

Titel

**ERKENNTNISGEWINN IN DER
PSYCHOTHERAPIE-PROZESSFORSCHUNG MIT
EINER SEQUENZ VON EINZELFALLANALYSEN**

Demonstriert an einem Vergleich
von zwei Psychoanalysen,
drei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und
zwei kognitiven Verhaltenstherapien

Inaugural-Dissertation

**in der Fakultät Pädagogik, Philosophie, Psychologie
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg**

vorgelegt von

Tobias Brandl

aus Berlin-Wilmersdorf

Bamberg, den 17.11.2005

Tag der mündlichen Prüfung: 05.07.2006

Dekan: Universitätsprofessor Dr. Max Peter Baumann

Erstgutachter: Apl. Professor Dr. Ludwig Schindler

Zweitgutachter: Universitätsprofessor Dr. Hans Reinecker

Danksagung

Ich möchte mich bei allen Freunden und Kollegen bedanken, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt Ludwig Schindler, Dorothea Huber und Sebastian Brandl, deren wertvolle Anregungen und persönlicher Zuspruch sehr zum Gelingen des Projekts beigetragen haben.

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS.....	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VII
1 EINLEITUNG	1
1.1 ZIEL UND AUFBAU DER ARBEIT	1
1.2 DER BEOBACHTUNGSBEGRIFF DER ARBEIT	3
2 BEOBACHTUNGEN IN DER PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG.....	7
2.1 INHALTLICHE UNTERSCHIEDUNGEN: WAS WIRD UNTERSUCHT?	8
2.1.1 Psychotherapie vs. Nicht-Psychotherapie.....	8
2.1.2 Gestört / krank vs. normal / gesund	11
2.1.3 Erfolg vs. Misserfolg.....	13
2.1.4 Empirische Wissenschaft vs. klinische Praxis.....	16
2.1.5 Ergebnis- vs. Prozessforschung	20
2.1.6 Spezifische vs. unspezifische Wirkfaktoren	22
2.1.7 Technik vs. Beziehung	24
2.1.8 Explorative vs. theoriegeleitete Prozessforschung	28
2.2 METHODISCHE UNTERSCHIEDUNGEN: WIE WIRD UNTERSUCHT?	30
2.2.1 Interne vs. externe Validität.....	31
2.2.2 Feldstudie vs. Experiment.....	32
2.2.3 Einzelfall- vs. Gruppenanalyse.....	34
2.2.3.1 Gruppenanalysen.....	34
2.2.3.2 Einzelfallanalyse	36
2.2.4 Datenquellen und Untersuchungsinstrumente	39
2.2.5 Systematische Verhaltensbeobachtung.....	41
2.2.5.1 Methodische Aspekte der systematischen Verhaltensbeobachtung	42
2.2.5.2 Überblick über verschiedene Beobachtungssysteme.....	44
2.2.5.2.1 Beurteilung von ganzen Stunden oder zeitlichen Abschnitten.....	45
2.2.5.2.2 Allgemeine Kategorisierung von umschriebenen Verhaltensweisen	47
2.2.5.2.3 Kategorisierung spezifischer Interventionen.....	49
2.2.5.2.4 Das computergestützte System von Mergenthaler	50
2.2.5.3 Auswertung von Beobachtungsdaten	51
2.2.5.3.1 Häufigkeitsstatistik.....	51
2.2.5.3.2 Zeitreihenanalysen – Markoff-Modelle.....	51
2.3 EMPIRISCH BESTIMMTE UNTERSCHIEDUNGEN: WELCHE BEFUNDE LIEGEN VOR?	54
2.3.1 Ist Psychotherapie erfolgreich?.....	55
2.3.2 Passiert in unterschiedlichen Psychotherapien wirklich Unterschiedliches? .	57

2.3.3	Merkmale der Interaktion zwischen Therapeut und Patient	63
2.3.4	Befunde der Prozess-Ergebnis-Forschung	70
2.3.5	Allgemeine integrative Psychotherapie-Modelle.....	75
2.3.5.1	Das ‚Generic Model of Psychotherapy‘ von Orlinsky und Mitarbeitern.....	76
2.3.5.2	Die allgemeine Psychotherapie von Grawe	79
2.4	ZUSAMMENFASSUNG – UNTERSCHIEDUNGEN IM ÜBERBLICK.....	86
3	ERKENNTNISGEWINN MIT EINER SEQUENZ VON EINZELFALLANALYSEN – EIN FORSCHUNGSANSATZ	88
4	EINE SEQUENZ VON SIEBEN EINZELFALLANALYSEN – ERKENNTNISINTERESSEN UND METHODEN	91
4.1	ERKENNTNISINTERESSEN UND FRAGESTELLUNGEN.....	91
4.2	RELEVANTE UNTERSCHIEDUNGEN	94
4.2.1	Behandelte Störung – Depression	94
4.2.2	Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	97
4.2.2.1	Erklärung und Behandlung von Depressionen mit PA und TFP	99
4.2.3	Kognitive Verhaltenstherapie	102
4.2.3.1	Erklärung und Behandlung von Depressionen mit KVT.....	103
4.2.4	Vergleich der drei Ansätze	106
4.3	UNTERSUCHUNGSINSTRUMENT – BEOBACHTUNGSSYSTEM.....	109
4.3.1	Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie	109
4.3.2	Multidimensionale Erweiterung des CIP.....	112
4.3.3	Beobachter und Reliabilität	116
4.4	DATENAUSWERTUNG UND DEFINITION VON WERTEN	117
4.5	AUSWAHL UND BESCHREIBUNG DER FÄLLE	121
4.5.1	Münchener-Psychotherapie-Studie	121
4.5.2	Erfolgs- und Veränderungsbestimmung.....	123
4.5.3	Auswahl und Beschreibung der sieben Fälle	124
4.6	ZUSAMMENFASSENDE BESCHREIBUNG DER EMPIRISCHEN STUDIE	127
5	EINE SEQUENZ VON SIEBEN EINZELFALLANALYSEN – ERGEBNISSE	129
5.1	ANALYSE DES ERSTEN FALLS – PSYCHOANALYSE (1PA)	129
5.1.1	Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 1PA.....	129
5.1.2	Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 1PA.....	130
5.1.3	Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 1PA	136
5.2	ANALYSE DES ZWEITEN FALLS – TIEFENPSYCHOLOGISCHE THERAPIE (2TFP)	139
5.2.1	Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 2TFP	139
5.2.2	Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 2TFP.....	140
5.2.3	Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 2TFP	146
5.3	ANALYSE DES DRITTEN FALLS – TIEFENPSYCHOLOGISCHE THERAPIE (3TFP).....	148

5.3.1	Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 3TFP	148
5.3.2	Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 3TFP	149
5.3.3	Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 3TFP	155
5.4	ANALYSE DES VIERTEN FALLS – TIEFENPSYCHOLOGISCHE THERAPIE (4TFP).....	157
5.4.1	Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 4TFP.....	157
5.4.2	Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 4TFP	158
5.4.3	Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 4TFP	164
5.5	ANALYSE DES FÜNFTEN FALLS – PSYCHOANALYSE (5PA)	166
5.5.1	Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 5PA.....	166
5.5.2	Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 5PA	167
5.5.3	Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 5PA.....	173
5.6	ANALYSE DES SECHSTEN FALLS – KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE (6KVT).....	175
5.6.1	Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 6KVT	175
5.6.2	Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 6KVT	176
5.6.3	Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 6KVT.....	183
5.7	ANALYSE DES SIEBTEN FALLS – KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE (7KVT)	185
5.7.1	Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 7KVT	185
5.7.2	Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 7KVT	186
5.7.3	Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 7KVT.....	194
6	INTEGRATION DER ERGEBNISSE: UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN DER SIEBEN EINZELFÄLLE	195
6.1	DESKRIPTIVE BETRACHTUNG	195
6.2	VERGLEICHE INNERHALB UND ZWISCHEN DEN THERAPIEMETHODEN.....	205
7	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	210
7.1	BEZUG ZU GRUNDLEGENDEN FRAGEN DER PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG UND DEN BEFUNDEN ANDERER STUDIEN.....	210
7.2	AUSBLICK AUF WEITERFÜHRENDE STUDIEN.....	216
8	DISKUSSION DES FORSCHUNGSANSATZES.....	219
8.1	DAS BEOBACHTUNGSSYSTEM M-CIP	219
8.2	VALIDITÄT DES ERKENNTNISGEWINNS MIT EINER SEQUENZ VON EINZELFALLANALYSEN.....	221
9	ZUSAMMENFASSUNG.....	226
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	228
	ANHANG A: KURZ-DEFINITIONEN DER KATEGORIEN DES M-CIP.....	248
	ANHANG B: ÜBERGANGSWAHRSCHEINLICHKEITEN.....	254

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Relative und absolute Häufigkeiten der CIP-Überkategorien bei verschiedenen Fällen	69
Tabelle 2: Überblick über die Kategorien des CIP	110
Tabelle 3: Überblick über die Dimensionen und Kategorien des M-CIP	113
Tabelle 4: Eine mit dem M-CIP codierte Interaktionssequenz	115
Tabelle 5: Mittelwert und Standardabweichung der Messinstrumente in der MPS-Gesamtstichprobe bei der Prä-Messung	124
Tabelle 6: Umfang der Therapien und soziodemographische Daten der Beteiligten	125
Tabelle 7: Prä- und Post-Messungen der untersuchten Therapien	125
Tabelle 8: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 1PA	131
Tabelle 9: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 1PA, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke.....	133
Tabelle 10: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 1PA.....	135
Tabelle 11: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 2TFP	141
Tabelle 12: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 2TFP, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke.....	143
Tabelle 13: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 2TFP.....	145
Tabelle 14: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 3TFP	150
Tabelle 15: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 3TFP, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke.....	152
Tabelle 16: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 3TFP.....	154
Tabelle 17: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 4TFP	159
Tabelle 18: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 4TFP, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke.....	161
Tabelle 19: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 4TFP.....	163
Tabelle 20: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 5PA	168
Tabelle 21: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 5PA, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke.....	170
Tabelle 22: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 5PA.....	172
Tabelle 23: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 6KVT	177
Tabelle 24: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 6KVT, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke.....	180
Tabelle 25: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 6KVT	182
Tabelle 26: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 7KVT	187

Tabelle 27: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 7KVT, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke	191
Tabelle 28: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 7VT	192
Tabelle 29: Hochrechnung der Häufigkeiten der CIP-Überkategorien auf die Gesamtzahl der Therapiestunden.....	197
Tabelle 30: Werte zur Gesprächsdominanz und zur thematischen Dominanz	200
Tabelle 31: Prozentualer Anteil der Kategorien des Zeitbezugs.....	201
Tabelle 32: Prozentuale Verteilung der Ressourcen- vs. Problemorientierung und der Skalen-Werte	202
Tabelle 33: Prozentuale Verteilung der Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung und der Skalen-Wert	203
Tabelle 34: Vertiefende Analysen der Klassifikationen des Therapeuten	204
Tabelle 35: Vertiefende Analysen der Einsichten des Patienten.....	204
Tabelle 36: Überblick über die Z-Summenwerte der Fall-Vergleiche: Therapeut/Patient....	206

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des ‚Generic Model of Psychotherapy‘	78
Abbildung 2: Vierfelderschema zur Darstellung der Wirkfaktorenkombinationen	81
Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von der KVT aus der Studie von Kaimer et al. (1989) und 1PA	132
Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA und 2TFP	142
Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFP und 3TFP...	151
Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFP, 3TFP und 4TFP.....	160
Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFP, 3TFP, 4TFP und 5PA.....	169
Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFP, 3TFP, 4TFP, 5PA und 6KVT	178
Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien für die sieben analysierten Fälle	188
Abbildung 10: Häufigkeit der CIP- Überkategorien für die sieben analysierten Fälle	196

Abkürzungsverzeichnis

BRD	Bundesrepublik Deutschland
bzgl.	bezüglich
ES	Effektstärke
d.h.	das heißt
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
M	Mittelwert
MPS	Münchener Psychotherapiestudie
PA	Psychoanalyse
TFP	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
usw.	und so weiter
S.	Seite
SD	Standardabweichung
u.U	unter Umständen
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

1 Einleitung

1.1 Ziel und Aufbau der Arbeit

Die unter dem Oberbegriff Psychotherapieforschung zusammengefassten Forschungsbemühungen weisen heutzutage eine solch enorme Vielfalt auf, dass sie sich kaum noch differenziert überblicken und in einer Gesamtbetrachtung integrieren lassen (Lambert, Garfield & Bergin, 2004). Dies ist zum einen durch die Vielzahl an unterschiedlichen Behandlungsansätzen bedingt, die man als Psychotherapie bezeichnet. Und zum anderen durch die enorme Vielzahl an Theorien, Forschungsansätzen, Untersuchungsdesigns und Erhebungsinstrumenten, die eine Integration von Befunden aus verschiedenen Studien häufig sehr schwierig macht.

Bei der Planung und Umsetzung einer Studie auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung ist man deshalb gezwungen, eine bestimmte Position in einem komplexen, unklar strukturierten Feld zu beziehen. In der überwiegenden Mehrzahl der empirischen Studien erfolgt dies primär implizit, ohne eine explizite Reflektion des eigenen Forschungsansatzes. Eine bestimmte Fragestellung wird auf eine bestimmte Art und Weise bearbeitet, wobei man sich zur Begründung häufig auf eine kleine Anzahl von anderen empirischen Arbeiten bezieht, die ebenso vorgehen. Aus einer wissenschaftstheoretischen Perspektive kann ein Mangel an theoretischer und methodologischer Diskussion kritisiert werden. Der riesigen Menge an erhobenen Daten fehlt häufig der Unterbau eines klar definierten Begriffsapparates, der für eine gezielte Interpretation der Daten und eine strukturierte Weiterentwicklung eines Forschungsfeldes notwendig ist.

In Reaktion auf diesen Mangel wird in der vorliegende Arbeit zunächst ein grober Überblick über das Forschungsfeld gegeben, in dem die zentralen inhaltlichen und methodischen Fragestellungen und die vorliegenden Befunde herausgearbeitet werden. Die Strukturierung dieser Übersicht orientiert sich an einer Definition von Beobachtung, die auf den Soziologen Niklas Luhmann (1992) zurückgeht und im nächsten Abschnitt dargelegt wird.

Vor diesem Hintergrund wird als eigentlicher Kern der Arbeit ein einzelfallanalytischer Untersuchungsansatz herausgearbeitet. Bei diesem wird unter Bezug auf vorhandene empirische und theoretische Erkenntnisse eine Sequenz von Einzelfallanalysen durchgeführt. Es wird dabei überprüft, ob sich Erwartungen über den psychotherapeutischen Interaktionsprozess, die aus theoretischen Annahmen der therapeutischen Konzepte und den empirischen Erkenntnissen

der Psychotherapieforschung abgeleitet werden, am konkreten Einzelfall bestätigen lassen. Diese Fragestellung wird im Hinblick auf den Praxisbezug der empirischen Psychotherapieforschung seit längerem kontrovers diskutiert. An der universitären Forschung wird aus der Praxis heraus häufig kritisiert, dass sich die im Rahmen von kontrollierten Gruppenstudien gewonnenen Erkenntnisse nicht auf den Einzelfall in der klinischen Praxis beziehen lassen.

Die erste Einzelfallanalyse überprüft zunächst allgemeine Erwartungen und Fragestellungen und liefert konkrete Daten, auf die sich die anschließende Einzelfallanalyse beziehen kann. Mit jedem weiteren Fall lassen sich dann immer mehr Vergleichsanalysen durchführen. Bei der Auswahl der Fälle sollten einige zentrale Variablen (z.B. Therapiemethode, Diagnose, Erfolg) gezielt variiert und andere konstant gehalten werden. So ist es beim Vergleich von zwei Fällen möglich, die aufgrund der Variation einer Variablen zu erwartenden Unterschiede und die aufgrund der Konstanz einer Variablen zu erwartenden Gemeinsamkeiten zu untersuchen. Mit diesem Ansatz sollen zunächst einzelfallorientierte Erkenntnisse über den Therapieprozess gewonnen werden. Über die Integration der Befunde von einer größeren Anzahl von Einzelfallanalysen sollen dann generalisierbare Erkenntnisse herausgearbeitet werden.

