. K nimmt sich konkrete Übungen/Expositionen vor. Er versucht auch teilweise diese durchzuführen, erzielt jedoch keine Erfolge. Er entwickelt Lösungsstrategien für zukünftige Problemsituationen.</p>
<p>Ankerbeispiel T: „Was spricht doch dafür Therapie zu machen?“ K: „Naja also die sind ja nicht weg, die Gedanken. Und dann eventuell, will ich ja, dass sie mal ganz verschwinden so. Und dann, oder wenigstens, dass sie mich überhaupt nicht mehr stören.“</p> <p>K: „Ja, - weil ich schon mehr machen will und sollte wahrscheinlich. Auch unter der Woche halt“ T: „Hmhm, wie kommen Sie zu der Schlussfolgerung, dass Sie mehr machen sollten?“ K: „Naja weil ich weiß es halt, dass es auf jeden Fall hilft dann“</p>
Mache Expositionen/ Übungen (KEÜ)
<p>Beschreibung K macht Expositionen/Übungen während oder außerhalb der Therapiesitzungen und berichtet über Erfolge, die er dabei erzielen konnte. Dabei handelt es sich sowohl um Hausaufgaben, als auch um Aktivitäten, die K aus Eigeninitiative durchführt. Er schildert den genauen Ablauf und berichtet über seine Gedanken und Emotionen, die damit verbunden sind. Auch wenn K über Schwierigkeiten berichtet, die dabei aufgetreten sind, wird KEÜ kodiert. (...)</p>
<p>Ankerbeispiel K: „Naja, war eigentlich so wie die paar Mal davor auch. Halt dass es schon auf jeden Fall, naja angenehm ist es auf jeden Fall nicht. Vor allem am Anfang, wenn´s mehr Sinn macht so, und Traurigkeit auch. Na ich hab halt die zwei, drei Minuten halt bewusst die Gedanken gedacht halt, (...“</p>

Zeige Veränderungspotential (KZV)
<p>Beschreibung K berichtet von positiven Veränderungen und Fortschritten im Kampf gegen den Zwang. Er schildert zum Beispiel, was ihm besser gelingt im Vergleich zu einem früheren Zeitpunkt (z.B. zu Beginn der Therapie). K entwickelt Strategien zur Rückfallprophylaxe, plant ihren Einsatz und/oder führt sie durch.</p>
<p>Ankerbeispiel K: „Aber trotzdem, trotzdem ging ´s mir eigentlich die ganze Zeit über ganz gut, mit den Zwangsgedanken und so, war ich dann selber eigentlich überrascht.“ T: „Können Sie das irgendwie nutzen, für die nächste Situation, in der Sie Befürchtungen haben?“ K: „Ja schon, halt wenn Gefühle entstehen, die Gefühle nicht unterdrücken sondern halt, zu spüren und auszuhalten. Auch zum Beispiel jetzt, mit der Nervosität und so, wo ich dann halt während der Ausbildung überwinden muss“</p>

Tab. 5.72: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klient C.

5.8.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

10 der 15 Pläne wurden im FRAME als relevante Bestandteile der Änderungsmotivation eingestuft. Außer der ersten Stufe fielen allen Motivationsstufen Klientenpläne zu.

Pläne Klient C	FRAME		Einigung
	Rater 1	Rater 2	
Zeige dein Leiden (KZL)	2	2	2
Zeige Ratlosigkeit (KZR)	2	2	2
Zeige Überforderung (KÜ)	2	3	2
Verbirg die Störung (KVS)	2	1	2
Bringe vollen Einsatz (KE)	3	3	3
Zeige Ambivalenz (KA)	3	3	3
Berichte über nicht erledigte Hausaufgaben (KNH)	2	3	3
Zeige Änderungsmotivation (KZÄ)	4	4	4
Mache Expositionen/ Übungen (KEÜ)	5	5	5
Zeige Veränderungspotential (KZV)	6	6	6
Sei kooperativ (KK)	-	-	-
Tausche Informationen aus (KTI)	-	-	-
Sichere dich ab (KS)	-	-	-
Zeige, dass Du folgst (KZF)	-	-	-
Rest (R)	-	-	-

Tab. 5.73: Zuordnungen der Pläne des Klienten C zu den Motivationsstufen im FRAME.

Der Stufe „Klagen, Erleben eines Problems“ wurden vier Pläne zugeordnet: Herr C schildert eindringlich sein Leiden unter dem Zwang und die Schwierigkeit, dagegen anzukämpfen (Marker 2A: „Zeige dein Leiden“). Auch Berichte über die mit Angst verbundenen Versuche, den Zwang geheim zu halten („Verbirg die Störung“), zeigen, dass der Klient ein Problem erlebt, unter dem er leidet. Wenn Herr C immer wieder

mit „ich weiß nicht“ auf Fragen der Therapeutin reagiert („Zeige Ratlosigkeit“) oder wenn er ihre Vorschläge als nicht umsetzbar ablehnt („Zeige Überforderung“), kann er sich selbst nicht als Teil der Lösung begreifen und versucht, die Verantwortung für die Problemlösung an die Therapeutin abzugeben (Marker 2B).

Drei Kategorien konnten der Stufe „Reflexion über Problem- und Zielverhalten, Ambivalenz“ zugewiesen werden. Herr C kann Zwangsgedanken, Neutralisierungsgedanken, Emotionen etc. differenzieren und auseinander halten und über mögliche Lösungsansätze nachdenken („Bringe vollen Einsatz“, 3A, 3B). Er nennt Gründe für Veränderung wie für die Beibehaltung der neutralisierenden Gegengedanken („Zeige Ambivalenz“, 3B). Die Ambivalenz zeigt sich auch, wenn er vorgenommene Hausaufgaben nicht durchführt oder vergisst, bereits erstellte Beobachtungen mitzubringen („Berichte über nicht erledigte Hausaufgaben“, 3B).

Der Stufe „Entscheiden“ konnte die Kategorie „Zeige Änderungsmotivation“ zugewiesen werden, da der Klient hier sich konkrete Schritte vornimmt (Marker 4A) und von ersten, jedoch erfolglosen Versuchen, Schritte umzusetzen, berichtet (Marker 4B).

Stufe 5, „Kontrolliertes Zielverhalten“, wird mit dem Plan „Mache Expositionen/Übungen“ umgesetzt: Herr C probiert Übungen in und außerhalb der Sitzung aus (Marker 5A, 5B).

Dem Plan „Zeige Veränderungspotential“, der bei Berichten über positive Veränderungen (6B) und dem Einsatz von Strategien zur Rückfallprophylaxe (6A) codiert wurde, entspricht die sechste Stufe „Automatisiertes Zielverhalten“.

5.8.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Der eher zurückhaltende, unsichere Interaktionsstil des Klienten zeigt sich in generell seltener realisierten Plänen im Vergleich zu den meisten anderen Fällen, was der unterdurchschnittliche Wert von nur 2934 bewerteten Sinneinheiten dokumentiert. Tabelle 5.74 stellt relative und absolute Häufigkeiten jedes Klientenplans in den einzelnen Sitzungen und im Gesamtverlauf dar. Am häufigsten tritt der Plan „Sei kooperativ“ auf, der für die generelle Haltung des Klienten, in der Therapie „mitzumachen“ steht. Weil diese Kategorie aber nicht direkt mit dem beschriebenen Problem- oder Zielverhalten in Verbindung steht, konnte sie allerdings nicht im FRAME einer spezifischen Motivationsstufe zugeordnet werden.

Kategorie	S1	S2	S3	S5	S6	S24	S25	S40	S41	Σ
Sei kooperativ (KK)	8,92% (38)	64,52% (271)	55,56% (255)	15,64% (28)	18,85% (72)	6,77% (21)	5,39% (18)	13,07% (23)	15,73% (39)	26,07% (765)
Zeige dein Leiden (KZL)	45,31% (193)	7,38% (31)	6,97% (32)	34,64% (62)	10,99% (42)	20,97% (65)	15,57% (52)	7,39% (13)	5,24% (13)	17,14% (503)
Bringe vollen Einsatz (KE)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	27,93% (50)	21,99% (84)	12,90% (40)	28,74% (96)	18,18% (32)	34,27% (85)	13,19% (387)
Tausche Informationen aus (KTI)	19,25% (82)	16,90% (71)	17,65% (81)	1,12% (2)	4,45% (17)	0,97% (3)	2,40% (8)	2,84% (5)	8,06% (20)	9,85% (289)
Zeige Ratlosigkeit (KZR)	6,81% (29)	5,71% (24)	16,56% (76)	3,91% (7)	4,97% (19)	1,94% (6)	6,89% (23)	6,25% (11)	4,03% (10)	6,99% (205)
Zeige Änderungsmotivation (KZA)	9,39% (40)	0,00% (0)	0,65% (3)	0,00% (0)	13,09% (50)	9,68% (30)	11,08% (37)	14,20% (25)	3,63% (9)	6,61% (194)
Mache Expositionen/Übungen (KEÜ)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,52% (2)	33,87% (105)	10,48% (35)	10,23% (18)	7,66% (19)	6,10% (179)
Zeige Veränderungspotential (KZV)	0,47% (2)	0,00% (0)	0,44% (2)	0,00% (0)	9,69% (37)	6,13% (19)	9,88% (33)	12,50% (22)	15,32% (38)	5,21% (153)
Sichere dich ab (KS)	3,76% (16)	2,86% (12)	1,96% (9)	0,56% (1)	0,52% (2)	0,97% (3)	0,90% (3)	5,11% (9)	1,21% (3)	1,98% (58)
Zeige Ambivalenz (KA)	0,70% (3)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,40% (13)	2,90% (9)	5,39% (18)	6,82% (12)	0,00% (0)	1,87% (55)
Zeige, dass Du folgst (KZF)	3,52% (15)	2,62% (11)	0,22% (1)	4,47% (8)	1,31% (5)	1,94% (6)	0,60% (2)	1,14% (2)	1,21% (3)	1,81% (53)
Zeige Überforderung (KÜ)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	6,15% (11)	3,14% (12)	0,00% (0)	2,10% (7)	0,00% (0)	0,81% (2)	1,09% (32)
Rest (R)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	4,19% (16)	0,65% (2)	0,30% (1)	1,14% (2)	2,02% (5)	0,89% (26)
Berichte über nicht erledigte HAS (KNH)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	4,47% (8)	1,31% (5)	0,00% (0)	0,30% (1)	1,14% (2)	0,81% (2)	0,61% (18)
Verbirg die Störung (KVS)	1,88% (8)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,12% (2)	1,57% (6)	0,32% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,58% (17)
Σ	426	420	459	179	382	310	334	176	248	2934

Tab. 5.74: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall C pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

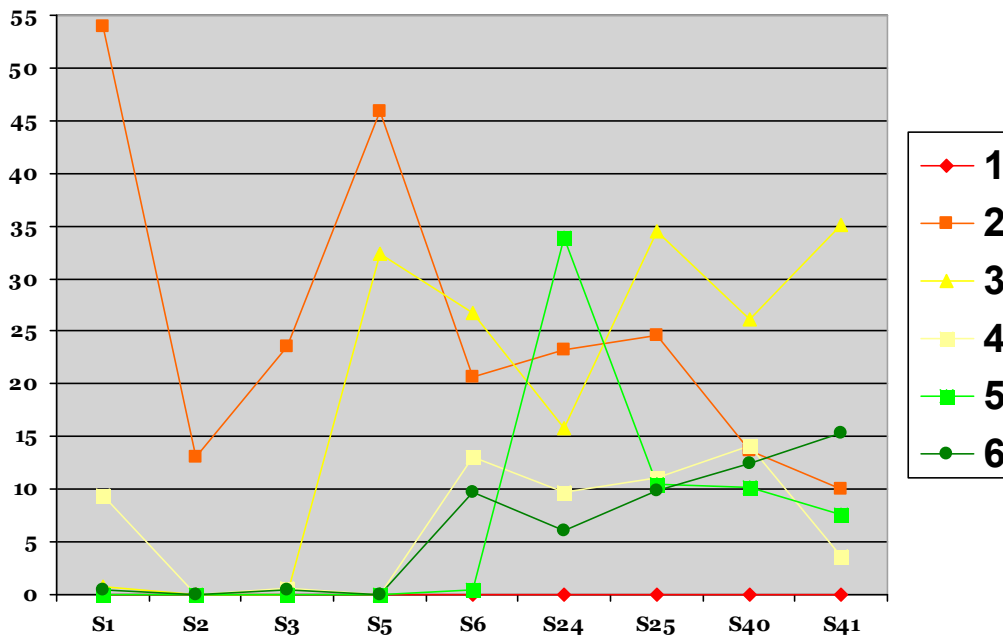


Abb. 5.26: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall C.

In den ersten 4 Sitzungen überwiegen Pläne der Stufe 2, Klagen, deutlich allen anderen motivationsrelevanten Klientenplänen. In den folgenden Sitzungen nimmt das Klagen immer weniger Raum ein und sinkt in der letzten Sitzung bis auf 10% ab.

Am stärksten nehmen Reflexionen über Problem- und Zielverhalten im Verlauf zu: Dem Klienten gelingt es, immer besser das Erklärungsmodell für den Zwang zu verstehen. Reflexionspläne bestimmen bis zum Schluss immer deutlicher das Verhalten des Klienten.

In den ersten vier untersuchten Sitzungen spielen Pläne der Stufen 4 bis 6 so gut wie keine Rolle. Erst in der sechsten Sitzung trifft der Klient mehr Entscheidungen und berichtet von gelungenen Schritten.

In der Mitte der Therapie treten Pläne, die kontrolliertem Zielverhalten zugeordnet wurden, hinzu. In der 24. Sitzung erreichen diese ihren Höhepunkt, als eine Exposition mit den aufdringlichen Gedanken durchgeführt wird.

Ein leichter Anstieg von Plänen der sechsten Stufe ist gegen Therapieende erkennbar.

5.8.3.4 Fazit

Der zurückhaltende, schüchterne *Interaktionsstil* des Klienten macht sich zum einen in der vergleichsweise niedrigen Zahl realisierter Pläne bemerkbar, zum anderen in der hohen Ausprägung des Plans „Sei kooperativ“. Hier lassen sich Parallelen zu Fall A erkennen.

Abgesehen von automatisiertem Problemverhalten werden Pläne aller Stufen realisiert, was wiederum auf *Ambivalenz* hindeutet. Die Vielfalt zwischen Plänen unterschiedlicher Stufen wird im Therapieverlauf größer. Dabei werden immer häufiger Pläne höherer Stufen realisiert.

Am deutlichsten sind die *Abnahme von Plänen der Stufe 2, Klagen, und die Zunahme von Reflexionen* im Therapieverlauf erkennbar. Im Vergleich zu den erfolgreichen Fällen G und A spielen *Reflexionen aber eine größere Rolle als Entscheidungen*. Herr C möchte am liebsten nach einem vorgegebenen „Rezept“ der Therapeutin sein Problem lösen und nicht selbst Entscheidungen treffen müssen.

Gegen Mitte und Ende der Therapie werden aber auch Pläne der Stufen 4, 5, und 6 realisiert. Obwohl gerade zu diesen Zeitpunkten Pläne der Stufen 2 bis 6 aktiviert sind, sind gewisse *Schwerpunkte* im Verlauf durchaus erkennbar: Eine Abfolge Klagen, Reflektieren, Kontrolliertes Zielverhalten, Automatisiertes Zielverhalten vollzieht sich aber in „*überlappenden*“ Phasen.

Die *Änderungsmotivation des Klienten steigt* während der Therapie klar an. Die Therapie konnte weitestgehend erfolgreich abgeschlossen werden, allerdings *gelingt es dem Klienten nicht, nach der Therapie Zielverhalten weiter aufrechtzuerhalten*.

5.8.4 Pläne Therapeutin T4: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.8.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T4

Das Kategoriensystem für Therapeutin T4 umfasst 27 Plankategorien, die in Tabelle 5.75 in alphabetischer Reihenfolge genannt werden. Daraufhin werden wiederum die häufigsten Pläne jedes Plankomplexes mit Beschreibungen und Ankerbeispielen zusammengestellt. Alle weiteren Kategorien stehen im Anhang.

Pläne Therapeutin C/ Kategorien
Außere eigene Gedanken (TAG)
Exploriere das Leben des Klienten (TEL)
Exploriere das Umfeld des Klienten (TEU)
Exploriere die Welt des Klienten (TEW)
Exploriere Ressourcen (TER)
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)
Informiere den Klienten (TIK)
Kläre die Motivation von K (TKM)
Kläre Organisatorisches (TOR)
Nimm Angst vor Blamage (TNB)
Nimm teil (TNT)
Orientiere dich an den Bedürfnissen von K (TOB)
Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)
Sei empathisch (TSE)
Sei hartnäckig und konfrontiere (THK)
Sei transparent (TTR)
Sichere dich ab (TSL)
Strukturiere die Therapie (TST)
Suche eine persönliche Ebene (TPE)
Thematisiere Gefühle (TTG)
Thematisiere Ressourcen und stärke K (TRS)
Vermeide Druck (TVD)
Versichere dich des Verständnisses (TVV)
Verteidige eigenes Vorgehen (TVO)
Rest (R)

Tab. 5.75: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T4 im Fall C.

Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)
<p>Beschreibung (...) T erfragt den Verlauf der Symptomatik, besonders detailliert auch die Situation, in der diese begonnen hat. T exploriert Inhalte der Gedanken und was das Schlimme an den Gedanken ist, sowie Erklärungen des K für die Zwangsgedanken, welche Wirkung sie haben und Neutralisierungen. T holt Informationen ein zu den Themen Medikamente, Suizidalität, Alkoholkonsum. T fragt, wie es K bei der Hausaufgabe und in der letzten Woche ging. T exploriert die Bedingungen des Auftretens der Zwangsgedanken. Wenn es jedoch um Ressourcen geht, wird TRS/TER codiert.</p>
<p>Ankerbeispiele „Was heißt, da geht’s mir schlecht?“ „Und vielleicht erzählen Sie mir einfach mal so, wie das so bei Ihnen begonnen hat, ab wann die Probleme so angefangen haben.“</p>

Strukturiere die Therapie (TST)
<p>Beschreibung T lenkt den Gesprächsfluss, macht klar, worauf sie hinaus möchte, worauf ihre Fragen abzielen. (...) T gibt einen Überblick über Ihre Vorhaben für die aktuelle oder für die folgenden Sitzungen. T leitet neue Themen ein und macht deutlich, worum es im Folgenden geht. T verschiebt Themen auf einen späteren Zeitpunkt. T schließt Themen, indem sie eine Überschrift des vorangegangenen Themas nennt (z. B. „okay, das war...“). T teilt K mit, was sie im Augenblick vorhat. (...) T signalisiert „Das habe ich so gehört, das genügt mir.“ und geht anschließend nicht auf K ein.</p>
<p>Ankerbeispiele „Da müssen wir auch mal noch genauer hinschauen“ „Jetzt haben wir so ein bisschen geguckt, Freunde so haben wir angeschaut, was Sie so machen, hobbymäßig.“</p>
Vermeide Druck (TVD)
<p>Beschreibung T begegnet Schwierigkeiten von K mit Akzeptanz, z. B. wenn K keine Einfälle hat. T ist behutsam und vermeidet Druck in Bezug auf Anforderungen und Erwartungen an K. T weist auf Freiheiten von K hin, v. a. ob er die Therapie machen möchte.</p>
<p>Ankerbeispiele „Fällt Ihnen grad nichts ein. Gut, muss nicht sein, ist nur 'ne Frage.“ „Das Gespräch, das wir jetzt hier führen, dient vor allem einfach mal dazu, uns ein bisschen kennen zu lernen, und auch für Sie, um einen Eindruck zu gewinnen, ob's Ihnen überhaupt hier so zusagt, also es ist ganz unverbindlich noch.“</p>
Thematisiere Ressourcen und Stärke K (TRS)
<p>Beschreibung (...) Direkte Komplimente und geschlossene (suggestive) Fragen. T benennt Bewältigungsstrategien, Kompetenzen und soziale Ressourcen von K. T betont Positives im Leben von K. T betont Wissen von K und baut auf Aussagen von K auf („Das haben sie schon mal gesagt.“) T lobt K und vermittelt Hoffnung auf Veränderung.</p>
<p>Ankerbeispiele „Die Probleme sind nicht die Gedanken, das haben Sie selber auch schon erklärt.“ K: „na ja gut, bis auf die Gedanken halt, wenn sie jetzt dauernd angesprochen werden, immer wieder, dann wird mir schon bewusst auch, auch dass ich sie schon die jetzt so lang hab und dass es auch schwerer wird, das loszuwerden, je länger man das hat.“ T: „ja, so lang sind, ist es dann auch wieder nicht.“ K: „aber trotzdem“ T: „Sie schaffen's“</p>

Tab. 5.76: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T4 im Fall C.

5.8.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Relative und absolute Häufigkeiten jedes einzelnen Therapeutenplans werden in Tabelle 5.77 für jede Sitzung und den gesamten untersuchten Verlauf angeführt. Insgesamt wurden 5742 Sinneinheiten für die Therapeutin codiert.

Kategorie	S1	S2	S3	S5	S6	S24	S25	S40	S41	Σ
Nimm teil (TNT)	27,91% (204)	29,97% (235)	26,04% (219)	14,52% (79)	23,08% (111)	23,68% (130)	27,4% (160)	14,22% (94)	21,34% (121)	23,56% (1353)
Strukturiere die Therapie (TST)	3,56% (26)	7,27% (57)	4,52% (38)	8,82% (48)	9,36% (45)	7,29% (40)	11,13% (65)	12,25% (81)	20,63% (117)	9,00% (517)
Exploriere störungs- bezogene Infos (TEX)	12,45% (91)	1,91% (15)	4,40% (37)	10,29% (56)	14,97% (72)	7,83% (43)	13,18% (77)	6,66% (44)	5,64% (32)	8,13% (467)
Informiere den Klienten (TIK)	1,09% (8)	0,13% (1)	7,85% (66)	26,84% (146)	3,74% (18)	7,83% (43)	2,23% (13)	7,56% (50)	6,88% (39)	6,69% (384)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	0,55% (4)	3,83% (30)	5,83% (49)	9,38% (51)	5,41% (26)	7,47% (41)	4,45% (26)	13,01% (86)	4,06% (23)	5,85% (336)
Sei transparent (TTR)	2,87% (21)	1,53% (12)	3,57% (30)	6,25% (34)	6,86% (33)	9,47% (52)	3,25% (19)	11,04% (73)	1,94% (11)	4,96% (285)
Kläre Organisatorisches (TOR)	15,87% (116)	7,40% (58)	1,43% (12)	0,55% (3)	2,08% (10)	0,18% (1)	0,68% (4)	1,21% (8)	6,53% (37)	4,34% (249)
Thematisiere Ressourcen und stärke K (TRS)	1,64% (12)	2,04% (16)	1,66% (14)	1,65% (9)	2,91% (14)	10,38% (57)	5,48% (32)	2,87% (19)	11,64% (66)	4,16% (239)
Restkategorie (R)	4,38% (32)	3,95% (31)	2,97% (25)	2,57% (14)	4,16% (20)	2,73% (15)	1,2% (7)	3,48% (23)	3,88% (22)	3,29% (189)
Vermeide Druck (TVD)	3,56% (26)	3,06% (24)	1,90% (16)	4,6% (25)	1,87% (9)	2,55% (14)	5,48% (32)	4,54% (30)	1,94% (11)	3,26% (187)
Exploriere das Leben des Klienten (TEL)	0,14% (1)	11,86% (93)	10,23% (86)	0,00% (0)	0,42% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	3,17% (182)
Exploriere die Welt des Klienten (TEW)	5,75% (42)	1,66% (13)	12,25% (103)	0,18% (1)	3,53% (17)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,91% (6)	0,00% (0)	3,17% (182)
Sei empathisch (TSE)	1,64% (12)	0,77% (6)	0,36% (3)	3,49% (19)	5,41% (26)	4,37% (24)	4,62% (27)	1,36% (9)	2,12% (12)	2,40% (138)
Exploriere das Umfeld des Klienten (TEU)	0,14% (1)	12,63% (99)	2,73% (23)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	2,14% (123)
Exploriere Ressourcen (TER)	4,10% (30)	0,51% (4)	0,48% (4)	0,18% (1)	0,00% (0)	2,37% (13)	3,25% (19)	1,66% (11)	3,88% (22)	1,81% (104)
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)	2,87% (21)	2,04% (16)	1,66% (14)	0,55% (3)	1,46% (7)	0,18% (1)	3,08% (18)	2,87% (19)	0,18% (1)	1,74% (100)
Sichere dich ab (TSI)	0,96% (7)	1,15% (9)	2,14% (18)	0,37% (2)	1,66% (8)	2,73% (15)	3,08% (18)	1,97% (13)	1,41% (8)	1,71% (98)
Äußere eigene Gedanken (TÄG)	0,68% (5)	1,15% (9)	2,02% (17)	0,37% (2)	0,83% (4)	0,00% (0)	2,91% (17)	4,24% (28)	1,94% (11)	1,62% (93)
Räume Entscheidungs- spielraum ein (TRE)	0,55% (4)	0,64% (5)	0,71% (6)	1,47% (8)	1,25% (6)	3,64% (20)	1,37% (8)	2,42% (16)	1,94% (11)	1,46% (84)
Thematisiere Gefühle (TTG)	1,50% (11)	0,38% (3)	1,07% (9)	0,74% (4)	0,42% (2)	3,64% (20)	3,94% (23)	0,91% (6)	0,18% (1)	1,38% (79)
Suche eine persönliche Ebene (TPE)	1,23% (9)	2,17% (17)	0,83% (7)	1,65% (9)	2,08% (10)	0,55% (3)	0,00% (0)	0,76% (5)	1,76% (10)	1,22% (70)
Sei hartnäckig und konfrontiere (THK)	0,82% (6)	0,38% (3)	2,85% (24)	2,94% (16)	0,62% (3)	0,36% (2)	1,88% (11)	0,3% (2)	0,00% (0)	1,17% (67)
Kläre die Motivation von K (TKM)	2,05% (15)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	6,65% (32)	0,36% (2)	0,00% (0)	1,66% (11)	1,06% (6)	1,15% (66)
Orientiere dich an den Bedürfnissen von K (TOB)	1,64% (12)	0,77% (6)	0,12% (1)	0,74% (4)	0,83% (4)	1,64% (9)	0,86% (5)	1,51% (10)	0,18% (1)	0,91% (52)
Versichere dich des Verständnisses (TVV)	1,23% (9)	1,66% (13)	0,59% (5)	0,92% (5)	0,21% (1)	0,18% (1)	0,00% (0)	1,97% (13)	0,53% (3)	0,87% (50)
Verteidige eigenes Vorgehen (TVO)	0,82% (6)	1,15% (9)	0,24% (2)	0,92% (5)	0,21% (1)	0,55% (3)	0,51% (3)	0,61% (4)	0,35% (2)	0,61% (35)
Nimm Angst vor Blamage (TNB)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,55% (13)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,23% (13)
Σ	731	784	841	544	481	549	584	661	567	5742

Tab. 5.77: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall C pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

5.8.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Die Pläne, die Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids ausmachen, werden mit ihren prozentualen Auftretenshäufigkeiten über alle untersuchten Sitzungen hinweg in Tabelle 5.78 aufgeführt.

Verantwortungsübergabe	33,47%
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	8,13%
Sei transparent (TTR)	4,96%
Exploriere das Leben des Klienten (TEL)	3,17%
Exploriere die Welt des Klienten (TEW)	3,17%
Exploriere das Umfeld des Klienten (TEU)	2,14%
Exploriere Ressourcen (TER)	1,81%
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)	1,74%
Sichere dich ab (TSI)	1,71%
Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)	1,46%
Thematisiere Gefühle (TTG)	1,38%
Sei hartnäckig und konfrontiere (THK)	1,17%
Kläre die Motivation von K (TKM)	1,15%
Versichere dich des Verständnisses (TVV)	0,87%
Verteidige eigenes Vorgehen (TVO)	0,61%

Unterstützung	28,46%
Strukturiere die Therapie (TST)	9,00%
Informiere den Klienten (TIK)	6,69%
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	5,85%
Thematisiere Ressourcen und stärke K (TRS)	4,16%
Äußere eigene Gedanken (TÄG)	1,62%
Orientiere dich an den Bedürfnissen von K (TOB)	0,91%
Nimm Angst vor Blamage (TNB)	0,23%

Anerkennung des Leids	5,66%
Vermeide Druck (TVD)	3,26%
Sei empathisch (TSE)	2,40%

Tab. 5.78: Pläne der Therapeutin T4 im Fall C im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Wie in den bereits beschriebenen erfolgreichen Fällen G und A, in denen auch ein Anstieg der Änderungsmotivation erreicht wurde, halten sich Verantwortungsübergabe und Unterstützung die Waage mit leichtem Überhang Verantwortungsübergabender Pläne. Diese werden (wie in Fall G) zu 5% häufiger realisiert. *Alle erfolgreichen Fälle weisen also ein ausgeglichenes Angebot fordernder und fördernder Therapeutenpläne auf – bei tendenziell etwas mehr fordernder Haltung.*

Therapeutin T4 fordert den Klienten vor allem durch eine Reihe unterschiedlicher explorierender Fragen zum Nachdenken auf (zu Störung, Leben, Welt, Umfeld, Ressourcen, Gefühlen). Sie erklärt dabei die Hintergründe ihrer Fragen und der Vorgehensweise („Sei transparent“, „Verteidige eigenes Vorgehen“) und beharrt auf ihren Fragen („Sei hartnäckig und konfrontiere“). Auch thematisiert sie explizit die Rollenaufteilung in der Therapie und die Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung des Klienten („Fordere zur engagierten Mitarbeit auf“). Manchmal fragt sie nach, ob ihre Vermutungen richtig sind („Sichere dich ab“) und der Klient sie auch verstanden hat („Versichere dich des Verständnisses“).

Das Interesse an Entscheidungen des Klienten ist im Vergleich zu den anderen erfolgreichen Fällen G und A aber wesentlich niedriger: „Räume Entscheidungsspielraum ein“ und „Kläre die Motivation“ betragen hier nur 1,46% und 1,15%. Hingegen werden Entscheidungen in Fall A mit „Räume Entscheidungsspielraum ein“ (4,43%), „Exploriere Ziele“ (4,71%) und „Lasse die Klientin arbeiten“ (3,02%) und in Fall G mit „Binde aktiv in die Gestaltung ein“ (4,83%) mehr Gelegenheit zur Realisierung gegeben. *Die Therapeutin T4 stellt Herrn C weniger vor Entscheidungen – und so werden Entscheidungspläne auch hier seltener vom Klienten realisiert (s.o.). Die Explorationen scheinen dagegen viel Raum zum Nachdenken zu geben, was sich in den hohen Häufigkeiten von Reflexionsplänen des Klienten niederschlägt.*

Unterstützung wird deutlich direkter angeboten als in Fall G: Therapeutin T4 achtet darauf, welche Themen zur Sprache kommen („Strukturiere die Therapie“), gibt Erklärungsmodelle („Informiere den Klienten“) oder eigene Meinungen vor („Äußere eigene Gedanken“), gibt Anweisungen („Schlage Aktivitäten vor“), spricht direkte Komplimente aus oder unterstreicht ihre eigene Zuversicht am Therapieerfolg („Thematisiere Ressourcen und stärke K“). Nur selten besteht die Unterstützung in einer Ermutigung des Klienten, eigene Ideen, Erklärungen, Schritte zu entwickeln („Orientiere dich an den Bedürfnissen von K“, „Nimm Angst vor Blamage“). *Möglicherweise kann das stark direktive Vorgeben von Lösungen verbunden mit einer seltenen Ermutigung und Forderung, eigene Entscheidungen zu treffen, den fehlenden Transfer der Lösungen in den Alltag über die Therapie hinaus erklären.*

Auffallend ist, dass die Therapeutin T4 im Vergleich zu allen bisher geschilderten Therapien und in besonderer Abhebung zu den anderen erfolgreichen Fällen G und A am stärksten Anerkennung für das Leid des Klienten ausdrückt. Sie bemerkt seine belastende Situation („Sei empathisch“) und akzeptiert, wenn er keine eigenen Ideen in

der Therapie entwickelt („Vermeide Druck“). Zum einen wird dem Klienten dadurch wieder Verantwortung genommen. Zum anderen erscheinen diese Pläne bedeutsam, wenn ihr inhaltlicher Fokus auf die Probleme des Klienten mit in Betracht gezogen wird. Hierauf wird im nächsten Abschnitt näher eingegangen.