Die Therapien, an denen dieser Ansatz exemplarisch umgesetzt wird, entstammen der ‚Münchener Psychotherapie-Studie‘ (MPS) (Huber, Klug & von Rad, 1997). Bei der MPS handelt es sich um eine Therapievergleichsstudie: Es werden Depressionsbehandlungen verglichen, die entweder nach dem Konzept einer Psychoanalyse, einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder einer kognitiven Verhaltenstherapie durchgeführt werden. Für die Analysen werden insgesamt sieben Therapien von männlichen Patienten ausgewählt. Die Daten für die Analysen des Interaktionsprozesses werden mit einer Weiterentwicklung des ‚Codiersystems zur Interaktion in der Psychotherapie‘ (Schindler, Müller, Sieber & Hahlweg, 1988) erhoben.

Zusammengefasst werden mit der Arbeit folgende Ziele verfolgt:

- a. Darstellung eines gezielt strukturierten Überblicks über die Psychotherapieforschung;
- b. Konzeption eines einzelfallanalytischen Forschungsansatzes;
- c. Weiterentwicklung eines Beobachtungssystems;
- d. exemplarische Umsetzung des einzelfallanalytischen Forschungsansatzes und Bearbeitung theoretisch und empirisch abgeleiteter Fragestellungen zum Prozessgeschehen;
- e. Erkenntnisgewinn für die Planung zukünftiger Studien.

1.2 Der Beobachtungsbegriff der Arbeit

In der Psychotherapieforschung besteht ein Mangel an gut ausgearbeiteten grundlegenden Theorien, mit Hilfe derer die riesige Menge an empirischen Befunden integriert werden könnte. Es wird vor allem mit einer großen Anzahl von ‚Mini-Theorien‘ gearbeitet, die nur schwer zu integrieren sind und eine sehr eingeschränkte Reichweite besitzen (Lambert, Garfield et al., 2004). Dies ist ein Grund für die relativ zusammenhangslose und z.T. widersprüchliche empirische Befundlage (vgl. Kriz, 1996; Lambert & Hill, 1994; Orlinsky, 1994; Schiepek, 1994; Schindler, 1996; Shoham-Salomon, 1990). „The absence of a good theory is a problem. There is not much of the kind of conceptual coherence one would expect from an advancing scientific discipline“ (Bergin & Garfield, 1994, S. 822).

Der von Groeben und Westmeyer (1975) in ihrem viel zitierten Buch ‚Kriterien psychologischer Forschung‘ formulierten Forderung, wissenschaftstheoretische Grundannahmen explizit zu reflektieren und die zentralen Begriffe möglichst exakt zu definieren, wird nur selten nachgekommen (Slife, 2004). Definition wird dabei als eine begriffliche Operation verstanden, mit der einer linguistischen Einheit eine Bedeutung zugewiesen wird. Ziel einer solchen Operation ist es, einen vagen, vieldeutigen und ungenauen Begriff in einen präzisen, eindeutigen und exakten Begriff zu überführen. Beim Beginn solcher Bemühungen stellt sich das Problem, dass Sprache letztlich ein geschlossenes System ist und eine sinnvolle Definition entsprechend definierte Begriffe benötigt. Es empfiehlt sich demnach zunächst eine Auseinandersetzung mit den grundlegenden, relativ unspezifischen, in vielen Kontexten verwendeten Begriffen, um so ein Handwerkszeug zur Verfügung zu haben, mit dem anschließend die spezifischeren Begriffe definieren werden können.

Die im Folgenden dargelegte Definition von Beobachtung stützt sich primär auf Arbeiten des Soziologen und Systemtheoretikers Luhmann (1984). Mit diesem Bezug auf eine soziologische Theorie wird das explizite Ziel verfolgt, über den ‚Tellerrand‘ der Psychotherapieforschung hinauszublicken und zur Behebung des Theoriedefizits in anderen Forschungsbereichen nach Anregungen zu suchen. Die Theorie von Luhmann eignet sich dafür sehr gut, da sie mit ihrem Bezug zur allgemeinen Systemtheorie interdisziplinär ausgerichtet ist und die zentralen Begriffe – Kommunikation, Interaktion, System, Umwelt, Prozess, Veränderung – auch im Bereich der Psychotherapieforschung von zentraler Bedeutung sind.

Jeglicher Erkenntnis liegen bestimmte Beobachtungen zugrunde. Dies gilt sowohl für systematisch produzierte wissenschaftliche Erkenntnisse als auch für den unreflektierten Wissenszuwachs im Alltag. Der Begriff Beobachtung wird trotz dieser zentralen, grundlegenden Bedeutung sowohl in der Wissenschaft als auch im Alltag meistens selbstverständlich verwendet, ohne ihn klar zu definieren bzw. zu reflektieren. Vor diesem Hintergrund lautet die Ausgangsfrage: „Was macht ein Beobachter, wenn er beobachtet“ (Simon, 1995, S. 13)?

Luhmann (1995) definiert Beobachtung formal als die erkenntnisproduzierende Aktivität eines Systems, die aus den beiden Operationen des Unterscheidens und des Bezeichnens besteht. Eine Beobachtung ist in diesem Sinne also ein aktiver Vorgang und keine passive Informationsaufnahme. Beobachtung ist eine Operation, mit der ein System (Beobachter) Erkenntnisse über seine Umwelt oder sich selbst produziert, indem er etwas von etwas anderem unterscheidet und anschließend eine Bezeichnung vornimmt. Unabhängig von Gegenstand und Kontext lässt sich jede Beobachtung als eine Bezeichnung beschreiben, die im Rahmen einer Unterscheidung vorgenommen wird. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass eine Bezeichnung ohne eine Unterscheidung nicht möglich ist. „Beobachtungen sind unterscheidende Bezeichnungen, sie bezeichnen die eine Seite einer Unterscheidung unter der Voraussetzung, dass es eine andere gibt“ (Luhmann, 1995, S. 240). Die Bedeutung der Bezeichnung eines Handlungsergebnisses als Erfolg ergibt sich z.B. vor dem Hintergrund der Möglichkeit eines Misserfolgs. Würde man in einem Bereich alle Handlungsergebnisse als Erfolg bezeichnen, würde diese Bezeichnung ihre erkenntnisproduzierende Funktion verlieren. Nach dieser Beobachtungstheorie ist es nicht möglich, isolierte Identitäten bzw. Gegenstände zu beobachten.

Mit der Bezeichnung eines Phänomens schreibt man diesem bestimmte Merkmale zu. Die Anleitung zur Verwendung einer bestimmten Bezeichnung kann als Wenn-dann-Satz formuliert werden: Wenn diese und jene Merkmale vorliegen, wähle folgende Bezeichnung. Dabei ist es wichtig, die andere Seite der Unterscheidung mit zu berücksichtigen, da bei der Auswahl der definierenden Merkmale beachtet werden muss, dass sie nicht auch die andere Seite der Unterscheidung charakterisieren. Die Merkmale, aufgrund derer eine Psychotherapie als ‚Psychoanalyse‘ bezeichnet wird, müssen sich von den Merkmalen unterscheiden, aufgrund derer man die Bezeichnung ‚tiefenpsychologische Psychotherapie‘ bzw. ‚kognitive Verhaltenstherapie‘ vornimmt. Bei diesem Beispiel wird deutlich, dass sich die einen Beobachtungsgegenstand definierenden Merkmale in Abhängigkeit von der anderen Seite der Unterscheidung ändern können – für eine Psychoanalyse lassen sich im Unterschied zur tiefenpsychologischen Psychotherapie

andere charakteristische Merkmale anführen als im Unterschied zur Verhaltenstherapie. Bei genauerer Betrachtung ist es selten möglich, ein Merkmal zu finden, das einen Beobachtungsgegenstand von allen anderen Beobachtungsgegenständen unterscheidet und damit als das zentrale definierende Merkmal angesehen werden könnte.

Ausgehend von dieser formalen Definition von Beobachtung können zwei Arten bzw. Ebenen von Beobachtungen unterschieden werden: Beobachtungen erster und zweiter Ordnung (Luhmann, 1992). Wenn Beobachter Beobachtungen erster Ordnung durchführen, beschäftigen sie sich mit ‚Was-Fragen‘. Was lässt sich an mir oder in der Umwelt beobachten? Auf der Ebene der Beobachtung zweiter Ordnung beobachtet ein Beobachter Beobachtungen, entweder seine eigenen oder die eines anderen Beobachters. Dabei unterscheidet er Unterscheidungen, er beobachtet wie beobachtet wird und beschäftigt sich demgemäß mit ‚Wie-Fragen‘.

Bei Beobachtungen auf der zweiten Ebene wird deutlich, dass eine bestimmte Beobachtung nicht nur selbst ein aktiver Vorgang ist, sondern auch bestimmte Aktivitäten zur Folge hat. Welche Reaktion auf ein sozial störendes Verhalten folgt, hängt beispielsweise entscheidend davon ab, wie es beobachtet wird. Wenn Verhalten im Rahmen der Unterscheidung ‚Recht-Unrecht‘ als kriminell und gesetzeswidrig bezeichnet wird, wird eine Bestrafung angestrebt. Wenn es im Rahmen der Unterscheidung ‚Krank-Gesund‘ als pathologisch bezeichnet wird, wird eine Behandlung angestrebt (Simon, 1993). Dieses Beispiel verdeutlicht, dass dem gleichen Ereignis sehr unterschiedliche Bedeutungen zugewiesen werden können, wenn es mit unterschiedlichen Unterscheidungen beobachtet wird.

Diese Definition von Beobachtung „impliziert aktive Konstruktion von Realität durch den Beobachter“ (Simon, 1995, S.16). Die Erkenntnisse über die Welt werden vor allem durch die Unterscheidungen bestimmt, mit denen ein Beobachter diese Welt beobachtet, und die Welt lässt sich mit unendlich vielen Unterscheidungen beobachten, weshalb jede Unterscheidung eine Selektion des Beobachters ist. „Damit ist gesagt, daß es der Beobachter ist, der über die Art und Weise, wie er beobachtet, festlegt, was er beobachten kann“ (Willke, 1994, S.23). Ein Beobachter verwendet bestimmte Unterscheidungen für seine Beobachtungen und lässt mögliche andere Unterscheidungen unberücksichtigt. Diese Position impliziert, dass eine ‚objektive‘, unvoreingenommene Beobachtung, die die Natur so erkennt wie sie wirklich ist, nicht möglich ist (vgl. Slife, 2004). Bei dieser konstruktivistischen Position wird jedoch nicht von einer Gleichwertigkeit aller Beobachtungen ausgegangen. Jede durchgeführte Beobachtung beweist zwar rein mit ihrer Durchführung, dass es eine mögliche Beobachtung ist, aber Beobachtungen

lassen sich unter anderem im Hinblick auf ihre Funktionalität unterscheiden und bewerten (Fischer, 1995; von Glasersfeld, 1992). Die Funktionalität oder Dysfunktionalität einer Beobachtung ist jedoch nichts absolutes, sondern ergibt sich immer im Kontext der Durchführung und ist von der Perspektive der Bewertung abhängig.

In der Regel bezeichnen wir Gegenstände, ohne uns auf der Ebene von Beobachtungen zweiter Ordnung klar zu machen, im Rahmen welcher Unterscheidung wir diese Bezeichnung vorgenommen haben. Es ist sicherlich auch nicht möglich, die zugrunde liegenden Unterscheidungen ständig zu reflektieren. Aber gerade in der Wissenschaft könnte es an kritischen Stellen zur Klärung beitragen, wenn man sich solchen Fragen zuwendet, da die verwendeten Unterscheidungen festlegen, welche Erkenntnisse erzielt werden können und welche nicht.

2 Beobachtungen in der Psychotherapieforschung

Der begrenzte Rahmen einer einzelnen wissenschaftlichen Arbeit ermöglicht keine differenzierte Gesamtbetrachtung der Psychotherapieforschung. Viele Unterscheidungen bzw. Themenfelder können hier nur angerissen werden, wobei der Blick auf die Einzelpsychotherapie fokussiert wird. Mit dem Begriff Psychotherapie wird im Folgenden eine spezifische Interaktion zwischen zwei Menschen bezeichnet (Therapeut und Patient), die mit dem Ziel der Behandlung von psychischen Störungen für einen begrenzten Zeitraum nach bestimmten Regeln durchgeführt wird.

In diesem Kapitel erfolgt eine Darstellung des wissenschaftlichen Kontextes, vor dessen Hintergrund dann in Kapitel 3 der eigene Ansatz herausgearbeitet wird. Es geht hierbei um das Begriffsinstrumentarium, welches anschließend im Rahmen des eigenen Ansatzes und der empirischen Untersuchung Verwendung findet. Im Sinne der oben beschriebenen Beobachtungstheorie werden die grundlegenden Unterscheidungen bestimmt, mit denen in der Psychotherapieforschung beobachtet wird. Es soll möglichst exakt bestimmt werden, welche Sachverhalte mit den zentralen Begriffen bezeichnet werden.

Das Kapitel gliedert sich in drei Abschnitte. Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, was in diesem Forschungsfeld eigentlich untersucht wird und was die zentralen, den Fragestellungen zugrunde liegenden, Unterscheidungen sind. Im anschließenden Abschnitt geht es dann um die Frage, wie diese Fragestellungen im Rahmen wissenschaftlicher Studien bearbeitet werden und wie sich Studien anhand der methodischen Herangehensweise an den Forschungsgegenstand unterscheiden lassen. Unter 2.3 wird schließlich die Frage behandelt, welche Erkenntnisse aufgrund der empirischen Befundlage als relativ gesichert angesehen werden können.

2.1 Inhaltliche Unterscheidungen: Was wird untersucht?

2.1.1 Psychotherapie vs. Nicht-Psychotherapie

Was untersucht man eigentlich in der Psychotherapieforschung? Dies ist die grundlegende Frage nach der Definition des Forschungsgegenstandes. Was sind die definierenden Merkmale von Psychotherapie im Unterschied zu Nicht-Psychotherapie?

Bei einer Einzelpsychotherapie handelt es sich allgemein formuliert um eine professionelle soziale Interaktion zwischen zwei Menschen, bei der einer der Beteiligten als Patient und der andere als Therapeut bezeichnet wird. Patient und Therapeut werden dabei als soziale Rollen verstanden, an die je nach Kontext (Behandlungsform, Setting usw.) bestimmte Verhaltenserwartungen gebunden sind. Die Rollenerwartungen an den Therapeuten ergeben sich aus seinem gesellschaftlich anerkannten Expertenstatus für die Behandlung psychosozialer Probleme. Der Patient kommt zu ihm, um professionelle Hilfe bei der Bewältigung dieser Art von Problemen zu erhalten. Es handelt sich damit um eine gesellschaftlich institutionalisierte Interaktion, d.h. die Beteiligten haben noch vor ihrem ersten Zusammentreffen in der Regel bestimmte Erwartungen an den Interaktionspartner und die Interaktionsgestaltung.

In Anlehnung an Strotzka (1975) wird der vorliegenden Arbeit folgende Definition von Psychotherapie zugrunde gelegt: Psychotherapie ist eine geplante und gezielt strukturierte soziale Interaktion zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus zwischen Patient und Therapeut für behandlungsbedürftig gehalten werden. Die Interaktion erfolgt auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens und versucht mittels lehrbarer psychologischer Behandlungstechniken ein möglichst gemeinsam erarbeitetes Ziel zu erreichen bzw. eine Veränderung des Patienten in Richtung einer besseren Lebensbewältigung anzuregen.

Diese Definition von Psychotherapie ist gezielt relativ allgemein ausgerichtet und lässt viel Spielraum für Konkretisierungen im Kontext der verschiedenen therapeutischen Ansätze. Bei dem Versuch einer konkreteren Definition von Psychotherapie stellt sich das Problem, dass die Tätigkeit des Psychotherapeuten heute von unterschiedlichen Berufsgruppen, in unterschiedlichen Anwendungsfeldern, unter Bezug auf unterschiedliche Theorien und Menschenbilder,

mit unterschiedlichen Behandlungsmethoden und unterschiedlichen Zielsetzungen ausgeübt wird (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Kächele & Buchheim, 1996; Lambert, Bergin & Garfield, 2004). Aufgrund dieser Komplexität des Forschungsgegenstands gibt es bis heute keine allgemein anerkannte konkrete Definition (bzw. Theorie) und Funktionsbeschreibung von ‚der‘ Psychotherapie, obwohl natürlich viele Versuche in dieser Hinsicht vorliegen (für einen Überblick siehe Huf, 1992).