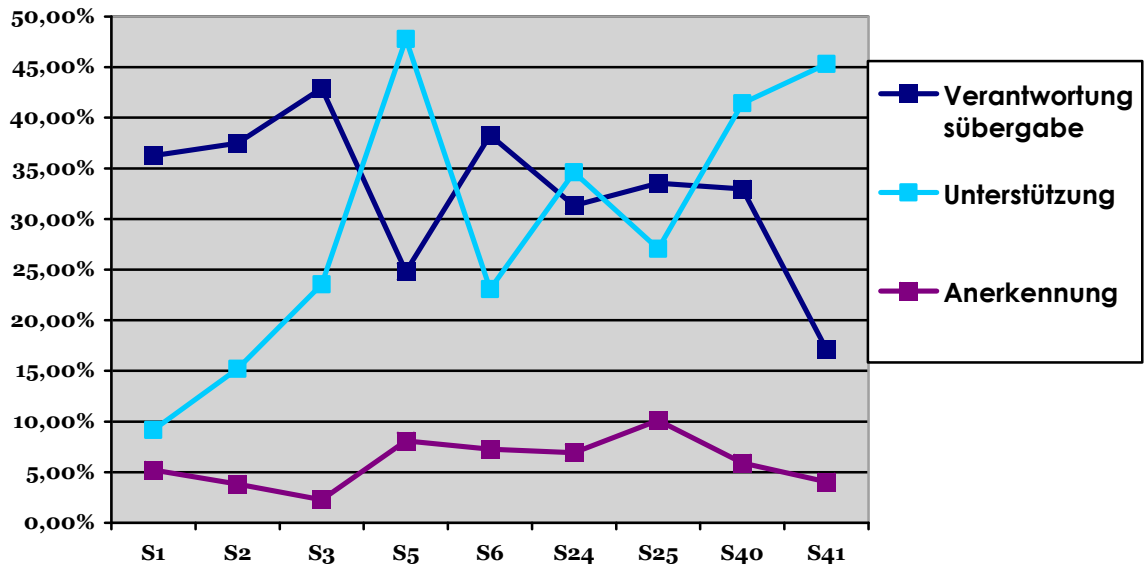


Abb. 5.27: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall C.

Während in den ersten drei Sitzungen Pläne der Verantwortungsübergabe viel stärker als unterstützende ausgeprägt sind, ist in der vierten Sitzung das Verhältnis umgekehrt. In den ersten drei Sitzungen fordert die Therapeutin sehr stark den Klienten und gibt verhältnismäßig wenig Unterstützung. Die Verantwortungsübergabe beschränkt sich in diesen Sitzungen v.a. auf die Exploration der Störung und der Biographie des Klienten. In der vierten untersuchten Sitzung (S5) überwiegt Unterstützung klar, v.a. die Vermittlung eines Erklärungsmodells für den Zwang („Informiere den Klienten“) und Ableitungen von Hausaufgaben („Schlage Aktivitäten vor“). Das Überwiegen von Klientenplänen der Stufe 2, Klagen, könnte folgendermaßen interpretiert werden: Der eher wortkarge, zurückhaltende Klient wird in den ersten Sitzungen mit der massiven Forderung nach Antworten stark überfordert. Gleichzeitig fokussieren die Fragen eher auf problematische Bereiche. Er reagiert mit Klagen und Ratlosigkeit. In der darauf folgenden Sitzung wird er dagegen zu wenig gefordert, selbst nachzudenken.

Erst in der 6. Sitzung nähern sich die Ausprägungen beider Plankomplexe an, in den darauf folgenden drei Sitzungen der Mitte und des Therapieendes sind sie am

stärksten ausbalanciert. Zu diesen Zeitpunkten steigt auch die Änderungsmotivation des Klienten sehr deutlich an, Klientenpläne der Stufen 4 bis 6 treten erst ab Sitzung 6 auf. Die Hypothese, die aus den zuvor beschriebenen erfolgreichen Fällen G und A generiert werden konnte, kann auch nach Fall C bestehen bleiben: *Erst die Balance zwischen Verantwortungsübergabe und Unterstützung ist mit einer Steigerung der in den Sitzungen gezeigten Änderungsmotivation des Klienten verbunden, die Pläne der Motivationsstufen 3 bis 6 beinhaltet.*

5.8.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

In Tabelle 5.79 werden die Therapeutenpläne danach eingeteilt, ob sie eindeutig Probleme oder Ressourcen des Klienten thematisieren.

Ressourcenfokus	8,58%
Thematisiere Ressourcen und stärke K (TRS)	4,16%
Exploriere Ressourcen (TER)	1,81%
Räume Entscheidungsspielraum ein (TRE)	1,46%
Kläre die Motivation von K (TKM)	1,15%

Problemfokus	21,86%
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	8,13%
Informiere den Klienten (TIK)	6,69%
Vermeide Druck (TVD)	3,26%
Sei empathisch (TSE)	2,40%
Thematisiere Gefühle (TTG)	1,38%

Tab. 5.79: Pläne der Therapeutin T4 im Fall C im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Die Therapeutin thematisiert den Problembereich des Klienten mehr als doppelt so häufig wie dessen Ressourcen.

Ressourcenfokus wird insbesondere durch direkte Komplimente umgesetzt („Thematisiere Ressourcen und stärke K“). Aber auch indirekte Komplimente und das Interesse an den Entscheidungen („Räume Entscheidungsspielraum ein“, „Kläre die Motivation“) stellen m.E. Angebote dar, Stärken des Klienten herauszuarbeiten.

Wesentlich häufiger wird Herr C allerdings über seine Störung befragt („Exploriere störungsspezifische Informationen“). Weiterhin gibt die Therapeutin eigene Hinweise und Erklärungen zum Zwang („Informiere den Klienten“), sie bestätigt dessen schwierige Lage („Sei empathisch“) und möchte dem Problem beladenen Klienten wenig zumuten („Vermeide Druck“). Auch das Ansprechen belastender Gefühle wurde zu Problemfokus gezählt („Thematisiere Gefühle“).

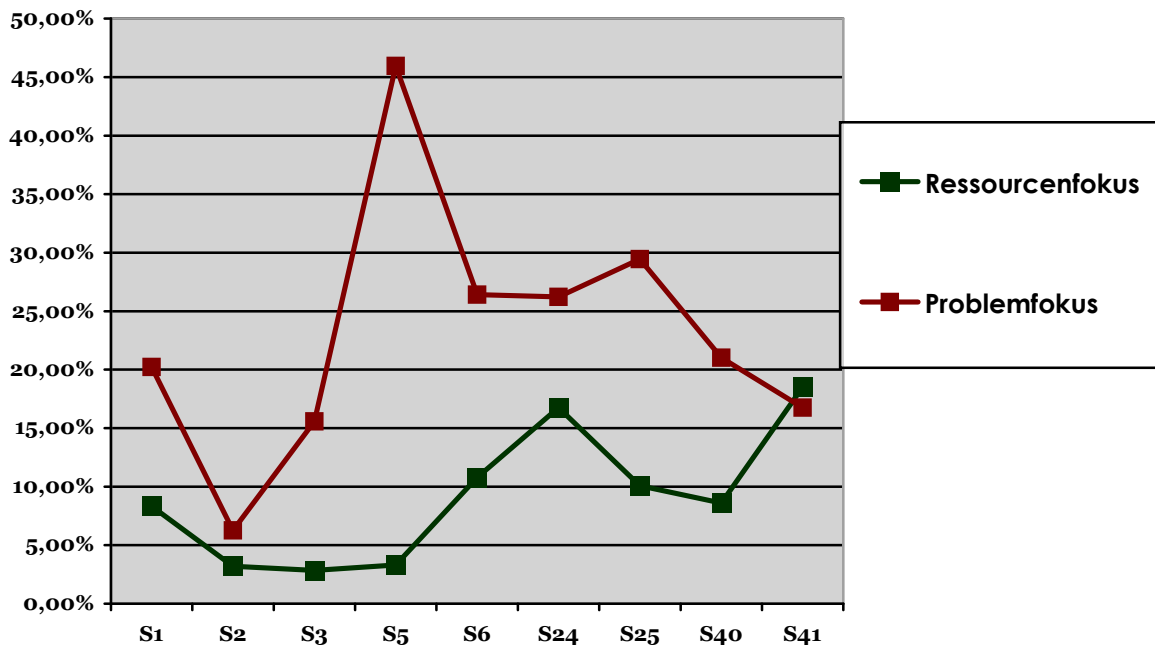


Abb. 5.28: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall C.

Außer in der letzten Sitzung werden durchwegs stärker die Probleme als die Ressourcen des Klienten thematisiert.

Die Ergebnisse überraschen, stehen sie doch im Widerspruch zu den bisher beschriebenen Fällen, in denen ein Anstieg der Änderungsmotivation mit dem Angebot der TherapeutIn verbunden war, sich für Ressourcen der KlientIn häufiger als für ihre Probleme zu interessieren. In allen Fällen, in denen die Änderungsmotivation im Therapieverlauf auf niedrigem Niveau stagnierte, überwog der Problemfokus dem Ressourcenfokus.

Um die Ergebnisse im Fall C und die bisherigen Daten konsistent zu erklären, ließe sich folgender Schluss ziehen: Damit der Klient Reflexionen, Entscheidungen, erste Schritte Richtung Zielverhalten, also kurz: Klientenpläne der Stufen 3 bis 6, *während* der Sitzung realisiert, ist ein ausgewogenes Verhältnis von Verantwortungsübergabe und Unterstützung notwendig (s. Kap. 5.8.4.3): Dieses Beziehungsangebot half Herrn C zunehmend mehr motivationsförderliche Klientenpläne zu zeigen. Allerdings gelang es Herrn C nicht, auch noch nach Therapieende dieses Zielverhalten weiterzuführen.

Was ihm in der Interaktion mit der Therapeutin immer leichter fiel, funktionierte alleine nicht mehr. Die Änderungsmotivation war von Interaktionsangebot und Anweisungen der Therapeutin abhängig. Ein stärkerer Ressourcenfokus, also ein häufigeres Herausarbeiten (v.a. durch den Klienten selbst) der notwendigen Stärken des Klienten und der zur Zielannäherung tagtäglich wichtigen Entscheidungen, hätte eine Generalisierung der in der Therapie erzielten Erfolge auf den Alltag möglicherweise gewährleisten können. Herr C hätte so stärker von fremden Ratschlägen unabhängig sein und eigenen Ressourcen und Entscheidungen trauen können.

Zusammenfassend lässt sich die bisherige Hypothese ausdifferenzieren: *Für eine Steigerung der Änderungsmotivation und eine Bewältigung des Zwangs während der Therapie ist ein ausgeprägter Ressourcenfokus nicht unbedingt notwendig. Für anhaltende hohe Änderungsmotivation, Transfer und Generalisierung der Ergebnisse scheint eine Thematisierung von Stärken und Entscheidungen des Klienten, die mehr Platz einnimmt als der Fokus auf Probleme, von entscheidender Wichtigkeit.*

5.9 Fall F

5.9.1 Beteiligte Personen: Informationen zu Klientin und Therapeutin

5.9.1.1 Klientin F: Demographische Daten und Eingangsproblematik

Frau F, eine Verwaltungsangestellte Ende 20, suchte nach mehreren erfolglosen tiefenpsychologischen Therapieversuchen auf fachliches Anraten eine Verhaltenstherapie auf. Die Klientin konnte kaum ein Gespräch führen, ohne danach darüber nachgrübeln zu müssen, ob sie womöglich etwas Falsches gesagt haben könnte. Dazu musste sie sich bei ihrem Mann lange rückversichern. Aufgrund der Befürchtungen waren ihre Sozialkontakte immer stärker eingeschränkt. Weil sie zudem von den Gedanken gequält wurde, es könnte ihr oder nahe stehenden Menschen etwas Schlimmes zustoßen, kontrollierte sie elektrische Geräte (wie z.B. Kaffeemaschine oder Licht) in einer bestimmten Anzahl an Wiederholungen. Auch Zählen beim Treppensteigen oder ausgiebiges Putzen führte sie durch, um Gedanken an mögliche Infektionen kurzfristig zu verringern.

Im Bericht zum Antrag auf Psychotherapie wurde von der Diagnose „Zwangsstörung, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemischt“ (ICD-10, F42.2) ausgegangen. Aufgrund beschriebener körperlicher Beschwerden und den Ängsten, die sich v.a. auf den sozialen Bereich bezogen, wurden „Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (F 45.4) und „Soziale Phobie“ (F40.1) als Verdachtsdiagnosen hinzugefügt.

5.9.1.2 Therapeutin T5: Demographische Daten und Therapeutischer Hintergrund

Die Therapeutin T5 war eine 26jährige postgraduierte Diplompsychologin in der Mitte ihrer Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin. Ihre therapeutische Arbeit richtete sich v.a. an der genauen Exploration der Störung und dem Vorschlagen von störungsspezifischen Interventionen aus.

5.9.2 Ergebnis

5.9.2.1 Outcomedaten

Von den beantragten 45 Sitzungen einer Langzeittherapie wurden 43 innerhalb eines Zeitraumes von über 2 Jahren durchgeführt. Frau F war zu keiner zweiten Messung mit Hilfe der standardisierten Fragebögen bereit. Aus den Transkripten konnte entnommen werden, dass die Klientin am Ende der Therapie kaum Fortschritte

erkennen konnte. Auch die Therapeutin schätzte die Therapie als Misserfolg ein, so dass der Fall als „nicht erfolgreich“ in die Stichprobe aufgenommen wurde.

5.9.2.2 Entwicklung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf

Zu allen untersuchten neun Zeitpunkten überwiegen Klientenpläne der Stufen 1 und 2 den Plänen der Stufen 3 bis 6 (s. Abb. 5.29). Eine leichte Annäherung motivationshinderlicher und motivationsförderlicher Anteile ist in der 28. und 46. Sitzung erkennbar, es kommt aber nie zu einer Änderung des Verhältnisses. Die Änderungsmotivation bleibt über den gesamten Therapieverlauf niedrig, so dass der Fall als „nicht erfolgreich“ im Sinne des Erfolgskriteriums bewertet wird.

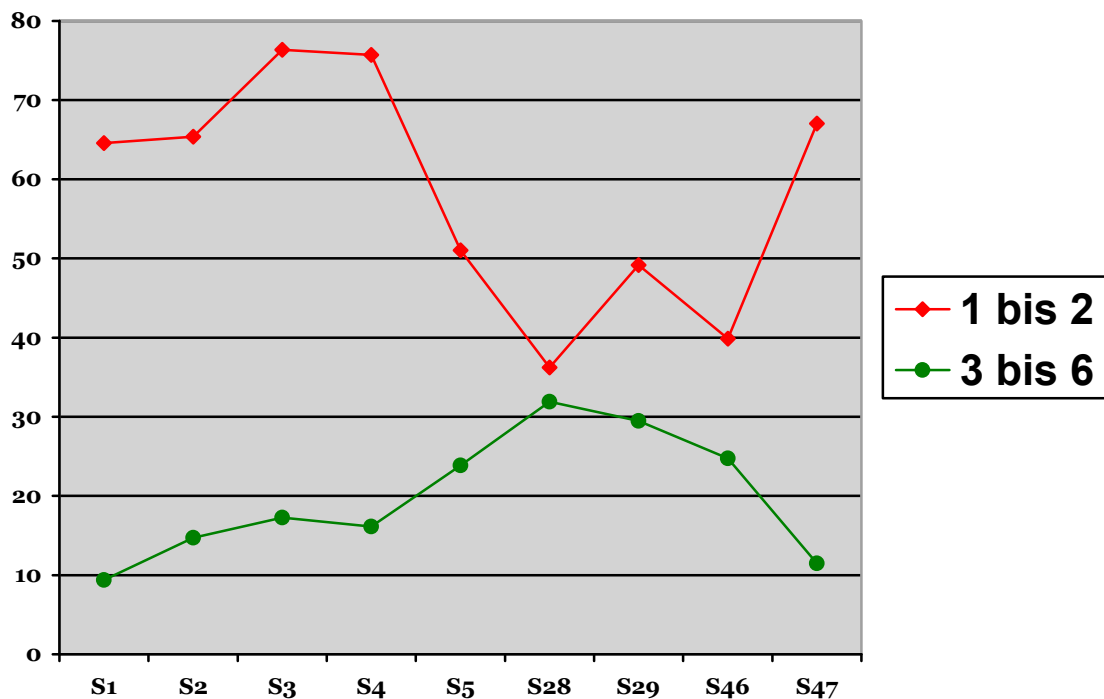


Abb. 5.29: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Stufen 1 und 2 (rote Linie) sowie der Stufen 3 bis 6 (grüne Linie) pro Sitzung im Fall F.

5.9.3 Pläne Klientin F: Änderungsmotivation – in der Beziehung F

5.9.3.1 Beschreibung der Pläne der Klientin F

Tabelle 5.80 gibt einen Überblick über die 16 Kategorien des Kategoriensystems, das zur Erfassung des Verhaltens der Klientin konstruiert wurde. Daraufhin werden die häufigsten Pläne jeder Motivationsstufe mit ihren Beschreibungen und Ankerbeispielen aufgeführt (Tab. 5.81). Die Beschreibung aller weiteren Kategorien ist dem Anhang zu entnehmen.

Pläne Klientin F/ Kategorien
Führe Schritte aus (KLP5)
Lindere dein Leiden (KLL)
Misstraue dir selbst (KMS)
Nimm Dir Schritte vor (KLP4)
Schütze dich vor Bedrohung (KB)
Sei auf der Hut vor Männern (KMM)
Sei auf der Hut vor Menschen (KVM)
Sei kooperativ (KK)
Sichere dich ab (KS)
Stütze dich auf deinen Mann (KM)
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)
Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)
Tausche Informationen aus (RA)
Zeige dein Leiden (KZL)
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)
Rest (RB)

Tab. 5.80: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin F.

Misstraue dir selbst (KMS)
<p>Beschreibung Durch ihre geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist K zutiefst verunsichert. Dies äußert sich in ihrer Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen, welche sie lieber anderen Menschen überlässt. Eine Fülle von abweichenden Meinungen erzeugt bei ihr erneute Ratlosigkeit, zeichnet sich jedoch eine klare Richtung ab, folgt sie dieser. (...) Jedes gesprochene Wort von sich stellt sie hinterher in Frage aus Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun.</p>
<p>Ankerbeispiel „Sie (T) wissen schon, was richtig ist.“ „Ich denk dann sämtliches Mistzeug, tu eine kleine Situation so auseinander zerfetzen, damit ich am Schluss nicht mehr weiß, was ist richtig, was ist falsch.“</p>

Sei auf der Hut vor Menschen (KVM)
<p>Beschreibung K sorgt sich, was andere über sie denken und ihr antun könnten. Daher erklärt sie und rechtfertigt sie sich, um nicht missverstanden zu werden. Sie möchte dadurch verhindern, dass ihre Mitmenschen ein falsches Bild von ihr entwickeln oder dass sie sich lächerlich macht. (...) Vertrauen aufzubauen fällt ihr sehr schwer und dauert lange. Im Therapiegespräch formuliert sie viele Beispiele für zwanghafte Gedanken, die ihr Misstrauen anderen Menschen gegenüber ausdrücken.</p>
<p>Ankerbeispiel „Der nächste Punkt dann ist, wenn mir dann jemand nicht glaubt, also wenn ich sag ‚ich hab das gemacht und den Zettel nicht mit‘ und mir dann einfach unterstellt wird ‚ja, du hast ja bestimmt nicht einfach gemacht‘ oder so.“ „Was mich jetzt ein wenig stört ist, was heißt ein wenig stört, massiv Probleme eigentlich macht, ist schon das mit der Kamera.“</p>
Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)
<p>Beschreibung K zeigt sich engagiert in der Therapie, hat konkrete Absichten, das Problemverhalten zu ändern und unternimmt auch manchmal Anstrengungen, das Problemverhalten zu verändern. Oft hat sie damit Erfolg, sich bewusst und kontrolliert für ihre Ziele anzustrengen. K reflektiert über Ursachen und Zusammenhänge ihrer Probleme. Sie erkennt und benennt konkrete Zielvisionen und die Probleme, handelt aber nicht.</p>
<p>Ankerbeispiel „ja stimmt zu der einen Seite, was jetzt bei meinem Mann, beim *Thomas so ist, würd ich auch noch sagen, ist das allein, was ich schon mit ihm jetzt mach da, diese Nachfragerei, +würd ich! jetzt sagen ist das schon wieder eine Art Zwang, +weil eigentlich müsst ich’s ja vielleicht nicht. das hat sich schon wieder als Zwang entwickelt.“</p>
Nimm dir Schritte vor (KLP4)
<p>Beschreibung K bemüht sich um Lösungen, unternimmt erfolglose Versuche oder unternimmt minimale Schritte, die sie aber nicht als Erfolg bewertet. K beurteilt Skalenfragen.</p>
<p>Ankerbeispiel „obwohl ich mir dann im Kopf sag ‚ach *K, mit ihm kommst du doch auch klar, wieso geht denn das bei anderen nicht, ne? Jedes mal nehm ich’s mir vor, nur so ein g-, ein ganz normales Gespräch, vielleicht auch ein bisschen von mir zu +erzählen“</p>
Führe Schritte aus (KLP5)
<p>Beschreibung K unternimmt kontrollierte und bewusste Anstrengungen, zielgerichtetes Verhalten auszuführen. Sie kann ihre Anstrengungen als Erfolge wahrnehmen. Sie macht ihre Hausaufgaben.</p>
<p>Ankerbeispiel: K:“ / ich war in einem Schuhgeschäft wegen meiner Hochzeitsschuhe KLP5 / und normalerweise bin ich der Typ ich stell jeden: Schuh wieder an Ort und Stelle wo ich ihn auch her hab KMS / und dann war da so viel los KLP5 / und da hab ich gedacht KLP5 / ‚nein den letzten räum ich jetzt nicht auf KLP5 /“</p>

Tab. 5.81: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Klientin F.

5.9.3.2 Veränderungsbereitschaft – Pläne im FRAME

10 der 16 Plankategorien konnten Motivationsstufen zugeordnet werden. Die Vorversion des Kategoriensystems enthielt noch den Plan „Löse deine Probleme“, der Aspekte des Reflektierens, Entscheidens und kontrollierten Umsetzens in Zielverhalten barg. Nach einer ersten Einschätzung im FRAME wurde der Plan in drei Kategorien zerlegt, so dass diese eindeutig den Stufen zuzuordnen waren.

Pläne Klientin F	Rater 1	FRAME Rater 2	Einigung
Misstrau dir selbst (KMS)	2	1	1
Sichere dich ab (KS)	1	1	1
Sei kooperativ (KK)	2	1	1
Sei auf der Hut vor Menschen (KVM)	2	2	2
Zeige dein Leiden (KZL)	2	2	2
Schütze dich vor Bedrohung (KB)	2	2	2
Sei auf der Hut vor Männern (KMM)	3	2	2
Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)	3(N)	3(N)	3(N)
Nimm Dir Schritte vor (KLP4)	4(N)	4(N)	4(N)
Führe Schritte aus (KLP5)	5(N)	5(N)	5(N)
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)	2	-	-
Tausche Informationen aus (RA)	-	-	-
Stütze dich auf deinen Mann (KM)	-	-	-
Suche eine persönliche Ebene in der Therapie (KPE)	-	-	-
Lindere dein Leiden (KLL)	2	-	-
Rest (RB)	-	-	-

Tab. 5.82: Zuordnungen der Pläne der Klientin F zu den Motivationsstufen im FRAME.

Drei Pläne fielen der ersten Motivationsstufe „Automatisiertes Problemverhalten“ zu: Der Kern des Zwangs besteht im ständigen Nachgrübeln der Klientin, ob sie etwas richtig oder falsch gemacht haben könnte. Der Plan „Misstrau dir selbst“ schließt sowohl Berichte darüber ein als auch geäußerte Zweifel an sich selbst während der Therapiesitzung, was zu diesem Zeitpunkt automatisiert abläuft ohne Absicht der Änderung (Marker 1A, 1B). Eine Neutralisierung der Gedanken geschieht v.a. durch das Einholen von Rückversicherung von der Therapeutin oder bedeutsamen anderen Personen („Sichere dich ab“, Marker 1A, 1B). Auch wenn Frau F den Vorschlägen der Therapeutin unreflektiert zustimmt, um ihr keine Unannehmlichkeiten zu bereiten (z.B. „Nein, nein, das passt schon“), wird das als Teil ihrer Problematik angesehen („Sei kooperativ“).

Der zweiten Stufe, Klagen, wurden vier Klientenpläne zugeordnet. Im Falle dieser Pläne (s. Tab. 5.82) hat Frau F Bewusstheit über ein Problem und bringt ihr Leiden darüber sehr deutlich zum Ausdruck (Marker 2A). Gerade bei den Kategorien „Sei auf der Hut vor Menschen“ und „Sei auf der Hut vor Männern“ sieht sie Veränderungsmöglichkeiten aber eher bei ihrer Umwelt (Marker 2B).

Die Pläne „Suche nach Lösungsmöglichkeiten“, „Nimm dir Schritte vor“ und „Führe Schritte aus“ wurden so konstruiert, dass sie den Stufen Reflektieren, Entscheiden und Kontrolliertes Zielverhalten eindeutig zuordenbar waren (s.o.).

5.9.3.3 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

Die relativen und absoluten Auftretenshäufigkeiten der Klientenpläne zu jeder Sitzung und im Gesamtverlauf werden in Tabelle 5.83 dargestellt. Für Frau F wurden 4742 Sinneinheiten codiert, ca. 530 pro Sitzung.

Kategorie	S1	S2	S3	S4	S5	S28	S29	S46	S47	Σ
Misstrau dir selbst (KMS)	12,40% (78)	18,63% (57)	17,95% (79)	14,37% (74)	11,67% (86)	18,22% (88)	28,45% (169)	10,43% (51)	22,77% (125)	17,02% (807)
Sei auf der Hut vor Menschen (KVM)	14,79% (93)	10,46% (32)	13,18% (58)	14,95% (77)	20,08% (148)	6,83% (33)	6,06% (36)	10,22% (50)	16,21% (89)	12,99% (616)
Suche nach Lösungsmöglichkeiten (KLP3)	7,47% (47)	11,44% (35)	15,68% (69)	9,51% (49)	11,26% (83)	12,42% (60)	18,18% (108)	14,11% (69)	6,74% (37)	11,75% (557)
Zeige, dass du ihr folgst (KZF)	13,67% (86)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	15,06% (111)	21,74% (105)	12,12% (72)	20,86% (102)	13,84% (76)	11,64% (552)
Zeige dein Leiden (KZL)	21,62% (136)	5,23% (16)	8,86% (39)	11,84% (61)	10,45% (77)	5,18% (25)	11,78% (70)	6,34% (31)	11,29% (62)	10,90% (517)
Sichere dich ab (KS)	10,49% (66)	11,76% (36)	15,91% (70)	19,03% (98)	5,29% (39)	4,97% (24)	1,68% (10)	10,84% (53)	14,75% (81)	10,06% (477)
Führe Schritte aus (KLP5)	0,16% (1)	0,00% (0)	0,91% (4)	4,47% (23)	11,80% (87)	14,08% (68)	9,93% (59)	9,82% (48)	4,01% (22)	6,58% (312)
Tausche Informationen aus (RA)	7,79% (49)	1,31% (4)	2,05% (9)	1,75% (9)	6,38% (47)	4,35% (21)	6,06% (36)	10,02% (49)	5,10% (28)	5,31% (252)
Sei kooperativ (KK)	3,18% (20)	7,84% (24)	8,41% (37)	4,08% (21)	0,00% (0)	1,04% (5)	1,01% (6)	0,61% (3)	1,28% (7)	2,59% (123)
Schütze dich vor Bedrohung (KB)	1,91% (12)	0,00% (0)	12,05% (53)	5,83% (30)	1,49% (11)	0,00% (0)	0,17% (1)	1,23% (6)	0,73% (4)	2,47% (117)
Rest (RB)	1,75% (11)	1,63% (5)	0,68% (3)	1,17% (6)	1,76% (13)	4,35% (21)	1,52% (9)	1,43% (7)	2,19% (12)	1,83% (87)
Nimm Dir Schritte vor (KLP4)	1,75% (11)	3,27% (10)	0,68% (3)	2,14% (11)	0,81% (6)	5,38% (26)	1,35% (8)	0,82% (4)	0,73% (4)	1,75% (83)
Sei auf der Hut vor Männern (KMM)	0,16% (1)	11,44% (35)	0,00% (0)	5,63% (29)	2,04% (15)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,20% (1)	0,00% (0)	1,71% (81)
Stütze dich auf deinen Mann (KM)	1,27% (8)	15,69% (48)	0,00% (0)	0,78% (4)	0,41% (3)	0,00% (0)	0,84% (5)	1,02% (5)	0,00% (0)	1,54% (73)
Suche eine persönliche Ebene (KPE)	0,64% (4)	1,31% (4)	1,14% (5)	1,94% (10)	1,36% (10)	1,04% (5)	0,00% (0)	2,04% (10)	0,36% (2)	1,05% (50)
Lindere dein Leiden (KLL)	0,95% (6)	0,00% (0)	2,95% (13)	2,52% (13)	0,00% (0)	0,41% (2)	0,84% (5)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,82% (39)
Σ	629	306	440	515	737	483	594	489	549	4742

Tab. 5.83: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Klientenpläne im Fall F pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

Abbildung 5.30 stellt den Verlauf der Klientenpläne jeder Motivationsstufe graphisch dar. Auffallend ist der relativ stabile Verlauf der Realisierungen von Plänen einer Stufe. Automatisiertes Problemverhalten nimmt in 6 von 9 Sitzungen den größten Anteil des Klientenverhaltens ein und wird in den anderen drei Sitzungen von Plänen der Stufe 2, Klagen, übertroffen.

Während Klagen zu den ersten zwei Erhebungszeitpunkten (Sitzung 1 bis 5) noch mit 28% bis 38% einen erheblichen Anteil der Klientenpläne ausmacht, sinkt es in der Therapiemitte zunächst deutlich ab, steigt in der letzten untersuchten Sitzung aber wiederum auf 28% an.

Auf einem deutlich niedrigeren Niveau befinden sich die Häufigkeiten der Reflexionspläne (zwischen 6 und 18%). Obwohl in der ersten Sitzung bereits minimale Ansätze des Reflektierens und Entscheidens (und damit Ambivalenz) zu erkennen sind, lassen sich diese im Verlauf der Therapie nicht nennenswert ausbauen. Entscheidungspläne spielen in der Therapie mit 0,7 bis 5% so gut wie gar keine Rolle! Berichte über kontrolliertes Zielverhalten steigen in der 5. Sitzung etwas an und nehmen in den Sitzungen der Therapiemitte 10 bis 14% ein, in der letzten untersuchten Sitzung wiederum nur noch 4%. Automatisiertes Zielverhalten wird zu keinem Zeitpunkt der Therapie realisiert.

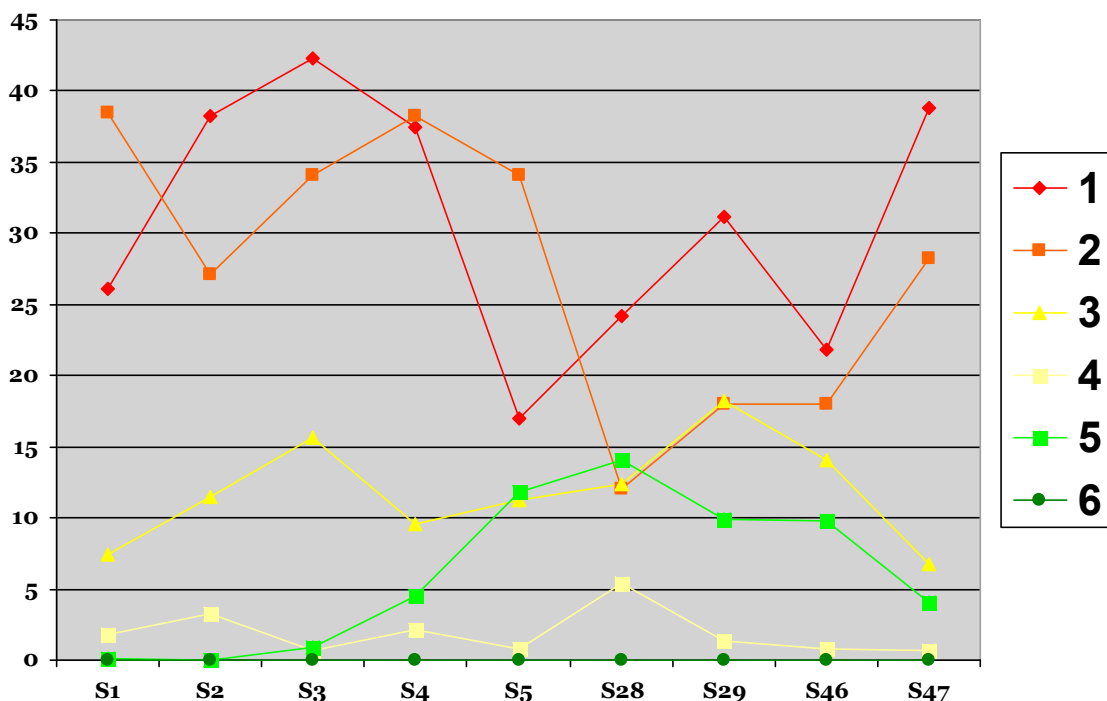


Abb. 5.30: Relative Häufigkeiten der Klientenpläne der Motivationsstufen 1 bis 6 pro Sitzung im Fall F.