Unter dem Oberbegriff Psychotherapie versammeln sich gegenwärtig Hunderte verschiedene Arten, von denen sich die meisten vier maßgeblichen Schulen zuordnen lassen: Tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, humanistische und systemische Ansätze (Kriz, 1994). Hier haben wir es jeweils mit einer verschachtelten bzw. doppelten Unterscheidung zu tun: Zum einen unterscheidet sich jede Therapieart von Nicht-Therapie und zum anderen von den anderen Therapiearten. Früher haben sich die verschiedenen Therapieschulen wechselseitig teilweise im Bereich der zweifelhaften Behandlungsansätze verortet und folglich als Nicht-Therapie bezeichnet. Heute dominiert eine wechselseitige Anerkennung, wobei es im Kontext der knapper werdenden Finanzmittel unter dem Stichwort ‚evidence based medicine‘ weiterhin grundlegende Kontroversen zwischen den Therapieschulen gibt (Grawe, 2005b; Levant, 2004; Strauß & Kächele, 1998). Es bestehen teilweise gravierende Meinungsverschiedenheiten zu der Frage, welche Ansätze ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen haben und im Gesundheitswesen offiziell finanziert werden sollten (siehe Kapitel 2.2).

Diese Kontroverse ist unter anderem dadurch bedingt, dass im Rahmen der unterschiedlichen Therapiekonzepte unterschiedliche Veränderungen durch unterschiedliche Interventionen angestrebt werden. Eine an der funktionalen Analyse des Problemverhaltens ansetzende Verhaltenstherapie hat z.B. andere Erfolgskriterien als eine auf strukturelle Persönlichkeitsveränderung ausgerichtete Psychoanalyse. Damit zusammenhängend werden in den beiden Therapiekonzepten unterschiedliche Interaktionen als veränderungswirksam angesehen. Dadurch bedingt verwenden die verschiedenen Therapieschulen in empirischen Studien häufig unterschiedliche Erhebungsinstrumente und Untersuchungsdesigns, wodurch die Ergebnisse nur schwer miteinander vergleichbar sind. Teilweise erkennt die eine Therapieschule die Ergebnisse der anderen Therapieschule nicht an, da sie die Ergebnisse für ihren eigenen Ansatz als nicht bedeutsam einschätzt oder die Forschungsmethodik ablehnt.

In Bezug auf die ‚normale‘ therapeutische Praxis scheint die Unterscheidung nach verschiedenen Therapierichtungen an Bedeutung zu verlieren, da dort eine zunehmend eklektizistische

Haltung festzustellen ist (Bergin & Garfield, 1994; Butollo, Piesbergen & Höfling, 1996; Lambert, Bergin et al., 2004). Damit ist gemeint, dass ein Teil der praktisch tätigen Psychotherapeuten in ihrer Arbeit auf unterschiedliche Konzepte und Methoden zurückgreifen und sich dabei nicht an die Trennung in verschiedene Therapieschulen halten. Für Psychotherapie-Vergleichsstudien, bei denen eine Einteilung von Behandlungsgruppen nach mehr oder weniger konkret formulierten Behandlungsmethoden vorgenommen wird, stellt sich somit die zentrale Frage der Praxisnähe bzw. -relevanz: Lässt sich eine solche Einteilung in Behandlungsmethoden auch in der Praxis beobachten?

Unter Bezug auf die oben dargelegte Definition von Psychotherapie handelt es sich beim Eklektizismus um einen zu kritisierenden Ansatz, da die Integration und der Einsatz der therapeutischen Techniken explizit ohne Bezug auf eine kohärente Theorie erfolgt. Aufgabe der Forschung ist es, Theorien und Modelle zu entwickeln, anhand derer Phänomene systematisch beschrieben, erklärt sowie Prognosen und Handlungsanleitungen formuliert werden können. Im Hinblick auf diese Zielsetzung gibt es aktuell eine Reihe von Bemühungen, unter Berücksichtigung der empirischen Befundlage und theoretischer Erkenntnisse ein allgemeines Psychotherapiemodell zu entwickeln. Im Einklang mit der eklektizistischen Haltung soll der zunehmenden Differenzierung des Forschungsgegenstands damit entgegengewirkt werden (Grawe, 1998; Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004; Wagner & Becker, 1999) (siehe Kapitel 2.3.5).

Mit diesen Ausführungen zum Forschungsgegenstand Psychotherapie wurde ausschließlich die eine Seite der Unterscheidung charakterisiert und diskutiert und die mit Nicht-Psychotherapie bezeichnete Seite wurde vollkommen unbestimmt gelassen. Es wurden eine Reihe von Merkmalen dargelegt, die vorliegen müssen, damit etwas als Psychotherapie bezeichnet wird. Für eine exakte Definition müsste man jedoch auch noch der Frage nachgehen, ob diese Merkmale etwas Spezifisches von Psychotherapie sind oder ob sie auch bei anderen Tätigkeiten, die man nicht als Psychotherapie bezeichnet, vorliegen. Die Tätigkeit eines Lehrers, der gezielt auf der Grundlage einer pädagogischen Theorie das aggressive Verhalten eines Schülers beeinflussen möchte, erfüllt auch eine Vielzahl der angeführten Merkmale und wird dennoch nicht als Psychotherapie bezeichnet. Bei einem Vergleich von Psychotherapie mit anderen Formen der psychosozialen Einflussnahme wie z.B. Erziehung würde man vermutlich auf vielfältige Abgrenzungsprobleme stoßen. Das Ziel einer Diskussion solcher Fragen könnte eine Differenzierung in spezifische und unspezifische Merkmale sein, was hier jedoch nicht weiter verfolgt werden soll.

Auf ein definierendes Merkmal von Psychotherapie, die Bezeichnung eines Beteiligten als Patient, soll im folgenden Abschnitt genauer eingegangen werden. Ein Psychotherapiepatient definiert sich durch den Umstand, dass er ein Problem hat, welches als psychische Störung bzw. Krankheit interpretiert wird.

2.1.2 Gestört / krank vs. normal / gesund

Frank (1961) betrachtet den Zustand der Demoralisierung als das zentrale Kennzeichen des Patienten, unabhängig davon, unter welchen konkreten Symptomen und Problemen er leidet. „Die Demoralisierung erklärt sich aus fehlenden Fertigkeiten, Verlust von Selbstvertrauen, Gefühle der Entfremdung und der Hoffnungslosigkeit“ (Schindler, 1991, S. 28). Patienten suchen professionelle Hilfe, da sie sich die Bewältigung ihrer Probleme alleine nicht zutrauen. In der Therapiesituation werden vom Patienten dann bestimmte für die psychotherapeutische Behandlung notwendige Verhaltensweisen erwartet. In dieser Hinsicht gleichen sich alle Patienten. Diese Rolle kann aber von unterschiedlichen Personen eingenommen werden, womit sich alle Patienten auch voneinander unterscheiden. „The individuals who may be considered as potential therapy clients vary in a number of ways“ (Garfield, 1994, p. 190). Neben den relativ einfach bestimmbareren soziodemographischen Variablen (Bildung, Beruf, Alter, ethnische Gruppenzugehörigkeit usw.) spielt die Unterscheidungen der Patienten nach verschiedenen Störungsbildern bzw. Diagnosen in der aktuellen Psychotherapieforschung eine zentrale Rolle. Hierbei werden Patienten entsprechend der Symptome unterschieden, unter denen sie leiden. Seit einigen Jahren erfolgt diese Unterscheidung von Patienten meist unter Bezug auf die diagnostischen Systeme ICD-10 (World Health Organization, 1995) oder DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996).

In den meisten empirischen Studien und Überblicksarbeiten wird die Frage nach der Wirksamkeit bestimmter therapeutischer Ansätze im Hinblick auf bestimmte Diagnosegruppen behandelt (Fonagy & Roth, 2004; Lambert, Garfield et al., 2004; Lambert & Ogles, 2004; Leichsenring, 2002). Die Therapien werden dabei meist nach störungsspezifischen Behandlungsmanualen durchgeführt, in denen relativ konkret dargelegt wird, wie die Therapie in Bezug auf die Diagnose des Patienten gestaltet werden sollte, um bestimmte Veränderungsprozesse anzuregen. In Studien mit einem Therapiemethodenvergleich geht es zusätzlich um die Frage, ob unterschiedliche Therapiemethoden bei bestimmten Störungsbildern unterschiedlich wirksam sind

und damit bei Patienten mit einer bestimmten Diagnose eine bestimmte Therapiemethode vorrangig indiziert ist. Auch die meisten therapeutischen Lehrbücher beziehen sich auf bestimmte Diagnosen bzw. sind entsprechend gegliedert (Kächele & Buchheim, 1996; Margraf, 2000b; Will, Grabenstedt, Völkl & Banck, 1998).

An dieser Orientierung auf klar umschriebene Diagnosen kann kritisiert werden, dass viele Patienten in der klinischen Praxis häufig keiner einzelnen Diagnosekategorie zugeordnet werden können und die Kriterien verschiedener Diagnosen erfüllen. Die Orientierung an einem störungsspezifischen Behandlungsmanual ist dann nicht möglich. Außerdem erfolgt die Behandlungsplanung in der Praxis primär anhand von individuellen Problembeschreibungen und Zielvereinbarungen und nur am Rande anhand der Diagnose. In der Verhaltenstherapie sollte eine Therapie z.B. an der individuellen Bedingungsanalyse der Problematik des Patienten ausgerichtet werden (Reinecker, 1994) und die Problematik ist mit der Diagnose in der Regel nur unzureichend beschrieben. Hinsichtlich dieser Position gibt es jedoch für einige Diagnosen (vor allem Angststörungen) auch widersprüchliche empirische Befunde, die eine Überlegenheit standardisierter bzw. manualisierter Therapien gegenüber individuell geplanten Therapien gezeigt haben (Eifert, 2005; Schulte, 1996). Wobei auch ein diagnosespezifisches Therapiemanual in der konkreten Anwendung immer an den Einzelfall angepasst werden muss.

Vertreter der psychodynamischen Therapieansätze kritisieren die Dominanz der deskriptiven klassifikatorischen Diagnostik, da sie diese Art der Patientencharakterisierung für ihren Behandlungsansatz als unangemessen ansehen. Sie haben deshalb mit der ‚Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik‘ (Arbeitskreis-OPD, 1998) ein ergänzendes System vorgelegt, auf das hier jedoch nicht weiter eingegangen werden soll.

Trotz dieser Kritik wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff ‚Krankheit‘ bzw. ‚Störung‘ mit Bezug auf die deskriptive klassifikatorische Diagnostik, wie sie im ICD-10 und DSM-IV operationalisiert ist, verwendet. Die diagnostische Spezifizierung des Patienten erfolgt dabei in Anlehnung an das nosologische Modell der Medizin über die Zuordnung von Symptomen zu klar von einander abgegrenzten Kategorien (Schulte, 1993, 1998). Es wird also davon ausgegangen, dass sich die psychischen Probleme von Menschen aus einer bestimmten Blickrichtung kategorial unterscheiden lassen und damit eine bedeutsame Differenzierung vorgenommen wird. Für die wissenschaftliche Kommunikation und Systematik sollte diese Kategorisierung schulunenabhängig anhand von einheitlichen Regeln erfolgen. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass die diagnostischen Unterscheidungen nichts starres sind, sondern einem ständigen

Wandel unterliegen und sich im Rahmen eines gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskussionsprozesses entwickeln (Jaeggi, Rohner & Wiedemann, 1990; Westmeyer, 2000).

Die Unterscheidung gestört/krank vs. normal/gesund wird mit der klassifikatorischen Diagnostik qualitativ konzipiert, obwohl die meisten Symptome quantitativ variieren. Es wird im Rahmen einer klaren qualitativen Unterscheidung festgelegt, was eine behandlungsbedürftige psychische Störung ist, für deren Behandlung das Gesundheitssystem zuständig ist. Traurigkeit, Angst, Schlafprobleme, sozialer Rückzug usw. sind quantitativ variierende Phänomene, die jeder kennt und die erst bei einer bestimmten Ausprägung zum Krankheitssymptom werden. Eine Diagnose sollte deshalb durch eine quantitative Beschreibung der Symptomausprägung (z.B. anhand von Ratingskalen) ergänzt werden (S. Schneider & Margraf, 2000).

Bei dieser Art von Diagnostik mit dem ICD-10 oder DSM-IV werden (fast) keine Aussagen über die Ursachen und die indizierte Behandlung der psychischen Symptomatik bzw. Störung gemacht. Damit kann die Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-IV ohne die theoretischen Implikationen des medizinischen Krankheitsmodells verwendet werden, auf dessen kritische Diskussion hier verzichtet werden soll (siehe dazu Reinecker, 1994). In der vorliegenden Arbeit wird die diagnostische Systematik als eine notwendige Konversations- und Entscheidungsregel betrachtet. Die Fragen nach den Ursachen und dem psychischen, biologischen und sozialen Bedingungsgefüge der Symptomatik sollten nach der hier vertretenen Auffassung individuell beantwortet werden, wobei in der Regel ein Rückgriff auf schulenspezifische Erklärungsansätze notwendig ist (Schulte, 1993). Die auf den Einzelfall bezogene Behandlungsplanung sollte sich dann sowohl auf die Diagnose als auch auf die darüber hinausgehende Problemanalyse beziehen. Diese Art von Dualität gilt auch für die im nächsten Abschnitt dargelegte Frage nach dem Therapieerfolg.

2.1.3 Erfolg vs. Misserfolg

Das zentrale definierende Merkmal von Psychotherapie ist das Ziel, beim Patienten Veränderungen in Richtung normales, angepasstes, gesundes Verhalten und Erleben anzustreben. Dadurch bedingt ist die Art und der Umfang der eingetretenen Veränderungen das zentrale Bewertungskriterium jeder Therapie. Eine Psychotherapie, bei der keine Veränderungen in der angestrebten Richtung beobachtet werden können, ist zwar dennoch eine Psychotherapie, sie hat aber ihr Ziel verfehlt und wird deshalb als Misserfolg bezeichnet.

Erfolgskriterien lassen sich nicht rein rational mit den Mitteln der empirischen Wissenschaft begründen, sie beinhalten immer auch eine subjektive Bewertung und Norm (Greve, 1993). Empirische Wissenschaft kann Antworten auf die Frage geben, welche Veränderungen durch eine Psychotherapie bewirkt werden, sie kann jedoch nicht die eigentliche Begründung geben, welche Verhaltensänderungen angestrebt werden sollen. Welches Verhalten und Erleben von einem Menschen als normal, angepasst und gesund angesehen wird, hängt von gesellschaftlichen und individuellen Normen und Werten ab, die einem geschichtlichen Wandel unterliegen. Dieser subjektive Aspekt der Zielbestimmung ist ein Grund dafür, dass von den verschiedenen Therapieschulen und in unterschiedlichen Studien andere Variablen für die Bestimmung des Therapieerfolgs erhoben werden.

Schulte (1993) schlägt eine Erfolgsbeurteilung auf drei Ebenen vor. Auf der Ebene ‚Krankheitsursachen und Krankheitsdefekt‘ sind schulspezifische Maße unvermeidlich, da die Unterschiede zwischen den Therapieschulen hinsichtlich dieses Aspekts gravierend sind. Eine Einigung auf einheitliche Instrumente und Begriffe erscheint nicht möglich. Für die Bewertung des Erfolges einer Psychoanalyse ist es z.B. von zentraler Bedeutung, das Ausmaß der strukturellen Veränderung und der Bewusstmachung von verdrängten Gefühlen und Motiven zu bestimmen. Dieser Aspekt spielt für die Beurteilung des Erfolgs einer Verhaltenstherapie eine untergeordnete Rolle, da die aus der funktionalen Problemanalyse abgeleiteten Interventionen vor allem eine Veränderung der aufrechterhaltenden Bedingungen anstreben.

Auf der Ebene ‚Kranksein und Symptomatik‘ sollte eine weitgehende Einigung zwischen den Therapieschulen möglich sein, da zumindest alle im staatlichen Gesundheitssystem angewendeten Verfahren eine Reduktion der Krankheitssymptome anstreben. Neben störungsspezifischen Maßen sollten auch umfassendere Symptommaße zum Einsatz kommen, um die Generalisierung des Therapieeffekts abschätzen zu können.

Auf der Ebene ‚Krankheitsfolgen‘ sind schul- und störungsübergreifende Maße bzgl. der Krankenrolle und der Beeinträchtigung normalen Rollenverhaltens möglich. Inwieweit eine Person sich entsprechend der Krankenrolle verhält und sich als krank erlebt, lässt sich z.B. durch die Inanspruchnahme von medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen und die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und Lebenszufriedenheit erfassen.

Neben dem Erfolg im engeren Sinne ist die Effizienz einer Behandlung von zentraler Bedeutung. Diese kann definiert werden als Quotient aus erreichter Wirkung und Behandlungsbzw. Kostenaufwand (Bühning & Hahlweg, 1986). Dieser Punkt wird unter anderem im Schu-

lenstreit zwischen Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie und Psychoanalyse thematisiert. Dabei wird der Psychoanalyse der Vorwurf gemacht, dass sie aufgrund der langen Dauer zu teuer und damit zu ineffizient sei. In der aktuellen öffentlichen Diskussion um die Kosten im Gesundheitssystem zeichnet sich ein klarer Trend hin zu möglichst kurzen und sparsamen Behandlungen ab (Garfield & Bergin, 1994; Grawe, 2005b; Strauß & Kächele, 1998).

Die Frage nach der Bestimmung des Erfolgs oder der Effizienz einer Therapie berührt auch das Transferproblem zwischen Forschung und Praxis. Von Praxisvertretern wird vielen Untersuchungen der Vorwurf gemacht, dass die erhobenen Daten und die mittels statistischer Signifikanztests belegten Veränderungen für die therapeutische Praxis wenig relevant sind bzw. keine klinische Signifikanz besitzen (vgl. Bühring & Hahlweg, 1986). Praktisch tätige Psychotherapeuten beobachten und bewerten die Veränderungen der von ihnen behandelten Patienten in der Regel anders als dies in wissenschaftlichen Arbeiten gemacht wird. Damit ist die Unterscheidung zwischen externer und interner Validität angesprochen (siehe Kapitel 2.2.1).

In den letzten Jahren wird von einigen Autoren gefordert, vermehrt Studien unter normalen Praxisbedingungen durchzuführen, da die unter Experimentalbedingung nachgewiesene Wirksamkeit nicht ohne Prüfung auf die ‚normale‘ Praxis übertragen werden kann. Hierbei wird zwischen der in kontrollierten Studien ermittelten statistischen Wirksamkeit (efficacy) und der klinischen Brauchbarkeit (Effektivität, effectiveness) von Psychotherapiemethoden unterschieden (Hahlweg, Fliegenbaum, Schröder, Frank & Witzleben, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Die Brauchbarkeit muss in Feldstudien ermittelt werden, die eine möglichst hohe externe Validität anstreben und nur eingeschränkt methodischen Anforderungen genügen können (siehe Kapitel 2.2.2). Den Vergleich zwischen der in kontrollierten Studien ermittelten Wirksamkeit und der Effektivität in der ‚normalen‘ klinischen Praxis nennt man ‚benchmarking‘.

Mit den bisherigen Ausführungen wurde das Thema Erfolg vs. Misserfolg aus einer relativ allgemeinen Perspektive behandelt, die von den konkreten Gegebenheiten eines Einzelfalls abstrahiert. Wenn man sich mit den individuellen Zielen einer einzelnen Therapie beschäftigt, dann sind der aktuelle und biographische Lebenskontext und die kurz- und langfristigen Lebensziele des Patienten von entscheidender Bedeutung (Caspar, Grossmann, Unmüssig & Schramm, 2005). Ein Patient möchte im Rahmen einer Therapie nicht nur seine diagnostizierten Symptome und Probleme beseitigen, er möchte in der Regel darüber hinausgehende Ziele erreichen (z.B. Klärung und Bewältigung seiner aktuellen Partnerschaftsproblematik oder Aufbau einer beruflichen Perspektive). In den meisten Therapiestudien der letzten Jahre wird die-

ser Aspekt gezielt erfasst und bei der Bewertung der therapeutischen Veränderungen mitberücksichtigt (ein aktueller theoretischer und empirischer Überblick zu dieser Thematik findet sich bei Michalak, Grosse Holtforth & Veith, 2005). Häufig wird diese Art der Erfolgsmessung mit dem von Kiresuk, Smith und Cordillo (1994) entwickelten Goal Attainment Scaling durchgeführt. Dabei werden vor Therapiebeginn zunächst Veränderungsbereiche definiert, für die dann konkret ausformuliert wird, wie sich eine leichte oder deutliche Verbesserung, eine Stagnation oder eine Verschlechterung des Ist-Zustands äußern würde. Am Ende der Therapie gibt der Patient dann an, welchen konkreten Zustand er erreicht hat.

Mit Bezug auf die oben dargelegte Unterscheidung krank/gestört vs. gesund/normal wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass ein zentrales, schulenübergreifendes Ziel von Psychotherapie darin besteht, dass der Patient vom einen in den anderen Zustand wechselt, also nach der Therapie eine andere Bezeichnung vorgenommen werden kann als vor der Therapie. D.h. die für die Diagnostik relevante Symptomatik sollte am Ende der Therapie mindestens soweit reduziert worden sein, dass keine behandlungsbedürftige Diagnose mehr gestellt werden kann. Ansonsten handelt es sich um einen Misserfolg. Dieses für alle Therapien gleichermaßen geltende Erfolgskriterium soll durch ein auf die individuelle Problematik bezogenes Kriterium ergänzt werden. Der Patient sollte am Ende der Therapie die Mehrzahl seiner subjektiven Therapieziele erreicht haben. D.h. er sollte die Therapie nach seinen eigenen Zielen als erfolgreich beurteilen. Neben dieser kriterienorientierten Erfolgsbestimmung sollte das Ausmaß der Veränderung auch quantitativ bestimmt werden, indem die Intensität bestimmter Symptome und Probleme vor und nach der Therapie bestimmt werden. Damit lassen sich auch zwei erfolgreiche Therapien hinsichtlich des Ausmaßes der Veränderungen voneinander unterscheiden.

2.1.4 Empirische Wissenschaft vs. klinische Praxis

Freuds detailliertes Studium einiger Einzelfälle lässt sich als Beginn der Psychotherapieforschung bezeichnen, womit der Zeitpunkt der Entstehung des Forschungsgegenstandes mit dem Beginn der auf ihn bezogenen Forschungsbemühungen zusammenfällt. Forschung und Behandlungspraxis wurden von Freud in der psychoanalytischen Sitzung vereint, was von ihm 1911 als „... einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit ...“ (Freud, 1992, S. 54) angesehen wurde. D.h. klinische Praxis und wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung wurden nicht als unterschiedliche Tätigkeitsfelder betrachtet. Die Freudsche Psychotherapieforschung versteht sich als

psychologische Grundlagenforschung, da sie allgemeine Aussagen über das Funktionieren des Menschen aus den therapeutischen Erfahrungen ableitet.

Der überwiegende Teil der heute betriebenen Psychotherapieforschung hat im Sinne einer Anwendungswissenschaft einen expliziten Praxisbezug und möchte mit den Erkenntnissen von empirischen Studien ein konkretes Tätigkeitsfeld gezielt beeinflussen (Grawe, 1995b). Dabei wird das Ziel verfolgt, Psychotherapie zu einer zunehmend wissenschaftlich fundierten Tätigkeit zu entwickeln. Die in Ausbildungsgängen vermittelten Handlungsregeln sollten sich immer stärker auf empirische Forschungsergebnisse stützen und die Umsetzung dieser Handlungsanweisungen in der Praxis sollte dann zu den bestmöglichen Therapieergebnissen führen. „Grundlage einer therapeutischen Handlungsregel ist eine empirisch nachgewiesene Wechselwirkung zwischen einem Patienten- oder Situationsmerkmal und einem Merkmal des therapeutischen Vorgehens“ (Grawe, 1999, S. 187). Es geht hierbei um die Formulierung von Wenn-Dann-Regeln - z.B.: Wenn bei einem Patienten eine bestimmte Störung vorliegt und er bestimmte Persönlichkeitseigenschaften aufweist, dann sollte er eine bestimmte Art von Therapie erhalten und der Therapeut sollte seine Behandlung in einer bestimmten Art und Weise durchführen. Es sollen also Unterscheidungen bestimmt werden, mit Hilfe derer man Beobachtungen durchführen kann, welche die Wahl eines bestimmten Therapieangebots bzw. eine Indikationsstellung rechtfertigen. Die Zielsetzung der Psychotherapieforschung beinhaltet damit vor allem drei zentrale Variablenkomplexe: Patienten-, Therapeuten- und Methodenvariablen (für einen Überblick siehe Beutler et al., 2004; Clarkin & Levy, 2004). Eine Variable ist ein Merkmal mit einer veränderlichen Ausprägung. Da in diesem Sinne eine unendliche Fülle von Merkmalen variabel sein kann, offenbart sich hier ein riesiges Forschungsfeld und die Literatur ist dementsprechend nahezu unüberschaubar. Für die Forschung besteht das Ziel also darin, der therapeutischen Praxis Erkenntnisse zu liefern, mit Hilfe derer diese eine gezielte Auswahl aus der unendlichen Anzahl möglicher Unterscheidungen treffen und damit handlungsleitende Beobachtungen durchführen kann.

In Anbetracht der Komplexität der therapeutischen Situationen käme es jedoch einer Hybris gleich, würde man sich wissenschaftlich fundierte Handlungsregeln zum Ziel setzen, die eine erfolgreiche Behandlung garantieren (Westmeyer, 2000). Therapeuten werden ihr Handeln in der konkreten Situation vermutlich immer auch zu einem bedeutsamen Anteil aus subjektiven, in der Situation spontan entstandenen Urteilen ableiten und auch bei einer vorherigen Patientenselektion wird man mit unterschiedlich erfolgreichen Behandlungsverläufen rechnen müs-

sen (Peterson, 2004). Psychotherapieforschung kann sich lediglich zum Ziel setzen, die Wahrscheinlichkeit des Erfolges zu erhöhen.

Die meisten Forscher und Praktiker stimmen zwar mit dem dargestellten Praxisbezug der Psychotherapieforschung überein, über die Umsetzung dieses Ziels herrscht aber häufig Uneinigkeit. Zwischen empirischer Wissenschaft und klinischer Praxis besteht ein spannungsreiches Verhältnis. Wissenschaft und Praxis sind letztlich zwei unterschiedliche Tätigkeitsfelder, die sich wechselseitig beeinflussen sollten, dies jedoch nur eingeschränkt tun (Jaeggi, 1994; Rief, 1994). Kriz (1996) stellt in diesem Zusammenhang die kritische Frage: „Nützen die gegenwärtigen kognitiven Landkarten der Psychotherapie-Forschung der Orientierung von Therapeuten“ (S. 165)? Die Praxis beklagt einen Mangel an verständlichen und klaren Forschungsbefunden, die in der ‚normalen‘ Praxis umgesetzt werden können. Der empirischen Psychotherapieforschung wird dabei vorgeworfen, dass die im Rahmen von experimentellen Untersuchungsdesigns gewonnenen Erkenntnisse wenig relevant für die Praxis sind, da die untersuchten Therapien nicht mit Therapien in der ‚normalen‘ Praxis übereinstimmen. In Anlehnung an ein in der pharmakologischen Forschung verbreitetes Stufenmodell wird eine so genannte 4. Phase der Wirksamkeitsforschung gefordert, bei der es um die Effektivität der Therapie in der Routineversorgung geht (Hahlweg et al., 2004; Rief, 1994). Von einigen Autoren wird außerdem eine gezielte Rückbesinnung auf die 1. und 2. Phase der Therapieforschung gefordert, bei der es um die gezielte Neuentwicklung bzw. Verbesserung von Therapiemethoden geht, die dann in der 3. Phase mit Hilfe von kontrollierten, randomisierten Studien auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden können (Rounsavill, Carroll & Onken, 2001).

In der Forschung wird dagegen oftmals beklagt, dass die vorhandenen Strukturen der Praxis zu unflexibel sind, um die teilweise klaren Forschungsbefunde umzusetzen (Grawe, 2005b; Grawe et al., 1994; Hunsley & Rumstein-McKean, 1999). Dabei wird die Vermutung geäußert, dass klinische Praktiker ihre Behandlungsergebnisse verbessern könnten, wenn sie ihre Therapien mehr an den evaluierten Therapiemanualen bzw. den empirisch herausgearbeiteten Wirkfaktoren und weniger an persönlichen Erfahrungen und den spekulativen Annahmen der Therapieschulen ausrichten würden.

Auf der Ebene der Beobachtung zweiter Ordnung stellt sich im Hinblick auf dieses Problem folgende zentrale Frage: Werden in der Forschung und in der Praxis vergleichbare Beobachtungen durchgeführt? Bei der Beantwortung dieser Fragen muss immer berücksichtigt werden, „daß kein Beobachter umhin kommt, die Komplexität der von ihm beobachteten Phänomenen-

bereiche zu reduzieren, um zu Beschreibungen zu gelangen, aus denen er Handlungsanweisungen ableiten kann“ (Simon, 1995, S. 97). Eine Selektion von Unterscheidungen muss in jedem Fall vorgenommen werden, dies gilt sowohl für die Praxis als auch für die Forschung. Diese Selektion sollte jedoch möglichst gezielt vorgenommen und kritisch reflektiert werden und sie sollte in einer Weise erfolgen, „die den Zugang zu Komplexität und möglicher Widersprüchlichkeit nicht verbaut, sondern offen hält“ (Stierlin, 1989, S. 122). Dieser Punkt führt zur Frage nach der Funktionalität von Erkenntniskonstruktionen in Forschung und Praxis.

Die Ziele, die mit einer bestimmten Beobachtung verfolgt werden bzw. die Konsequenzen, die aufgrund einer bestimmten Bezeichnung gezogen werden, sind in Forschung und Praxis grundlegend verschieden (Peterson, 2004). In der Forschung besteht ein wesentliches Ziel darin, dass die über Beobachtungen gewonnenen Erkenntnisse veröffentlicht werden und eine gewisse Anerkennung erfahren. Bei der Darlegung der Erkenntnisse muss deutlich gemacht werden, welche Handlungen bei der Gewinnung dieser Erkenntnisse durchgeführt wurden, womit die aktive Erkenntnis-Konstruktion im Vordergrund steht. In der Praxis ist die Situation eine andere: Der therapeutisch Tätige strebt Erkenntnisse an, um sich seinen Patienten gegenüber in einer bestimmten Art und Weise zielgerichtet verhalten zu können. Die Erkenntnisse müssen also unmittelbar eine handlungsanweisende Funktion übernehmen, wobei die Art der Erkenntnisgewinnung primär funktional betrachtet wird. Der Kontext, in dem sich die Funktionalität von Erkenntnis ergibt, ist also in Forschung und Praxis grundlegend verschieden. „Die erkenntnisleitende Blickrichtung, unter der (professionell) Welt erfahren wird, ist zwischen Forschern und Psychotherapeuten gemeinhin völlig gegensätzlich“ (Kriz, 1996, S. 165).

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit werden Therapien untersucht, die unter ‚normalen‘ Praxisbedingungen durchgeführt wurden. Es wird dabei unter anderem der grundlegenden Fragestellung nachgegangen, ob bzw. in welchem Umfang sich die primär in kontrollierten Studien ermittelten Erkenntnisse und die theoretischen Annahmen der Therapieschulen in Therapien bestätigt werden können, die von erfahrenen Therapeuten in der alltäglichen Praxis durchgeführt werden. Hinsichtlich der Kontroverse zwischen Praxis und Forschung wird damit die Position vertreten, dass es für eine integrierte Weiterentwicklung des Forschungs- und Praxisfeldes Psychotherapie notwendig ist, Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis mit den unter kontrollierten Bedingungen bewährten Instrumenten und Methoden der empirischen Wissenschaft zu untersuchen. Beim gegenwärtigen Erkenntnisstand sollten die Instrumente und Untersuchungsdesigns dabei den Praxisbedingungen angepasst werden und nicht umgekehrt.