5.9.3.4 Fazit

Die schon zu *Beginn bestehende Ambivalenz* zwischen motivationshinderlichen und motivationsförderlichen Plänen kann im Laufe der Therapie nicht in Richtung einer Erhöhung von Änderungsmotivation aufgelöst werden. Die Motivationslandschaft der Klientin scheint vielmehr in der 2 Jahre anhaltenden therapeutischen Beziehung *relativ stabil* zu bleiben: Die *Änderungsmotivation stagniert auf niedrigem Niveau*.

Automatisiertes Problemverhalten und Klagen dominieren das Klientenverhalten während der gesamten Therapie. In den Sitzungen der Therapiemitte kommt es zu einem leichten Anstieg kontrollierten Zielverhaltens. Auffallend ist, dass *so gut wie nie Entscheidungen von der Klientin getroffen werden* und sie zu *keinem Zeitpunkt über automatisiertes Zielverhalten* (z.B. Ausnahmen vom Problem) berichtet.

5.9.4 Pläne Therapeutin T5: Beziehungsangebote - und ihr Einfluss auf die Änderungsmotivation

5.9.4.1 Beschreibung der Pläne der Therapeutin T5

Zur Erfassung des Therapeutenverhaltens wurden 24 Kategorien konstruiert (s. Tab. 5.84). Zur exemplarischen Charakterisierung wird wiederum jeweils der am häufigsten aufgetretene Plan jedes Plankomplexes mit Beschreibungen und Ankerbeispielen angeführt. Für die Beschreibungen der weiteren Therapeutenpläne wird auf den Anhang verwiesen.

Pläne Therapeutin F/ Kategorien
Berate die Klientin (TBK)
Betone Ressourcen (TBR)
Exploriere Bedürfnisse (TEB)
Exploriere Ressourcen (TER)
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)
Fördere die Eigenständigkeit von K (TFE)
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)
Formuliere Ziele (TFZ)
Berücksichtige Gefühle und Bedürfnisse (TGB)
Informiere die Klientin (TIK)
Erkenne Leid an (TL)
Lobe die Klientin (TLK)
Nimm teil (TNT)
Kläre Organisatorisches (TOR)
Stelle eine persönliche Ebene her (TP)
Sichere dich ab (TS)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)
Schaffe Ordnung (TSO)
Strukturiere die Therapie (TST)
Schaffe Vertrauen (TSV)
Verändere Kognitionen (TVK)
Vermeide Überforderung (TVÜ)
Zeige Akzeptanz (TZZ)
Rest (R)

Tab. 5.84: Kategorien des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T5 im Fall F.

Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)
<p>Beschreibung T erfragt die Vorgeschichte der Symptomatik, deren Bedingungsgefüge und eigene Erklärungen von K. Häufig fragt T dabei suggestiv. T stellt Skalenfragen zur Exploration psychischer Anspannung (z. B. bei Erklärungsdruck). T fordert auf, störungsbezogene Informationen zu erzählen. T gibt Angaben von K wieder mit Aufforderungscharakter, etwas dazu zu sagen. T exploriert Gefühle in bestimmten Situationen und konkrete Inhalte sowie Hintergründe der Angst (Befürchtungen). T lässt K in der Therapie ein Schaubild über die Problembereiche anfertigen. (...)</p>
<p>Ankerbeispiele „Und das ist etwas, was Sie schon ganz lang kennen, dass Sie Männern gegenüber größere Probleme haben im Umgang?“ „dann steht da noch ‚Depressionen‘“</p>
Strukturiere die Therapie (TST)
<p>Beschreibung T schließt Themen, indem sie soeben explorierte Information zusammenfasst, ohne dabei direkt auf K zu reagieren. T gibt einen Überblick über ihre Vorhaben für die aktuelle oder für die folgenden Sitzungen. T teilt K mit, was sie im Augenblick vorhat. T sorgt für den „roten Faden“ in der Sitzung und verfolgt Themen zielstrebig, sie steuert gezielt das Gespräch und geht nicht auf Themen ein, die von der Klientin angesprochen werden. T verschiebt Themen auf einen späteren Zeitpunkt. (...) T signalisiert „Das habe ich so gehört, das genügt mir.“ und geht anschließend nicht auf K ein.</p>
<p>Ankerbeispiele T: / also das ist so ein, dieser große Bereich, was mit, zum einen im Sozialen sich dann auch abspielt und dem; TST / also sozialer Bereich was +sagen zu können ohne hinterher zu grübeln, ohne sich rückversichern zu müssen und Entscheidungen aufgrund der eigenen Meinung treffen können. TST /</p>
Erkenne Leid an (TL)
<p>Beschreibung T betont immer wieder die Bereiche, in denen K Schwierigkeiten hat und das Leid von K. T versetzt sich teilweise empathisch in die Situation von K, beschreibt diese und das daraus resultierende Leiden. T vermittelt das Gefühl, dass ihr Ks Probleme wichtig sind.</p>
<p>Ankerbeispiele „Also der Druck ist momentan hoch.“ „Also, wir haben heut noch mal mitge-, -bekommen, dass es wirklich viele Bereiche gibt, die Ihnen Schwierigkeiten machen, / und dass Sie da oft `ne große Belastung erleben. / und manchmal auch recht verzweifelt sind deswegen. / das kommt klar rüber.“</p>
Fördere die Eigenständigkeit von K (TFE)
<p>Beschreibung T regt K zur eigenständigen Entscheidungsfindung an und betont die Erfahrungswerte von K. T gibt K die Möglichkeit der direkten Einflussnahme auf die Sitzung, T fragt K um Einverständnis. T gibt Verantwortung an K zurück als Reaktion auf absicherndes Verhalten von K. T erfragt Möglichkeiten, wie sich K selbst helfen kann, um Vertrauen aufzubauen. T kennzeichnet Aussagen als ihre eigene Meinung und gibt so Raum für den Standpunkt von K.</p>
<p>Ankerbeispiele „Und da würd' ich behaupten, da sind Sie diejenige, die das am ehesten beurteilen kann, was am besten für Sie passt.“ „denken Sie, dass alles, was Sie hier aufgeschrieben haben, Gegenstand dieser Therapie hier werden sollte? / also kann ja sein, dass Sie sagen ‚das und das ist jetzt +erstmal nicht wichtig‘.“</p>

Tab. 5.85: Ausgewählte Kategorien mit Beschreibungen und Ankerbeispielen des plananalytischen Kategoriensystems für Therapeutin T5 im Fall F.

5.9.4.2 Entwicklung der Pläne im Therapieverlauf

5819 Sinneinheiten wurden Kategorien, die für das Verhalten von Therapeutin T5 konstruiert wurden, zugeordnet. Das entspricht ca. 650 Sinneinheiten pro Sitzung. Die Häufigkeiten der einzelnen Therapeutenpläne sind in Tabelle 5.86 zusammengestellt.

Kategorien	S1	S2	S3	S4	S5	S28	S29	S46	S47	Σ
Nimm teil (TNT)	44,52% (268)	32,43% (180)	33,46% (255)	33,64% (326)	51,60% (339)	39,28% (196)	42,41% (206)	37,43% (207)	35,50% (186)	38,72% (2253)
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	8,14% (49)	4,68% (26)	7,87% (60)	7,53% (73)	9,59% (63)	8,22% (41)	8,74% (61)	0,36% (2)	2,10% (11)	6,63% (386)
Strukturiere die Therapie (TST)	7,14% (43)	8,11% (45)	8,01% (61)	5,16% (50)	5,63% (37)	12,02% (60)	3,72% (26)	5,24% (29)	1,91% (10)	6,20% (361)
Kläre Organisatorisches (TOR)	4,65% (28)	7,75% (43)	10,63% (81)	6,09% (59)	1,07% (7)	1,40% (7)	1,15% (8)	15,73% (87)	1,91% (10)	5,67% (330)
Fördere die Eigenständigkeit von K (TFE)	3,82% (23)	7,75% (43)	2,23% (17)	3,92% (38)	0,46% (3)	3,01% (15)	3,15% (22)	5,06% (28)	6,87% (36)	3,87% (225)
Stelle eine persönliche Ebene her (TP)	4,65% (28)	2,34% (13)	2,49% (19)	2,79% (27)	3,65% (24)	4,01% (20)	2,29% (16)	5,97% (33)	4,77% (25)	3,52% (205)
Informiere die Klientin (TIK)	3,99% (24)	4,32% (24)	2,62% (20)	4,54% (44)	1,37% (9)	2,00% (10)	3,58% (25)	5,97% (33)	0,57% (3)	3,30% (192)
Verändere Kognitionen (TVK)	0,33% (2)	1,26% (7)	0,26% (2)	6,60% (64)	0,00% (0)	3,41% (17)	6,02% (42)	0,00% (0)	10,11% (53)	3,21% (187)
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	1,00% (6)	1,08% (6)	2,89% (22)	2,58% (25)	2,44% (16)	1,20% (6)	6,45% (45)	1,08% (6)	7,25% (38)	2,92% (170)
Lobe die Klientin (TLK)	2,66% (16)	2,16% (12)	4,72% (36)	1,24% (12)	6,09% (40)	2,40% (12)	4,44% (31)	1,45% (8)	0,19% (1)	2,89% (168)
Restkategorie (TR)	2,16% (13)	3,06% (17)	3,94% (30)	3,82% (37)	1,22% (8)	0,80% (4)	0,86% (6)	4,70% (26)	3,05% (16)	2,70% (157)
Erkenne Leid an (TL)	3,65% (22)	1,62% (9)	2,10% (16)	4,77% (46)	1,98% (13)	1,40% (7)	2,87% (20)	0,72% (4)	2,48% (13)	2,58% (150)
Berate die Klientin (TBK)	1,50% (9)	0,36% (2)	1,97% (15)	1,55% (15)	0,00% (0)	2,00% (10)	0,57% (4)	9,22% (51)	7,63% (40)	2,51% (146)
Schaffe Vertrauen (TSV)	1,66% (10)	3,42% (19)	4,86% (37)	2,06% (20)	1,98% (13)	3,01% (15)	0,86% (6)	0,72% (4)	1,53% (8)	2,27% (132)
Sichere dich ab (TS)	2,99% (18)	3,42% (19)	0,79% (6)	0,41% (4)	2,59% (17)	2,40% (12)	2,01% (14)	2,35% (13)	4,01% (21)	2,13% (124)
Schaffe Ordnung (TSO)	1,00% (6)	0,36% (2)	4,46% (34)	3,92% (38)	2,59% (17)	1,20% (6)	0,14% (1)	0,00% (0)	1,15% (6)	1,89% (110)
Betone Ressourcen (TBR)	1,50% (9)	4,86% (27)	0,00% (0)	4,54% (44)	1,98% (13)	1,20% (6)	0,72% (5)	0,36% (2)	0,00% (0)	1,82% (106)
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)	0,50% (3)	2,52% (14)	1,31% (10)	2,27% (22)	0,00% (0)	3,61% (18)	3,72% (26)	0,18% (1)	0,00% (0)	1,62% (94)
Exploriere Ressourcen (TER)	1,00% (6)	2,52% (14)	0,26% (2)	0,83% (8)	2,74% (18)	2,20% (11)	0,86% (6)	0,18% (1)	0,00% (0)	1,13% (66)
Exploriere Bedürfnisse (TEB)	1,50% (9)	0,54% (3)	0,79% (6)	0,21% (2)	0,00% (0)	0,80% (4)	0,57% (4)	2,35% (13)	4,39% (23)	1,10% (64)
Berücksichtige Gefühle und Bedürfnisse (TGB)	0,83% (5)	2,88% (16)	1,84% (14)	0,41% (4)	0,61% (4)	0,20% (1)	1,15% (8)	0,00% (0)	1,72% (9)	1,05% (61)
Vermeide Überforderung (TVÜ)	0,50% (3)	0,18% (1)	1,31% (10)	0,83% (8)	1,83% (12)	1,00% (5)	1,58% (11)	0,90% (5)	0,57% (3)	1,00% (58)
Zeige Akzeptanz (TZZ)	0,33% (2)	1,80% (10)	0,92% (7)	0,31% (3)	0,61% (4)	2,00% (10)	1,29% (9)	0,00% (0)	2,29% (12)	0,98% (57)
Formuliere Ziele (TFZ)	0,00% (0)	0,54% (3)	0,26% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,20% (6)	0,86% (6)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,29% (17)
Σ	602	555	762	969	657	499	698	553	524	5819

Tab. 5.86: Prozentuale und absolute Häufigkeiten der Therapeutenpläne im Fall F pro Sitzung und im Gesamtverlauf.

5.9.4.3 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

In Tabelle 5.87 werden die Therapeutenpläne, die den Clustern Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zugeordnet wurde, gegenübergestellt.

Verantwortungsübergabe	14,35%
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	6,63%
Fördere die Eigenständigkeit von K (TFE)	3,87%
Fordere zur engagierten Mitarbeit auf (TFM)	1,62%
Exploriere Ressourcen (TER)	1,13%
Exploriere Bedürfnisse (TEB)	1,10%
Unterstützung	29,43%
Strukturiere die Therapie (TST)	6,20%
Informiere die Klientin (TIK)	3,30%
Verändere Kognitionen (TVK)	3,21%
Schlage Aktivitäten vor (TSA)	2,92%
Lobe die Klientin (TLK)	2,89%
Berate die Klientin (TBK)	2,51%
Schaffe Vertrauen (TSV)	2,27%
Sichere dich ab (TS)	2,13%
Schaffe Ordnung (TSO)	1,89%
Betone Ressourcen (TBR)	1,82%
Formuliere Ziele (TFZ)	0,29%
Anerkennung des Leids	5,61%
Erkenne Leid an (TL)	2,58%
Berücksichtige Gefühle und Bedürfnisse (TGB)	1,05%
Vermeide Überforderung (TVÜ)	1,00%
Zeige Akzeptanz (TZZ)	0,98%

Tab. 5.87: Pläne der Therapeutin T5 im Fall F im Spannungsverhältnis Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und ihr prozentuales Auftreten.

Wie in den anderen nicht erfolgreichen Fällen B, H und E besteht ein massives Ungleichgewicht zwischen Therapeutenplänen der Verantwortungsübergabe und Unterstützung: Unterstützende Pläne werden ca. doppelt so häufig realisiert wie Pläne,

die Verantwortung an die Klientin übergeben. *Außer Fall D weisen also alle nicht erfolgreichen Fälle ein Übergewicht fördernder zu fordernden Therapeutenplänen auf.*

Vergleicht man die einzelnen Cluster dieses Spannungsfeldes mit denen des zuletzt dargestellten Falls C, fallen die nahezu identischen Häufigkeiten von Unterstützung und Anerkennung des Leids auf. Im Unterschied zum (zumindest kurzfristig) erfolgreichen Fall C werden *Therapeutenpläne der Verantwortungsübergabe in Fall F aber weniger als halb so häufig realisiert!*

Therapeutin T5 fordert die Klientin am häufigsten mit der Exploration störungsbezogener Informationen zum Nachdenken auf, wesentlich seltener interessiert sie sich für Ressourcen oder Bedürfnisse der Klientin. Mit einem einzigen Plan stellt die Therapeutin die Klientin direkt vor Entscheidungen („Fördere die Eigenständigkeit von K“). In einer direktiveren Variante der Verantwortungsübergabe fordert die Therapeutin die Klientin explizit auf, ihre Vorschläge umzusetzen („Fordere zur engagierten Mitarbeit auf“). *Das Interesse an eigenständigen Entscheidungen, Erklärungen oder Ideen der Klientin ist sehr gering* und beschränkt sich auf die Pläne TFE, TER und TEB (6,1% des Therapeutenverhaltens).

Auch *Unterstützung* bietet die Therapeutin T5 *sehr direktiv* an. Das Anstoßen eigener Reflexionen durch Aktives Zuhören II wird nur selten realisiert („Sichere dich ab“). Vielmehr strukturiert die Therapeutin den Themenfluss („Strukturiere die Therapie“), vermittelt ihr Expertenwissen über die Störung („Informiere die Klientin“) und dazugehörige Erklärungen („Schaffe Ordnung“), legt Ziele für die Klientin fest („Formuliere Ziele“) unterbreitet Lösungen, die die Klientin umsetzen sollte („Schlage Aktivitäten vor“, „Berate die Klientin“), oder möchte die Klientin zu Einsichten ‚überreden‘ („Verändere Kognitionen“). Mit „Schaffe Vertrauen“ versucht die Therapeutin ihre konfrontative Vorgehensweise vor der Klientin zu rechtfertigen. Zudem benennt sie Ressourcen, die sie bei Frau F erkennt („Betone Ressourcen“), und lobt die Klientin, wenn diese ihre Vorschläge anzunehmen scheint („Lobe die Klientin“).

Wie in Fall C drückt die Therapeutin T5 vergleichsweise oft ihre Anerkennung des Leids der Klientin aus (deutlich häufiger als das in den erfolgreichen Fällen G und A der Fall ist). Am häufigsten geschieht dies durch die Spiegelung des Leids und der schweren Lage der Klientin („Erkenne Leid an“, „Berücksichtige Gefühle und Bedürfnisse“). Zudem senkt die Therapeutin Anforderungen an die Klientin („Vermeide Überforderung“) und akzeptiert, wenn Frau F sich als hilflos präsentiert. Die hohe Anerkennung von Leid muss als Maßnahme, die weiter Verantwortung entzieht, mit berücksichtigt werden.

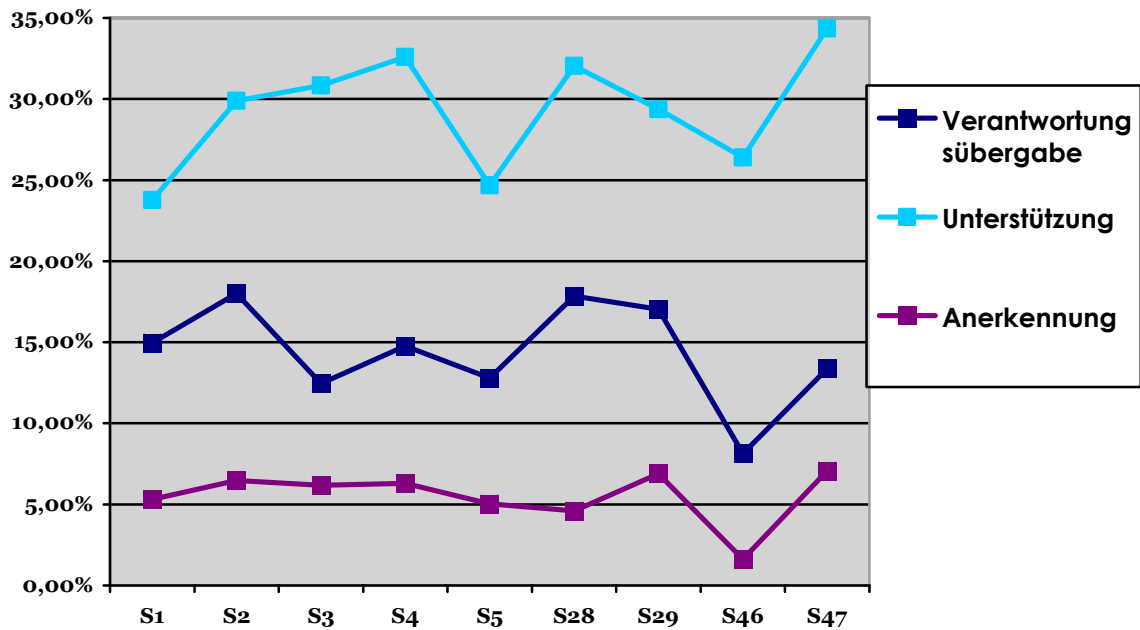


Abb. 5.31: Relative Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids im Fall F.

Während des gesamten Verlaufs der untersuchten Sitzungen bietet die Therapeutin T5 immer deutlich mehr Unterstützung an als Verantwortungsübergabe: Die Therapeutin kennt die „richtigen“ Erklärungen und Interventionen für die Klientin und fordert Frau F durchgehend viel seltener in den Sitzungen auf, sich selbst Gedanken zu machen. Die Klientin verharrt in ihrem automatisierten Problemverhalten und Klagen über die schwierige Situation und die fehlende Umsetzbarkeit der therapeutischen Vorschläge. Ihr Leid findet wiederum ein offenes Ohr – die Therapeutin erkennt es wesentlich häufiger als in den erfolgreichen Fällen an. Bemerkenswert ist die auffallende Stabilität der therapeutischen Plankomplexe über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte innerhalb von 2 Jahren. Das relativ stabile Beziehungsangebot der Therapeutin korrespondiert dabei mit dem ebenso relativ stabilen Klientenverhalten (s. Kap. 5.9.3).

5.9.4.4 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

Ressourcenfokus	11,10%
Fördere die Eigenständigkeit von K (TFE)	3,87%
Lobe die Klientin (TLK)	2,89%
Betone Ressourcen (TBR)	1,82%
Exploriere Ressourcen (TER)	1,13%
Exploriere Bedürfnisse (TEB)	1,10%
Formuliere Ziele (TFZ)	0,29%

Problemfokus	20,64%
Exploriere störungsbezogene Informationen (TEX)	6,63%
Informiere die Klientin (TIK)	3,30%
Verändere Kognitionen (TVK)	3,21%
Erkenne Leid an (TL)	2,58%
Schaffe Ordnung (TSO)	1,89%
Berücksichtige Gefühle und Bedürfnisse (TGB)	1,05%
Vermeide Überforderung (TVÜ)	1,00%
Zeige Akzeptanz (TZZ)	0,98%

Tab. 5.88: Pläne der Therapeutin T5 im Fall F im Spannungsverhältnis Ressourcenfokus vs. Problemfokus und ihr prozentuales Auftreten.

Therapeutenpläne, die dem Problemfokus zugewiesen werden konnten, wurden fast doppelt so häufig realisiert wie Pläne des Ressourcenfokus.

Wenn sich die Therapeutin für Entscheidungen oder Ideen der Klientin zu eigenen Ressourcen und Bedürfnissen interessiert, wurden diese Pläne zu Ressourcenfokus gezählt („Fördere die Eigenständigkeit von K“, „Exploriere Ressourcen“, „Exploriere Bedürfnisse“). Auch direkte Komplimente („Lobe die Klientin“) oder die Thematisierung von Ressourcen und Zielen durch die Therapeutin („Betone Ressourcen“, „Formuliere Ziele“) fielen in dieses Cluster.

Mit „Exploriere störungsbezogene Informationen“ fordert die Therapeutin Frau F auf, mehr über ihre Problematik zu erzählen. Dieser Plan wird ebenso dem Problemfokus zugerechnet wie das Ansprechen der Problematik durch die Therapeutin selbst („Informiere die Klientin“, „Verändere Kognitionen“, „Schaffe Ordnung“). Die Therapeutenpläne, mit denen Anerkennung für das Leid der Klientin ausgedrückt wurde (s.o.), nehmen ebenso eine Problemfokussierende Perspektive ein.

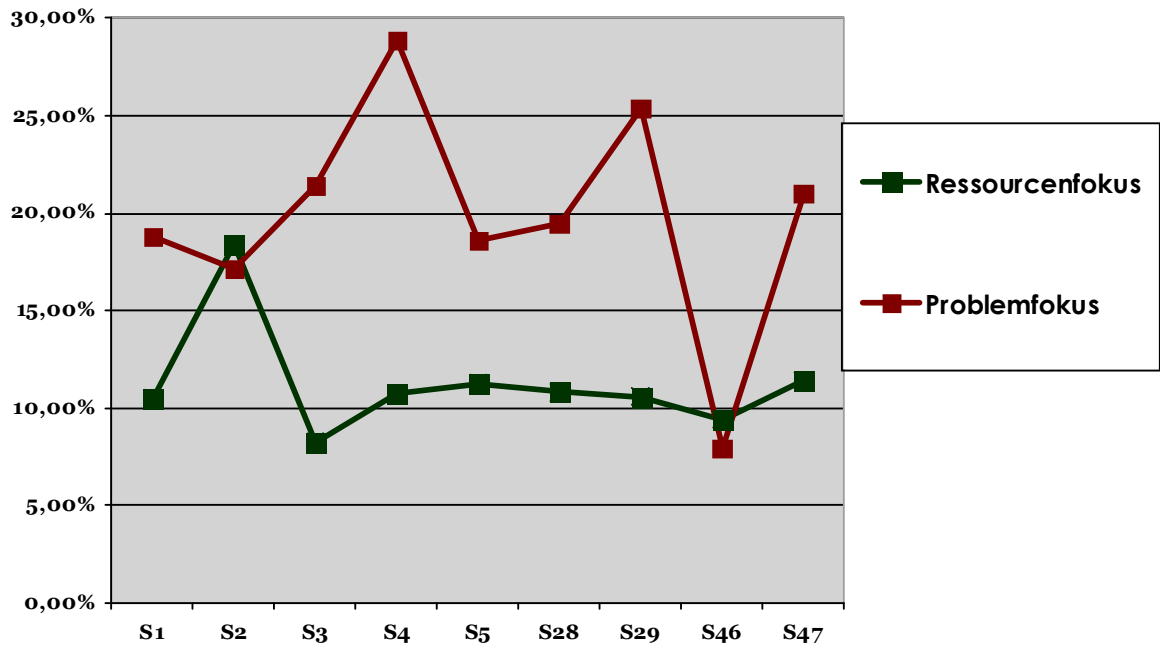


Abb. 5.32: Relative Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus im Fall F.

Zu 7 der 9 untersuchten Sitzungen spielen die Probleme der Klientin eine größere inhaltliche Rolle als ihre positiven Seiten (Ressourcen, Ziele etc.). In zwei Sitzungen ist das Verhältnis fast ausgeglichen.

Die Ergebnisse sind mit den bisher beschriebenen Resultaten konsistent: Wie in allen anderen nicht erfolgreichen Fällen realisiert auch in Fall F die Therapeutin deutlich häufiger Problemfokussierende als Ressourcenfokussierende Pläne. *Daraus kann die Hypothese aufgestellt werden, dass problemfokussierte Therapeutenpläne mit motivationshinderlichen Klientenplänen assoziiert sind. Ressourcenfokussierte Therapeutenpläne werden in nicht erfolgreichen Therapien seltener realisiert.*

6. Vergleichende Diskussion: Ein Modell motivationsförderlicher Therapeutischer Interaktion

„Verlange niemals von Klienten, gegen ihre eigenen Interessen zu handeln!

Klienten haben immer recht!

*Spiele nicht den ‚lieben Gott‘, indem Du Verantwortung für das Leben von Klienten
übernimmst!*

*Wenn Du in der Therapiestunde härter arbeitest als Deine Klienten, machst Du etwas falsch!
Arbeite zukunftsorientiert, suche nach konkreten Lösungen und richte die Aufmerksamkeit auf
die Stärken von Klienten!*

Spare nicht mit Anerkennung für die Fortschritte von Klienten!“

(Kanfer, Reinecker & Schmelzer, Selbstmanagementtherapie, 2000, S.553-555)

Nachdem in Kapitel 5 die unterschiedlichen Ergebnisse für jeden einzelnen Fall zusammengetragen, beschrieben und diskutiert wurden, um individuelle Zusammenhänge nachvollziehen zu können, werden in diesem Kapitel die Fälle hinsichtlich der verschiedenen untersuchten Aspekte miteinander verglichen. Die Gegenüberstellung und Diskussion erfolgreicher und nicht erfolgreicher Therapien steht in direktem Bezug zu den in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellungen, auf die in den einzelnen Abschnitten eingegangen wird.

Das Kapitel ist in zwei Unterbereiche aufgeteilt: In Kapitel 6.1 wird versucht, Hypothesen zum Konstrukt der „Änderungsmotivation“ zu generieren. Der Aufbau orientiert sich an den Hypothesen des im theoretischen Teil konstruierten Arbeitsmodells, das von den Ergebnissen „durchdrungen“ werden soll (Stiles, 2005; S. Kap. 2.5.2). Die Beantwortung der Fragestellungen wird in diese Abschnitte integriert. Kapitel 6.2 widmet sich dem Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation der KlientIn. Ausgehend von den Fragestellungen werden Handlungsmuster der TherapeutInnen in erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien in sukzessive konkreter werdendem Auflösungsgrad beschrieben. Letztlich sollen somit Hypothesen über günstige und ungünstige Beeinflussungen der Änderungsmotivation aufgestellt und Implikationen für die klinische Praxis in Form konkreter Handlungsvorschläge abgeleitet werden.

6.1 Modifikation und Erweiterung des Arbeitsmodells zur Änderungsmotivation

In Kap. 3.1.5 wurde nach dem Vergleich von Theorien und Konzepten zur Änderungsmotivation aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen, unter Berücksichtigung empirischer Befunde und allgemeinspsychologischer Überlegungen zur Motivation ein Arbeitsmodell der Änderungsmotivation entwickelt (Fragestellung 1). Zum einen diente das Arbeitsmodell dazu, ein adäquates Erfassungsinstrument zu entwerfen (s. Kap. 4). Zum anderen soll das Modell – wie in Kap. 2.5.2 beschrieben – permeabel für neue Beobachtungen sein und von diesen „durchdrungen“ werden können (Stiles, 2005): Die in den acht Einzelfällen erhobenen Ergebnisse sollen im Folgenden zur Modifikation, Relativierung, Erweiterung, Elaboration und Verfeinerung der aufgestellten Hypothesen genutzt werden (Fragestellung 2).

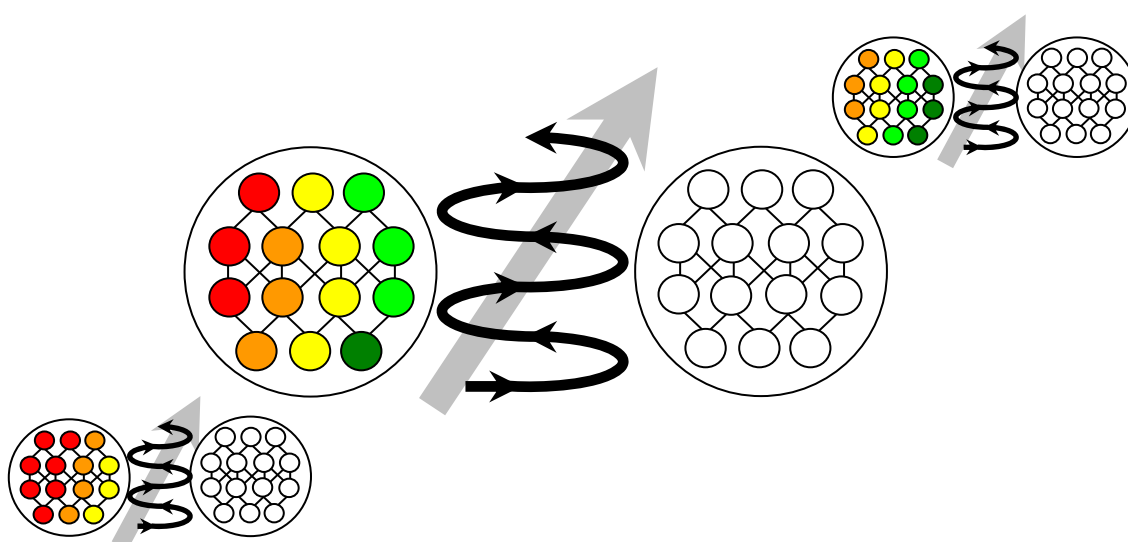


Abb. 6.1: Änderungsmotivation als 1) ambivalenter Zustand, 2) kontinuierlich sich verändernder Prozess, 3) individuelles, komplexes Motivamalgam und 4) interaktionistisches Konstrukt (s. Kap. 3.1.5).

Das Arbeitsmodell umfasst vier Hypothesen, die aufeinander bezogen sind und in Kap. 3.1.5 ausführlich erklärt wurden:

- 1) Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand: Zu *einem* Zeitpunkt, insbesondere zu *Therapiebeginn*, sind Motive vorhanden, die für und gegen Änderung sprechen.
- 2) Änderungsmotivation als kontinuierlich sich verändernder Prozess: Änderungsmotivation fluktuiert im Therapieverlauf und entwickelt sich kontinuierlich, nicht in diskreten Stufen.

- 3) Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam: Die Änderungsmotivation jeder einzelnen KlientIn setzt sich aus unterschiedlichen, *individuellen* Motiven zusammen.
- 4) Änderungsmotivation als interaktioneller Prozess: Die Änderungsmotivation der KlientIn kann durch Therapeutische Beziehungsangebote beeinflusst werden.

Die Abschnitte des Kapitels 6.1 beziehen sich auf die einzelnen Elemente des Modells. Für jede Hypothese werden dazugehörige relevante Ergebnisse dargestellt, um zu Einschränkungen oder Erweiterungen des Modells zu gelangen.

In Kapitel 1.2 wurden zudem weitere Fragestellungen zum Konstrukt der Änderungsmotivation formuliert:

Fragestellung 3: Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher und nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung (Steigerung vs. Stagnation der Motivation) in der Ausgangsmotivation der KlientInnen zu Therapiebeginn? Die Ausführungen des Kapitels 6.1.1 beziehen sich auf diese Fragestellung.