2.1.5 Ergebnis- vs. Prozessforschung

Im Zusammenhang mit den Zielsetzungen von Psychotherapieforschung lassen sich aus einer Überblicksperspektive zwei Forschungsbereiche beobachten: „In the area of psychotherapy research, it has become rather commonplace to distinguish between process and outcome research“ (Garfield, 1990, p. 273). Outcome-Forschung beschäftigt sich in erster Linie mit der Überprüfung von therapeutischen Wirkungen, die sich nach Abschluss einer Behandlung beobachten lassen, sowie mit korrelationsstatistischen Analysen unterschiedlichster Variablen, um deren Beitrag zum Therapieerfolg abzuschätzen. Prozessforschung hingegen macht das therapeutische Geschehen zu ihrem Untersuchungsgegenstand. „Process research typically addresses what happens in psychotherapy sessions, examining variables such as therapist behaviors, client behaviors, and interactions between therapist and clients during treatment“ (Lambert & Hill, 1994, S. 72). Beide Untersuchungsansätze sind jedoch grundsätzlich dem selben Ziel verpflichtet: „The expected consequence of both process and outcome research is for therapists to become more effective in assisting clients“ (ebd., S. 73). Die hierzu untersuchten Variablen und die methodischen Zugänge unterscheiden sich jedoch erheblich. Vereinfachend lässt sich der Unterschied beider Ansätze dahingehend beschreiben, dass die Ergebnisforschung die Frage stellt: Was bewirkt eine Therapie? Die Prozessforschung hingegen richtet ihr Interesse auf die Frage: Was geschieht während einer Therapie? Erst die Kombination beider Ansätze wendet sich der zentralen Frage nach der Erklärung zu: Wie werden bestimmte Veränderungen durch das Geschehen in den Therapiesitzungen herbeigeführt?

Ergebnisforschung setzt sich z.B. mit der Frage auseinander, ob ein verhaltenstherapeutisches Selbstsicherheitstraining wirksam ist und bestimmt dazu die Selbstsicherheit der teilnehmenden Patienten vor und nach der Therapie. Das Ziel besteht primär darin, die Verwendung des Manuals bzw. die Anwendung entsprechend gestalteter Therapien zu rechtfertigen. Das Geschehen während der einzelnen Therapiesitzungen wird dabei mit dem Verweis auf das Therapiemanual beschrieben. Die Prozessforschung setzt hier an und wendet sich beispielsweise der Frage zu, was auf einer konkreten Verhaltensebene in den Therapiesitzungen tatsächlich geschieht und welche Unterschiede es zwischen den verschiedenen Therapeuten bzw. Therapien gibt. Dabei wird davon ausgegangen, dass das Geschehen in den Therapiesitzungen mit den Anweisungen im Manual im Detail unzureichend beschrieben ist, da jeder Therapeut in Abhängigkeit von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen einen individuellen Stil hat, wie er solch ein Manual in Bezug auf einen konkreten Patienten umsetzt (Beutler et al., 2004; Dobson &

Nokolaos, 2003). In der Kombination beider Ansätze geht es dann z.B. um die Frage, ob sich die Ergebnisunterschiede zwischen den Therapien mit Unterschieden in den beobachtbaren Prozessmerkmale erklären lassen. Solche Fragen können zum einen relativ allgemein und unspezifisch bearbeitet werden, indem man versucht, dass Interaktionsgeschehen insgesamt zu erfassen und dann nach den Unterschieden zwischen unterschiedlich erfolgreichen Fällen sucht bzw. Zusammenhangsanalysen durchführt (Hill, 1990). Zum anderen können solche Fragen auch dahingehend spezifiziert werden, dass man gezielt nach bestimmten Prozess- bzw. Interaktionsmerkmalen sucht, denen man aufgrund von Vorüberlegungen eine zentrale Bedeutung für den Veränderungsprozess des Patienten zuspricht (Greenberg & Newman, 1996).

Mit dem Begriff ‚Prozess‘ bezeichnet man „eine zeitlich geordnete Sequenz von Ereignissen, wobei jedes Element der Sequenz die nachfolgenden Elemente zum Teil determiniert“ (Reinecker, 1984, S. 159). Wenn man eine Sequenz von Ereignissen als Prozess bezeichnet, geht man also implizit von der Hypothese aus, dass es bestimmte Mechanismen gibt, die eine gewisse Abhängigkeit eines Ereignisses von vorauslaufenden Ereignissen bewirken. Diese Mechanismen lassen sich in der Regel nicht unmittelbar beobachten, sondern müssen hypothetisch erschlossen werden. Ein Prozess ist letztlich eine Konstruktion eines Beobachters, der bestimmte Ereignisse, die sich zu verschiedenen Zeitpunkten ereignen, als zusammengehörig auffasst. Davon ausgehend kann Psychotherapie „als komplexer kognitiver, emotionaler, behavioraler und sozialer Veränderungsprozess in einem interpersonalem Kontext aufgefasst werden (Reinecker, 1984, S. 160). An der gegenwärtigen Forschung kann kritisiert werden, dass sie sich zu wenig mit der theoretischen Konzeption dieser Prozesse beschäftigt (Lambert, Garfield et al., 2004; Shoham-Salomon, 1990).

Im Hinblick auf die Unterscheidung von Prozess- und Ergebnisforschung hat seit den 80er Jahren eine Interessenverschiebung weg von reiner Ergebnisforschung hin zur Prozess-Ergebnisforschung stattgefunden. Mitte der 90er Jahre konnte von „einer völlig neuen Konzipierung von Theorie und Methode in der Psychotherapieforschung“ gesprochen werden (Schindler, 1996, S. 267). Dieser Wandel lässt sich zum einen damit begründen, dass der allgemeine Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie bereits erbracht worden ist. „Reine Outcome-Forschung wäre danach für die Zukunft obsolet“ (Grawe, 1989, S. 33). Zum anderen kritisieren eine Reihe von Autoren an reiner Ergebnisforschung die mangelnde Praxisrelevanz, da sie sich praktisch nicht mit ihrem eigentlichen Forschungsgegenstand, dem psychotherapeutischen Geschehen, befasst hat (vgl. Bastine, Fiedler & Kommer, 1989; Grawe, 1988; Greenberg & Pinsof,

1986). Aussagen darüber, wie der therapeutische Veränderungsprozess zustande kommt bzw. wie die Wirkmechanismen in den Therapiesitzungen realisiert werden, konnten von reiner Ergebnisforschung nicht gemacht werden. Die angestrebten Erkenntnisse der Prozessforschung beziehen sich häufig direkt auf das Therapeutenverhalten bzw. auf die Interaktion zwischen Therapeut und Klient und erhöhen dadurch die Relevanz für den praktisch tätigen Psychotherapeuten. „Eine solche Orientierung an Prozeßvorgängen führt näher an den Gegenstand heran, den therapeutische Konzeptionen jeglicher Herkunft als ihren zentralen Gegenstand beschreiben: Psychotherapie als intendierte Veränderung in der Zeit“ (Czogalik, 1990, S. 18).

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass die Prozessforschung bisher primär den offenen beobachtbaren Interaktionsprozess untersucht hat. Empirische Studien, die sich mit den innerhalb der Beteiligten ablaufenden kognitiven und emotionalen Prozessen beschäftigen, gibt es bisher nur vereinzelt (z.B. Caspar, 1997). Die dazu in den verschiedenen Therapieschulen formulierten Annahmen und Theorien müssen größtenteils als hypothetisch angesehen werden. D.h. die entscheidende Frage, wie die spezifischen Interventionstechniken ihre Wirkung entfalten bzw. was die zentralen intrapersonellen Veränderungsmechanismen sind, bleibt im Sinne der empirischen Forschung weitgehend unbeantwortet (Kazdin, 2001).

Die im empirischen Teil dargelegte empirische Untersuchung hat ihren Fokus klar im Bereich der Prozessforschung. Das Innovative der dargelegten Analysen besteht unter anderem darin, dass die Interaktion in Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis untersucht wird. Auch im Bereich der Prozessforschung bezieht sich die überwiegende Mehrzahl der Studien auf manualisierte Therapien, die im Kontext eines experimentellen Untersuchungsdesigns durchgeführt wurden (siehe Kapitel 2.3.2). Mit der eigenen empirischen Untersuchung wird der noch wenig bearbeiteten Frage nachgegangen, ob sich Therapien, die sich hinsichtlich ihrer allgemeinen Zugehörigkeit zu einer Therapierichtung (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Therapie und Verhaltenstherapie) unterscheiden, auch auf der Ebene der konkreten Interaktion den Erwartungen entsprechend unterscheiden.

2.1.6 Spezifische vs. unspezifische Wirkfaktoren

Die verschiedenen Therapieschulen leiten aus unterschiedlichen theoretischen Annahmen unterschiedliche Behandlungstechniken ab, mit denen sie teilweise unterschiedliche Behandlungsziele verfolgen. Unter spezifischen Wirkfaktoren versteht man in der Regel den Einfluss

dieser gezielt eingesetzten Behandlungstechniken. Diese Faktoren können deshalb auch als schulspezifische Faktoren bezeichnet werden (Stevens, Hynan & Allen, 2000). Sie spielen für das berufliche Selbstbild und Identitätsgefühl der meisten Therapeuten eine zentrale Funktion und dienen damit auch der Abgrenzung zwischen den Therapieschulen (Czogalik, 1990). Bei der Untersuchung der so definierten spezifischen Wirkfaktoren muss jedoch immer berücksichtigt werden, dass jede noch so klar formulierte Behandlungstechnik von einem Therapeuten in einer individuellen Art und Weise umgesetzt wird (Elkin, 1999). Der Einfluss dieser individuellen Eigenart auf das Therapieergebnis wird den unspezifischen Wirkfaktoren zugerechnet.

„Unter unspezifischen Faktoren versteht man in der Psychotherapieforschung Wirkfaktoren, die in den meisten Ansätzen realisiert werden (im Sinne einer Durchschnittsmenge), ohne daß sie vom theoretischen Hintergrund her nahegelegt oder explizit thematisiert werden“ (Reinecker, 1984, S. 171). Es handelt sich um Wirkfaktoren, welche in der Therapiesituation etwas bewirken, aber von den einzelnen Therapieschulen nicht explizit als ein gezielt zu gestaltender Aspekt dargestellt werden. Dies ist z.B. der Umstand, dass jede Psychotherapie in einem gesellschaftlich anerkannten und mit bestimmten Bedeutungen und Werten versehenen Rahmen stattfindet und die therapeutische Beziehung damit von anderen Alltagsbeziehungen unterschieden wird (Czogalik, 1990). Sowohl der Patient als auch der Therapeut unterliegen bestimmten Verhaltensbeschränkungen und -freiheiten, die unabhängig vom konkreten Kontext zur Vergrößerung von Sicherheit beitragen. In eine ähnliche Richtung weisen die Wirkungen einer positiven Erwartungshaltung. Patienten kommen zu den Therapiesitzungen, weil sie erwarten, dass ihnen dort bei der Problembewältigung geholfen wird. Auch dem Einsatz bestimmter Therapietechniken kann eine unspezifische Wirkung im Sinne einer „funktionalen Äquivalenz“ (Czogalik, 1990) zugeschrieben werden. Therapeuten gewinnen ihre Zuversicht, dem Patient helfen zu können, mit Bezug auf die von ihnen eingesetzten Techniken und vermitteln dies dem Patienten. Der am häufigsten thematisierte unspezifische Wirkfaktor ist die Therapeut-Patient-Beziehung – teilweise wird das eine mit dem anderen sogar gleich gesetzt. Die Diskussion um die Wirkfaktoren wird deshalb auch häufig vor dem Hintergrund Technik vs. Beziehung geführt. Bevor darauf im nächsten Kapitel genauer eingegangen wird, soll noch auf ein Problem bei dieser Trennung von Wirkfaktoren hingewiesen werden.

Die Bezeichnung von bestimmten Faktoren als spezifisch oder unspezifisch ist abhängig von dem zugrunde liegenden Therapieverständnis bzw. der Hintergrundtheorie (Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn & Wampold, 2003). Eine Trennung in spezifische und unspezifische

Wirkfaktoren ist aufgrund der unterschiedlichen Handlungsanweisungen schulenübergreifend nicht möglich. Die Beziehungsgestaltung kann beispielsweise in einer Gesprächspsychotherapie nicht pauschal als ein unspezifischer Wirkfaktor bezeichnet werden, da ein Großteil der Handlungsanweisungen eben diesem Aspekt gewidmet sind (Rogers, 1983). Aus diesem Grund werden in unterschiedlichen Arbeiten die spezifischen und unspezifischen Faktoren unterschiedlich konzeptualisiert. Es ist bisher nicht gelungen, schulen- bzw. studienübergreifend herauszuarbeiten, in welchem Umfang die unterschiedlichen Faktoren für die erzielten Veränderungen verantwortlich sind (Stevens et al., 2000). Ausgehend von diesen Problemen stellt sich die Frage, ob diese Unterscheidung nutzbringend bzw. notwendig ist oder ob man sie nicht aufgeben sollte (Czagalik, 1990; Lambert & Ogles, 2004; Reinecker, 1984; Zimmer & Zimmer, 1992).

In der vorliegenden Arbeit wird an der Unterscheidung spezifisch vs. unspezifisch festgehalten, wobei die konkrete Ausprägung und Verwendung dieser Unterscheidung als etwas dynamisches verstanden wird. Damit ist gemeint, dass es vom aktuellen Forschungsstand und von der eingesetzten Therapiemethode abhängt, nach welchen expliziten Handlungsanweisungen sich der Therapeut richten kann und was damit als gezielt realisiert (spezifisch) und was als spontan bzw. unbewusst realisiert (unspezifisch) zu bezeichnen ist. Die Unterscheidung ändert sich also im Laufe der Zeit und von Kontext zu Kontext. Eine allgemeine Bestimmung von spezifisch und unspezifisch realisierten Wirkungen kann deshalb nicht vorgenommen werden. Bei einer Untersuchung zum therapeutischen Geschehen kann aber z.B. vor dem Hintergrund des verwendeten Therapiekonzepts gefragt werden, welche Interaktionsmerkmale sich mit den expliziten therapeutischen Handlungsanweisungen erklären lassen und welche nicht.

2.1.7 Technik vs. Beziehung

Die Diskussionen um die Unterscheidung von Technik vs. Beziehung wurden und werden meistens mit Bezug zu den unterschiedlichen Positionen innerhalb der drei großen Therapieschulen geführt – tiefenpsychologische Therapie (Psychoanalyse), Gesprächstherapie (humanistische Psychologie) und kognitive Verhaltenstherapie (Lerntheorie).

Schon in den frühen psychoanalytischen Schriften von Freud (1912/1913) wird der Beziehung zwischen Psychoanalytiker und Analysant eine zentrale Bedeutung beigemessen. Dabei wird die therapeutische Arbeitsbeziehung (Allianz) von der Übertragungsdynamik abgegrenzt. Die Arbeitsbeziehung beinhaltet ein relativ unneurotisches Bündnis zwischen Patient und The-

rapeut, gemeinsam aktiv auf ein Ziel hin zu arbeiten und sich auf die psychoanalytische Behandlungstechnik einzulassen (Greenson, 1967). Auf der Grundlage eines solchen Bündnisses kommt es beim Patienten dann im Laufe der Therapie zu neurotischen Übertragungsreaktionen, die mittels der analytischen Techniken (Deutung, Konfrontation, Klärung, Durcharbeiten) bearbeitet werden sollten. Für ein Verständnis der Übertragungsphänomene wird in der Regel ein Bezug zu vergangenen Beziehungserfahrungen (insbesondere mit Vater und Mutter) hergestellt – ein bestimmtes Verhalten gegenüber dem Therapeuten wird z.B. als Übertragung von Erfahrungen mit dem Vater in die therapeutische Situation verstanden. Das Verhalten des Patienten gegenüber dem Therapeuten wird dabei primär mit intrapsychischen Prozessen erklärt. Im Zusammenhang damit unterliegt das Verhalten des Therapeuten in der klassischen Psychoanalyse starken Beschränkungen (Neutralität, Abstinenzregel; siehe Kapitel 4.2.2). Der Deutung, Klärung und letztlich Auflösung der Übertragungsdynamik wird eine zentrale Bedeutung für den Behandlungserfolg zugesprochen. Der Arbeitsbeziehung wird primär die Funktion zugewiesen, den Einsatz der analytischen Techniken zu ermöglichen. Im Sinne einer positiven bzw. korrektiven Beziehungserfahrung sollte sie sich jedoch auch unmittelbar positiv auf den Patienten auswirken. Eine aktuelle Darstellung der verschiedenen psychoanalytischen Positionen und der darauf bezogenen empirischen Forschung findet sich bei Hentschel (2005).