Fragestellung 4: Welche Verlaufsmuster lassen sich in Fällen erfolgreicher, welche in nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung erkennen? Unterscheiden sich die Verlaufsmuster? In Kapitel 6.1.2.2 und 6.1.2.3 wird auf diese Fragen eingegangen.

Fragestellung 5: Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher und nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung in Qualität und Quantität (Inhalt und Häufigkeit) des Verhaltens und der Motive der KlientInnen? Kapitel 6.1.2.4 liefert dazu Ergebnisse.

6.1.1 Änderungsmotivation als ambivalenter Zustand

6.1.1.1 Ambivalenz und niedrige Änderungsmotivation als erwartbare Ereignisse zu Therapiebeginn

Aufbauend auf einer Reihe von theoretischen Überlegungen und empirischen Befunden, die v.a. aus dem Suchtbereich stammten (Prochaska & Norcross, 2002; Miller & Rollnick, 2002), wurde erwartet, dass - auch in der Verhaltenstherapie der Zwangsstörung - zu Therapiebeginn eine ambivalente Änderungsmotivation vorliegt und sowohl änderungsförderliche Motive als auch änderungshinderliche Motive vorhanden sind (s. Kap. 3.1.5.3). Es wurde davon ausgegangen, dass nur selten KlientInnen von Beginn an zu Verhaltensänderungen (z.B. Expositionen) bereit sind.

In Abbildung 6.2 werden die prozentualen Häufigkeiten der in der *ersten* untersuchten Sitzung²⁶ realisierten Klientenplänen der niedrigen Motivationsstufen 1 und 2 (rot eingefärbt) denen der Klientenplänen der höheren Motivationsstufen 3 bis 6 (grün

²⁶ Die erste untersuchte Sitzung entsprach der ersten stattgefundenen Sitzung in den Fällen C, E, F und H und der zweiten stattgefundenen Sitzung in den Fällen A, B, D und G.

eingefärbt) gegenübergestellt. Tabelle 6.1 gibt die Differenzen zwischen diesen für jeden Fall an. Negative Werte stellen somit ein Überwiegen motivationshinderlicher Klientenpläne dar, positive Werte dagegen ein Übergewicht motivationsförderlicher Klientenpläne.

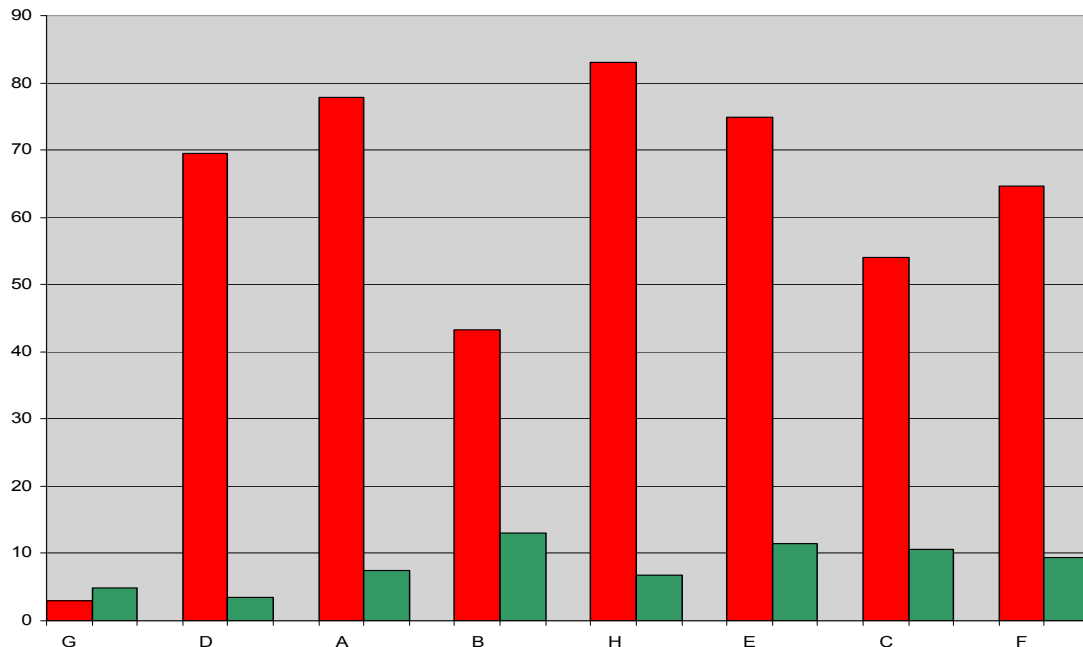


Abb. 6.2: Prozentuale Häufigkeiten der Motivationsstufen 1-2 (rote Balken) und 3-6 (grüne Balken) in der ersten untersuchten Sitzung pro Fall.

Fall	G	D	A	B	H	E	C	F
Ausmaß der Änderungsmotivation in der 1. Sitzung	1,9	-66,15	-70,29	-30,24	-76,27	-63,4	-43,44	-55,17

Tab. 6.1: Differenzen zwischen prozentualen Häufigkeiten motivationsförderlicher und motivationshinderlicher Klientenpläne in der ersten untersuchten Sitzung.

7 der 8 Fälle weisen ein sehr ähnliches Profil in der ersten untersuchten Sitzung auf: Zum einen realisieren mit Ausnahme von Klient G²⁷ alle KlientInnen sehr viel häufiger Pläne der ersten zwei Stufen: Die Änderungsmotivation ist zu diesem Zeitpunkt dementsprechend extrem niedrig, was auch durch die hohen negativen Differenzen verdeutlicht wird (s. Tab. 6.1). Zum anderen sind aber in allen Fällen schon zu diesem Zeitpunkt zumindest minimale Ansatzpunkte an Änderungsmotivation vorhanden. Die Hypothese, dass ambivalente Änderungsmotivation zu Therapiebeginn vorliegt, kann beibehalten und verfeinert werden: Es ist davon auszugehen, dass zu diesem

²⁷ Klient G realisiert zu diesem Zeitpunkt kaum Pläne, die als motivationsförderlich oder motivationshinderlich eingeschätzt wurden: Über 40% seines Verhaltens werden von einem Plan bestimmt, der das Sprechen über seine Kompetenzen jenseits des Problem- oder Zielverhaltens beinhaltet.

Zeitpunkt deutlich häufiger motivationshinderliche Anteile realisiert werden, aber auch minimale motivationsförderliche Anteile. Zu Therapiebeginn ist also eine ambivalente und niedrige Änderungsmotivation zu erwarten.

6.1.1.2 Unterschiede in der Änderungsmotivation zu Therapiebeginn zwischen erfolgreichen vs. nicht erfolgreichen Fällen

Vergleicht man in Abbildung 6.2 und Tabelle 6.1 das Ausmaß der Änderungsmotivation in der ersten untersuchten Sitzung zwischen den erfolgreichen Fällen G, A, C und den nicht erfolgreichen Fällen D, B, H, E, F, lässt sich feststellen, dass - mit Ausnahme von Fall G - die Profile keine nennenswerten Unterschiede aufweisen. Es ist also nicht davon auszugehen, dass KlientInnen, die im späteren Verlauf eine höhere Änderungsmotivation aufweisen, diese generell zu Beginn schon „in die Therapie mitbringen“ und entweder motiviert oder nicht motiviert eine Therapie beginnen (im Sinne eines Eigenschaftsansatzes, s. Kap. 3.1.4.1). Änderungsmotivation scheint sich vielmehr erst im Verlauf der Therapie zu entwickeln. Dieser Befund kann wiederum als Hinweis für den interaktionistischen Charakter von Änderungsmotivation angesehen werden: Wenn mehrere KlientInnen zu Beginn der Therapie eine niedrige Änderungsmotivation aufweisen, bei einigen diese im Verlauf der Therapie ansteigt, bei anderen dagegen stagniert, lässt sich berechtigterweise die Hypothese aufstellen, dass die Therapeutische Interaktion Einfluss auf die Änderungsmotivation hatte. Damit stellt die Förderung von Änderungsmotivation eine *zentrale therapeutische Aufgabe* dar!

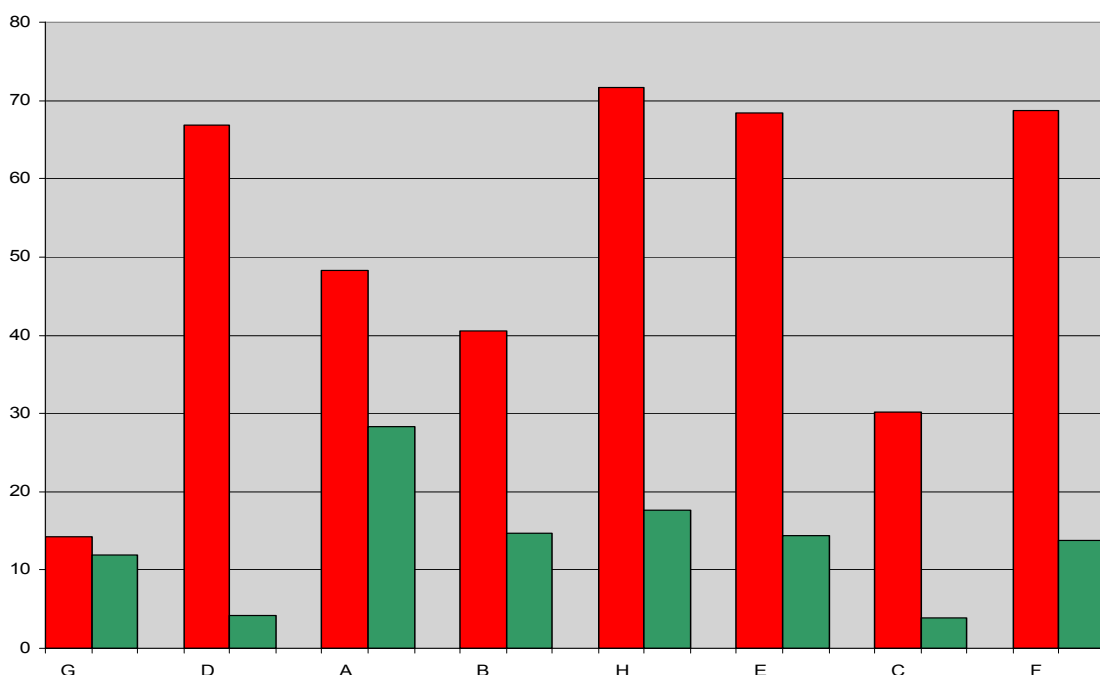


Abb. 6.3: Prozentuale Häufigkeiten der Motivationsstufen 1-2 (rote Balken) und 3-6 (grüne Balken) in den ersten drei untersuchten Sitzungen pro Fall.

Fall	G	D	A	B	H	E	C	F
Ausmaß der Änderungsmotivation in den ersten drei Sitzungen	-2,31	-62,75	-19,99	-25,83	-54,06	-54,0	-26,32	-55,0

Tab. 6.2: Differenzen zwischen prozentualen Häufigkeiten motivationsförderlicher und motivationshinderlicher Klientenpläne in den ersten drei untersuchten Sitzungen.

Abbildung 6.3 vergleicht die prozentualen Häufigkeiten motivationsförderlicher und motivationshinderlicher Pläne, die die KlientInnen in den *ersten drei untersuchten Sitzungen* realisierten. In Tabelle 6.2 wird wiederum die Differenz zwischen den unterschiedlichen Seiten der Ambivalenz für jeden Fall zu diesem Zeitpunkt berechnet.

Wenn die Fälle hinsichtlich ihrer Änderungsmotivation in den ersten drei untersuchten Sitzungen verglichen werden²⁸, lassen sich bereits zu diesem frühen Zeitpunkt erste Unterschiede in erfolgreichen und nicht erfolgreichen Fällen erkennen: Zwar weisen alle Fälle zu Therapiebeginn noch eine „negative“ Änderungsmotivation auf. In den Fällen, die später eine hohe Änderungsmotivation entwickeln, wächst diese im Vergleich zur ersten Sitzung (s. Tab. 6.1) aber schon nach drei Sitzungen an (Fall A und C) oder stagniert auf hohem Niveau (Fall G). In den nicht erfolgreichen Fällen stagniert die Änderungsmotivation dagegen auf extrem niedrigem (Fall D, H, E, F) oder mäßig niedrigem Level (Fall B).

Dieses Ergebnis weist auf die Wichtigkeit hin, Änderungsmotivation förderliche Therapeutische Beziehungsangebote *bereits von den ersten Sitzungen an* zu realisieren. In Kap. 5 wurde bereits auf die Zielklärung als ideale Möglichkeit der frühen Förderung von Änderungsmotivation näher eingegangen.

6.1.2 Der Prozesscharakter der Änderungsmotivation

Hypothese 2 des Arbeitsmodells lautete, dass Änderungsmotivation zum einen im Therapieverlauf fluktuiert, zum anderen ihre Entwicklung nicht in diskreten Stufen verläuft, sondern als kontinuierlicher Prozess verstanden werden muss (s. Kap. 3.1.5.4). Damit zusammenhängende Ergebnisse werden im Folgenden vorgestellt.

²⁸ Damit themenabhängige Schwankungen weniger ins Gewicht fallen, wurde der Mittelwert der ersten drei Sitzungen analysiert.

6.1.2.1 Veränderung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf und Therapieerfolg

Abbildung 6.4 gibt einen Überblick über die Verläufe der Änderungsmotivation in allen untersuchten Fällen. Für jeden der vier Messzeitpunkte (Beginn, frühe Phase, Mitte, Ende) wurde ein Wert berechnet, der (analog zu Kap. 6.1.1) die Differenz zwischen den prozentualen Häufigkeiten motivationsförderlicher Klientenpläne (Pläne der Motivationsstufen 3 bis 6) und motivationshinderlicher Klientenpläne (Pläne der Motivationsstufen 1 und 2) repräsentiert. Negative Werte bedeuten wiederum das Vorherrschen motivationshinderlicher Klientenpläne und werden rot gekennzeichnet. Positive Werte - in grün - verweisen auf die Dominanz motivationsförderlicher Klientenpläne.

Der Outcomewert, der von der Prä-Post-Messung der Fragebögen bzw. einem vorzeitigem Abbruch bestimmt wurde, wurde jedem Graphen am Ende hinzugefügt: Ein Plus steht für eine positive Veränderung in den Fragebögen, ein Minus für einen vorzeitigen Abbruch.

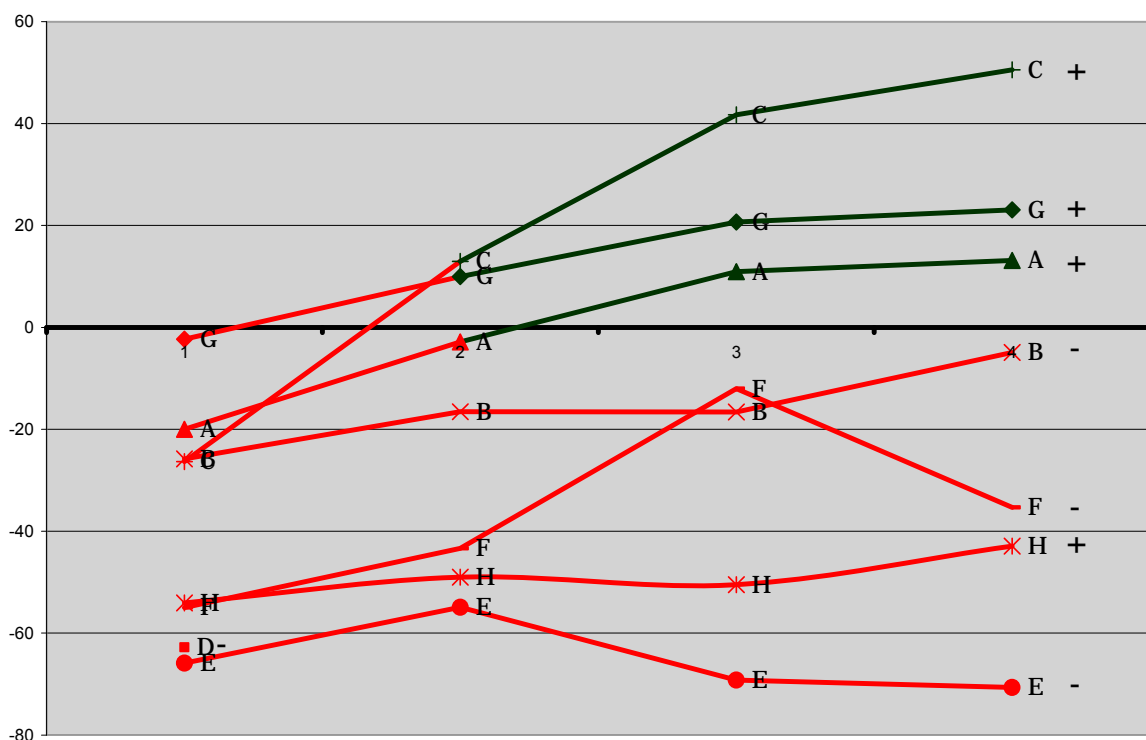


Abb. 6.4: Entwicklung der Änderungsmotivation zu den vier Erhebungszeitpunkten und Erfolgseinschätzung (weitere Erläuterungen im Text).

In den Therapien, die vorzeitig abgebrochen wurden (B, D, E, F), wird zu keinem der vier Erhebungszeitpunkte ein positiver Wert erreicht: Die Änderungsmotivation stagniert im Therapieverlauf auf negativem Niveau.

Drei der vier Therapien, die aus Klientensicht als erfolgreich bewertet wurden (A, C, G), weisen eine Entwicklung der Änderungsmotivation von negativen zu positiven Werten im Therapieverlauf auf.

Nur der Fall H stellt eine Ausnahme dar: Obwohl der Klient die Therapie als erfolgreich ansah, stagnierte die Änderungsmotivation während des gesamten Verlaufs im negativen Bereich. Verschiedene Alternativhypothesen dazu wurden bereits in Kap. 5.6.4.4 angeführt.

Aus dem Vergleich lässt sich die Hypothese aufstellen, dass eine deutliche Steigerung der Änderungsmotivation im Therapieverlauf hin zu einem Übergewicht motivationsförderlicher Klientenpläne mit (aus Klientensicht eingeschätztem) Therapieerfolg assoziiert ist, wohingegen meistens eine Stagnation der Änderungsmotivation im negativen Bereich während der Therapie mit Misserfolg und Therapieabbruch verbunden ist.

Die oben beschriebene Hypothese, Änderungsmotivation als Prozess anzusehen, kann aufgrund der vorliegenden Daten allerdings verfeinert werden:

Änderungsmotivation birgt das *Potential*, sich in bestimmten Interaktionen weiterzuentwickeln, genauso wie die Möglichkeit, in bestimmten Interaktionen zu stagnieren.

6.1.2.2 Muster erfolgreicher Motivationsprozesse: Verschiebung von Schwerpunkten

In Kap. 1.2 wurde als ein Ziel der Studie formuliert, Muster erfolgreicher Motivationsprozesse erkennbar zu machen (Fragestellung 4). Diese können wiederum der Erweiterung und Verfeinerung des Arbeitsmodells der Änderungsmotivation dienen.

In Abbildung 6.5 werden die Anteile, die die Klientenpläne unterschiedlicher Motivationsstufen zu den vier Erhebungszeitpunkten an der Änderungsmotivation im Ganzen hatten, graphisch für die erfolgreichen Fälle G, A und C dargestellt. Um einen besseren Vergleich zwischen den Fällen zu ermöglichen, entsprechen in dieser Darstellung die prozentualen Werte nicht den tatsächlichen relativen Häufigkeiten, sondern vielmehr den Anteilen von Klientenplänen einer Stufe an der Änderungsmotivation bzw. der Gesamtheit an motivationsrelevanten Klientenplänen.

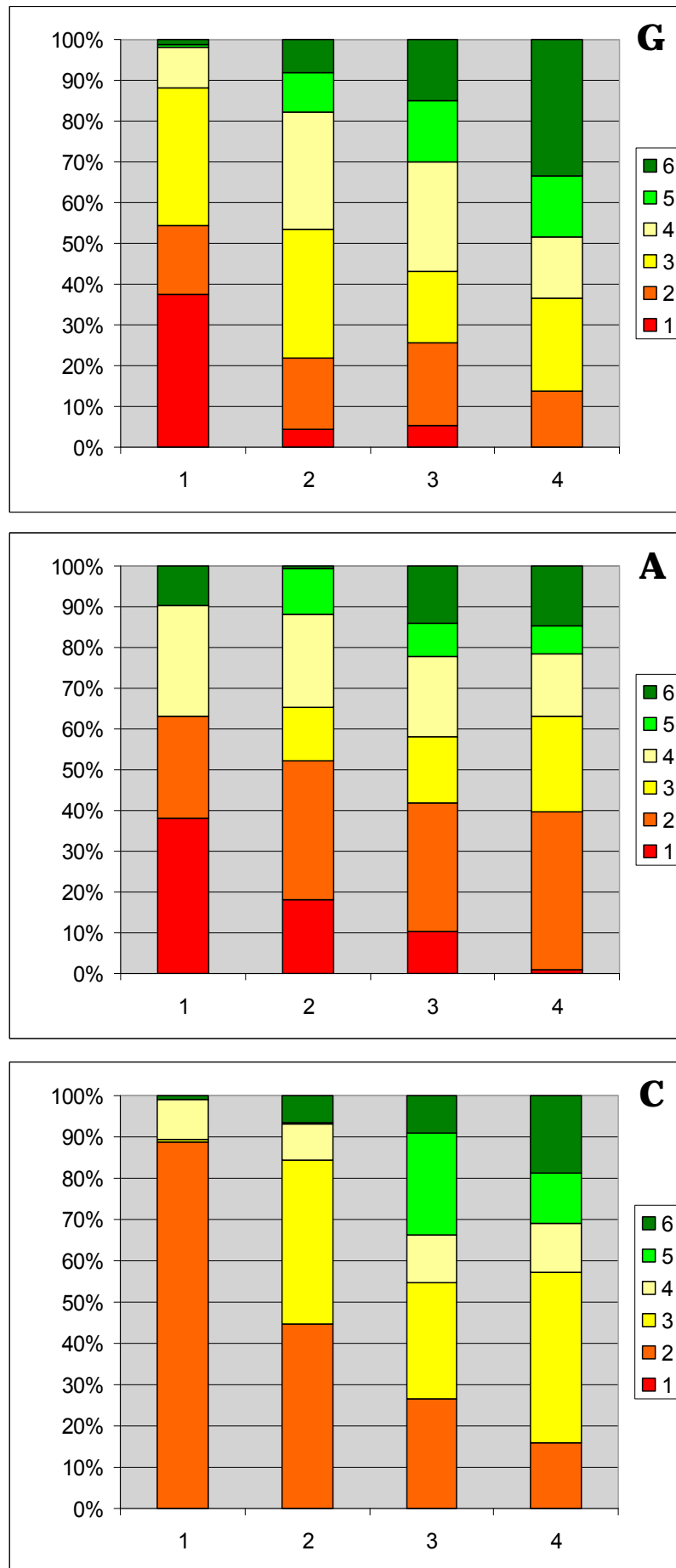


Abb. 6.5: Prozentualer Anteil der sechs Motivationsstufen an der Änderungsmotivation zu den vier Erhebungszeitpunkten in den erfolgreichen Fällen G, A und C.

Aus dem Vergleich der Fälle G, A und C lässt sich ein Muster erkennen, wie Änderungsmotivation im Therapieverlauf erfolgreich ansteigen kann:

In den ersten Sitzungen, zu Erhebungszeitpunkt 1, überwiegen Klientenpläne der Motivationsstufen 1 und 2: Automatisiertes Problemverhalten und Klagen machen mehr als 50% des motivationsrelevanten Verhaltens aus. Der nächst größere Anteil entfällt auf die Stufen 3 und 4, Reflektieren und Entscheiden. Dabei erscheint bemerkenswert, dass bereits in den ersten Therapiesitzungen Entscheidungen getroffen und Verantwortung übernommen wird! Genauso überraschend ist, dass in allen erfolgreichen Fällen zu diesem frühen Zeitpunkt ein wenn auch kleiner Anteil des Verhaltens von Plänen der sechsten Stufe, Automatisiertes Zielverhalten, bestimmt wird: Die KlientInnen berichten schon in den ersten Sitzungen von früheren Erfolgen im Umgang mit dem Zwang, Ausnahmen vom Problem oder „hidden miracles“.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt, der frühen Therapiephase, ist der Anteil an Automatisiertem Problemverhalten und Klagen in allen Fällen abgesunken. An dessen Stelle treten Reflexionen und Entscheidungen. Aber auch die Umsetzung in (kontrolliertes oder automatisiertes) Zielverhalten spielt jetzt schon eine Rolle.

In der Therapiemitte fällt das Ausmaß an motivationshinderlichen Klientenplänen (Stufe 1 und 2) weiter ab bzw. stagniert auf dem bereits abgesunkenen Level. Die Häufigkeiten an Entscheidungen und Reflexionen bleiben in nahezu identischem Ausmaß im Vergleich zum zweiten Zeitpunkt bestehen. Berichte über kontrolliertes und automatisiertes Zielverhalten steigen deutlich an.

Dieser Trend setzt sich auch zum vierten Erhebungszeitpunkt, dem Therapieende, fort: Während Klientenpläne der ersten beiden Stufen im Vergleich zu Zeitpunkt 3 noch seltener oder in ähnlich niedrigem Ausmaße realisiert werden, bleibt der Anteil an Reflexionen und Entscheidungen in überraschender Höhe bestehen. Auch Berichte über Zielverhalten werden ähnlich häufig oder noch häufiger geäußert; dabei spielt das automatisierte Zielverhalten nun die bedeutsamere Rolle.

Der Vergleich der Muster erfolgreicher Therapien macht zum einen deutlich, dass die Steigerung von Änderungsmotivation im Therapieverlauf sich durchaus in verschiedenen Phasen vollzieht. Dabei kann aber nicht von einer sequentiellen Abfolge aufeinander aufbauender diskreter Stufen ausgegangen werden. Vielmehr lassen sich – ganz im Sinne der Hypothese 4 – zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Therapie verschiedene *Schwerpunkte* erkennen, während andere Motivationsaspekte in den Hintergrund treten oder erst entwickelt werden müssen. Zu Therapiebeginn spielen bereits Entscheidungen und Berichte über Erfolge eine zumindest minimale Rolle (s.a. Kap. 6.1.2.4). Im weiteren Verlauf machen Reflexionen und Entscheidungen bis zum Schluss einen bedeutsamen Anteil aus. An die Stelle von automatisiertem Problemverhalten und Klagen treten immer mehr Berichte über kontrolliertes und schließlich v.a. automatisiertes Zielverhalten.

6.1.2.3 Muster nicht erfolgreicher Motivationsprozesse: Stagnation

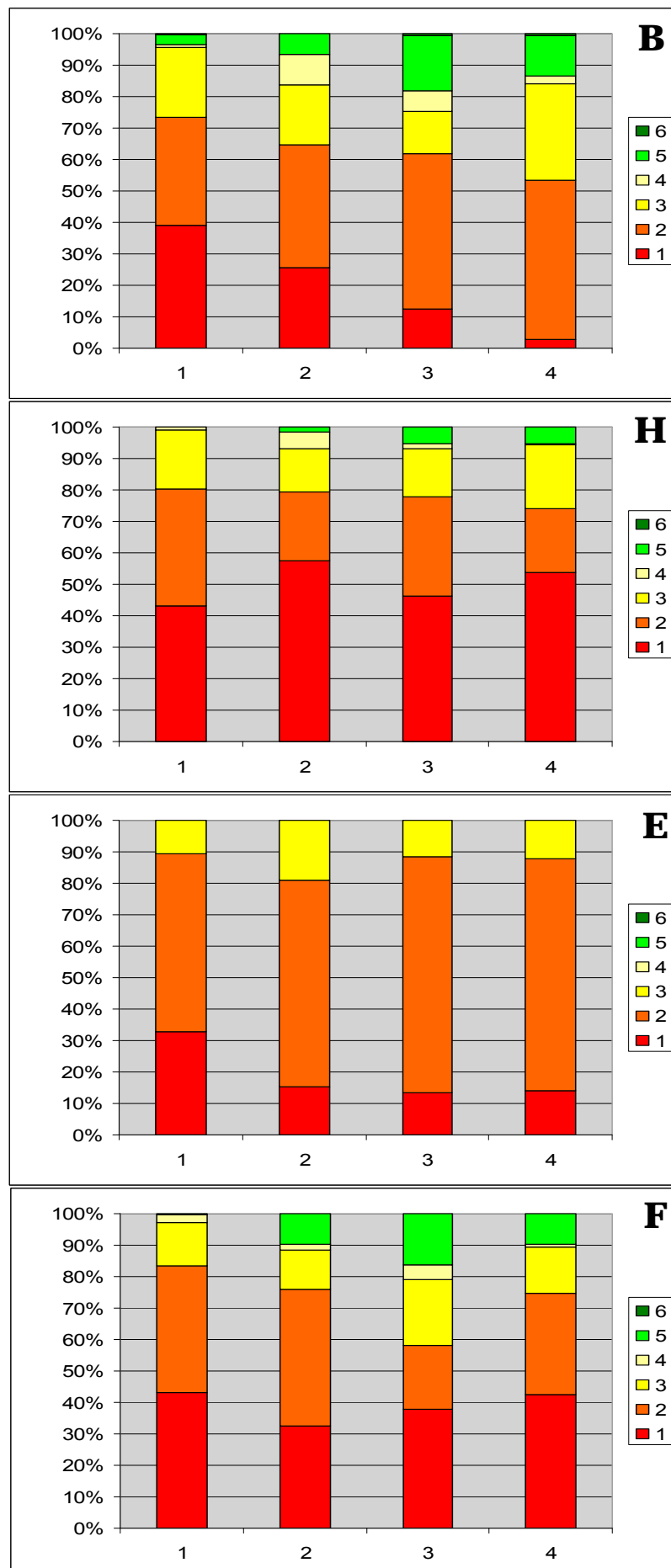


Abb. 6.6: Prozentualer Anteil der sechs Motivationsstufen an der Änderungsmotivation zu den vier Erhebungszeitpunkten in den nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F.

Analog zu Kapitel 6.1.4.2 liefert Abbildung 6.6 einen Überblick über die Verteilung der unterschiedlichen Motivationsstufen zu den vier Erhebungspunkten in den *nicht erfolgreichen* Fällen B, H, E und F (im Sinne des Erfolgskriteriums: Steigerung der Änderungsmotivation, s. Kap. 4.2.1.3). Für Fall D lagen nur Ergebnisse zum ersten Zeitpunkt vor, was eine Darstellung eines Verlaufsmusters erübrigt.

Im Vergleich zu den erfolgreichen Fällen zeigt sich ein deutlich unterschiedliches Verlaufsmuster. Die nicht erfolgreichen Fälle weisen eine erstaunliche *Konstanz* in der Verteilung der verschiedenen Motivationsstufen über den gesamten Verlauf hinweg auf!

Klientenpläne der Stufen 1, Automatisiertes Problemverhalten, und 2, Klagen, werden *über alle Fälle und Zeitpunkte durchwegs* am häufigsten realisiert und bestimmen je nach Fall über 50 bis zu 90% motivationsrelevanten Verhaltens. Reflexionen nehmen mit ca. 10 bis 20% den größten restlichen Anteil ein, wiederum konstant über den Therapieverlauf. In drei Fällen (B, H und F) werden minimale Ansätze kontrollierten Zielverhaltens gezeigt – v.a. in der Therapiemitte. Auffallend ist, dass Klientenpläne der Stufen 4 und 6, Entscheiden und Automatisiertes Zielverhalten, in allen Fällen so gut wie gar nicht vorkommen!

Verlaufsmuster von Fällen, in denen keine Steigerung der Änderungsmotivation gelingt, sind also ausgezeichnet durch eine extreme Konstanz im Klientenverhalten und eine Stagnation auf den Stufen Automatisiertes Problemverhalten und Klagen.

6.1.2.4 Elemente des Erfolgs: Kontinuierliches Entscheiden und Wahrnehmen von Erfolgen

Aus dem Vergleich der obigen Abbildungen 6.5 und 6.6 lassen sich nicht nur unterschiedliche Verlaufsmuster erkennen, sondern auch bestimmte „Elemente“ erfolgreicher Steigerung der Änderungsmotivation: Klientenpläne bestimmter Motivationsstufen nehmen in erfolgreichen Fällen eine bedeutsame Rolle ein und fehlen in nicht erfolgreichen Fällen fast gänzlich (s.a. Fragestellung 5, Kap. 1.2.1).