In den späten 70er Jahren wurden die ersten Versuche unternommen, die therapeutische Arbeitsbeziehung im psychoanalytischen Sinne mittels Ratingskalen und Fragebögen zu erfassen und damit eine kontrollierte empirische Forschung zu ermöglichen (Luborsky, 1976, 1995). Es hat sich zwar als schwierig herausgestellt, die theoretisch postulierten unterschiedlichen Aspekte der Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut getrennt zu erfassen (Rudolf, 1991). Aber die bis heute andauernden intensiven Forschungsbemühungen haben einige etablierte Erhebungsinstrumente und generalisierbare Befunde hervorgebracht (Horvath & Luborsky, 1993). Der Arbeitsbeziehung wird heute von den meisten Vertretern der Psychoanalyse und tiefenpsychologischen Psychotherapie ein bedeutsamer, eigenständiger Beitrag zum Therapieerfolg zugesprochen.

Die empirische Untersuchung der therapeutischen Beziehung wurde in den 40er und 50er Jahren von Carl Rogers Thesen über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen des Veränderungsprozesses eingeleitet und dominiert (Greenberg & Pinsof, 1986; Rogers, 1991). „Vom theoretischen Anspruch her ist die Gesprächspsychotherapie diejenige Therapierichtung, welche die stärkste Betonung auf die therapeutische Beziehung legt, ja Therapie sogar aus-

schließlich durch eine hilfreiche Form von Beziehung definiert“ (Schindler, 1991, S. 11). Die in diesem Rahmen unternommenen Forschungsbemühungen der 60er und 70er Jahre versuchen beispielsweise zu belegen, dass das Therapieergebnis von der Realisierung des gesprächstherapeutischen Beziehungsangebots (Empathie, unbedingte Wertschätzung, Kongruenz) durch den Therapeuten abhängt (Biermann-Ratjen, 1995).

Die verhaltenstheoretische Position der 50er und 60er Jahre kann als Gegensatz zu Rogers Thesen aufgefasst werden. Hier ging man davon aus, dass die eingesetzten Techniken das Spezifische und damit Entscheidende für den therapeutisch initiierten Veränderungsprozess beim Patienten sind (Zimmer & Zimmer, 1992). Die dabei durchgeführten Untersuchungen versuchten deshalb, die Wirksamkeit der von ihr entwickelten Interventionsverfahren empirisch zu belegen. Dabei wurde häufig ein experimentelles Untersuchungsdesign gewählt (siehe Kapitel 2.1.8 und 2.2.2), bei dem die Therapeuten klare Handlungsanweisungen hatten.

Diese einseitigen Positionen sind inzwischen Geschichte. So schreiben Fiedler und Rogge (1990): „Spezifische Therapietechniken implizieren natürlich eine spezifische Veränderung des therapeutischen Beziehungsangebots. Aber deshalb ist eine technikorientierte Therapie um nichts weniger eine Beziehungstherapie“ (S. 135). Zimmer und Zimmer (1992) lehnen diese Unterscheidung sogar ganz ab: „Seit langem vertreten wir den Standpunkt, daß die Unterscheidung von psychotherapeutischen Verfahren und der therapeutischen Beziehungsgestaltung wenig hilfreich ist, da beide das Ziel haben, günstige Bedingungen für Lernen und Entwicklung zu schaffen, und da beide mit den gleichen Theorien verstanden werden können“ (S. 13).

Wie so häufig im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess, so lässt sich auch hier nach einer Phase der Konfrontation von Extrempositionen eine Annäherung und gleichzeitige Berücksichtigung beider Aspekte beobachten. Heute wird auch in der verhaltenstherapeutischen Forschung dem Beziehungsaspekt eine entscheidende Bedeutung beigemessen (Margraf & Brengelmann, 1992) und beziehungsorientierte Therapiekonzeptionen integrieren spezifische Techniken (Sachse, 2005; Sachse & Maus, 1991). Der Beziehung wird dabei meist eine zweifache Funktion zugewiesen (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998): Eine gute Therapiebeziehung schafft zum einen die Voraussetzungen, dass Interventionstechniken ihre angestrebten Wirkungen entfalten können und hat damit eine den Einsatz von Techniken unterstützende Funktion. Zum anderen wird der Beziehung eine eigenständige Funktion im Sinne eines unmittelbaren positiven Einflusses auf den Patienten zugeschrieben. Im Rahmen einer

positiven Beziehung wird der Selbstwert des Patienten gestärkt und er setzt sich mit erhöhtem Zutrauen mit seiner Lebenssituation auseinander.

Im Kontext der Unterscheidung in spezifische und unspezifische Wirkfaktoren kann ein Teil der verhaltenstherapeutisch orientierten Prozessforschung so interpretiert werden, dass sie die Beziehungsgestaltung zu einem spezifischen, gezielt planbaren Wirkfaktor machen möchte (Grawe, 1992a; Schindler, 1991). Es wird also versucht, die Gleichsetzung der Unterscheidungen spezifisch vs. unspezifisch und Technik vs. Beziehung aufzulösen. Therapeuten sollen ihr Beziehungsverhalten auf der Basis empirischer Befunde und theoretischer Annahmen gezielt auf die Bedürfnislage des Patienten abstimmen, um so beim Patienten eine spezifische Wirkung zu erzielen. Diese Herangehensweise entsprechend einer differentiellen Indikation weicht von der innerhalb der Gesprächspsychotherapie ab, die unabhängig vom Patienten eine bestimmte Beziehungsgestaltung propagiert. Hier stehen sich ein ‚generalistisches‘ und ein ‚individualisiertes‘ Konzept der Beziehungsgestaltung gegenüber (Grawe, 1992a).

Die eigene empirische Untersuchung kann dieser Richtung zugerechnet werden. Über einen Vergleich der Interaktionsmerkmale in unterschiedlichen Arten von Psychotherapien wird indirekt auch der Frage nachgegangen, in welcher Art und Weise sich unterschiedliche Therapiekonzeptionen auf die Gestaltung der Therapiebeziehung auswirken. Von besonderer Bedeutung sind dabei Interaktionsanalysen, bei denen die wechselseitige Beeinflussung zwischen Patient und Therapeut über bedingte Wahrscheinlichkeiten bestimmt wird.

Abschließend soll noch kritisch angemerkt werden, dass der Begriff ‚Therapie-Beziehung‘ häufig ohne konkrete Definition verwendet wird. „Es gibt kaum einen Aspekt von Psychotherapie, von dessen Bedeutung die meisten Beteiligten überzeugt sind und der doch als Begriff so schillernd ist, wie die ‚Therapiebeziehung‘“ (Caspar, 2005, S. 265). Bastine (1988) bezeichnet ihn als einen „Omnibusbegriff, mit dem allerorten argumentiert wird und der für alles mögliche herhalten muß, dessen Bedeutung allerdings vage und unbestimmt bleibt“ (S. 301). Letztlich handelt es sich um ein hypothetisches Konstrukt, welches nicht unmittelbar beobachtet werden kann. Auf die Beziehung und deren Qualität kann nur über die Beobachtung von konkreten Verhaltensweisen oder die Befragung der Beteiligten geschlossen werden (Slife, 2004).

Im Sinne der eingangs dargelegten Beobachtungstheorie sollte im Rahmen einer Definition dieses Konstrukts geklärt werden, was die spezifischen Merkmale einer therapeutischen Beziehung im Unterschied zu anderen Beziehungen sind. Eine therapeutische Beziehung kann als eine ‚Als-ob-Beziehung‘ verstanden werden, in der eine gleichberechtigte Wechselseitigkeit in

Bezug auf Nehmen und Geben nicht vorgesehen ist, da die beiden Beteiligten aus grundsätzlich unterschiedlichen Rollen heraus agieren (siehe Kapitel 2.1.1). Der Therapeut vermittelt dem Patienten eine verständnisvolle, bestätigende und Nähe suggerierende Haltung in einem professionellen Kontext, ohne dass vom Patienten eine vergleichbare Haltung dem Therapeuten gegenüber erwartet wird. Das Ziel des Therapeuten hat einen paradoxen Aspekt. Er möchte über seine Haltung eine positive Beziehung zum Patienten aufbauen, damit er diesem möglichst effektiv helfen und die Beziehung möglichst schnell wieder beenden kann. Im Gegensatz dazu zeigt man eine solche Haltung im Alltag primär dann, wenn eine auf Dauer und gleichberechtigte Wechselseitigkeit angelegte Beziehung angestrebt wird.

2.1.8 Explorative vs. theoriegeleitete Prozessforschung

Mit den folgenden Ausführungen soll das Kapitel zu den inhaltlichen Unterscheidungen abgeschlossen und auf die Frage nach methodischen Unterscheidungen übergeleitet werden. Es werden zwei verschiedene Forschungsstrategien betrachtet, die sich innerhalb der Psychotherapieprozessforschung gegenüber stehen: Das explorative bzw. deskriptive (z.B. Hill, 1990) und das theoriegeleitete bzw. experimentelle (z.B. Sampson & Weiss, 1986) Vorgehen.

Beim explorativen oder auch „pragmatischen Ansatz lässt man sich von der Beobachtung klinischer Phänomene leiten, die dann zur Formulierung von Hypothesen und weiterer empirischer Überprüfung führen. Da nicht in eine theoretische Richtung eingebunden, erhofft man sich von diesem Ansatz durch sein verstehend-nachvollziehendes Vorgehen ‚pantheoretische‘ Erkenntnisse“ (Schindler, 1996, S. 270). Nach Schiepek (1995) bemüht sich die explorative Forschung um ein vertieftes Verstehen und phänomenologisches Durchdringen des therapeutischen Prozesses. Dieser Ansatz versucht seine Erkenntnisse zunächst auf einer primär beschreibenden Ebene zu halten, ohne auf erklärende Mechanismen oder Bewertungen Bezug zu nehmen. Auf die Ebene der Erklärung und Bewertung wird gewechselt, wenn es um den Vergleich unterschiedlich erfolgreicher oder verschiedener Arten von Psychotherapien geht. Explorative Forschung setzt sich in der Regel das Fernziel, aus einer detaillierten Beschreibung des therapeutischen Geschehens detaillierte Erklärungen und Theorien zu entwickeln (Shoham-Salomon, 1990). „Development of theory, based on accumulation of replicated findings, is the ultimate goal of exploratory process research“ (Hill, 1990, S. 288). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich auch die erste explorative Studie bei der Planung und der Auswahl

von Untersuchungsinstrumenten auf gewisse theoretische Grundannahmen stützen muss. Im Sinne der oben dargelegten Beobachtungstheorie müssen die verwendeten Unterscheidungen vorab ausgewählt werden.

Theoriegeleitete experimentelle Forschung verfolgt dagegen primär das Ziel, die aus einer Theorie ableitbaren Hypothesen empirisch zu testen (Kazdin, 2001). Die zentralen bzw. unabhängigen Variablen sollten dazu gezielt kontrolliert und das Untersuchungsdesign sollte so gewählt werden, dass möglichst exakte Aussagen bzgl. der Hypothesen getroffen werden können. Gegenwärtig steht dieser Ansatz jedoch dem Problem gegenüber, dass die meisten von den Therapieschulen gemachten Annahmen über den konkreten innerpsychischen Veränderungsprozess und wie dieser über spezifische Interventionstechniken herbeigeführt wird, nur relativ allgemein ausformuliert sind. Eine Ableitung von konkreten, empirisch operationalisierbaren Hypothesen über das konkrete Geschehen in den Therapiesitzungen und deren Auswirkungen ist häufig nicht möglich. In der Regel wird mit vorläufigen Prozesstheorien gearbeitet, mit denen lediglich recht allgemeine Hypothesen und Untersuchungsstrategien begründet werden können. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass die innerhalb der Beteiligten ablaufenden psychischen und physiologischen Prozesse nur schwer empirisch zu erfassen sind. Aktuell verfolgen die meisten Studien eine Kombination aus explorativer und theoriegeleiteter Forschungsstrategie. D.h. die relativ allgemein formulierten Prozessmodelle und die Befunde aus anderen Studien werden dazu genutzt, primär deskriptiv orientierte empirische Forschung zu planen und strukturieren sowie Korrelationsbefunde zwischen Prozessmerkmalen und Therapieergebnis zu interpretieren. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen dann zur Konkretisierung des theoretischen Modells und zur Planung weiterer Studien genutzt werden.

Auch der hier vertretene methodische Ansatz und die durchgeführten Einzelfallanalysen nehmen eine mittlere Stellung im Rahmen dieser Unterscheidung ein (siehe Kapitel 4.1). Es wird zum einen der deskriptiven Frage nachgegangen, was in den untersuchten Therapien auf der Ebene von Sprechhandlungen geschieht. Zum anderen werden über den Vergleich verschiedener Therapiemethoden hypothesengeleitete Fragen untersucht.

2.2 Methodische Unterscheidungen: Wie wird untersucht?

Nachdem eine Fragestellung bzw. Hypothese formuliert und damit entschieden wurde, was untersucht werden soll, stellt sich für jede wissenschaftliche Studie die zentrale Aufgabe, das passende Untersuchungsdesign und die zu verwendenden Methoden auszuwählen (Bortz, 1984). Dabei ist es notwendig, die eigentliche Fragestellung bzw. Hypothese in eine empirisch überprüfbare Form zu übersetzen und dabei die so genannte Operationalisierung der Variablen vorzunehmen (Leichsenring, 1987). In der Regel lassen sich die in der Psychotherapieforschung untersuchten ‚Gegenstände‘ nicht unmittelbar beobachten, sondern es handelt sich um hypothetische Konstrukte (z.B. Beziehung, Wirkfaktor, Veränderung), die anhand von empirischen Daten nur indirekt untersucht werden können. Bei der Interpretation von Ergebnissen ist von zentraler Bedeutung, ob diese Übersetzung der inhaltlich bestimmten Fragestellung in eine empirische Form erfolgreich war. In den folgenden Unterkapiteln sollen die zentralen Entscheidungen bei der Planung einer Studie verdeutlicht und der methodische Ausgangspunkt der eigenen Untersuchung dargelegt werden.

Zunächst wird auf die zentrale Unterscheidung von interner und externer Validität eingegangen, die sich auf die Frage nach der Gültigkeit und dem Geltungsbereich von Aussagen bezieht. Damit unmittelbar zusammenhängend geht es dann in Kapitel 2.2.2 um die Unterscheidung von Feldstudien und experimentellen Studien, wobei es um die Entscheidung geht, ob die unabhängigen Variablen gezielt kontrolliert werden oder ob deren natürliche Ausprägung untersucht wird. In Kapitel 2.2.3 erfolgt eine kurze Darstellung verschiedener Arten von Gruppenuntersuchungen und eine Auseinandersetzung mit der Frage, in welchem Zusammenhang Einzelfallanalysen das angemessene Untersuchungsdesign sind. Unabhängig von diesen Unterscheidungen hängt jede Dateninterpretation von der Datenquelle und den eingesetzten Untersuchungsinstrumenten ab, worauf in Kapitel 2.2.4 eingegangen wird. Im Hinblick auf die empirische Studie der vorliegenden Arbeit wird dann im abschließenden Kapitel 2.2.5 ausführlich auf die Methodik der systematischen Verhaltensbeobachtung eingegangen.

2.2.1 Interne vs. externe Validität

Die Unterscheidung von interner und externer Validität ist bei vielen methodischen Diskussionen und der oben angesprochenen Kontroverse zwischen Forschung und Praxis von zentraler Bedeutung. Ob ein wissenschaftliches Untersuchungsergebnis für Entscheidungen in der psychotherapeutischen Praxis relevant ist, ist unmittelbar mit dieser Unterscheidung verknüpft (Kirchner, Kissel, Petermann & Böttger, 1977; Leichsenring, 2004).