Dabei handelt es sich zum einen um Klientenpläne der vierten Motivationsstufe, *Entscheiden*: In erfolgreichen Therapien treffen KlientInnen von Beginn an und dann über den gesamten Verlauf hinweg Entscheidungen bezüglich ihres Problem- und Zielverhaltens. Entscheidungen nehmen dabei bis zu ca. 25% des motivationsrelevanten Verhaltens ein. Dies ist umso erstaunlicher, als in bisherigen Phasenmodellen die Entscheidungsphase als kurze Übergangsphase konzipiert wurde (Keller, Velicer & Prochaska, 1999). In Therapien, in denen die Änderungsmotivation sich nicht entwickeln konnte, werden Pläne dieser Motivationsstufe während des gesamten Verlaufs fast gar nicht realisiert. Klientenpläne wurden dann der Stufe,

Entscheiden, zugewiesen, wenn die KlientIn dadurch konkrete Absichten äußert, ihr Verhalten zu verändern (Marker 4A), oder über erste minimale, aber erfolglose Schritte Richtung Ziel berichtet (Marker 4B, s. Kap. 4.7.1). Diese FRAME-Kategorie weist somit große Ähnlichkeit zum Konzept des Change-talk im Motivational Interviewing auf: Die KlientIn berichtet über ihre Intention, Problemverhalten zu ändern und Zielverhalten anzugehen. Die Ergebnisse bestätigen die bisherigen Befunde zum Change-talk (s. Kap. 3.1.4.6 & 3.2.5): Äußern von Entscheidungen zu Problem- und Zielverhalten ist ein bedeutsames Element erfolgreicher Motivationssteigerung. Im Sinne der Selbstwahrnehmungstheorie Bems überzeugen KlientInnen sich selbst. Aus sozial-konstruktionistischer Perspektive entwerfen sich KlientInnen als „änderungswillig“ (s. Kap. 3.2.5).

Ein zweiter auffallender Unterschied zwischen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung besteht im Auftreten von Klientenplänen der sechsten Stufe, Automatisiertes Zielverhalten. Diese beinhaltet Berichte über Zielverhalten, das ohne bewusste Anstrengung der KlientIn aufgetreten oder „passiert“ ist (Marker 6B), sowie über Ideen, dieses weiterzuführen (Marker 6A). Die Kategorie im FRAME lässt sich wiederum mit bestimmten Aspekten des Solution-talk vergleichen (Kap. 3.2.5.2): Berichte über frühere *Erfolge*, aufgetretene Ausnahmen vom Problem und „hidden miracles“ wie Nachdenken über dazu *hilfreiche Strategien und Stärken* spielen hier eine Rolle. In erfolgreichen Therapien werden Klientenpläne dieser Stufe schon in den ersten Sitzungen in zumindest minimalem Ausmaße realisiert. Im Therapieverlauf steigen die Häufigkeiten stetig an, auf ca. 15 bis über 30% motivationsrelevanten Verhaltens. In den Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung treten diese Klientenpläne im gesamten Therapieverlauf so gut wie gar nicht auf! Dieser Unterschied weist auf ein zweites bedeutsames Element der Motivationssteigerung hin: In erfolgreichen Therapien können KlientInnen von Beginn an und im Verlauf in zunehmendem Maße von ihren eigenen Erfolgen und Stärken berichten.

6.1.3. Änderungsmotivation als individuelles, komplexes Motivamalgam

In Kapitel 5 wurden für jede KlientIn individuelle Pläne aufgeführt. Die *Inhalte* der Pläne wiesen dabei zum Teil große Unterschiede auf. Die Zuordnung zu Stufen der Motivationsentwicklung im FRAME ließen wiederum „*formale*“ Gemeinsamkeiten zwischen den Fällen erkennen.

Das Vorhandensein unterschiedlicher, individueller Pläne kann zum einen als Hinweis, die Hypothese 3 des Arbeitsmodells (s.o.) beizubehalten, angesehen werden. Zum anderen könnten diese Unterschiede aber auch als Artefakt des methodischen Vorgehens gesehen werden: Letztlich werden die Pläne von Beobachtern „konstruiert“!

Es scheint also eher eine Frage der Perspektive und des Auflösungsgrads, ob individuelle Unterschiede wahrgenommen werden oder nicht; eine direkte Bekräftigung der Hypothese kann durch die methodische Vorgehensweise, individuelle Kategoriensysteme zu entwerfen, nicht erfolgen.

Die Befunde aus den Kap. 6.1.1 und 6.1.2 weisen allerdings daraufhin, dass es für einen erfolgreichen Umgang mit Änderungsmotivation *hilfreich* ist, Änderungsmotivation nicht als distinktes Motiv, das entweder vorhanden oder nicht vorhanden ist, zu verstehen, sondern als *komplexes Amalgam* mehrerer Motive: Wie gezeigt wurde, ist ambivalente und niedrige Änderungsmotivation zu Therapiebeginn zu erwarten. Bestimmte Anteile der Änderungsmotivation können im Verlauf der Therapie sich entwickeln (in Abhängigkeit Therapeutischer Beziehungsangebote, s. Kap. 6.2) und somit zu einer Steigerung der Änderungsmotivation im Ganzen führen. Dabei spielen bestimmte Elemente (Entscheiden, Berichte über automatisiertes Zielverhalten) eine wichtige Rolle. Ein Verständnis der Änderungsmotivation als komplexes und beeinflussbares Ereignis kann die TherapeutIn vor Frustrationen bewahren und zu motivationsförderlichem Verhalten veranlassen.

6.1.4 Änderungsmotivation als interaktioneller Prozess

Vergleicht man die Muster Therapeutischer Beziehungsangebote (s. Kap. 5 und 6.2), die mit einer Steigerung der Änderungsmotivation verbunden waren, mit denen, die mit Stagnation der Änderungsmotivation assoziiert waren, lassen sich deutliche Unterschiede erkennen.

In den Fällen, in denen die TherapeutInnen ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Angeboten der Verantwortungsübergabe und Unterstützung zeigten, war Klientenverhalten häufiger von Motiven der höheren Motivationsstufen 3-6 bestimmt. In den Fällen, in denen die TherapeutInnen deutlich mehr Unterstützung angeboten haben, äußerten die KlientInnen häufiger automatisiertes Problemverhalten und Klagen.

In 2 der 3 erfolgreichen Fälle interessierten sich die TherapeutInnen zudem häufiger für Ressourcen als problematische Aspekte der KlientInnen. Im dritten Fall (Fall C) wie in allen 5 nicht erfolgreichen Fällen überwog der Problemfokus. Dabei konnte in Fall C der Klient die Änderungsmotivation nicht über das Therapieende hinaus aufrechterhalten.

Wenn auch keine kausalen Schlüsse gezogen werden können, können die Inhalte der Therapeutischen Beziehungsangebote und der Motive der KlientInnen sinnvoll aufeinander bezogen werden: Das (mit ausreichend Unterstützung verbundene) Übergeben von Verantwortung und Fordern von Entscheidungen auf

Therapeutenseite war mit häufigerem Fällen von Entscheidungen auf Klientenseite verbunden. Die KlientInnen machten die Therapie zu „ihrem eigenen Projekt“. Im Gegensatz dazu kann eine KlientIn bei einer TherapeutIn, die wenig fordert und viel Unterstützung (Vorschläge, Erklärungen etc.) anbietet, in einer passiven, klagenden Rolle bleiben. Der Fokus auf Ressourcen scheint der KlientIn zu helfen, eigene Erfolge, Schritte und Stärken zu erkennen, und so den Therapieerfolg auf sich selbst zu attribuieren.

Für eine detailliertere Analyse des Vergleichs hilfreicher und nicht hilfreicher Therapeutischer Beziehungsangebote wird auf das kommende Kap. 6.2 verwiesen. Hier ist festzuhalten, dass die Hypothese, dass Änderungsmotivation durch Therapeutische Beziehungsangebote beeinflusst werden kann, beibehalten und spezifiziert werden konnte.

6.1.5 Fazit: Hypothesen zur Änderungsmotivation

Änderungsmotivation wird als ambivalenter Zustand angesehen. Zu Therapiebeginn ist eine niedrige Änderungsmotivation zu erwarten: Motivationshinderliche Pläne dominieren das Klientenverhalten. Es liegen aber auch minimale motivationsförderliche Klientenpläne vor, die es auszubauen gilt.

Änderungsmotivation entwickelt sich in einem kontinuierlichen Prozess, nicht in diskret aufeinander folgenden Stufen. Muster erfolgreicher Motivationsentwicklung weisen dabei eine charakteristische Verschiebung bestimmter Schwerpunkte im Therapieverlauf zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus. Verlaufsmuster nicht erfolgreicher Fälle sind durch extreme Konstanz im Klientenverhalten und eine Stagnation auf den Stufen Automatisiertes Problemverhalten und Klagen ausgezeichnet.

Kontinuierliches Entscheiden sowie Wahrnehmen von Erfolgen und eigenen Stärken sind bedeutsame Elemente erfolgreich ansteigender Änderungsmotivation und des Therapieerfolgs.

Änderungsmotivation wird nicht von der KlientIn „mitgebracht“, sondern in der Interaktion mit der TherapeutIn entwickelt. Die Förderung von Änderungsmotivation stellt eine zentrale therapeutische Aufgabe schon von Therapiebeginn an dar. Änderungsmotivation birgt das Potential, sich in bestimmten Interaktionen weiterzuentwickeln, genauso wie die Möglichkeit, in bestimmten Interaktionen zu stagnieren. Bestimmte Therapeutische Beziehungsangebote tragen zur Entwicklung der Änderungsmotivation bei, andere verhindern diese. Das folgende Kapitel 6.2 führt Ergebnisse zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation näher aus.

6.2 Therapeutische Beziehungsangebote und Änderungsmotivation

6.2.1 Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Gratwanderungen

In Kapitel 3.2.4 und 3.2.5 wurden aufgrund theoretischer Überlegungen und empirischer Befunde aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Ansätzen zwei Dimensionen entwickelt, um Therapeutische Beziehungsangebote einordnen und vergleichen zu können (s. Fragestellung 6, Kap. 1.2.2): Danach gilt es eine Gratwanderung zwischen Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zu meistern. Weiterhin stehen Ressourcen- und Problemfokus in einem Spannungsverhältnis. Die folgenden Ausführungen nehmen auf diese Spannungsverhältnisse Bezug und versuchen, Vergleiche zwischen Ausprägungen Therapeutischer Beziehungsangebote in den zwei Dimensionen zu ziehen, um Antworten auf Fragestellung 7 liefern zu können: Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher Entwicklung der Änderungsmotivation (Motivationssteigerung) von Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung (Stagnation, Absinken der Motivation) in den Ausprägungen Therapeutischer Beziehungsangebote auf den beschriebenen Dimensionen (vgl. Kap. 1.2.2)?

6.2.1.1 Spannungsverhältnis 1: Verantwortungsübergabe vs. Unterstützung vs. Anerkennung des Leids

Abbildung 6.7 führt zum einen an, wie häufig die TherapeutInnen pro Fall und über alle untersuchten Sitzungen hinweg Pläne der Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids realisiert haben. Die Angabe des prozentualen Anteils der Plankomplexe am Therapeutenverhalten erlaubt dabei einen Vergleich zwischen den Personen.

Zum anderen wird das Verhältnis zwischen Plänen, die Verantwortung geben, und Plänen, die Verantwortung nehmen, in Form eines Koeffizienten dargestellt: Die prozentualen Häufigkeiten von Plänen der Unterstützung und Anerkennung des Leids werden von den Häufigkeiten der Verantwortungsübergabe abgezogen. Positive Werte bedeuten somit ein Übermaß an Verantwortungsübergabenden Therapeutenplänen, negative Werte dagegen das Dominieren Verantwortungsnehmender Therapeutenpläne.

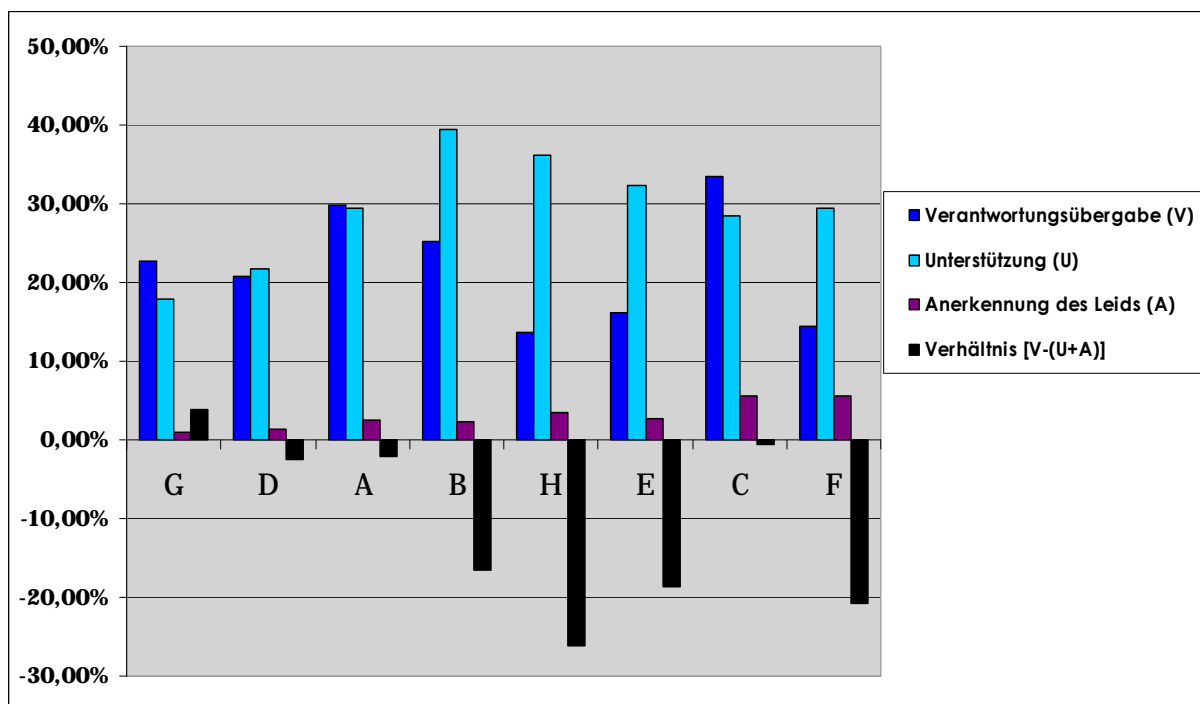


Abb. 6.7: Prozentuale Häufigkeiten von Therapeutenplänen der Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids und des Verhältnisses zwischen den Plankomplexen über alle untersuchten Sitzungen.

Hinsichtlich des ersten Spannungsverhältnisses lässt sich ein deutlicher Unterschied in den Beziehungsangeboten von TherapeutInnen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Fälle erkennen! Nur in den Fällen, die mit einer Steigerung der Änderungsmotivation verbunden waren (G, A und C), realisiert die TherapeutIn häufiger Pläne der Verantwortungsübergabe als Pläne der Unterstützung. In den Fällen mit der geringsten Motivationssteigerung H, E und F spielt Verantwortungsübergabe am wenigsten eine Rolle. In Einklang damit realisiert in Fall B, der von den nicht erfolgreichen Fällen noch die höchste Änderungsmotivation aufwies (vgl. Abb. 6.4 oben), die Therapeutin häufiger Pläne der Verantwortungsübergabe im Vergleich zu anderen nicht erfolgreichen Fällen, allerdings auch ein Maximum an Unterstützung. Eine Ausnahme stellt Fall D dar, der nach 3 Sitzungen vom Therapeuten abgebrochen wurde: Das Profil ist mit den erfolgreichen Fällen vergleichbar.

Betrachtet man die Differenz zwischen Therapeutenplänen, die Verantwortung geben vs. nehmen, in erfolgreichen und nicht erfolgreichen Fällen, ergeben sich folgende Unterschiede: In Fällen erfolgreicher Motivationsentwicklung (G, A und C) wiegen sich die zwei Seiten bis auf wenige Prozentpunkte auf: *Die TherapeutInnen halten die Gratwanderung zwischen Fordern und Fördern/ Stabilisieren.*

In den Fällen B, H, E und F, in denen im langfristigen Verlauf der Therapie keine (bedeutsame) Steigerung der Änderungsmotivation (im Sinne eines Übergewichts motivationsförderlicher Klientenpläne, s. Kap. 6.1.2.1) gelang, liegen negative

Differenzen vor: Die TherapeutInnen bieten zwischen 16 und 26% häufiger an, „der KlientIn Arbeit abzunehmen“ als sie zu fordern. Ganz im Sinne der in Kapitel 3.2.4 beschriebenen Absturzgefahren der Gratwanderung scheint ein *Übermaß* an Unterstützung und Anerkennung des Leids gegenüber Verantwortungsübergabe mit Stagnation der Änderungsmotivation verbunden zu sein: *Die TherapeutInnen nehmen den KlientInnen zu oft Arbeit an Inhalten ab und leiden mit, die KlientInnen werden nicht selbst für Änderung aktiv und klagen.*

Bemerkenswerterweise kam es in den untersuchten Fällen zu keinem „Absturz“ auf der anderen Seite der Gratwanderung: Es wurde erwartet, dass ein *Übermaß* an Verantwortungsübergabe zu Überforderung oder „Widerstand“ führen könnte (s. Kap. 3.2.4). Überlegungen, dass in Fall D mehr Unterstützung und Anerkennung des Leids zu Therapiebeginn zu kooperativerem Klientenverhalten führen hätte können, wurden bereits in Kap. 5.3.4.3 angestellt und können hier aufgrund mangelnder Vergleichsdaten nicht vertieft werden.

6.2.1.2 Spannungsverhältnis 2: Ressourcenfokus vs. Problemfokus

Analog zu den obigen Ausführungen werden in Abbildung 6.8 die relativen Häufigkeiten der Therapeutenpläne des zweiten Spannungsverhältnisses, Ressourcenfokus vs. Problemfokus, für jeden Fall dargestellt, um so Vergleiche zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Fällen zu ermöglichen. Das Verhältnis der Plankomplexe wird wiederum in Form der Differenz zwischen ihrem Auftreten im Gesamtverlauf angegeben: Die Häufigkeit der Problemfokussierenden Pläne wird von der Häufigkeit Ressourcenfokussierender Pläne abgezogen. Positive Werte drücken somit das Überwiegen von Ressourcenfokus aus, negative Werte das Vorherrschen von Problemfokus.

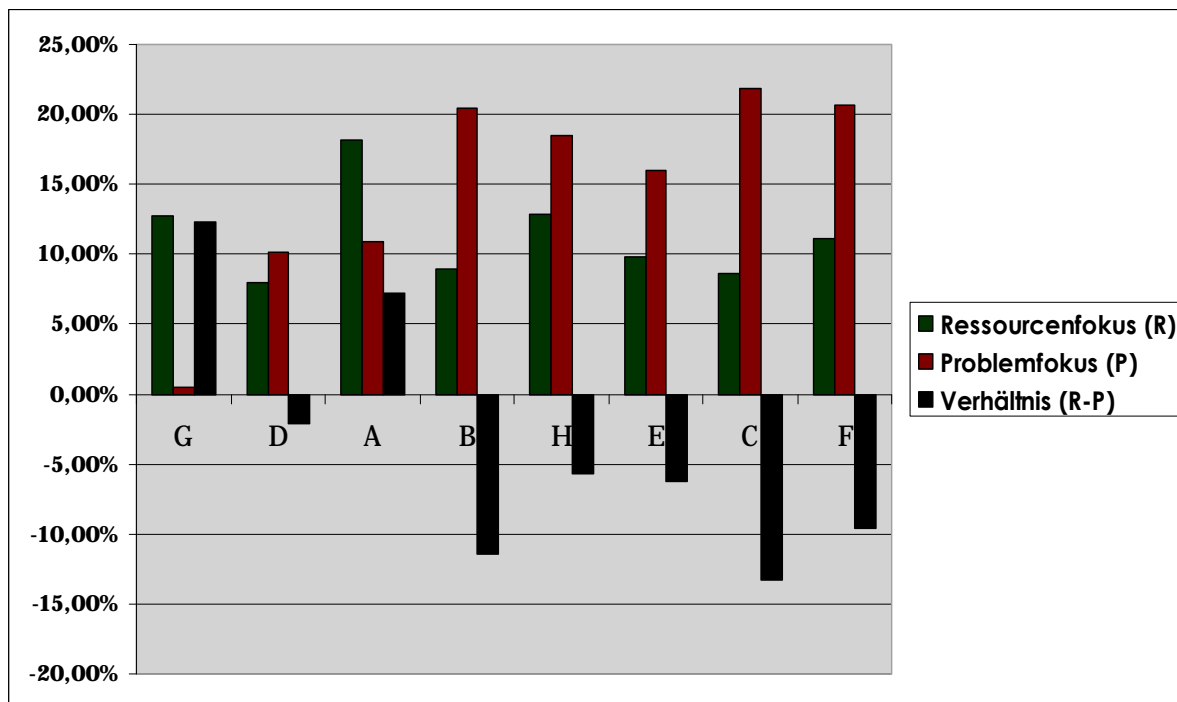


Abb. 6.8: Prozentuale Häufigkeiten von Therapeutenplänen des Ressourcen- und Problemfokus und des Verhältnisses zwischen den Plankomplexen über alle untersuchten Sitzungen.

Auch im zweiten Spannungsverhältnis zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den langfristig erfolgreichen Fällen G und A sowie den Fällen, die mit Therapieabbruch endeten (D, B, E und F), mit keiner Steigerung der Änderungsmotivation verbunden waren (D, B, E, F und H) oder in denen es zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster kam (Fall C).

Betrachtet man ausschließlich die Häufigkeiten Ressourcenfokussierender Therapeutenpläne, lassen sich noch keine gravierenden Abweichungen feststellen. Lediglich in Fall A sticht die Realisierung von Ressourcenfokus heraus. Ein Vergleich der Differenzen zwischen Ressourcen- und Problemfokus ergibt dagegen ein klareres Bild: Nur in den Fällen G und A, in denen sowohl eine Motivationssteigerung als auch ein langfristiger Erfolg (und somit eine Aufrechterhaltung der Änderungsmotivation) gelingt, spielen Beziehungsangebote des Ressourcenfokus eine größere Rolle. In allen anderen Therapien nehmen dagegen Angebote, problematische Aspekte zu vertiefen, mehr Zeit ein.

Fall C ist in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse: Obwohl es zu einer deutlichen Steigerung der Änderungsmotivation während der Therapie kam, ist der Klient nicht imstande, diese nach Beendigung der Sitzungen ohne die Therapeutin weiter aufrechtzuerhalten, sondern fällt wieder in ein Muster automatisierten Problemverhaltens zurück (d.h. Neutralisierungen). Für eine langfristige Beibehaltung hoher Änderungsmotivation könnten Therapeutische Beziehungsangebote, die Erfolge

und Stärken der Klientin in größerem Ausmaße als ihre problematischen Aspekte thematisieren, von Bedeutung sein.

Das Spannungsverhältnis Ressourcenfokus – Problemfokus sollte (wie im Fall der ersten Gratwanderung) nicht als entweder – oder angesehen werden, sondern als *mehr oder weniger* (Fiedler, 2010). In jeder der Fälle wird den KlientInnen auch Raum gelassen, über problematische Aspekte zu erzählen und berechtigterweise zu klagen. *In Fällen erfolgreicher Motivationssteigerung – und aufrechterhaltung (!) geben die TherapeutInnen allerdings ihren KlientInnen mehr Gelegenheit, ihre Erfolge und Stärken wahrzunehmen, und weniger Raum, problematische Aspekte zu vertiefen.*

6.2.2 Verlaufsmuster Therapeutischer Beziehungsangebote

In Kapitel 6.1.2 wurden bereits Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Verlaufsmustern der Änderungsmotivation der KlientInnen vorgestellt. In Bezug auf Fragestellung 8 sollen nun Verlaufsmuster der Therapeutenpläne verglichen werden: Welche Verlaufsmuster Therapeutischer Beziehungsangebote lassen sich in Fällen erfolgreicher Motivationsentwicklung erkennen? Welche Verlaufsmuster lassen sich in Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung erkennen? Unterscheiden sich die Verlaufsmuster (s. Kap. 1.2.2.)?

6.2.2.1 Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Verlaufsmuster bzgl. Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids

Abbildung 6.9 liefert einen Überblick über die prozentualen Häufigkeiten der Therapeutenplancluster Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zu den vier Erhebungszeitpunkten für die erfolgreichen Fälle G, A und C. Um einen Vergleich zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Verlaufsmustern zu ermöglichen, werden daraufhin in Abbildung 6.10 die prozentualen Häufigkeiten derselben Plankomplexe für die nicht erfolgreichen Therapien B, H, E und F vorgestellt. Aufgrund des frühen Abbruchs fehlen wiederum die Verlaufsdaten im Fall D.

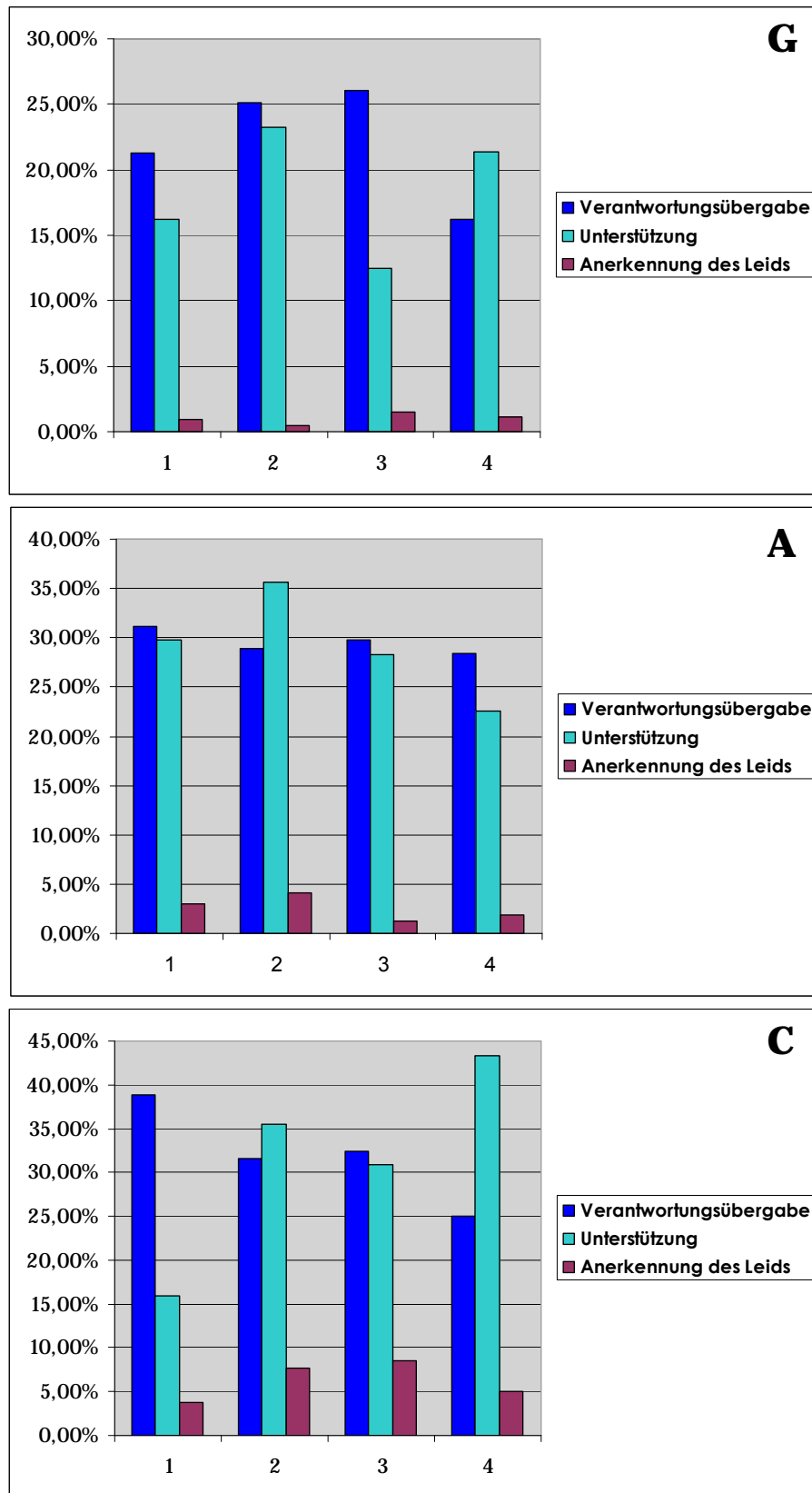


Abb. 6.9: Prozentuale Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zu den vier Erhebungszeitpunkten in den erfolgreichen Fällen G, A und C.

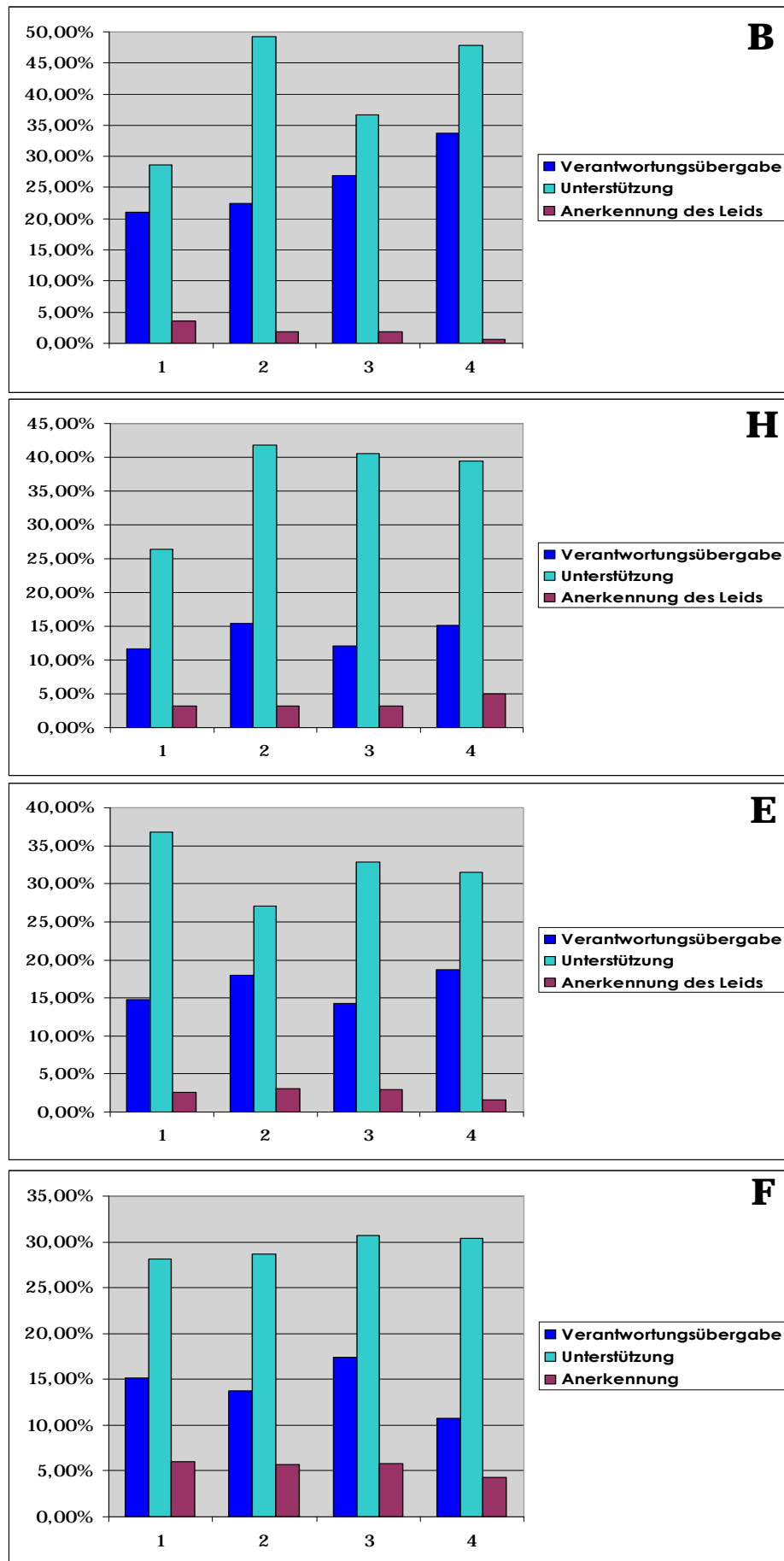


Abb. 6.10: Prozentuale Häufigkeiten von Verantwortungsübergabe, Unterstützung und Anerkennung des Leids zu den vier Erhebungszeitpunkten in den nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F.

In den Therapien, in denen es zu einer deutlichen Steigerung der Änderungsmotivation kam, überwiegen jeweils zu Beginn und in der Mitte der Therapie Pläne der Verantwortungsübergabe gegenüber den unterstützenden Plänen. In den Fällen G und A besteht dieses Verhältnis noch zu einem weiteren Zeitpunkt. Dabei werden Verantwortungsübergabe und Unterstützung meistens in ähnlicher Häufigkeit realisiert: Ein Unterschied von weniger als 5% ist in Fall G zu allen 4 Zeitpunkten, in Fall A zu 3 und in Fall C zu 2 Zeitpunkten feststellbar.

In jedem der nicht erfolgreichen Fälle bietet die TherapeutIn zu jedem Erhebungszeitpunkt (zum Teil deutlich) mehr Unterstützung als Verantwortungsübergabe an! Im Vergleich zu den erfolgreichen Fällen fällt dabei die beeindruckende Stabilität des Verlaufs in den Fällen B, H, E und F auf. Die Therapeutenseite korrespondiert dabei mit der Klientenseite: Wie in Kap. 6.1.2.3 beschrieben wurde, bleiben die Motivationsmuster während der gesamten Therapie stabil, die Änderungsmotivation stagniert auf niedrigem Niveau. In Fall B realisiert die TherapeutIn zu Mitte und Ende der Therapie mit 25 bis 35% Pläne der Verantwortungsübergabe in hohem Ausmaße, wie es auch in den erfolgreichen Therapien der Fall ist (allerdings überwiegen unterstützende Angebote trotzdem weiterhin deutlich): Zu diesen Zeitpunkten steigt auch die Änderungsmotivation der Klientin (s. Abb. 6.6 oben)!

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt interpretieren: *Bereits in den ersten Sitzungen* ist es wichtig mit ausreichend fordernden Beziehungsangeboten die Rollenverteilung in der Therapie zu etablieren: Therapie bedeutet Arbeit für die KlientIn. Wird dies versäumt und übernimmt die TherapeutIn stattdessen den Großteil der inhaltlichen Arbeit, *verfestigt sich das Interaktionsmuster*, unterstützende TherapeutIn – von Problemen berichtende und klagende KlientIn. Ein *ausgeglichenes Verhältnis zwischen Verantwortungsübergabe und Unterstützung* während des Verlaufs ist mit einer Steigerung der Änderungsmotivation verbunden.

6.2.2.2 Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Verlaufsmuster bzgl. Ressourcenfokus und Problemfokus

Die folgenden Abbildungen 6.11 und 6.12 stellen die Verlaufsmuster für die Plankomplexe Ressourcenfokus und Problemfokus in den erfolgreichen Fällen G, A und C bzw. in den nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F dar. Die prozentualen Häufigkeiten werden für die vier Erhebungszeitpunkte angegeben.

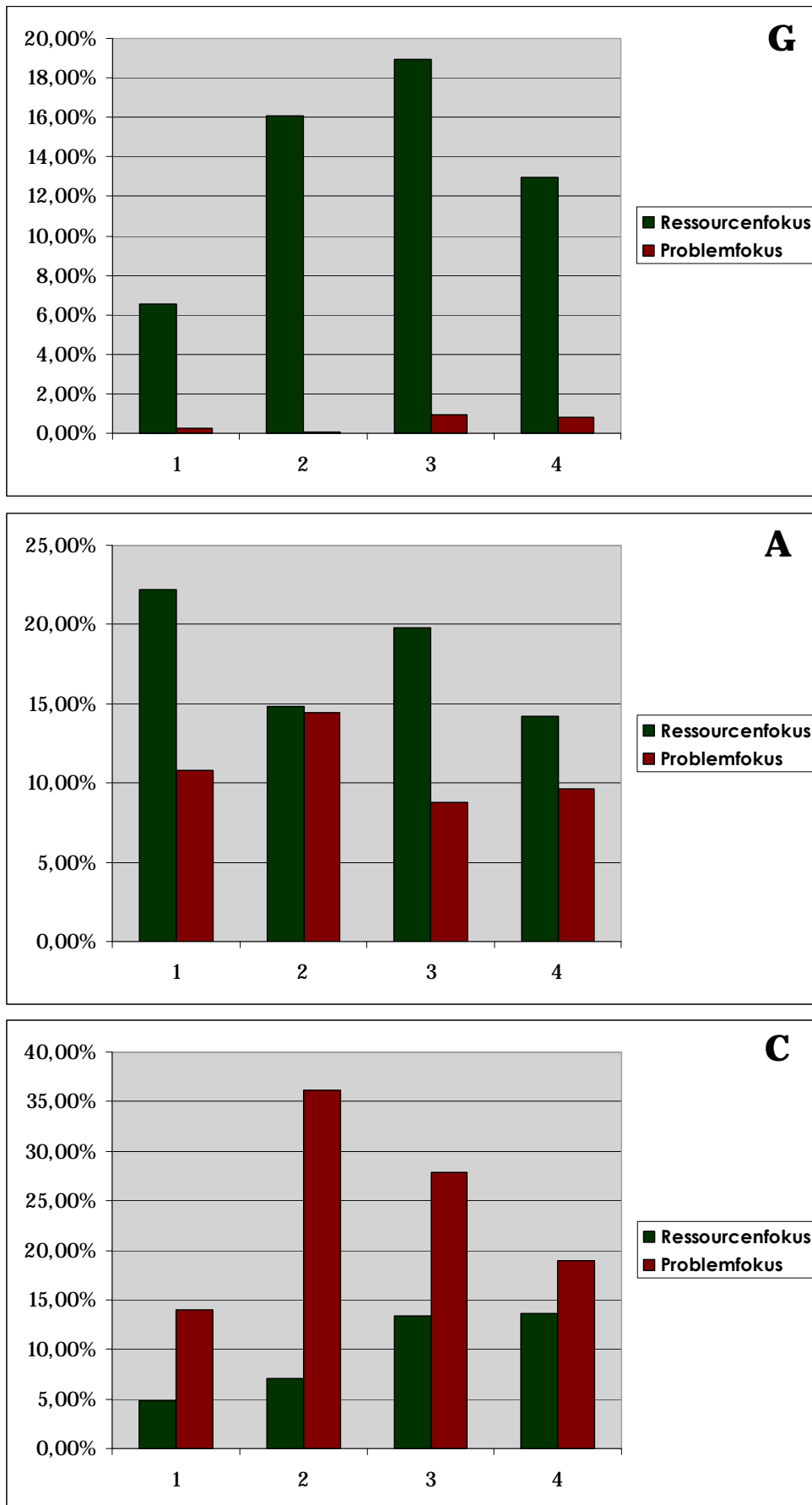


Abb. 6.11: Prozentuale Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus zu den vier Erhebungszeitpunkten in den erfolgreichen Fällen G, A und C.

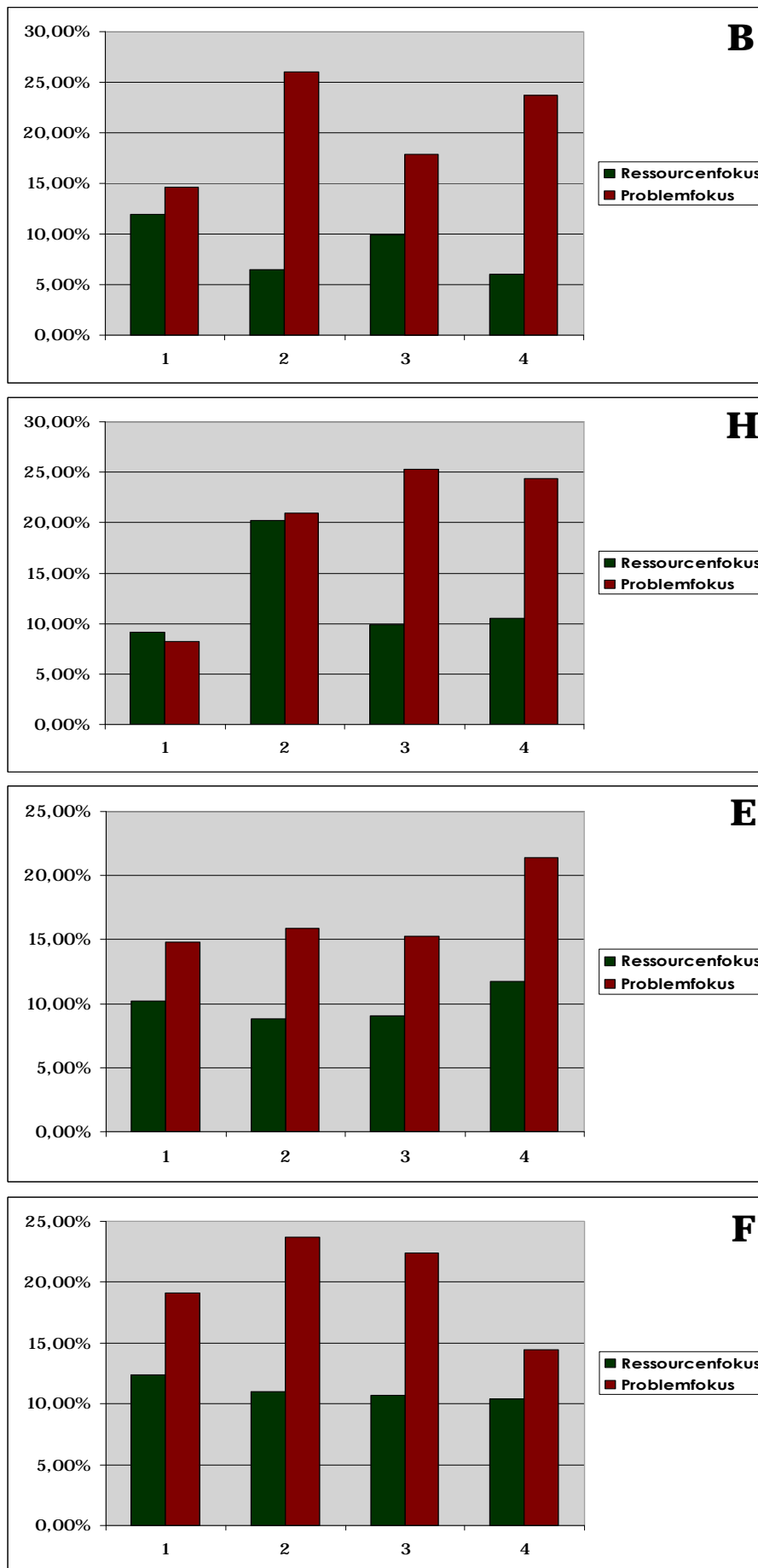


Abb. 6.12: Prozentuale Häufigkeiten von Ressourcenfokus und Problemfokus zu den vier Erhebungszeitpunkten in den nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F.

In den Fällen G und A, die mit einer Steigerung der Änderungsmotivation und langfristigem Therapieerfolg verbunden waren, werden zu jedem Erhebungszeitpunkt mehr Ressourcen- als Problemfokussierte Angebote von der TherapeutIn realisiert. In Fall C, in dem es zwar zu einer deutlichen Motivationssteigerung, aber auch zu einem Rückfall gekommen ist, und in den eindeutig nicht erfolgreichen Fällen B, H, E und F liegt in 19 von 20 möglichen Zeitpunkten ein stärkerer Fokus auf Probleme als auf Ressourcen vor. Ein besonderes Verlaufsmuster lässt sich nicht erkennen.

Während in langfristig erfolgreichen Fällen die TherapeutInnen von Beginn an und über den gesamten Verlauf hinweg häufiger Angebote machen, Ressourcen als problematische Aspekte zu thematisieren, ist in Fällen, die nicht mit Anstieg und Aufrechterhaltung der Änderungsmotivation verbunden sind, dieses Verhältnis gerade umgekehrt.

6.2.3 Konkrete Verhaltensweisen erfolgreicher und nicht erfolgreicher Therapeutischer Beziehungsangebote

Um Vorschläge für praktisches therapeutisches Handeln liefern zu können (s.a. Kap. 6.2.5), muss die relativ abstrakte Ebene der Plancluster verlassen und auf die konkretere Ebene der Therapeutenpläne und Verhaltensbeschreibungen eingegangen werden. Dieser Abschnitt widmet sich günstigen und ungünstigen Therapeutischen Beziehungsangeboten *auf Verhaltensebene* und bezieht sich dabei auf Fragestellung 9:

Unterscheiden sich Fälle erfolgreicher Motivationsentwicklung von Fällen nicht erfolgreicher Motivationsentwicklung in Qualität und Quantität (Inhalt und Häufigkeit) des Verhaltens und der Pläne der TherapeutInnen? Welche konkreten therapeutischen Handlungsweisen sind günstig für eine Steigerung der Änderungsmotivation, welche ungünstig (s. Kap.1.2.2)?

6.2.3.1 Therapeutenpläne, die nur in nicht erfolgreichen Therapien realisiert wurden

Einige Therapeutenpläne traten ausschließlich in den nicht erfolgreichen Fällen auf. Tabelle 6.3 führt diese Therapeutenpläne mit Beschreibungen und Ankerbeispielen auf. Nach den Planbezeichnungen werden in Klammern die Fälle genannt, in denen sie realisiert wurden. Ähnliche Therapeutenpläne wurden dabei Verhaltensweisen zugeordnet, die ihnen gemein waren: *Pathologisieren, Schuld geben, Widersprechen/Kritisieren, Überreden, Abnehmen der Arbeit der KlientIn, Akzeptanz fehlender Rolleneinnahme.*

Pathologisieren
Interpretiere und erkläre die Störung (Fall E, H)
<p>Beschreibung Interpretieren der Problematik, der Genese und weiterer Zusammenhänge, Darstellen als „Wahrheit“ aus der Perspektive einer ExpertIn, Ratschläge geben</p>
<p>Beispiele „was haben wir uns überlegt, wie das zusammenhängen könnte? wir wissen...“ (K berichtet über Verhalten der Großmutter in Kontakt mit den Eltern) „Da ist ganz viel Unzufriedenheit“ „Alle in Ihrer Familie haben den fremden Willen zum Thema.“ „(das) fragen mich oft die Angehörigen, (...),was soll ich denn eigentlich tun?/ ich will ja der, die betreffende Person nicht auch noch zusätzlich quälen“</p>
Spiegle negative Gefühle (Fall E, H)
<p>Beschreibung Interpretieren von negativen Gefühlen aus dem direkt gezeigten Verhalten</p>
<p>Beispiele „Sie wirken sehr müde.“ „Ich habe gemerkt, sie wollen mir lieber erzählen, was ihr Problem ist, bevor sie mir...“</p>
Zeige dich sorgend (Fall H)
<p>Beschreibung Ausdrücken von Sorgen um KlientIn, Elterliches Verhalten</p>
<p>Beispiele „ Wie ging's ihnen nach der letzten Sitzung?“ „Lassen Sie das kontrollieren? Da muss man gut darauf achten!“</p>
Schuld geben
Thematisiere das Ende der Therapie (Fall B)
<p>Beschreibung Klagen über fehlende Motivation der KlientIn</p>
<p>Beispiele „aber hier und jetzt sehe ich wirklich keine Motivation, keinen Grund auch.“ „ich kann nicht gegen Windmühlen kämpfen“</p>
Widersprechen, Kritisieren
Hinterfrage und fordere heraus (Fall D, E)
<p>Beschreibung Widersprechen, „Festnageln“, Beharren auf Meinungen, Versuche, KlientIn umzustimmen, (subtiles) Kritisieren, Ironisieren, Bissige Kommentare</p>
<p>Beispiele „Ich kann nicht erkennen, wo Sie bei den Dingen versucht haben, ihre Einstellung zu ändern“ „Lang ist es her“ (Kommentar zu den Problemen der Klientin, diesen Termin zu arrangieren) „Nein, das glaub ich nicht“ (in Reaktion auf eine Behauptung der Klientin) Ironisch: „am besten macht man sich keine Vorstellungen“</p>
Überreden
Verlange Zustimmung (Fall E, H)
<p>Beschreibung Suggerieren, rhetorisches Fragen wie „ne?“, „oder?“, „nicht wahr?“ ohne Abwarten einer Reaktion</p>

<p>Beispiele „ärgertlich für uns alle beide / gell? / na ja, gut, okay“</p>
<p>Verändere Kognitionen (Fall F)</p>
<p>Beschreibung Versuche, KlientIn zur Einsicht zu bewegen, von der Meinung der „ExpertIn“ zu überzeugen</p>
<p>Beispiele „Da sehen Sie's, also Sie werden, umso mehr Leute Sie befragen - verschiedene Antworten bekommen.“ „Dabei geht's hier nicht um ein absolutes richtig oder falsch, das kann's nie geben“</p>
<p>Formuliere Ziele (Fall F)</p>
<p>Beschreibung Übernehmen des Change-talk durch die TherapeutIn</p>
<p>Beispiele „Umso wichtiger ist es, dass man sie da! wieder vor die Tür setzt, wo sie nichts verloren haben.“</p>
<p>Abnehmen der Arbeit der KlientIn</p>
<p>Sei fürsorglich (Fall B)</p>
<p>Beschreibung Denken für die KlientIn, Antworten geben auf eigene Fragen, Betonen eigener Pflichten, Umsorgen der Klientin, „Heilungsmetaphern“ (ich nehme Ihnen die Störung)</p>
<p>Beispiele "und da müssen wir einfach auch noch mal kurz hinschauen" „müssen Sie dann wieder von vorne anfangen? TEX / oder können Sie; also wenn Sie gestört wurden und weiter machen wollen, an der Stelle weiter machen?“ TSF /</p>
<p>Zeige dich engagiert (Fall B)</p>
<p>Beschreibung Übereifrigkeit, Betonen eigener Pflichten</p>
<p>Beispiele „ich hab auch ganz viel Sachen für Sie“</p>
<p>Akzeptanz fehlender Rolleneinnahme</p>
<p>Zeige Akzeptanz (Fall B, E)</p>
<p>Beschreibung „Durchgehen lassen“ von versäumten Aufgaben oder von fehlenden Bemühungen, auf Fragen zu antworten</p>
<p>Beispiele T: / hmhm / es ist ein Mann dabei / K: hmhm / und das, das geht dann nicht. das geht absolut nicht / T: / hmhm / K: / tja, was ist es eigentlich? / ich kann's nicht sagen / ich kann das nicht sagen. / T: / hmhm /</p>
<p>Schone die Patientin (Fall E)</p>
<p>Beschreibung Ausdrücken von Sorgen um KlientIn; Anbieten von weiteren Vorschlägen, wenn KlientIn einen ablehnt</p>
<p>Beispiele „Sind sie denn jetzt überhaupt in der Lage, sich zu konzentrieren?“ „Das fällt Ihnen schwer? Dann hab ich eine andere Idee!“</p>

Tab. 6.3: Therapeutenpläne, die nur in nicht erfolgreichen Therapien realisiert wurden.

Auch aufgrund der in Kapitel 3.2 angeführten empirischen Befunde und theoretischen Überlegungen können diese Therapeutenpläne als Beziehungsangebote angesehen werden, die einer Förderung der Änderungsmotivation abträglich sind. Zum einen scheinen sie mit den Verhaltensweisen vergleichbar, die in zahlreichen Studien mit Misserfolg assoziiert waren: Norcross (2010) fasst darunter u.a. kritische, anschuldigende Bemerkungen, Überzeugungen der TherapeutIn über Wahrnehmungen der KlientIn, ohne diese zu erfragen, sowie Therapeutenzentriertheit (s.a. Kap. 3.2.2).

Betrachtet man zum anderen die beschriebenen Spannungsverhältnisse, erscheinen diese Therapeutenpläne 1) als *Extreme* der Pole Verantwortung geben (Thematisiere Ende der Therapie) oder v.a. Verantwortung nehmen (Sei fürsorglich, Zeige dich engagiert, Schone, Zeige Akzeptanz) und 2) als *Einladungen zum Problem- oder Sustain-talk* (Hinterfrage, Interpretiere und erkläre die Störung, Spiegle negative Gefühle, Zeige dich sorgend etc.; s.a. Kap.6.2.3.3 unten).

6.2.3.2 Therapeutenpläne, die nur in erfolgreichen Therapien realisiert wurden

Während einige Therapeutenpläne und Verhaltensweisen ausschließlich in den nicht erfolgreichen Therapien realisiert wurden, ist es im umgekehrten Fall wesentlich schwieriger, Therapeutenpläne zu identifizieren, die nur in erfolgreichen Therapien gezeigt wurden.

Sowohl erfolgreiche als auch nicht erfolgreiche TherapeutInnen realisieren zentrale Beziehungsangebote zur Steigerung der Änderungsmotivation – allerdings *nicht im gleichen Ausmaß und nicht in derselben Verteilung*, wie bereits oben ausführlich beschrieben wurde. Hinsichtlich der *Qualität* der Verhaltensweisen liegen die größten Unterschiede eher darin, dass in den erfolgreichen Fällen bestimmte *ungünstige Beziehungsangebote vermieden werden* (s. Kap. 6.2.3.1).

Drei Therapeutenpläne wurden allerdings nur in erfolgreichen Therapien realisiert und werden im Folgenden wiederum mit Beschreibungen und Ankerbeispielen angeführt.

„A-soziales“ Reagieren	
Sei hartnäckig (Fall G)	
Beschreibung	Beharrliches und geduldiges Nachfragen auch bei Ausweichversuchen, Direktes Ansprechen auf Zwangshandlungen in Sitzung
Beispiele	„ja (deutet auf Hände des Klienten) was wäre, wenn Sie Ihre beiden Hände entspannen?“

Zukunftsfokus	
Exploriere Ziele (Fall A)	
Beschreibung	Interesse an individuellen Zielen und Wünschen, Ausführliches Explorieren einer Zielvision in allen Einzelheiten, Anleiten von Vorstellungen einer erfolgreichen Therapie, Entwickeln konkreter Therapieziele
Beispiele	" wo würden Sie denn sich im Moment eintragen, / wo stehen Sie jetzt gerade, / zwischen der Null und der Zehn, wo würden Sie sagen ungefähr, also die eins, die zwei, kann auch zwei Komma fünf, sieben Komma fünf?"
Begleiten von Schritten	
Exploriere Fortschritte (Fall G)	
Beschreibung	Interessen an Erfolgen, Erzählen lassen über Erfolge, verantwortlich machen für eigene Entscheidungen (vorgenommene Übungen)
Beispiele	„Was haben Sie geübt/ welche Dinge können Sie mittlerweile tun/ wo gibt's welche Veränderungen?“

Tab. 6.4: Therapeutenpläne, die nur in erfolgreichen Therapien realisiert wurden.

Mit „Sei hartnäckig“ reagiert der Therapeut „a-sozial“ auf Versuche des Klienten, der inhaltlichen Arbeit in der Therapie und der Rollenübernahme auszuweichen, und führt geduldig, aber beharrlich zum Thema zurück. „Exploriere Ziele“ und „Exploriere Fortschritte“ stellen Angebote an die KlientIn dar, Verantwortung für ihr eigenes Projekt zu übernehmen und Erfolge wahrzunehmen.

6.2.3.3 Therapeutenpläne, die charakteristisch für erfolgreiche Therapien sind

Neben den genannten Therapeutenplänen, die ausschließlich in erfolgreichen Fällen auftraten, macht aber eine Vielzahl weiterer relevanter Strategien das Interaktionsverhalten der erfolgreichen TherapeutInnen aus. Diese wurden bereits in den entsprechenden Abschnitten des Kapitels 5 unter die Plankomplexe subsumiert. In Abbildung 6.13 wird versucht, ein Ordnungsschema für die am häufigsten vorkommenden Therapeutenpläne aller Fälle zu entwerfen. Die Dimensionen Verantwortung geben vs. Verantwortung nehmen und Ressourcenfokus vs. Problemfokus bilden die Achsen, auf denen die Therapeutenpläne eingeordnet werden. Das Schema kann nicht als intersubjektiv abgesichert angesehen werden, sondern stellt einen ersten heuristischen Versuch aus subjektiver Perspektive des Autors dar, die Therapeutenpläne auf den genannten Dimensionen abzustufen: Vom Plan „Fasse zusammen“ (im Sinne des Aktiven Zuhörens II) wird z.B. angenommen, dass seine Realisierung der KlientIn weniger Verantwortung abnimmt als der Plan

„Schlage Aktivitäten vor“. Die oben beschriebenen ungünstigen Therapeutenpläne werden durch rote Umrandungen, die günstigen durch grüne hervorgehoben.

Fordere zur aktiven Mitarbeit auf, Binde aktiv in Gestaltung ein, Lasse arbeiten			Verantwortung geben		Thematisiere Ende der Therapie	
Räume Entscheidungsspielraum ein, Fordere Eigenständigkeit			Sei hartnäckig, Bespreche HAs			
Exploriere Ressourcen	Exploriere Fortschritte, Bewältigungen	Exploriere Ziele, Bedürfnisse, Motivation	Exploriere Universum, Welt, Gefühle,...		Exploriere Störung, Beschwerden	
		Versichere Dich Zustimmung, Verständnis	Sei transparent, begründe...			
Ressourcenfokus		Gib Recht			Hinterfrage	Problemfokus
	Betone Ressourcen, Würdige Klientenrolle		Fasse zusammen, Stoße Gedanken an		Spiegle negative Gefühle	
	Lobe		Strukturiere, Schlage Aktivitäten vor, Berate, Führe K		Informiere über Störung	
	Motiviere, Zeige Dich optimistisch	Formuliere Ziele	Äußere eigene Gedanken, Verlange Zustimmung		Verändere Kognitionen	Interpretiere und erkläre Störung
			Nimm Angst, Rücksicht, Sei kooperativ	Zeige Verständnis und Empathie, Erkenne Leid an	Vermeide Überforderung, Schone, Zeige Akzeptanz	Zeige dich sorgend
			Zeige Dich engagiert, Sei fürsorglich			
			Verantwortung nehmen			

Abb. 6.13: Einordnung der Therapeutenpläne auf den Dimensionen Verantwortung geben vs. Verantwortung nehmen und Ressourcenfokus vs. Problemfokus.

Die in dieser Studie erfolgreichen TherapeutInnen realisieren eine Vielzahl unterschiedlicher Therapeutenpläne. Die meisten scheinen im ersten Quadranten zu liegen und somit *Angebote der Verantwortungsübergabe und des Ressourcenfokus* darzustellen. Des Weiteren können zentrale Pläne auf der Achse *Verantwortung geben vs. nehmen* eingeordnet werden: Wie oben beschrieben wurde, halten erfolgreiche

TherapeutInnen hier das Gleichgewicht und vermeiden den extremen Pol des Abnehmens von Verantwortung. Auch Therapeutenpläne aus den anderen Quadranten werden realisiert (Exploriere Beschwerden, Informiere über Störung, Zeige Verständnis, Betone Ressourcen); im Unterschied zu den nicht erfolgreichen TherapeutInnen werden auch hier extreme Pläne nicht verwirklicht.

6.2.4 Anpassung Therapeutischer Beziehungsangebote an Interaktionsstile der KlientInnen

Die Bedeutsamkeit der Anpassung Therapeutischer Beziehungsangebote an die individuellen Eigenheiten der KlientInnen für den Therapieerfolg wurde in Kap. 3.2.6 erörtert. Eine Analyse von *Mikroprozessen* passender und nicht passender Interaktionssequenzen und ihr Vergleich mit der Entwicklung der Änderungsmotivation wurde auch in dieser Studie angestrebt, konnte aber aus praktischen Gründen nur noch in ersten Schritten angegangen werden. Begonnene Ansätze und Vorschläge zur weiteren Forschung werden in Kap. 8.1 vorgestellt.

Antworten auf Fragestellung 10 (Wie können Therapeutische Beziehungsangebote an den individuellen Interaktionsstil der KlientInnen angepasst werden?) können hier zum einen nur *beschreibend* und auf der abstrakteren *Ebene des Interaktionsstils* verfolgt werden. Für einen Vergleich vieler unterschiedlicher Interaktionsstile der KlientInnen fehlen zum anderen ausreichend Fälle, die sich in Stil gleichen und im Erfolg unterscheiden. Für die KlientInnen A und H treffen diese Kriterien jedoch zu. Aufgrund des Erfolgs in der Entwicklung der Änderungsmotivation und im Therapieausgang in Fall G, können auch diese Therapeutischen Beziehungsangebote hinsichtlich ihrer Passung für den Interaktionsstil des Klienten genutzt werden.

6.2.4.1 Vermeidender Interaktionsstil (Fall G)

Klient G weist v.a. zu Therapiebeginn die Tendenz auf, über viele Themen zu berichten, die für die Bearbeitung des Therapieanlasses, den Zwang, belanglos erscheinen: In der ersten untersuchten Sitzung wurde über 90% seines Verhaltens mit nicht motivationsrelevanten Plänen codiert. Eine Beobachtung der videographierten Sitzungen und Transkripte erweckt den Eindruck, dass Herr G versucht, mit seinem Redefluss den ängstigenden Themen auszuweichen.

Der Therapeut T1 scheint zum einen bestimmte Besonderheiten des Interaktionsstils des Klienten „zu nutzen“: Wenn Herr G seine Kompetenzen darstellt, folgt er ihm (gerade zu Therapiebeginn) in seinen Beschreibungen: Der Klient kann sich als selbstwirksam beschreiben (der Klientenplan „Zeige, dass du ein Checker bist“ füllt

41% der ersten Sitzung, der Therapeutenplan „Zeige, dass Du folgst“ 51%!). Zum anderen versucht der Therapeut durch wenige Fragen den Redefluss in die richtige Richtung zu leiten und dort dem Klienten Bestätigungen zu geben. Bei Ausweichmanövern bleibt er freundlich, kehrt aber auch hartnäckig zu den relevanten Themen zurück und zieht den Klienten in die Verantwortung, seine Therapie auch für seine Ziele zu nutzen. „Binde aktiv in die Gestaltung ein“ und „Sei hartnäckig“ sind hier charakteristische Pläne der Verantwortungsübergabe. Auf Seite der Unterstützung werden v.a. unterschiedliche Arten des Aktiven Zuhörens II, also Zusammenfassungen und Paraphrasierungen angeboten. Die Tendenz des Klienten, die eigenen Kompetenzen darzustellen, wird im Laufe der Therapie mehr und mehr im Sinne der Therapieziele genutzt: Angebote des Ressourcenfokus werden vom Therapeuten immer häufiger realisiert. Der Klient nimmt diese auch an: Er berichtet zunehmend von Erfolgen im Umgang mit dem Zwang. Diesen kann der Therapeut wiederum viel Aufmerksamkeit schenken.

6.2.4.2 Dependenter Interaktionsstil (Fall A vs. H)

Die KlientInnen A und H weisen einige Ähnlichkeiten in ihrem Interaktionsverhalten auf. Ihre Redeanteile liegen deutlich unter dem der Therapeutin: In Fall A wurden 2727 Sinneinheiten für die Klientin und 4695 für die Therapeutin codiert, im Fall H stehen 3551 Sinneinheiten auf Klientenseite 5846 auf Therapeutenseite gegenüber. In beiden Fällen sind Klientenpläne, die die Vermeidung von Entscheidungen beinhalten und den Wunsch danach, dass die Therapeutin das Problem löst, von besonderer Bedeutung. Die Tendenz, eigene Bedürfnisse unter die der anderen zu setzen, spielt jeweils eine wichtige Rolle.

In Fall A nutzt die Therapeutin T2 die Tendenz der Klientin, sich anzupassen, indem sie mit einer ausführlichen Zielklärung beginnt: Die Klientin möchte kooperieren und lässt sich so auf einen Prozess der Erforschung eigener Ziele und Wünsche ein. Entscheidungspläne nehmen in der Therapie zu. Die Therapeutenpläne der Verantwortungsübergabe können auch als „a-soziale“ Reaktionen verstanden werden: Die Pläne der Klientin könnten leicht zu einer direktiven Vorgabe an Erklärungen und Vorschlägen verführen – und somit verhindern, dass Frau A letztlich Verantwortung übernehmen muss. Die Therapeutin versucht dagegen Unterstützung nur dann anzubieten, wenn die Klientin sich bereits angestrengt hat und überfordert ist.

Für Klient H hat die Unterordnung funktionale Bedeutung für den Zwang: Durch seine Tendenz, sich den Bedürfnissen anderer anzupassen, lassen sich die zentralen Befürchtungen, Schuld auf sich zu laden, vermeiden. Auch in der Interaktion mit der Therapeutin spielen Klientenpläne der Unterordnung und Anpassung eine zentrale Rolle und werden über den gesamten Verlauf realisiert. Die Therapeutin reagiert in

diesem Fall im Sinne der „sozialen“, gewöhnlichen Reaktion. Therapeutenpläne der Unterstützung werden dreimal häufiger als die der Verantwortungsübergabe angeboten: Gerade Erklärungen aus „Expertensicht“ und mütterlich wirkende Sorge scheinen den Klienten dabei in seiner passiven Rolle zu halten und zu bestätigen.

6.2.5 Fazit: Hypothesen zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation und Implikationen für die Praxis

Zwei Ordnungsdimensionen wurden für Therapeutische Beziehungsangebote, die die Änderungsmotivation der KlientIn beeinflussen könnten, konstruiert: Verantwortungsübergabe steht Verantwortungsnehmenden Angeboten (Unterstützung, Anerkennung des Leids) gegenüber. Ressourcenfokus kann von Problemfokus unterschieden werden.