Interne Validität bezieht sich auf die Frage, mit welcher Sicherheit die im Rahmen einer Untersuchung ermittelten Befunde und Erkenntnisse Gültigkeit für die untersuchten Personen und Zusammenhänge beanspruchen kann. Bezogen auf eine Therapiestudie ist dies beispielsweise die Frage, mit welcher Sicherheit die bei den Patienten beobachtbaren Veränderungen ursächlich auf die durchgeführte psychotherapeutische Behandlung zurückgeführt werden können. Gefährdet ist die interne Validität durch alle denkbaren Alternativhypothesen, die die beobachteten Veränderungen durch andere Einflüsse als den der Behandlung erklären können.

Externe Validität bezieht sich auf die Frage, mit welcher Sicherheit die Ergebnisse einer Studie auf andere Personen und Zusammenhänge übertragbar bzw. generalisierbar sind. Bezogen auf eine Therapiestudie ist dies z.B. die Frage, mit welcher Sicherheit sich die im Rahmen einer Studie gezeigte Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung auch in der ‚normalen‘ klinischen Praxis zeigen wird. Gefährdet ist die externe Validität, wenn die Patienten, Therapeuten und Behandlungsbedingungen in der Studie nicht repräsentativ für den Kontext sind, auf den die Ergebnisse übertragen werden sollen. D.h. wenn es hinsichtlich der zentralen Variablen bedeutsame Unterschiede zwischen der Studie und der ‚normalen‘ Praxis gibt.

Bei der internen und externen Validität handelt es sich um Idealzustände, denen eine Untersuchung in unterschiedlichem Ausmaß nahe kommen kann, die sich aber niemals vollständig erreichen lassen. Ein gewisses Maß an Gefährdung ist immer gegeben, da sich niemals alle nur denkbaren Alternativhypothesen ausschalten lassen und eine Untersuchung immer in einem bestimmten Kontext durchgeführt wird, der sich immer von anderen Kontexten unterscheidet. Aufgrund dieser grundsätzlichen Gefährdung der Validität ist die Aussagekraft jeder einzelnen empirischen Studie sehr begrenzt und die Generalisierbarkeit von Befunden sollte immer vor dem Hintergrund anderer Befunde diskutiert werden.

Bei den meisten Fragestellungen kann nicht gleichzeitig eine hohe interne und eine hohe externe Validität erreicht werden. Eine hohe interne Validität setzt in der Regel voraus, dass die

Ausprägung der zentralen Variablen gezielt kontrolliert und die ‚natürliche‘ Variabilität damit eingeschränkt wird. Gerade diese Variabilität ist jedoch für die ‚normale‘ Praxis charakteristisch, weswegen die externe Validität durch die Kontrolle eingeschränkt wird. Es ist demnach eine Abwägungssache, ob ich eher eine möglichst hohe interne oder eine möglichst hohe externe Validität anstrebe.

Im Hinblick auf die eigene Untersuchung ist für die Frage der Validität von zentraler Bedeutung, dass ein einzelfallanalytisches Untersuchungsdesign gewählt wurde. Für die deskriptiven Interaktionsanalysen und die darauf bezogenen Vergleiche zwischen den Therapien ergibt sich nur eine geringe Gefährdung der internen Validität, da die untersuchten Verhaltensweisen und Zusammenhänge relativ unmittelbar beobachtet werden. Die Aussage, dass in der einen Therapie vom Therapeuten mehr Interpretationen gegeben wurden als in einer anderen Therapie, kann z.B. eine hohe Gültigkeit beanspruchen, wenn man die Art der Bestimmung der Interpretationshäufigkeit als valide ansieht. Da keinerlei kontrollierte Variation von Variablen vorgenommen wurde, kann eine hohe Gefährdung der internen Validität für jene Aussagen erwartet werden, bei denen im Rahmen eines Vergleichs zwischen verschiedenen Therapien ein Zusammenhang zwischen den Interaktionsmerkmalen und anderen Variablen (z.B. Veränderung des Patienten oder Therapieart) hergestellt wird. D.h. alle Aussagen, die die unterschiedlichen Interaktionsmerkmale zwischen den verschiedenen Therapien mit anderen Unterschieden zwischen den Therapien erklären bzw. in einen ursächlichen Zusammenhang stellen, sind im Hinblick auf die interne Validität relativ hoch gefährdet, was bei der Interpretation und Diskussion berücksichtigt werden muss. Hinsichtlich der externen Validität kann gesagt werden, dass die ermittelten Befunde zunächst nur für die untersuchten Fälle Gültigkeit beanspruchen können und die Frage der Generalisierbarkeit davon abhängt, ob sich die Befunde bei weiteren Einzelfallanalysen bestätigen lassen. Dies hängt letztlich davon ab, ob der untersuchte Einzelfall für die Gruppe von Einzelfällen, zu der man eine Aussage machen möchte, repräsentativ ist.

2.2.2 Feldstudie vs. Experiment

Bei der Unterscheidung von Feldstudie vs. Experiment geht es um die Frage, in welchem Ausmaß die für die untersuchte Fragestellung zentralen Variablen kontrolliert bzw. beeinflusst werden. Bei reinen Feldstudien versucht man, die natürliche Ausprägung der Variablen zu erfassen und bei der Datenerhebung einen möglichst geringen Einfluss auszuüben. Therapiestu-

dien, die den Prozess und Erfolg von in der ‚normalen‘ Praxis stattfindenden Therapien untersuchen, ohne das therapeutische Geschehen gezielt zu beeinflussen, können in diesem Sinne als Feldstudien bezeichnet werden. Bezogen auf den Praxisbereich, in der die Datenerhebung durchgeführt wird, haben solche Studien ein hohes Maß an externer Validität, wenn für die untersuchte Stichprobe eine gewisse Repräsentativität angenommen werden kann. Aufgrund der geringen Kontrolle der bedeutsamen Variablen haben sie jedoch häufig ein geringes Maß an interner Validität. Ob die beobachteten Veränderungen z.B. durch die eingesetzten Therapiemethoden oder das Charisma der Therapeuten bedingt sind, kann letztlich nicht eindeutig gesagt werden. Die eigene empirische Untersuchung kann klar dem Bereich der Feldstudie zugerechnet werden.

Bei experimentellen (randomisierten und kontrollierten) Studien verfolgt man das gegensätzliche Ziel. Die für die Fragestellung zentralen (bzw. die unabhängigen) Variablen sollen möglichst umfassend kontrolliert und in ihrer Ausprägung gezielt beeinflusst werden. Dies wird beispielsweise in Therapiestudien gemacht, bei denen gezielt ausgewählte Patienten zufällig einer von mehreren Behandlungsgruppen zugewiesen werden und sich die Therapeuten an einem Manuale orientieren. Mit einem solchen Design wird eine möglichst hohe interne Validität angestrebt. Die beobachtbaren Veränderungen sollen möglichst eindeutig auf das in den Manualen dargelegte therapeutische Geschehen zurückgeführt werden können. Bezogen auf die ‚normale‘ Praxis leidet darunter jedoch die externe Validität, da letztlich künstliche Bedingungen untersucht werden, die es unabhängig von solch einer Studie nicht gibt.

Nach Leichsenring (2004) stehen diese beiden Studiendesigns nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern zielen auf unterschiedliche, sich ergänzende Fragestellungen. Im Rahmen einer wissenschaftstheoretischen Betrachtung arbeitet Leichsenring heraus, dass sich die Methodik einer Untersuchung an den zu prüfenden Hypothesen orientieren sollte. D.h., wenn in einer Hypothese auf natürliche Bedingungen Bezug genommen wird, ist eine naturalistische Studie indiziert und wenn auf kontrollierte, einem Labor angegliche Kontexte Bezug genommen wird, ist eine experimentelle Studie indiziert. Davon ausgehend kritisiert er an der gegenwärtigen Psychotherapieforschung die Dominanz bzw. Höherbewertung von randomisierten kontrollierten Studien gegenüber von Feldstudien. Da sich viele Fragestellungen und Hypothesen der Psychotherapieforschung letztlich auf natürliche Bedingungen beziehen und die Erkenntnisse die ‚normale‘ Praxis beeinflussen sollen, sind Feldstudien häufig der angemessene Forschungsansatz. Deren Methodik sollte gezielt weiterentwickelt und als gleichwertig betrach-

tet werden. Vor diesem Hintergrund diskutiert Leisenring (2004) die Unterscheidung von efficacy und effectiveness studies (siehe Kapitel 2.1.3) und arbeitet verschiedene Evidenzstufen von naturalistischen Studien heraus.

2.2.3 Einzelfall- vs. Gruppenanalyse

Wie oben (Kapitel 2.1.4) schon angesprochen, können die detaillierten Studien einiger Einzelfälle von Freud als Beginn der Psychotherapieforschung angesehen werden. Dabei wurden einzelne Therapien sorgfältig beobachtet und beschrieben, ohne dass psychologische Messverfahren zur Anwendung kamen (Strauß, 1996). Die intensive Beschäftigung mit einzelnen Patienten bzw. Therapien wurde seit den 60er Jahren aus wissenschaftsmethodischen Überlegungen heraus vernachlässigt. Der Einzelfallforschung wurde der Vorwurf gemacht, keine Methode der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung zu sein, da es ihr an Kontrolle mangelt und die Erkenntnisse letztlich nur auf den untersuchten Einzelfall bezogen werden können. „Such studies have such a total absence of control as to be of almost no scientific value“ (Campbell & Stanley, 1963, S. 6; siehe auch Kratochwill, 1992). Dabei wurde an die wissenschaftliche Forschung der Anspruch gestellt, ihren Blick auf Gesetzmäßiges, Prognostizierbares und auf mögliche Gemeinsamkeiten in den Phänomenen zu richten, und damit von der Individualität der Abläufe zu abstrahieren (Kriz, 1996). Mit dieser Zielsetzung hat sich in den 60er Jahren die Gruppenanalyse als vorherrschende Methode durchgesetzt, wobei meist mehrere Gruppen untersucht und verglichen werden. Als wissenschaftliches Ideal wird dabei das naturwissenschaftliche Experiment angesehen, dem man sich anzunähern versucht.

2.2.3.1 Gruppenanalysen

Im Laufe der Zeit hat es viele Versuche gegeben, unterschiedliche Gruppen zu bilden und diese miteinander zu vergleichen. Die einfachste und älteste Form ist der Vergleich einer Behandlungs- und einer Wartekontrollgruppe. Mit diesem Vergleich soll eine getrennte Betrachtung von Behandlungseffekten und Spontanremission ermöglicht werden. Eine gerechtfertigte Behandlungsform sollte signifikant stärkere ‚positive‘ Veränderungen bewirken als die bei der Kontrollgruppe eventuell festgestellte Spontanremission.

Mit so genannten Placebo-Kontrollgruppen wird versucht, den Unterschied zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe dahingehend zu minimieren, dass bei der Kontrollgruppe ledig-

lich die als wirksam angesehene Methode (das therapeutische Agens) nicht angewendet wird. Den Personen von Placebo-Gruppen wird z.B. mitgeteilt, dass sie qualifizierte Psychotherapie erhalten, tatsächlich treffen sie aber mit einem nicht ausgebildeten Forschungsmitarbeiter zusammen, der mit dem Klienten lediglich ein Gespräch führt und keine therapeutischen Ambitionen verfolgt. In eine ähnliche Richtung geht die viel diskutierte Form des Gruppenvergleichs zwischen Lientherapeuten und professionellen Therapeuten. Dabei führen Laien, die keine spezifische Ausbildung besitzen, Therapien nach eigenen Vorstellungen durch (Gunzelmann, Schiepek & Reinecker, 1987).

Im Rahmen der differentiellen Psychotherapieforschung werden unterschiedliche Behandlungsformen miteinander verglichen. Die um Psychotherapie nachsuchenden Patienten werden dabei meistens zufällig auf verschiedene Behandlungsbedingungen verteilt, um anschließend die beobachtbaren Unterschiede zwischen den Gruppen auf die unterschiedlichen Behandlungen zurückführen zu können.

Gruppenuntersuchungen beinhalten für die Psychotherapieforschung eine Reihe von Problemen, welche sich zum Teil in der oben angesprochenen mangelnden Praxisrelevanz äußern (Jones, 1993). Handelnde in der klinischen Praxis haben es mit individuellen Einzelfällen zu tun und wenn die Wissenschaft auf die Praxis Einfluss nehmen will, muss sie diesem Umstand Rechnung tragen. Der Durchschnittspatient, wie er in Gruppenuntersuchungen konstruiert wird, ist in der Praxis nur selten (wenn überhaupt) anzutreffen. Außerdem gehen beim Zusammenfassen der Daten von Einzelfällen klinisch wichtige Informationen verloren. „Bei der gruppenstatistischen Aufbereitung und Analyse wird jedes einzelne Datum aus dem Kontext, aus dem es seine Bedeutung für diese spezifische Therapie gewinnt, herausgelöst und mit anderen Einzeldaten integriert, für die das selbe zutrifft“ (Grawe, 1988, S. 2). In einer gruppenstatistischen Auswertung werden Unterschiede zwischen den einzelnen Therapien verdeckt. Die Daten von Therapien mit starken Veränderungen und solche mit schwachen Veränderungen werden zusammengefasst und anschließend werden durchschnittliche Veränderungswerte berechnet. Aber genau diese Unterschiede sind von Interesse, wenn es um die Frage geht, wie eine erfolgreiche Behandlung zustande kommt und was sie von erfolglosen Behandlungen unterscheidet. Im Rahmen dieser Art von Kritik an Gruppenanalysen wird häufig die Forderung erhoben, die Einzelfallanalyse wieder verstärkt als Forschungsmethode zu berücksichtigen.

2.2.3.2 Einzelfallanalyse

Mit dem verstärkten Interesse an prozessorientierten Fragestellungen und damit verbundener Forschungsansätze in den 80er Jahren hat auch die Einzelfallforschung eine Renaissance erfahren und wird teilweise wieder als Methode der Wahl angesehen (Beutler, 1990; Kazdin, 1981; Kratochwill & Levin, 1992; Morgan & Morgan, 2001; Reinecker, 1982; Schiepek et al., 1995; Strauß, 1996). Im Gegensatz zu den ‚nicht-messenden‘ psychoanalytischen Einzelfallstudien handelt es sich dabei in der Regel um quantitative Einzelfallforschung, bei der psychologische Messverfahren zum Einsatz kommen. Grawe (1992b) stellt fest, dass „... fast alle neueren mikro- wie makroanalytischen Ansätze zur Untersuchung der Prozessdynamik in Psychotherapien zunächst einmal auf der Ebene des Einzelfalls ansetzen“ (S. 154). Begründet wird diese Art der klinischen Forschung mit den interessierenden Fragen, den Eigenschaften des Forschungsgegenstandes Psychotherapie, mit ökonomischen Überlegungen und dem besonderen methodischen Zugang, den die Einzelfallanalyse liefert. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass die praxisorientierte Psychotherapieforschung letztendlich auf Individuen bezogene Aussagen machen möchte, da sich die Handlungsanweisungen für den praktisch tätigen Psychologen auf den Einzelfall beziehen lassen müssen. Dieses Argument wird auch mit dem hier gewählten Untersuchungsansatz, bei dem eine Sequenz von Einzelfallanalysen durchgeführt wird, aufgegriffen.

Diesem Ansatz liegt folgende Definition von Einzelfallanalyse von Hilliard (1993) zugrunde: „I proposed single-case research is best viewed as a subclass of intrasubject research in which aggregation across cases is avoided and the generality of one’s findings is addressed through replication on a case-by-case basis“ (S. 374). Das zentrale Bestimmungsstück innerhalb dieser Definition ist der Begriff ‚intrasubject‘. Damit ist gemeint, dass die Variation von Variablen über die Zeit bei einer Person bzw. einer Therapie untersucht wird. „Here, the term intrasubject designs refers to research that focuses on the temporal unfolding of variables within individual subject. [...] all single-case research is intrasubject research. [...] the variation as a function of other variables [...]“ (S. 374). Diese Definition stellt die Einzelfallforschung primär in den Kontext der Prozessforschung, da die Variation von Variablen über die Zeit bei der Untersuchung der Interaktion zwischen Patient und Therapeut von entscheidender Bedeutung ist.