Vergleicht man erfolgreiche und nicht erfolgreiche Entwicklungen der Änderungsmotivation (Steigerung vs. Stagnation), lassen sich deutliche Unterschiede in den Ausprägungen der Therapeutischen Beziehungsangeboten auf den beschriebenen Dimensionen feststellen. In Fällen, in denen die Änderungsmotivation der KlientInnen deutlich ansteigt, übergeben die TherapeutInnen etwas häufiger Verantwortung an die KlientInnen und halten so letztlich die Gratwanderung zwischen Fordern und Fördern/ Stabilisieren. In den nicht erfolgreichen Fällen nehmen die TherapeutInnen den KlientInnen zu oft Arbeit an Inhalten ab und leiden mit, die KlientInnen werden nicht selbst für Änderung aktiv und klagen. Dieses Interaktionsmuster scheint sich bereits in den ersten Sitzungen zu etablieren und im weiteren Verlauf zu stabilisieren: Von Beginn an und über den gesamten Verlauf sollten TherapeutInnen auf ein ausgeglichenes Verhältnis von Verantwortungsübergabe und Unterstützung achten!

In den Fällen, in denen die Änderungsmotivation langfristig gesteigert und aufrechterhalten wurde, gaben die TherapeutInnen zudem den KlientInnen von Beginn an und über den gesamten Verlauf hinweg mehr Gelegenheit, eigene Erfolge und Stärken wahrzunehmen, und weniger Raum, problematische Aspekte zu vertiefen. In Fällen, die nicht mit Anstieg und Aufrechterhaltung der Änderungsmotivation verbunden waren, war dieses Verhältnis gerade umgekehrt. Neben der notwendigen Thematisierung von Problemen sollten TherapeutInnen sich häufiger für die Erfolge und Stärken der KlientInnen interessieren: Das häufigere Wahrnehmen eigener Erfolge und Stärken motiviert, das Zielverhalten auch nach der Therapie weiterzuführen.

Sowohl erfolgreiche als auch nicht erfolgreiche TherapeutInnen realisieren qualitativ ähnliche günstige Beziehungsangebote zur Steigerung der Änderungsmotivation -

allerdings nicht im gleichen Ausmaß und nicht in derselben Verteilung! Erfolgreiche TherapeutInnen vermeiden aber eine Anzahl ungünstiger Beziehungsangebote wie Pathologisieren, Schuld geben, Widersprechen/Kritisieren, Überreden, Abnehmen der Arbeit der KlientIn und Akzeptanz fehlender Rolleneinnahme. Diese stellen extreme Ausprägungen des Übergebens oder v.a. Übernehmens von Verantwortung und/oder Einladungen zur Problem- und Beibehaltungssprache dar.

Erfolgreiche TherapeutInnen nutzen vielmehr eine Vielzahl von Beziehungsangeboten, die gleichzeitig Verantwortung übergeben und auf Ressourcen fokussieren, wie z.B. das aktive Einbinden der KlientIn in den Therapieprozess und Erkunden von Entscheidungen sowie das Explorieren von ihren Zielen, Fortschritten und hilfreichen Strategien. Zudem wechseln sie zwischen dem geduldigen und hartnäckigen Übergeben von Verantwortung und unterstützenden Angeboten durch z.B. Aktives Zuhören II, Gedankenanstöße und Vorschläge ab.

7. Kritische Anmerkungen zum methodischen Vorgehen

7.1 Zum naturalistischen Charakter der Studie

In dieser Studie wurden die Aufzeichnungen bereits abgeschlossener Therapien analysiert. Auf einen Einschluss der an der Therapie beteiligten Personen in die methodische Erhebung wurde somit verzichtet.

Die Berücksichtigung der *Evaluationsperspektiven* der KlientInnen und/oder TherapeutInnen für einzelne Aspekte der Bewertung hätte allerdings interessante Informationen liefern können: Fiedler (2003) zeigte z.B. KlientInnen ihre videographierten Sitzungen und fragte sie nach günstigem und ungünstigem Therapeutenverhalten. In diesem Sinne hätten Beschreibungen von Therapeutenplänen mit Ankerbeispielen von der jeweiligen KlientIn danach beurteilt werden können, welchen Verhaltensimpuls dieser bei ihnen auslösen würde. Um jegliche Reaktivität und Beeinflussung der Beforschten durch den Forscher auszuschließen, wurde die Entscheidung getroffen, natürlich durchgeführte Therapien zu untersuchen und auf die methodischen Erweiterungen zu verzichten. Die Vorteile naturalistischer Forschung wie gegenstandsangemessene Erfassung und Erhöhung externer Validität wurden für diese Studie als wichtiger erachtet (s.a. Kap. 2 & 4).

Ein weniger starker Eingriff in das therapeutische Geschehen besteht in der Erhebung weiterer, insbesondere *motivationsrelevanter Fragebögen*. Der Inkongruenzfragebogen von Grosse Holtforth, Grawe & Tamcan (2004) erhebt die Annäherung an und Vermeidung von bestimmten Zielen. Ein Vergleich der Dimensionen des INK mit den aus dem beobachteten Verhalten konstruierten Plänen hätte der Raterperspektive ein Außenkriterium hinzugefügt und zur Absicherung der Plankategorien beigetragen. Aus praktischen Gründen konnten jedoch keine weiteren Fragebögen erhoben werden: Der Pool an vergleichbaren „laufenden Therapien“ war zum Ziehen einer angemessenen Stichprobe zu klein (Kap. 4.3.1).

7.2 Zur Stichprobe

Für die Analyse der Therapeutischen Interaktion wurde nicht der gesamte Therapieprozess herangezogen, sondern vielmehr ein relativ kleiner Ausschnitt von jeweils 9 Sitzungen. Die *Untersuchung kompletter Verläufe*, die sämtliches Interaktionsverhalten mit einbezieht, stellt sicherlich den Idealfall dar. Aus forschungsökonomischen Gründen konnte diesem nicht entsprochen werden: Aufgrund des mikroanalytischen Auflösungsgrads, der die Bewertung jedes

grammatikalischen Satzes vorsah, wäre eine Ausdehnung des Verfahrens auf alle Sitzungen nicht zu bewältigen gewesen.

Bei der Auswahl der Sitzungen wurde allerdings darauf geachtet, nach expliziten Kriterien vorzugehen: Dadurch konnte eine für den jeweiligen Behandlungsabschnitt relativ repräsentative Stichprobe erhoben werden (s. Kap. 4.2.1.2). Die Erhebung zu 4 verschiedenen Zeitpunkten im Therapieverlauf ließ zudem eine gewisse Abbildung der Entwicklung des Interaktionsprozesses zu.

7.3 Zur Kategorisierungsmethodik

Im Zentrum des methodischen Vorgehens standen die Kategorisierung des Verhaltens mit Hilfe plananalytischer Kategoriensysteme sowie die anschließende Bewertung der Kategorien nach theoretischen Gesichtspunkten mit Hilfe des Fremdratings der Motivationsentwicklung für die Klientenpläne bzw. der Zuordnung der Therapeutenpläne zu theoretischen Planclustern. Die Methodik stellte dabei den Versuch dar, explorative und theoriegeleitete Aspekte zu verbinden, um die Vorteile des jeweiligen Vorgehens nutzen zu können. Eine *explorative* Herangehensweise sollte zu Beginn des Forschungsprojekts sicherstellen, dass mit möglichst hoher methodischer Offenheit dem „neuen“ Forschungsgegenstand begegnet wurde, für den es erst angemessene Verfahren zu entwickeln galt. Die Orientierung an beobachtbarem Verhalten zur Erstellung der Kategorien mit Hilfe der Plananalyse („bottom-up“-Strategie) sollte außerdem dazu beitragen, idiographische Motive bzw. Beziehungsangebote zu berücksichtigen, und so den individuellen Eigenheiten jeder Person gerecht werden. Diese im ersten Schritt a-theoretische Erstellung von Kategorien brachte aber auch Nachteile mit sich:

Verhaltensweisen, die aus den im zweiten Schritt angelegten theoretischen Perspektiven als interessant erachtet wurden, konnten in Kategorien fallen, die diese nicht angemessen repräsentierten: In einigen Fällen wird unter die Therapeutenkategorie „Exploriere sein Universum“ das Erkunden von verschiedenen Themen der KlientIn gefasst. Eine Differenzierung zwischen „Exploriere Beschwerden“ und „Exploriere Ressourcen“ (wie sie in einigen anderen Fällen unternommen wurde) wäre für die spätere Zuordnung zu den Plankomplexen des zweiten Spannungsverhältnisses notwendig gewesen. Da die Untersuchung der Transkripte ergab, dass beide Aspekte in diesem Plan vorkamen, konnte dieser jedoch keinem Komplex eindeutig zugewiesen werden (was u.a. auch die extrem niedrige Realisierung von Problemfokus in Fall G erklärt, s. Kap. 5.2.4.4).

In den meisten Fällen konnte dieser Mangel des explorativen Vorgehens im Nachhinein behoben werden. Im Laufe des Forschungsprojekts stellte sich heraus, dass gerade für die Beurteilung der *Klientenpläne* in einigen Fällen eine deutliche

Modifizierung der Kategorien notwendig war, um eine vergleichende Diskussion nach theoretischen Gesichtspunkten möglich zu machen. Nach der Konzeption des FRAME war die notwendige theoretische „Brille“ entwickelt, um entscheiden zu können, welches Verhalten der KlientIn als bedeutsam und welches als weniger bedeutsam angesehen werden sollte. In einigen Fällen mussten alte Kategorien modifiziert, zusammengefasst oder neu konstruiert werden, um nun „FRAME-relevante“ Aussagen zu ermöglichen (siehe dazu die entsprechenden Abschnitte des Kapitels 5).

Eine derartige Anpassung der *Therapeutenpläne*, die eine Zuordnung zu theoretisch bedeutsamen Konzepten (Spannungsverhältnisse) erleichtert hätte, erfolgte nicht. Neben dem immensen praktischen Aufwand der weiteren Neuerstellung von Kategorien und Neucodierung der Transkripte (!) spielte die wichtigste Rolle, dass im Gegensatz zur Klientenseite nur sehr wenige Kategorien theoretisch interessantes Verhalten „verschluckten“ – wie im oben beschriebenen Beispiel angeführt. Die Anzahl der damit codierten Einheiten fiel dabei kaum ins Gewicht, so dass der Autor davon ausgehen konnte, dass es zu keiner Verfälschung der Ergebnisse kam.

Aus diesen Erfahrungen kann man einerseits ableiten, dass Nachfolgestudien die hier entwickelten theoretisch verankerten methodischen Konzepte zur theoriegestützten Untersuchung nutzen sollten, um die beschriebenen Nachteile zu vermeiden. Andererseits hätte eine generelle Ablehnung explorativen Vorgehens ganz ähnliche Probleme mit sich bringen können - gerade bei der Herangehensweise an einen „neuen“ Forschungsgegenstand, für den geeignete Erfassungsmöglichkeiten erst entwickelt werden müssen: Eine von Beginn an theoriegeleitete Kategorisierung des Verhaltens hätte ebenso dazu führen können, dass für interessantes Verhalten keine relevante Kategorie vorhanden ist. Die Entwicklung der theoretischen „Brille“ durch die Beschäftigung mit dem Forschungsgegenstand und die anschließende Anwendung der daraus entwickelten methodischen Instrumente zurück auf den Gegenstand scheinen ein realistischeres Bild aufzuwerfen und Gegenstandsangemessenes Vorgehen in der Psychotherapieprozessforschung zu liefern.

Ein Problem, das den Prozess des Kategorisierens betrifft, liegt in der *Mehrfachbestimmtheit* von Verhalten: In den Grundannahmen der Plananalyse wird davon ausgegangen, dass jedes Verhalten mehreren Zielen bzw. Plänen gleichzeitig dienen kann (s. Kap. 4.6.1). Eine Möglichkeit, dieses Prinzip methodisch umzusetzen, hätte darin bestanden, dass einer Sinneinheit mehrere Plankategorien zugeordnet werden hätten können. Die hier angewandte Alternative, für jede Sinneinheit nur die Zuordnung einer Plankategorie zu erlauben, kann somit zum einen mit einem gewissen Informationsverlust verbunden sein. Zum anderen können bei mehrdeutigem Verhalten Entscheidungsschwierigkeiten für einen Plan auftreten, die die Interraterreliabilität beeinträchtigen. Die Vorteile von Mehrfachcodierungen werden jedoch von ihren Nachteilen aufgewogen: dem Sinken der Zuverlässigkeit und

dem stark erhöhten Aufwand der Codierungen und der anschließenden Analyse der Daten (Merten, 1995).

In der vorliegenden Studie wurde versucht, dem Problem der Mehrfachbestimmtheit auf mehreren Ebenen zu begegnen: Das Hinzufügen von verhaltensnahen Beschreibungen, Kodierregeln, Anker- und Abgrenzungsbeispielen erleichterte eine eindeutige Zuordnung der Kategorien. Zudem wurde eine sehr kleine zu bewertende Sinneinheit gewählt (jeder Satz), was mögliche Mehrdeutigkeiten weiter reduzierte. Die durchwegs hohen Interraterreliabilitäten (s. Kap. 5.1.2) legen nahe, dass eine gangbare Alternative gewählt wurde.

7.4 Zur qualitativen Auswertung

Während die qualitativen Schritte der Erstellung von Sinneinheiten, der Kategorisierung der Sinneinheiten und der Einschätzung der Motivationsstufe der Klientenpläne jeweils durch zwei unabhängige Rater *intersubjektiv abgesichert* wurden, ist ein fehlendes Zweitrating für die Einordnung der Therapeutenpläne in Plankomplexe zur Kritik zu stellen. Diese erfolgte rein inhaltlich-argumentativ durch den Autor: Die Kriterien wurden transparent gemacht und die Gründe für die jeweilige Zuordnung besprochen. Dabei wurde auf Eindeutigkeit geachtet, im Zweifel unterblieb eine Zuordnung zu einem Plankomplex.

Für eine Einschätzung der Therapeutenpläne hätte ein weiteres Ratingverfahren entwickelt werden müssen, das sowohl die theoretischen Grundannahmen als auch die Kriterien der Zuordnung z.B. in Form eines Markergeleiteten Verfahrens – analog zur Beurteilung der Klientenpläne mit Hilfe des FRAME – den Ratern nahe bringt. Nach einem ersten Entwurf hätte ein solches Ratingverfahren erprobt und in Feedbackschleifen durch Kritik der Anwender modifiziert werden müssen. Aus praktischen Gründen konnte dieser zeitintensive Schritt in dieser Studie nicht mehr durchgeführt werden.

7.5 Zur quantitativen Auswertung

Die quantitative Auswertung dieser Studie stützt sich auf den Vergleich der relativen Häufigkeiten unterschiedlicher Plankategorien. Diesem Vorgehen liegt die Prämisse zugrunde, dass die Häufigkeit eines Plans auch seine *Bedeutsamkeit* widerspiegelt. Eine inhaltliche Gewichtung der Bedeutsamkeit der Pläne, z.B. in Form eines Ratings, wurde nicht durchgeführt. Eine Gleichsetzung von Auftreten eines Plans und seiner Bedeutung für die Person oder den Interaktionspartner ist sicherlich zu kritisieren:

Gerade der in den meisten Fällen am häufigsten realisierte Therapeutenplan beinhaltet v.a. paraverbale Signale des aufmerksamen Zuhörens wie z.B. „Hm-hm“. Diesen kann sicher nicht die gleiche Wirkung zugesprochen werden wie eine Frage nach den Stärken der KlientIn („Wie ist Ihnen das gelungen?“) oder die Ausübung von Kritik („Da liegen Sie aber falsch!“).

Wenn auch aus forschungsökonomischen Gründen die Bedeutsamkeit der Pläne nicht in Form eines dafür entwickelten Ratings eingeschätzt wurde, konnte doch durch die theoriegestützte Beurteilung der Klienten- und Therapeutenpläne (FRAME bzw. Plankomplexe) deren Relevanz für die bestehenden Fragestellungen berücksichtigt werden. Mit Hilfe des FRAME wurden Klientenpläne, die keinen motivationsrelevanten Informationen enthielten, auch keiner Motivationsstufe zugeordnet und fielen in die Restkategorie. Auf Therapeutenseite wurden nach bestimmten Kriterien Pläne ausgesucht und theoretisch interessanten Planclustern zugewiesen. Paraverbale Signale des Zuhörens wie „Hm-hm“ wurden so für die weitere Interpretation der Ergebnisse nicht mehr berücksichtigt.

Ein weiteres Problem einer reinen Häufigkeitsanalyse besteht darin, dass gerade *seltenes, aber möglicherweise bedeutsames Verhalten* unbeachtet bleibt. Eine Vermutung nach der Beobachtung der Sitzungen bestand z.B. darin, dass in Fall G ein bestimmtes Muster sich wiederholt: Der Klient versucht mit humorvollen Bemerkungen vom Thema abzulenken. Der Therapeut reagiert darauf zunächst auch mit Humor, bevor er wieder hartnäckig zum Thema zurückkehrt. Die Häufigkeiten der dazugehörigen Pläne fallen kaum ins Gewicht. Zudem konnten die Pläne für sich auch keinen der weiteren Plancluster zugeordnet werden. Vielmehr scheint das spezifische Interaktionsmuster interessant zu sein. Hier scheint die deskriptive Statistik zu kurz zu greifen und sollte von einer Analyse des gemeinsamen kontingenten Auftretens bestimmter Pläne ergänzt werden. Vorschläge einer solchen „Mustererkennung“ werden im nächsten Kapitel 8.2 angeführt.

8. Empfehlungen für die weitere Forschung

Diese Arbeit kann auch als Vorstudie betrachtet werden, die sich der theoretischen Konzeptualisierung und der empirischen Generierung von Hypothesen zum Einfluss Therapeutischer Interaktion auf die Änderungsmotivation widmete und der sich auf dieser Grundlage weitere Untersuchungen anschließen könnten. Zum einen scheinen noch zahlreiche weitere Analysen des bereits erhobenen Datenmaterials von großem Interesse, die auch zum Teil in mehr oder weniger großem Stil während des Forschungsprojekts durchgeführt wurden, aber letztlich nicht mehr weiterverfolgt werden konnten. Zum anderen könnten Folgestudien die theoretischen Modelle und entwickelten methodischen Instrumente nutzen.

8.1 Qualitative Analyse der Interaktion zwischen Therapeuten- und Klientenplänen

Ein bereits in diesem Forschungsprojekt unternommener Versuch einer qualitativen Analyse der Interaktion zwischen Therapeuten- und Klientenplänen bestand in der Entwicklung und Anwendung eines weiteren Ratings (Fremdrating zur Interaktion von Plänen, FRIP): Ziel des Ratings war es, argumentativ gestützte Hypothesen über die Interaktion zwischen Therapeuten- und Klientenplänen zu generieren. Um eine einfache und relativ reliable Einschätzung von „Interaktion“ zu ermöglichen, mussten einige Einschränkungen vorgenommen werden: Das FRIP zielte nur auf unidirektionale Aussagen zur Interaktion; es interessierte dabei die mögliche Wirkung eines Therapeutenplans auf einen Klientenplan. Aussagen zur Rückwirkung der Klientenpläne auf die TherapeutIn wurden nicht gemacht. Des Weiteren beschränkte sich die Beurteilung der Interaktion auf drei Ausprägungen (s.u.).

Das FRIP baute auf den oben beschriebenen Schritten der Erstellung plananalytischer Kategoriensysteme und der Einschätzung der Motivationsstufe der Klientenpläne im FRAME auf (s. Kap. 4.6 & 4.7.1). Für die Einschätzung des „interaktionellen Angebots“ der TherapeutIn wurden sämtliche Plankategorien des Kategoriensystems der TherapeutIn herangezogen und in die vertikale Seite einer Matrix eingetragen (s. Tab. 8.1). Aus dem Klientenkategoriensystem wurde nur für jede Motivationsstufe der jeweils am häufigsten aufgetretene Plan selektiert, um die Praktikabilität des Ratings zu gewährleisten.

FRIP		Klientenpläne				
Fall G	Vermeide Schmutz und Kontamination (KSK)	Betone deine Belastungssituation (KBB)	Zeige dich kompetent (KZK)	Suche nach Lösungen (KL)	Zeige erwünschtes Verhalten (KZE)	Zeige Veränderungspotential (KZV)
Therapeutenpläne						
Betone Ressourcen (TR)	-	-	+	+	+	+
Binde aktiv in die Gestaltung ein (TBE)	0	-	+	+	+	+
Exploriere Fortschritte (KEF)	-	-	+	+	+	+
Exploriere sein Universum (TEZ)	-	-	+	+	0	0
Gib Recht (TGR)	0	0	+	+	0	0
Rest (R)	0	0	0	0	0	0
Sei hartnäckig und fordere heraus (THF)	-	-	+	+	0	0
Sei humorvoll (TH)	0	0	0	0	0	0
Sei kooperativ (TKO)	0	0	+	+	+	0
Sei transparent (TT)	0	0	+	+	0	0
Sichere dich ab (TS)	0	0	+	+	0	0
Strukturiere die Interaktion (TST)	-	-	+	+	0	0
Tausche Informationen aus (TIA)	0	0	0	0	0	0
Vermeide Überforderung (TVÜ)	+	+	0	-	0	0
Vermittle Sichtweisen und Erklärungen (TSE)	0	0	+	+	0	0
Versichere dich seiner Zustimmung (TVZ)	0	0	+	+	0	0
Verteidige und begründe dein Verhalten (TVB)	-	-	+	+	+	0
Zeige dich als Person (TZP)	0	0	0	0	0	0
Zeige Interesse (TZI) (+ zu KZC!)	0	0	0	0	0	0
Zeige Verständnis und Empathie (TZVE)	+	+	-	-	0	0
Zeige, dass du ihm folgst (TZF)	+	+	+	+	0	0

Tab. 8.1: Bewertung des Beziehungsangebots der Pläne des Therapeuten G im FRIP gegenüber den häufigsten Klientenplänen jeder Motivationsstufe.

Mit Hilfe des FRIP wurde versucht, die potentielle („theoretische“) Wirkung der Therapeutenpläne auf die häufigsten Klientenpläne einzuschätzen. Drei Arten des interaktionellen Angebots eines Therapeutenplans wurden unterschieden:

1) Ein + wurde dann geratet, wenn angenommen werden konnte, dass eine (alleinige) Realisierung des Therapeutenplans dazu führen würde, dass dem jeweiligen Klientenplan die Gelegenheit zur Realisierung gegeben wird. Z.B. kann angenommen werden, dass der Therapeutenplan „Binde aktiv in die Gestaltung mit ein“ potentiell dem Klientenplan „Zeige Dich engagiert“ Möglichkeit, Raum, Gelegenheit zur Realisierung bietet. Dadurch, dass die TherapeutIn versucht, die KlientIn aktiv in die Gestaltung der Therapie mit einzubeziehen, bekommt diese die Chance, ihr Engagement zu zeigen.

2) Ein - wurde dann geratet, wenn angenommen werden konnte, dass eine (alleinige) Realisierung des Therapeutenplans dazu führen würde, dass dem jeweiligen Klientenplan *gerade nicht* die Gelegenheit zur Realisierung gegeben wird. Die konsequente Realisierung des Therapeutenplans „Binde aktiv in die Gestaltung mit ein“ erschwert oder behindert eine Realisierung des Klientenplans „Lass andere für Dich sorgen“.

3) Eine 0 wurde dann geratet, wenn angenommen werden konnte, dass eine (alleinige) Realisierung des Therapeutenplans für die Realisierung des jeweiligen Klientenplans irrelevant ist. Die Realisierung des Therapeutenplans „Kläre Organisatorisches“ scheint dem Klientenplan „Zeige Dein Leiden“ weder außerordentlich viel Gelegenheit zur Realisierung zu geben, noch dessen Realisierung zu erschweren.

Zur Kodierung sollten zwei unabhängige Rater zunächst die Beschreibung des Klientenplans (incl. dazugehöriger Ankerbeispiele) genau durchlesen und anschließend die Beschreibungen des darauf zu beziehenden Therapeutenplans (incl. dazugehöriger Ankerbeispiele), um so das Verhältnis zwischen beiden kodieren zu können. Eine gute Kenntnis des Falls schien zudem für das Verständnis der Pläne sehr wichtig: Die DiplomandInnen, die bereits durch die Erstellung eines Kategoriensystems oder deren Anwendung auf Sinneinheiten sehr vertraut mit einem Fall waren, wendeten auch das FRIP für diese Fälle an. Bei Unsicherheiten sollten Beispiele aus dem Transkript zu Rate gezogen werden. Nach der Berechnung der Interraterreliabilität war für die weitere Interpretation der Daten entscheidend, bei fehlenden Übereinstimmungen zwischen den Ratern Einigungen zu erzielen. In ausgiebigen Diskussionen dazu wurden von den beteiligten Ratern Argumente für die Bewertung des Interaktionsangebots ausgetauscht, wiederum „Beweise“ in Form von in Transkripten gefundenen Beispielen gesichtet und diskutiert. Dadurch, dass aus pragmatischen Gründen die Komplexität der Interaktion auf drei mögliche Ausprägungen beschränkt werden musste, waren in manchen Fällen unterschiedliche, sogar sich widersprechende Einschätzungen plausibel. Z.B. könnte man vermuten, dass der Therapeutenplan „Informiere über die Störung“ dem Klientenplan „Suche

nach Lösungen“ Raum bietet, wenn neue Ideen angestoßen werden, oder Raum nimmt, wenn durch direktive Vorschläge eigene Reflexionen untergraben werden. Das Rating erschien in dieser Form zu aufwendig und uneindeutig. Auch die weitere Diskussion der entstandenen Datenmenge war in dieser Studie nicht bewältigbar.

Prinzipiell scheint eine Untersuchung der Interaktion der Pläne verschiedener Personen aber eine interessante Option, noch konkretere Hypothesen zu günstigen und ungünstigen Beziehungsangeboten zu generieren. Eine Möglichkeit, das Rating der Interaktion zwischen Therapeuten- und Klientenplänen zu verbessern, könnte in einer Konkretisierung und Erweiterung bestehen. Kommunikationstheorien, die die unterschiedlichen Facetten einer Botschaft berücksichtigen (Schulz von Thun, 2006), könnten dabei eine reliablere Zuordnung erleichtern.

8.2 Quantitative Analyse der Interaktion zwischen Therapeuten- und Klientenplänen

In der quantitativen Analyse dieser Studie standen die Auftretenshäufigkeiten der Pläne im Mittelpunkt. Die aufbereitenden Daten bieten allerdings auch die Möglichkeit, die direkte Abfolge zwischen bestimmten Plänen auszuwerten.

Schindler (1991) führt für die sequentielle Analyse von Beobachtungsdaten die Lag sequential analysis von Sackett (1978) und die N-Gramm-Analyse von Revenstorff, Vogel, Wegener, Hahlweg & Schindler (1980) an. Als Voraussetzung dieser Verfahren werden die alternierende Abfolge der Beobachtungsdaten der Interaktionspartner und eine genügend große Beobachtungseinheit genannt. Der grammatikalische Satz als Einheit, der in dieser Studie gewählt wurde, entspricht diesen Bedingungen gerade nicht.

Zur Analyse des überzufällig häufigen gemeinsamen Auftretens bestimmter Klienten- und Therapeutenpläne entwickelte daher Burgmayr (2009) in seiner Diplomarbeit ein eigenes computergestütztes Verfahren, das sich auf Elemente der Kontingenzanalyse (Osgood & Anderson, 1957) und der Lag Sequenz Analyse stützt. Die Fragestellungen bezogen sich dabei nicht auf die Identifizierung längerer Sequenzen, sondern auf die Erfassung der Folge *zweier* Pläne, die innerhalb eines definierten zeitlichen Rahmens hintereinander auftreten, sowie die Richtung der Reihenfolge. Von Interesse waren Therapeutenpläne, die vor und nach den vier häufigsten Klientenplänen eines Falls über- oder unterzufällig auftraten. Dazu wurden zunächst die Codes in ihrer bestehenden Reihenfolge aus den Transkripten entnommen. Die Pläne, die in den jeweils fünf folgenden Sinneinheiten des interessierenden Klientenplans K vorkamen, wurden weiter extrahiert. Trat in diesen der Klientenplan K erneut auf, wurde an dieser Stelle die Extraktion abgebrochen, um Mehrfachzählungen zu vermeiden. Das

Computerprogramm überträgt die Anzahl der nach dem Plan K auftretenden Pläne in eine Kontingenztabelle. Ein Über- oder unterzufälliges Auftreten kann nun auf Signifikanz getestet werden. Für das genaue Verfahren sei auf die Originalarbeit von Burgmayr (2009) verwiesen.

In der Diplomarbeit wird die entwickelte Methode auf der Datenbasis der ersten drei Sitzungen für vier der acht besprochenen Fälle angewandt. Eine systematische Analyse des gemeinsamen Auftretens von Therapeuten- und Klientenplänen für alle erhobenen Sitzungen aller Fälle hätte sicherlich zu interessanten weiteren Ergebnissen führen können, aber auch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

Einschränkend muss allerdings bemerkt werden, dass eine über- oder unterwahrscheinlich häufige direkte Folge zweier Pläne nicht überinterpretiert werden sollte – insbesondere wenn sehr kleine Sinneinheiten erstellt wurden. Es besteht die Gefahr die wechselseitige Beeinflussung in der Therapeutischen Interaktion als eine Art „Ping-Pong-Spiel“ zu verstehen, in der jeder Satz vom vorigen Satz des Gesprächspartners direkt ausgelöst wurde. Betrachtet man die Transkripte, wird schnell klar, dass aber „verspätete Reaktionen“ möglich sind. Auf eine Frage der TherapeutIn reagiert die KlientIn vielleicht erst mit aufmerksamen Zuhören („Hm-hm“), dann mit Nachfragen, Nachdenken und viele Sinneinheiten später erst mit der Antwort. Letztlich scheint diese Antwort sich aber auf die Frage zu beziehen, auch wenn sie nicht in den nächsten Sinneinheiten vorhanden ist.

8.3 Verlaufsanalyse auf höherem Auflösungsgrad

In dieser Studie wurden die Realisierungen von Plänen *pro Sitzung* betrachtet, um diese über den Gesamtverlauf der Therapie zu beschreiben. Eine Auswertung der Daten *innerhalb der Sitzungen* wäre m.E. ebenso von Interesse.

Intuitive Beobachtungen der Transkripte hinterließen den Eindruck, dass in erfolgreichen Therapien TherapeutInnen Pläne der Verantwortungsübergabe und Unterstützung auch auf der Ebene der Sinneinheiten sehr häufig abwechseln. Eine Zerlegung der Sitzungen in kleinere Segmente (z.B. Zeiteinheiten oder Sprechakte, s. Kap. 4.1.3) und nachfolgende Auszählung des Auftretens der Sinneinheiten könnte diesen Prozess genauer abbilden und zu präziseren Handlungsvorschlägen führen. Aufgrund der Aufbereitung der Daten in sehr kleine Sinneinheiten wäre eine solche Analyse gut möglich. Eine gemeinsame Betrachtung der Entwicklung der Klientenpläne verschiedener Motivationsstufen und der Therapeutenpläne innerhalb der Sitzung könnte ebenfalls zu noch genaueren Abbildungen des interaktiven Prozesses führen. Gassmann & Grawe (2006) konnten z.B. zeigen, dass Bemühungen der TherapeutIn, Ressourcen zu aktivieren, und tatsächlich aktivierte Ressourcen der KlientIn innerhalb des Sitzungsverlaufs korrespondierten.

Eine weitere Möglichkeit, Prozesse auf höherem Auflösungsgrad zu analysieren, bestünde in der Gegenüberstellung der „besten“ und „schlechtesten“ Episoden der untersuchten Stichprobe. Kriteriengeleitet könnten z.B. Episoden, in denen die KlientIn automatisiertes Problemverhalten und Klagen realisiert, und Episoden, in denen Entscheidungspläne und Berichte über automatisiertes Zielverhalten vorkommen, aus dem Transkript extrahiert werden und hinsichtlich der aufgetretenen Therapeutenpläne miteinander verglichen werden.

8.4 Theoriegeleitete Untersuchung weiterer Stichproben

Folgestudien könnten aber auch die hier entwickelte Methodik auf weitere und andere Stichproben anwenden. Ein Vergleich unterschiedlicher Stichproben könnte z.B. Aussagen über störungsspezifisches und störungsunabhängiges Auftreten bestimmter Klientenpläne, Plankonflikte oder Motivationsstufen liefern, sowie über die differenzielle Indikation Motivationsförderlicher Therapeutischer Beziehungsangebote. Eine theoriegeleitete Erstellung von Kategoriensystemen, die sich auf Klientenseite an den Motivationsstufen des FRAME, auf Therapeutenseite an den beschriebenen Planclustern orientiert, wäre mit weniger Aufwand verbunden und würde die beschriebenen Nachteile explorativen Vorgehens vermeiden (s. Kap. 7.3), dabei aber „neue“ interessante Verhaltensweisen unberücksichtigt lassen.

8.5 Experimentelle Studien

Diese Arbeit hatte zum Ziel, Hypothesen zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation von KlientInnen zu *generieren*. In Nachfolgestudien könnten die aufgestellten Hypothesen getestet werden. Eine Möglichkeit dazu ist, in einem experimentellen Design bestimmtes Therapeutenverhalten gezielt zu realisieren und das dabei auftretende Klientenverhalten zu erheben. Beispielsweise könnte eine Gruppe von TherapeutInnen versuchen, zwischen Verantwortungsübergebenden und unterstützenden Angeboten zu wechseln, zwei weitere Gruppen dagegen jeweils v.a. eine Seite des Spannungsverhältnisses einsetzen. Ganz ähnlich könnte ein gezielter Einsatz von Problem- oder Ressourcenfokussierenden Therapeutenplänen realisiert werden.

Selbst der kontrollierte Wechsel einer TherapeutIn innerhalb einer Sitzung zwischen der Realisierung entgegengesetzter Therapeutenpläne (s. Kap. 6.2.3.3) könnte geübt und angewendet werden, um möglicherweise bedeutsame idiographische Therapeutenvariablen kontrollieren zu können. Hier sei auf die Studie von Patterson & Forgatch (1985) verwiesen, in der TherapeutInnen nach ca. 10 Minuten zwischen einem

konfrontierenden und nicht konfrontierenden Stil abwechselten, was mit einer deutlichen Änderung der Motivation der KlientInnen assoziiert war (s.a. Kap. 3.2.5.2). Einerseits könnten Experimente dieser Art somit interessante Aussagen zu den generierten Hypothesen naturalistischer Studien machen. Eine gezielte Anwendung Therapeutischer Beziehungsangebote auf „technischer Ebene“ führt aber dann zu Einschränkungen in der Aussagekraft, wenn das Therapeutenverhalten nicht mit einer entsprechenden Therapeutischen Haltung verbunden ist und kongruent vermittelt wird (s. Kap. 3.2.3). Es konnte gezeigt werden, dass rein instrumentell angewandte Beziehungsangebote ihre Glaubwürdigkeit und Wirkung verlieren (Norcross, 2010).

Aus den angestellten Überlegungen lassen sich die großen Herausforderungen erkennen, die Forschungsbemühungen zur Therapeutischen Beziehung und zur Änderungsmotivation mit sich bringen. Nichts desto trotz erscheinen m.E. diese sehr lohnenswert, werden doch Fragen mit hoher praktischer Relevanz für das konkrete psychotherapeutische Handeln bearbeitet.

9. Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Anhand einer hoch auflösenden Beschreibung von Therapieprozessen in acht unterschiedlich erfolgreichen Einzelfällen werden Hypothesen zum Einfluss Therapeutischer Beziehungsangebote auf die Änderungsmotivation der KlientIn generiert. Änderungsmotivation wird dabei als 1) ambivalenter Zustand, 2) kontinuierlich sich verändernder Prozess, 3) individuelles, komplexes Motivamalgam und 4) interaktionistisches Konstrukt angesehen. Therapeutische Beziehungsangebote können auf den Dimensionen Verantwortung übergeben vs. Verantwortung nehmen (unterstützen, Leid anerkennen) sowie Ressourcenfokus vs. Problemfokus eingeordnet werden. Sie stellen Einladungen an die KlientIn dar, bestimmte Motive zu einem Zeitpunkt zu realisieren.

Methode: Plananalyse und Qualitative Inhaltsanalyse bilden die theoretischen und methodischen Grundlagen der Erstellung individueller Kategoriensysteme der „Motivlandschaften“ der KlientInnen und der Beziehungsangebote der TherapeutInnen. Für jeden Fall werden neun Sitzungen zu vier Zeitpunkten im Therapieverlauf kriteriengeleitet erhoben und transkribiert. Jeder Sinneinheit, d.h. jedem transkribierten grammatikalischen Satz, wird ein Plan von zwei unabhängigen Ratern zugeordnet. Jeder Klientenplan kann weiterhin einer von sechs Stufen der Veränderungsbereitschaft zugeordnet werden (1. Automatisiertes Problemverhalten, 2. Klagen, Erleben eines Problems 3. Reflektieren über Problem- und Zielverhalten, Ambivalenz, 4. Entscheiden, 5. Kontrolliertes Zielverhalten, 6. Automatisiertes Zielverhalten). Die Therapeutenpläne werden danach beurteilt, ob sie den Kriterien der Plankomplexe Verantwortungsübergabe, Unterstützung oder Anerkennung des Leids sowie Ressourcenfokus oder Problemfokus entsprechen. Eine quantitative Analyse der Auftretenshäufigkeiten der Pläne erlaubt die Daten innerhalb und zwischen den Fällen zu vergleichen.

Ergebnisse und Diskussion: Zu Therapiebeginn zeigt sich in erfolgreichen wie erfolglosen Therapien niedrige, aber ambivalente Änderungsmotivation. Während in erfolglosen Therapien die Stufen Automatisiertes Problemverhalten und Klagen während des gesamten Therapieverlaufs dominieren, weisen erfolgreiche Therapien ein charakteristisches Muster der Verschiebung bestimmter Schwerpunkte der Änderungsmotivation auf. Kontinuierliches Entscheiden und Wahrnehmen von Erfolgen und eigenen Stärken erscheinen dabei als bedeutsame Elemente.

In den erfolgreichen Fällen ziehen die TherapeutInnen die KlientInnen häufiger in die Verantwortung und halten die Gratwanderung zwischen Fordern und Fördern/Stabilisieren. In den nicht erfolgreichen Fällen nehmen die TherapeutInnen den

KlientInnen zu oft inhaltliche Arbeit ab und leiden mit, die KlientInnen werden nicht selbst für Änderung aktiv und klagen. Dieses Interaktionsmuster scheint sich bereits in den ersten Sitzungen zu etablieren und im weiteren Verlauf zu stabilisieren. Langfristig erfolgreiche Fälle unterscheiden sich zudem von erfolglosen darin, dass die TherapeutInnen den KlientInnen mehr Gelegenheit geben, eigene Erfolge und Stärken wahrzunehmen, und weniger Raum, problematische Aspekte zu vertiefen. Erfolgreiche TherapeutInnen nutzen eine Vielzahl von Beziehungsangeboten, die gleichzeitig Verantwortung übergeben und auf Ressourcen fokussieren, wechseln zwischen geduldigem, hartnäckigem Übergeben von Verantwortung und unterstützenden Angeboten ab und vermeiden ungünstige Beziehungsangebote wie Pathologisieren, Schuld geben, Widersprechen/Kritisieren, Überreden, Abnehmen der Arbeit der KlientIn und Akzeptanz fehlender Rolleneinnahme.

Literaturverzeichnis

Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*, 171-185.

Aharan, C.H., Ogilvie, R.D. & Partington, J.T. (1967). Clinical indications of motivation in alcoholic patients. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 28*, 486-492.

Anderson, H. & Goolishian, H.S. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K.J. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction*. London: Sage. (pp. 25-39).

Angelova, E. (2010). *Entwicklung von Therapiemotivation im psychotherapeutischen Prozess. Eine Analyse von vier Einzelfällen in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bamberg.

Arkowitz, H. & Miller, W.R. (2008). Learning, Applying, and Extending Motivational Interviewing. In: H. Arkowitz, H.A. Westra, W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press.

Arkowitz, H., Westra, H.A., Miller, W.R. & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press.

AuBuchon, P. G., Malatesta, V. J. (1998). Managing the therapeutic relationship in behavior therapy: The need for a case formulation. In M. Bruch & F.W. Bond (Eds.), *Beyond diagnosis: Case formulation approaches in CBT* (pp. 141-166). Chichester: John Wiley.

Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2*. Tübingen: DGVT. (S. 1195-1211).

Balkom, A.J.v., Oppen, P.v., Vermeulen, A.W., Dyck, R.v., Nauta, M.C. & Vorst, H.C. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressant, behaviour, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review, 14*, 359-381.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.

Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J.H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1*, 251-264.

Baumann, U. (Hrsg.) (1984). *Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektiven*. Göttingen: Hogrefe.

- Becker, M.H. & Rosenstock, I.M. (1984). Compliance with medical advice. In: A. Steptoe & A. Mathews (Eds.). *Health care and human behavior*. New York: Academic Press.
- Beier, E.G. & Young, D.M. (1984). *The Silent Language of Psychotherapy*. New York: Aldine de Gruyter.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In: L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp.1-62). New York: Academic Press.
- Bem, D.J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74, 183-200.
- Berg, I.K. & De Shazer, S. (1993). Wie man Zahlen zum Sprechen bringt: Die Sprache in der Therapie. *Familiendynamik*, 2, 146-162.
- Berlyne, D.E. (1974). *Konflikt, Erregung, Neugier*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beutler, L.E. & Harwood, M.T. (2000). *Prescriptive therapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Clarkin, J.F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Moleiro, C.M. & Talebi, H. (2002). Resistance. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press. (pp. 129-143).
- Bischof, N. (1989). Emotionale Verwirrungen oder: von den Schwierigkeiten im Umgang mit der Biologie. *Psychologische Rundschau*, 40, S.188-205.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bordin, E.S. (1975). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Paper vorgestellt bei der Society for Psychotherapy Research, Washington, D.C.
- Bordin, E.S., Cutler, R.I., Dittmann, A.T., Harway, N.I., Rausch, H.L. & Rigler, D. (1954). Measurement problems in process research on psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 18, 79-82.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Brogan, M.M., Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy*, 36, 105-113.
- Brosch, S. & Madjaric, D. (2007). *Pläne und Bedürfnisse bei Klienten mit der Diagnose Zwangsstörung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bamberg.

- Bruner, J.S. & Postman, L. (1951). An approach to social perception. In W. Dennis & R. Lippitt (Eds.). *Current trends in social psychology*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Bunge, M. (1967). *Scientific research I/II*. New York: Springer.
- Burgmayr, C. (2009). *Beziehungen und Kontingenz zwischen Therapeuten- und Klientenplänen in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien. Eine explorative Analyse von vier Einzelfällen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bamberg.
- Burke, B.L., Arkowitz, H. & Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: What we know so far. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.). *Motivational Interviewing: Preparing people for change. Second Edition*. New York: Guilford Press. (pp. 217-250).
- Cannon, W.B. (1939). *The Wisdom of the Body*. New York: Norton.
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Zweite überarbeitete Auflage*. Bern: Hans Huber.
- Caspar, F. (2005). Therapeut/ Therapeutin und die Therapiebeziehung. In J. Kosfelder, J. Michalak, S. Vocks & U. Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S.265-279). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. 3. Auflage*. Bern: Hans Huber.
- Caspar, F. (2008). 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*. Tübingen: DGVT. (S. 527-558).
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary Therapeutic Relationship: Therapist Behavior, Interpersonal Patterns, and Therapeutic Effects. *Psychotherapy Research*, 15, 1-10.
- Chalmers, A.F. (1999). *Wege der Wissenschaft. Einführung in die Wissenschaftstheorie*. Berlin: Springer.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A. & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

Chess, S.B., Neuringer, C. & Goldstein, G. (1971). Arousal and field dependence in alcoholics. *Journal of General Psychology*, 85, 93-102.

Clancy, J. (1961). Procrastination: A defense against sobriety. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 269-276.

Creed, T.A. & Kendall, P.C. (2005). Therapist alliance-building behaviour within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 498-505.

Davies, P. (1981). Expectations and therapeutic practices in outpatient clinics for alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 76, 159-173.

De Jong, P. & Berg, I.K. (2008). *Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

De Moor, W. & Croon, M. (1987). The initial motivation - attitudes - expectancy profile of clients in psychotherapy: A psychometric study. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 3-14.

De Shazer, S. (1984). The Death of Resistance. *Family Process*, 23 (1), 11-17.

De Shazer, S. (1996). „...Worte waren ursprünglich Zauber.“ *Lösungsorientierte Therapie in Theorie und Praxis*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

De Shazer, S. (2002). Sinn stiftende Verfahren, *Familiendynamik*, 28 (1), 95-108.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

DiCicco, L., Unterberger, H. & Mack, J.E. (1978). Confronting denial: An alcoholism intervention strategy. *Psychiatric Annals*, 8, 596-606.

Dollard, J. & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw Hill.

Donovan, D.M., Rohsenow, D.J., Schau, E.J. & O'Leary, M.R. (1977). Defensive style in alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 465-470.

Dörner, D. & Schaub, H. (1998): *Das Leben von PSI. Über das Zusammenspiel von Kognition, Emotion und Motivation - oder: Eine einfache Theorie für komplizierte Verhaltensweisen*. Memorandum Lehrstuhl Psychologie II Universität Bamberg, 2,27.

Dörner, D. (1996). Eine Systemtheorie der Motivation. In: J. Kuhl, J. H. Heckhausen, H. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie: Motivationspsychologie*. Göttingen: Hogrefe. (S. 329-357).

Dörner, D. (1999a). *Bauplan für eine Seele*. Hamburg: Rowohlt.

- Dörner, D. (1999b). *Psychologie der Motivation*. Vorlesung an der Universität Bamberg.
- Drieschner, K.H. Lammers, S.M.M & van der Staak, C.P.F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Eckert, J. (2008). Empathie. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1*. Tübingen: DGVT. (S. 435-455).
- Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R. & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030.
- Engle, D.E. & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in Psychotherapy. Facilitating Readiness to Change*. New York: The Guilford Press.
- Erickson, M.H. (1967). Special Techniques of Brief Hypnotherapy. In: J. Haley (Ed.). *Advances Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune & Stratton.
- Fiedler, P. (2010). *Verhaltenstherapie – mon amour. Mythos Fiktion Wirklichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Fiedler, P. (2003). Eine Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie*, 8 (1), 258-270.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1*. Tübingen: DGVT (S. 457-489).
- Finlay, D.G. (1977). Changing problem drinkers. *Social Work Research and Abstracts*, 13 (4), 30-37.
- Fiske, D.W. (1977). Methodological issues in research on the psychotherapist. In: A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.). *Effective psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Flick, U. (1987). Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In: J.B. Bergold & U. Flick (Hrsg.). *Ein-Sichten*. Tübingen: DGVT:
- Foa, E.B., Grayson, J.B., Steketee, G.S., Doppelt, H.G., Turner, R.M. & Latimer, P.R. (1983). Success and failure in the behavioural treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 287-297.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Huppert, J.D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A.B., Blair Simpson, H. & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention,

clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.

Foppa, K. (1984). Operationalisierung und der empirische Gehalt psychologischer Theorien. *Psychologische Beiträge*, 26, 539-551.

Ford, M.E. (1992). *Motivating humans. Goals, emotions, and personal agency beliefs*. London: Sage.

Fox, R. (1967). A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism. *American Journal of Psychotherapy*, 123, 769-778.

Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version – Manual. 2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Freud, S. (1905/1942). Über Psychotherapie. *Gesammelte Werke*. Band 5. London: Imago. (S.13.26).

Gassmann, D. & Grawe, K. (2006). General Change Mechanisms: The Relation Between Problem Activation and Resource Activation in Successful and Unsuccessful Therapeutic Interactions. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, pp. 1 – 11.

Gehring, U. (2008). *Motivierende Gesprächsführung*. Workshop am Centrum für Integrative Psychotherapie CIP Bamberg.

Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.

George, E., Iveson, C. & Ratner, H. (2006). *Problem to solution: Brief therapy with individuals and families*. London: BT Press.

Gibbs, L. & Flanagan, J. (1977). Prognostic indicators of alcoholism treatment outcome. *The International Journal of the Addictions*, 12, 1097-1141.

Gillis, L.S. & Keet, M. (1969). Prognostic factors and treatment results in hospitalized alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 426-437.

Gingerich, W.J. & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.

Gmelch, M. (2007). *Leitfaden zur Prozessanalyse Psychotherapeutischer Sitzungen mit Hilfe der Plananalyse*. Unveröffentlichtes Forschungsmanual. Universität Bamberg.

Gmelch, M. (2009). *Fremdrating der Motivationsentwicklung FRAME*. Unveröffentlichtes Forschungsmanual. Universität Bamberg.

- Grawe, K. & Caspar, F. (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In U. Baumann (Hrsg.). *Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektiven*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Dziewas, H. (1978). Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Partnerberatung*, 3, 188-204.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1-7.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 216- 243). München: Gerhard Röttger.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132 – 162.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 287-376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, (1), 4-9.
- Greenberg, L.S.& Pinsoff, W.M. (1986). *The psychotherapeutic process*. New York: Guilford Press.
- Grimley, D., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Blais, L.M. & DiClemente, C.C. (1994). The transtheoretical model of change. In: T.M. Brinthaupt & R.P. Lipka (Eds.). *Changing the self: Philosophies, techniques, and experiences. SUNY series, studying the self*. Albany, NY: State University of New York Press. (pp. 201-227).
- Groeben, N. & Westmeyer, H. (1975). *Kriterien psychologischer Forschung*. München: Juventa.
- Grosse Holtforth, M. & Castonguay, L.G. (2005). Relationship and techniques in cognitive-behavioral therapy – a motivational approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 443-455.
- Grosse Holtforth, M. G., Grawe, K. & Tamcan Ö. (2004). *Inkongruenzfragebogen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Guterman, J.T. (1996). Doing mental health counseling: A social constructionist revision. *Journal of Mental Health Counseling*, 18, 228-252.

- Haley, J. (1967). Commentary on the Writings of Milton H. Erickson, M.D. In: J. Haley (Ed.). *Advances Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy*. New York: Norton.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln: Lehrbuch der Motivationspsychologie*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P.M. & Weinert, F.E. (Hrsg.). (1987). *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Heigl, F. (1972). *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heinze, Th. (1987). *Qualitative Sozialforschung: Erfahrungen, Probleme und Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Henrich, G. & Herschbach, P. (1998). *FLZ Fragen zur Lebenszufriedenheit Module. Kurzbeschreibung. Normdaten*. München.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1*. Tübingen: DGVT. (15-107).
- Hersen, M. & Barlow, D.H. (1976). *Single case and experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon.
- Hill, C.E. & Lambert, M.J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In: M.J. Lambert (Ed.). *Bergin And Garfield's Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change. Fifth Edition*. New York: John Wiley & Sons.
- Hill, C.E. & O'Brien, K.M. (1999). *Helping Skills. Facilitating Exploration, Insight, and Action*. Washington DC: American Psychological Association.
- Horn, N. (2009). *Zum Verlauf der Änderungsmotivation bei Klienten mit Zwängen. Eine Analyse von Einzelfällen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bamberg.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). *The alliance*. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press. (pp. 37-69).
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2008). Die therapeutische Allianz. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1*. Tübingen: DGVT. (S. 279-341).
- Horvath, A.O. & Marx, R.W. (1991). The development and decay of the working alliance during time-limited counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 24, 240-259.

Huber, H.P. (1973). *Psychometrische Einzelfalldiagnostik*. Weinheim: Beltz.

Huf, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Beltz.

Jones, E.E. & Nisbett, R.E. (1972). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior. In: E.E. Jones, D.E. Kenhouse, H.H. Cellay, R.E. Nisbett, S. Wellins & B. Weiner (Eds.). *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, N.J.: General Learning Press. (pp. 79-94).

Kaimer, P. (1995). Lösungsfokussiert zuerst! Ein Vorschlag. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 27 (3), 389 -404.

Kaimer, P. (1999). Lösungsfokussierte Therapie. *Psychotherapie Forum*, 7, 8-20.

Kaimer, P. (2003). Story Dealer - ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von Psychotherapeut/inn/en. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.). *Ressourcen - Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT. (S. 61-80).

Kaimer, P., Reinecker, H. & Schindler, L. (1989). Interaktionsmuster von Klient und Therapeut bei zwei unterschiedlich erfolgreich behandelten Fällen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28, 80-92.

Kanfer, F.H. & Phillips, J.S. (1975). *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Kindler.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2000). *Selbstmanagementtherapie*. 3. Auflage. Berlin: Springer.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagementtherapie*. 4. Auflage. Berlin: Springer.

Kant, I. (1781, 1986). *Kritik der reinen Vernunft*. Ditzingen: Reclam.

Karno, M.P. & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 262-267.

Kazantzis, N., Deane, F.P. & Ronan, K.R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioural therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189-202.

Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., Hoogduin, C.A.L., Hoogsteyns, B. & de Kemp, E.C.M. (1999). Preliminary results of a new instrument to assess patient motivation for treatment in cognitive-behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 165-179.

- Keller, S., Velicer, W.F. & Prochaska, J.O. (1999). Das Transtheoretische Modell – eine Übersicht. In: S. Keller (Hrsg.). *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg i.B.: Lambertus. (S. 17-44).
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-36.
- Kiesler, D.J. (1971). Patient experiencing and successful outcome in individual psychotherapy of schizophrenics and psychoneurotics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 370-385.
- Kilpatrick, D.G., Roitzsch, J.C., Best, C.L., McAlhany, D.A., Sturgis, E.T. & Miller, W.C. (1978). Treatment goal preference and problem perception of chronic alcoholics: Behavioral and personality correlates. *Addictive Behaviors*, 3, 107-116.
- Kim, J. (2006). *Examining the effects of solution-focused brief therapy: A meta-analysis using random effects modelling*. Univ. Promotion, University of Texas, Austin.
- Kleinginna, P.R. & Kleinginna, A.M. (1981). A Categorized List of Motivation Definitions, with a Suggestion for a Consensual Definition. *Motivation and Emotion*, 5 (3), 263-291.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1: Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kuhn, T. S. (1967). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lakatos, A. & Reinecker, H. (2007). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Lakatos, I. (1974). Falsifikation und die Methodologie wissenschaftlicher Forschungsprogramme. In: I. Lakatos & A. Musgrave (Hrsg.). *Kritik und Erkenntnisfortschritt*. Braunschweig: Vieweg.
- 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*. Tübingen: DGVT. (S.109-139).
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change (5th edition)*. New York: Wiley. (pp.139-193).
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books. (pp. 9-129).

- Lambert, M.J. (2005). Enhancing psychotherapy outcome through feedback. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 141-217.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage*. Weinheim: Beltz PVU.
- Landis, J.R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Leake, G.J. & King, A.S. (1977). Effect of counselor expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health and Research World*, 11 (3), 16-22.
- Levins, R. (1968). *Evolution in changing environments: Some theoretical explorations*. Princeton: Princeton University Press.
- Lewis, T.F. & Osborn, C.J. (2004). Solution-Focused Counseling and Motivational Interviewing: A Consideration of Confluence. *Journal of Counseling & Development*, 82, 38-48.
- Lieb, H. (1998). „Persönlichkeitsstörung“ Kritik eines widersinnigen Konzepts. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Linehan, M.M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Llewelyn, S. & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Luborsky, L. (1971). Perennial mystery of poor agreement among criteria for psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 316-319.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes?” *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Madsen, K.B. (1974). *Modern Theories of Motivation*. Kopenhagen: Munksgaard.
- Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. New York: Wiley.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1989). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Marmar, C.R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz PVU.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage*. Weinheim: Beltz.

- Meichenbaum, D. & Turk, D.C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten – ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen*. Ulmer Textbank.
- Merten, K. (1995). *Inhaltsanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Merton, R.K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *The Antioch Review*, 8, 193-210.
- Miller, G.A., Galanter, E. & Pribram, K.H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R. & Brown, G.S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 199-208.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change (2nd edition)*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i.B.: Lambertus.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for Treatment: A Review with Special Emphasis on Alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98 (1), 84-107.
- Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 455-461.
- Miller, W.R., Taylor, C.A. & West, J.C. (1980). Focused versus broad-spectrum behaviour therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Moore, R.A. (1971). Alcoholism treatment in private hospitals: A national survey. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 1083-1085.
- Moore, R.C. & Murphy, T.C. (1961). Denial of alcoholism as an obstacle to recovery. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 597-609.
- Nathan, P.E. & Gorman, J.M. (2007). *A Guide to Treatments That Work*. 3rd edition. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (Eds.) (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. 2nd edition. Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.

- Norcross, J.C. (2010). The Therapeutic Relationship. In: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (Eds.) *The Heart and Soul of Change*. Second Edition. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Ockene, J. Kristellar, J., Ockene, I. & Goldberg, R. (1992). Smoking cessation and severity of illness. *Health Psychology, 11*, 119-126.
- Orford, J. & Hawker, A. (1974). An investigation of an alcoholism rehabilitation halfway house: II. The complex question of client motivation. *British Journal of Addiction, 69*, 315-323.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of Psychotherapy And Behavior Change. Second Edition*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4th edition*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Chance. In: M.J. Lambert (Ed.). *Bergin And Garfield's Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change. Fifth Edition*. New York: John Wiley & Sons.
- Osgood, C.E. & Anderson, L. (1957). Certain Relations Among Experienced Contingencies, Associative Structure And Contingencies in Encoded Messages. *American Journal of Psychology, 70*, 411-420.
- Pachankis, J.E. & Goldfried, M.R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review 27*, 760-768.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behaviour as a determinant for client non-compliance: A paradox for the behaviour modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 846-651.
- Paul, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 109-18.
- Petermann, F. (1982). *Einzelfalldiagnose und klinische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F. (1996). *Einzelfallanalyse. 3. Auflage*. München: Oldenbourg.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation: Grundlagen und Anwendungen in der Suchttherapie*. Weinheim: PVU.
- Piaget, J. (1946). *Psychologie der Intelligenz. 2. Auflage*. Zürich: Rascher.

- Popper, K.R. (1934). *Logik der Forschung*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (2005). The Transtheoretical Approach. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.). *Handbook of Psychotherapy Integration. 2nd edition*. Oxford University Press.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (2002). Stages of Change. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press. (pp. 303-313).
- Prochaska, J.O. (2001). Wie Menschen es schaffen, sich zu ändern, und wie wir noch mehr Menschen dabei unterstützen können In: Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Hrsg.) (2001). *So wirkt Psychotherapie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F., Gimpil, S. & Norcross, J. C. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors, 10*, 395-406.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Guadagnoli, E., Rossi, J.S. & DiClemente, C.C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research, 26*, 83-107.
- Pütz, A. (1980). *Therapiemotivation und Selbstkontrolle*. Frankfurt a. M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Radebold, H. (1990). Zur Indikationsstellung der Psychotherapie bei über 50-60jährigen. In: W. Schneider (Hrsg.). *Indikationen zur Psychotherapie: Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme*. Weinheim: Beltz. (S. 115-132).
- Ramsay, R.W. (1975). Research on anxiety and phobic reactions. In: Ch. D. Spielberger & I.G. Sarason (Eds.). *Stress and anxiety*. Washington D.C.: Hemisphere. (pp.95-111).
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology, 9*, 1-25.
- Rauchfleisch, U. (1990). Probleme der Indikationsstellung für eine psychoanalytische Psychotherapie von Delinquenten. In: W. Schneider (Hrsg.). *Indikationen zur Psychotherapie: Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme*. Weinheim: Beltz. (S. 81-99).
- Reimer, C. (1990). Probleme der Indikationsstellung zur Psychotherapie bei Patienten mit Suizidversuch. In: W. Schneider (Hrsg.). *Indikationen zur Psychotherapie: Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme*. Weinheim: Beltz. (S. 101-113).

- Reinecker, H. & Fiedler, P. (Hrsg.) (1997). *Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst.
- Reinecker, H. (1984). Prozesstheorien: Verhaltensorientierte Modelle. In U. Baumann (Hrsg.): *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen: Hogrefe. (S. 159-176).
- Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Reinecker, H. (1999). (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Reinecker, H. (1999). Einzelfallanalyse. In: Roth, E. & Holling, H. (Hrsg.). *Sozialwissenschaftliche Methoden*. 5. Auflage. Wien: Oldenbourg.
- Reinecker, H. (2005). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. 3. Auflage. Weinheim: Beltz PVU.
- Reinecker, H. (2009). *Zwangshandlungen und Zwangsgedanken*. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Revenstorf, D., Vogel, B., Wegener, C., Hahlweg, K. & Schindler, L. (1980). Escalation phenomena in interaction sequences: An empirical comparison of distressed and non-distressed couples. *Behavioral Analysis and Modification*, 4, 97-115.
- Rice, L.N. & Kerr, G.P. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. In L.S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.). *The psychotherapeutic process: A Research handbook* New York: Guilford. (pp.73-105).
- Rogers, C.R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln. GwG.
- Rogers, C.R. & Dymond, R.F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rohracher, H. (1987). *Einführung in die Psychologie*. 13. Auflage. Weinheim: PVU.
- Rosen, C.S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health psychology*, 19, 593-604.
- Rosenbaum, R.L. & Horowitz, M.J. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20 (3), 346-354.
- Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rosenthal, R. (1976). *Experimenter effects in behavioural research*. New York: Irvington.

- Rosenwald, G.C. (1988). A theory of multiple case research. *Journal of Personality*, 56, 239-264.
- Rustemeyer, R (1992). *Praktisch-methodische Schritte der Inhaltsanalyse. Eine Einführung am Beispiel der Analyse von Interviewtexten*. Münster: Aschendorff.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sackett, G. (1978). The lag sequential analysis of contingency and cyclicity in behavioral interaction research. In: J. Osofsky (Ed.). *Handbook of infant development*. New York: Wiley.
- Safran, J.D., Muran, J.C. & Samstag, L.W. (1994). Resolving therapeutic ruptures: A task analytic investigation. In: A. O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.). *The working alliance. Theory, research and practice*. New York: Wiley. (pp. 225-255).
- Salkovskis, P.M. (2002). Empirically grounded clinical interventions: cognitive-behavioural therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 3-9.
- Schäfer, B. (2007). *Therapiemotivation und Motivierende Gesprächsführung in der Selbstmanagement-Therapie. Eine Analyse der therapeutischen Interaktion an vier Einzelfällen*. Diplomarbeit an der Universität Bamberg.
- Schiepek, G., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K. & Strunk, G. (1995). Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. *Psychotherapie Forum* (3), 1-17.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Schindler, L. (1996). Prozessforschung. In: *Enzyklopädie der Psychologie. Klinische Psychologie*. Göttingen: Hogrefe .
- Schirnding v., A. (1975). Überlegungen zur Motivation des Psychotherapie-Patienten. *Praxis der Psychotherapie*, 20, 132-140.
- Schneider, W. (1990). Die Psychotherapiemotivation – Behandlungsvoraussetzung oder ein zu vernachlässigendes Konstrukt. In: W. Schneider (Hrsg.). *Indikation zur Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme*. Weinheim: Beltz. (S. 183-201).
- Schorer, C.G. (1965). Defiance and healing. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 184-190.
- Schulz von Thun, F. (2006). *Miteinander reden. Störungen und Klärungen*. Reinbek: Rowohlt.
- Skinner, B.F. (1963). Behaviorism at fifty. *Science*, 140, 851-958.

- Skinner, H.A. & Allen, B.A. (1983). Differential assessment of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 852-862.
- Smith, E., Regli, D. & Grawe, K. (1999). Wenn Therapie weh tut – Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 227-251.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Snow, M.G., Prochaska, J.O. & Rossi, J.S. (1992). Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: A cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse*, 4, 107-116.
- Spielvogel, A. (2008). *Die maßgeschneiderte Beziehung: Eine einzelfallanalytische Untersuchung zur Komplementarität der Therapeutenpläne in erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapien*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bamberg.
- Stafford, R.A. (1982). Locus of drinking problems as perceived by alcoholics and treatment personnel. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 593-598.
- Stiles, B. (2007). *Theory-Building Based On Case Studies*. Presentation at the SPR-Europe Research Methods Workshop, Bern, 2007.
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. London: Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (2005). What qualifies as research on which to judge effective practice? In J.C. Norcross, L.E. Beutler & R.F. Levant (eds.). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M. & Sloan, W.W. Jr. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A. & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Strauss, B.M. & Kächele, H. (1998). The writing on the wall – Comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, 158-170.
- Strehse, J. (1996). *Die evaluative Komponente in der Interaktion. Ein Vergleich Lösungsorientierter und Kognitiver Verhaltenstherapie*. Diplomarbeit an der Ruhr-Universität Bochum.

- Stucki, C. (2008) Motivorientierte Beziehungsgestaltung – Konsistenztheoretischer und neuropsychotherapeutischer Hintergrund, Anforderungen und Handlungsanweisungen für Therapeuten. In: M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1*. Tübingen: DGVT. (S.559-577).
- Tolin, D.F. & Maltby, N. (2008). Motivating Treatment-Refusing Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. In: H. Arkowitz, H.A. Westra, W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press.
- Tryon, G.S. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press. (pp.109-125).
- Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Therapievariablen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Velicer, W. F., Fava, J. L., Prochaska, J. O., Abrams., D. B., Emmons, K. M., & Pierce, J. P. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, 24, 401-411.
- Walach, H. (2005). *Psychologie. Wissenschaftstheorie, philosophische Grundlagen und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wanberg, K.W. & Jones, E. (1973). Initial contact and admission of persons requesting treatment for alcohol problems. *British Journal of Addictions*, 68, 281-285.
- Westmeyer, H. (1996). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Einzelfallanalyse. In: Petermann, F. *Einzelfallanalyse. 3. Auflage*. München: Oldenbourg.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton & Company.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Willutzki, U., Neumann, B., Haas, H., Koban, C. & Schulte, D. (2004). Zur Psychotherapie sozialer Ängste: Kognitive Verhaltenstherapie im Vergleich zu einem kombiniert ressourcenorientierten Vorgehen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (1), 42-50.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.

Wittgenstein, L. (1968). *Philosophische Untersuchungen*. Schriften Band I. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Wittgenstein, L. (1982). *Bemerkungen über die Philosophie der Psychologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus-Verlag.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.