Die im Rahmen einer Einzelfallanalyse ausgewerteten Daten beziehen sich per Definition nur auf einen Fall, weshalb die Erkenntnisse auch zunächst nur auf diesen bestimmten Fall bezogen werden können. Über die Betrachtung einer Vielzahl von Einzelfallanalysen und gezielte Replikationsstudien werden jedoch auch mit diesem Forschungsansatz verallgemeinerbar

re, über den Einzelfall hinausreichende Erkenntnisse angestrebt. Damit verfolgt die Einzelfallforschung in der Regel keinen rein ideographischen Ansatz, sondern stellt eine Kombination aus ideographischem und nomothetischem Ansatz dar (Peterson, 2004).

Hilliard (1993) unterscheidet zwei Arten von Replikationsstudien: Die direkte und die systematische. Bei direkten Replikationen wird der Versuch unternommen, die gleiche Analyse unter möglichst gleichen Voraussetzungen bei einem ähnlichen Fall zu wiederholen, um die Wiederholbarkeit von Ergebnissen zu überprüfen. Bei systematischen Replikationsstudien wird die gleiche Analyse unter anderen Voraussetzungen bzw. bei einem anderen Fall wiederholt. Dabei werden zentrale Variablen, die möglicherweise das Ergebnis bestimmen, variiert. Dies erfolgt unter der Zielsetzung, jene Bedingungen zu bestimmen, die das Ergebnis der vorgenommenen Analyse beeinflussen. Hilliard stellt fest, dass beide Arten von Replikationsstudien in der Forschungspraxis zu selten durchgeführt werden: „The lack of both direct and systematic replication is one of the great weaknesses of most single-case research within psychotherapy research“ (S. 376).

Hilliard (1993) nennt neben dieser Unterscheidung drei grundsätzliche Bestimmungstücke von single-case designs: (1) Handelt es sich um eine quantitative oder ein qualitative Untersuchung? (2) Wird die unabhängige Variable systematisch variiert und kontrolliert oder wird die natürliche Variation von Variablen untersucht? (3) Werden Hypothesen getestet oder generiert? In Abhängigkeit von diesen Aspekten lassen sich eine Vielzahl an verschiedenen Versuchsplänen und Untersuchungsdesigns bestimmen (Reinecker, 1982). Der eigene Ansatz ist letztlich für eine Vielzahl von Möglichkeiten offen, wobei er primär für quantitative Untersuchungen mit natürlicher Variation von Variablen und einer Kombination aus Hypothesentestung und Hypothesengenerierung vorgesehen ist.

Einige Autoren betrachten die Einzelfallanalyse als die Methode der Wahl, andere eher als eine vorläufige, die zur ersten Klärung von grundsätzlichen Fragen gedacht ist, an die sich jedoch Gruppenuntersuchungen anschließen sollen. Die letztere Position bezeichnet Westmeyer (1996) als exploratorische Einzelfallanalyse, entweder im Entstehungszusammenhang von wissenschaftlichen Theorien, Gesetzen und Hypothesen oder im Entstehungszusammenhang technologischer Regeln. Die Einzelfallanalyse ist dabei „Gruppenexperimenten als eine Art Filter vorgeschaltet, der darüber entscheidet, welche Treatments überhaupt unter welchen Bedingungen zu den aufwendigeren und weniger flexiblen Gruppenuntersuchungen zugelassen werden“ (S. 30). Sie dienen der Präzisierung von Erkenntniszielen und der Hypothesenentwick-

lung. Eine eigenständige Funktion wird ihnen dabei nicht zugestanden. In diesem Sinne wurden Einzelfallanalysen auch schon in früheren Forschungsabschnitten eingesetzt (Jones, 1993), allerdings kaum in Fachzeitschriften veröffentlicht.

Westmeyer (1996) formuliert aus einer wissenschaftstheoretischen Analyse heraus auch eigenständige Forschungsziele, die mit Einzelfallanalysen verfolgt werden können. „Forschungsbezogene Einzelfall- und Gruppenexperimente richten sich auf unterschiedliche Erkenntnisziele und konkurrieren überhaupt nicht miteinander. [...] Für alle Hypothesenarten, bei denen Aussagen über einzelne Individuen gemacht werden, kommt die Analyse von Einzelfällen als Methode in Frage“ (S. 20). Mit Bezug auf ähnliche wissenschaftstheoretische Positionen arbeitet Leichsenring (1987) heraus, dass sich die Einzelfallanalyse besonders gut dazu eignet, verschiedene Arten von psychologischen Hypothesen in eine empirisch überprüfbare Form zu übersetzen. Als Beurteilungskriterium dient dabei das Ausmaß der Entsprechung zwischen zu prüfender und unmittelbar prüfbarer Hypothese. Dieses Ausmaß ist bei der Einzelfallanalyse besonders hoch für all jene Arten von Hypothesen, die sich auf konkrete Individuen beziehen lassen (so genannte singuläre Hypothesen), wie sie für die praxisorientierten Psychotherapieforschung typisch sind. Dabei muss bedacht werden, dass so genannte (beschränkte oder unbeschränkte) universelle Hypothesen, die sich auf die Mitglieder einer Gruppe beziehen, einer Konjunktion singulärer Hypothesen äquivalent sind. Eine allgemeine Aussage, wie z.B. ‚mit Verhaltenstherapie können Angststörungen erfolgreich behandelt werden‘, kann am unmittelbarsten am Einzelfall bzw. einer Vielzahl von Einzelfällen überprüft werden. „Voraussetzung ist allerdings, dass sich die singuläre Hypothese auf eine Person bezieht, die repräsentativ für die in der universellen Hypothese angegebenen Population ist“ (Leichsenring, 1987, S. 101). Ungeeignet ist die Einzelfallanalyse für Fragestellungen, die sich explizit auf Gruppenstatistiken beziehen (so genannte Aggregathypothesen). Die gesundheitspolitische Frage, ob zwei unterschiedliche Behandlungsmethoden im Durchschnitt ein unterschiedliches Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, erfordert beispielsweise eine Gruppenuntersuchung.

Aus den bisherigen Ausführungen folgt, dass die Ansprüche, praktischen Erfordernisse und Zielsetzungen der Einzelfall-Methodologie nicht geringer sind als die von Gruppenstudien – es sind jedoch andere. Die inferenzstatistische Konzeption der Testung einer Null-Hypothese kann bei der Einzelfallanalyse nur eingeschränkt angewendet werden (Morgan & Morgan, 2001). Eine Einzelfallanalyse erhebt zunächst ‚nur‘ den Anspruch, Aussagen über den betreffenden Einzelfall zu machen, womit die externe Validität zunächst sehr gering ist. Diese ergibt sich erst

vor dem Hintergrund der Frage, ob der Einzelfall für eine bestimmte Gruppe von Fällen repräsentativ ist und ob die Ergebnisse bei weiteren Einzelfällen repliziert werden können (was letztlich auch für Gruppenstudien gilt). Für die Gruppenstatistik ist die Abhängigkeit der bei einem Individuum mehrfach durchgeführten Messungen ein Hauptproblem, bei der Einzelfallanalyse sind häufig gerade diese Abhängigkeiten von zentralem Interesse. Ob eine Therapie erfolgreich war und welche Prozesse dabei von Bedeutung waren, wird nicht anhand von inferenzstatistischen Mittelwertsvergleichen bestimmt, sondern über die Betrachtung von konkreten Einzelwerten, womit die deskriptive Statistik und die Analyse von konkreten Veränderungen über die Zeit (Zeitreihen- und Interaktionsanalysen) häufig von zentraler Bedeutung sind.

2.2.4 Datenquellen und Untersuchungsinstrumente

Nachdem bei der Planung einer Studie die Entscheidungen hinsichtlich der Unterscheidungen Feldstudie vs. Experiment und Einzelanalyse vs. Gruppenstudie gefallen sind, stellt sich die Frage nach den berücksichtigten Datenquellen und Untersuchungsinstrumenten. Dabei kann zunächst zwischen quantitativen und qualitativen Methoden unterschieden werden (Hill & Lambert, 2004). Mit quantitativen Methoden wird die Ausprägung einer Variablen über Zahlen dargestellt, mit denen Berechnungen durchgeführt werden können. Mit qualitativen Methoden wird die Ausprägung einer Variablen mit Worten dargelegt, wobei letztlich auf eine gezielt strukturierte Art und Weise sprachliche Aussagen über einen Phänomenbereich herausgearbeitet werden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf quantitative Methoden.

Wenn man sich für eine quantitative Methodik mit psychometrisch geprüften Untersuchungsinstrumenten entscheidet, steht man einer kaum zu überschauenden Vielfalt an Fragebögen, Beobachtungssystemen usw. gegenüber. Bezogen auf die Veränderungsmessung schreiben Lambert und Hill (1994): „The measurement of change following therapy is in a state of chaos, with little agreement among researchers about the specific measures to be used“ (S. 105). Nach einer Aufstellung von Froyd und Lambert wurden zwischen 1983 und 1988 in 348 veröffentlichten Therapiestudien insgesamt 1.430 verschiedene Veränderungsmessungen vorgenommen (Lambert, 1991). Im Bereich der Prozessforschung ist die Situation vergleichbar. Bei einem Literaturüberblick von Hill, Nutt und Jackson (1994) zeigt sich, dass nahezu die Hälfte aller Instrumente lediglich in einer Studie eingesetzt wurden. Diese Situation macht es schwie-

rig, die Ergebnisse und Schlussfolgerungen verschiedener Studien zu vergleichen. Für eine Orientierung ist deshalb eine Systematisierung der Instrumente notwendig (Hill & Lambert, 2004).

Eine erste grobe Einteilung kann nach der Datenquelle bzw. Beobachterperspektive vorgenommen werden. Für die Interpretation eines Wertes ist es von entscheidender Bedeutung, wer dessen Ausprägung festgelegt bzw. die Angabe gemacht hat. In der Psychotherapieforschung kommen dafür Patienten, Therapeuten, unbeteiligte Experten oder Patientenangehörige in Betracht. Bei Vergleichsanalysen hat sich häufig gezeigt, dass die gleiche Fragestellung aus diesen Perspektiven recht unterschiedlich beantwortet wird. So scheinen z.B. Therapeuten und Patienten das Ergebnis einer Therapie häufig unterschiedlich zu bewerten (Rief, Stock, Geissner & Fichter, 1993).

Eine ähnliche Unterscheidung findet sich bei dem Objekt, welchem die mit einem Instrument erhobenen Werte zugeordnet werden. Bezieht sich die erfasste Variable auf den Patienten, den Therapeuten, die Beziehung oder die Therapie im Allgemeinen? In der Ergebnisforschung ist diese Frage selten relevant, da es direkt oder indirekt immer um den Patienten geht. Im Bereich der Prozessforschung ist es jedoch eine zentrale Frage, ob bei der Beurteilung des Geschehens in den Therapiesitzungen die Beteiligten je für sich oder die Beziehung zwischen ihnen fokussiert wird. Hierbei kann auch noch unterschieden werden, ob der Gegenstand der Beobachtung direkt beobachtet werden kann oder nicht. Offenes Verhalten kann z.B. direkt, die ihm zugrunde liegenden Intentionen jedoch nur indirekt beobachtet werden.

Die Analyseebene ist eine weitere Art der Systematisierung. Instrumente lassen sich danach einteilen, ob sich die mit ihnen erhobenen Werte auf eine ganze Behandlung, einen Abschnitt einer Behandlung, eine einzelne Sitzung, eine Interaktionssequenz in einer Sitzung oder eine einzelne Verhaltensweise beziehen.

Eine Vielzahl von Untersuchungsinstrumenten verfolgt das Ziel, bestimmte theoretische Konstrukte zu erfassen. Diese lassen sich in der Regel entweder einer psychodynamischen, einer humanistischen oder einer behavioristischen Orientierung zuordnen. Neben diesen theoretisch verorteten Instrumenten gibt es auch solche, die möglichst schulenübergreifend konstruiert werden, damit sie in unterschiedlichen Kontexten verwendet werden können.

Neben diesen primär auf den Inhalt bezogenen Entscheidungen stellt sich für jedes Forschungsinstrument die maßgebliche Frage nach der psychometrischen Qualität der erhobenen Daten. Damit sind vor allem das Skalenniveau und die verschiedenen Arten der Validität und Reliabilität gemeint. Die Qualität dieser Aspekte hat entscheidenden Einfluss darauf, welche

statistischen Auswertungsmethoden angewendet und welche Aussagen getroffen werden können. Auf eine allgemeine Erörterung dieser Begriffe soll hier verzichtet werden. Diese Aspekte werden im nächsten Kapitel unter Bezug auf eine bestimmte Art von Datenerhebung – die systematische Verhaltensbeobachtung – beispielhaft dargestellt.

Abschließend sei erwähnt, dass es in Reaktion auf die hier dargelegte Problematik eine Reihe von Bestrebungen gibt, eine begrenzte Anzahl von Instrumenten bei bestimmten Fragestellungen als Standard zu etablieren. Für den Bereich der Ergebnis- bzw. Veränderungsmessung wurde z.B. von der ‚Society for Psychotherapy Research (SPR)‘ eine Kern-Messbatterie zusammengestellt, die unabhängig von der Therapiemethode und der Störung der Patienten verwendet werden sollte (Grawe & Braun, 1994; Hill & Lambert, 2004).

2.2.5 Systematische Verhaltensbeobachtung

Therapie besteht zum großen Teil aus der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient und ist damit primär ein dynamisches soziales Geschehen, welches sich auf einer konkreten Verhaltensebene entwickelt (Wittmann, 1990). Die gezielte Verhaltensbeobachtung ist deshalb für den Praxisbezug von Forschungsbefunden von zentraler Bedeutung. Bei einem Überblick über das Feld der Psychotherapieforschung fällt jedoch auf, dass die direkte Beobachtung des Verhaltens von Therapeut und Patient (mit Hilfe von audio-visuellen Aufzeichnungen) nur bei einem geringen Teil der Arbeiten eine zentrale Stellung einnimmt.

Die Psychotherapieprozessforschung hat Ende der 80er Jahre auf dieses Problem reagiert und das konkrete Verhalten in den Therapiesitzungen unmittelbar in ihre Fragestellungen und empirischen Untersuchungen einbezogen. Auch die eigenen Analysen beziehen sich auf Daten, die über eine systematische Verhaltensbeobachtung erhoben wurden. „Ziel der Verhaltensbeobachtung ist es, zunächst zu beschreiben, was sich innerhalb einer Therapiesitzung auf der Verhaltensebene vollzieht“ (Schindler, 1991, S. 44). Da die therapeutische Interaktion ein sehr komplexer Untersuchungsgegenstand ist, stellt sich für eine einzelne empirische Untersuchung die Frage, welchen Aspekt des Geschehens sie wie beobachten möchte. In der Regel erfolgt die Beobachtung mit Hilfe von Kategorien- oder Ratingsystemen. Im Folgenden wird zunächst auf methodische Fragen der systematischen Beobachtung eingegangen. Anschließend werden einige ausgewählte Systeme im Überblick dargestellt. Abschließend wird noch auf die Auswertung von Beobachtungsdaten eingegangen.

2.2.5.1 Methodische Aspekte der systematischen Verhaltensbeobachtung

Bei der Konstruktion und dem Einsatz eines systematischen Verhaltensbeobachtungssystems müssen eine Reihe von inhaltlichen und methodischen Aspekten berücksichtigt werden. Eine zentrale Unterscheidung bezieht sich auf das Skalenniveau. Kategoriensysteme bestehen aus Nominalskalen, d.h. die Komplexität der beobachteten Situation wird reduziert, indem Verhaltensweisen aufgrund bestimmter Merkmale zu Verhaltenskategorien zusammengefasst werden. Das Geschehen wird demnach so beobachtet, dass es aus einer Abfolge von begrenzten Zustandsmöglichkeiten besteht. Bei Systemen mit Ratingskalen wird das beobachtete Geschehen hinsichtlich der quantitativen Ausprägung von bestimmten Aspekten beurteilt. Eine Kombination dieser beiden Arten von Systemen liegt vor, wenn zunächst eine Kategorisierung von bestimmten Verhaltensweisen und anschließend ein quantitatives Rating vorgenommen wird. In der Regel werden Ratingskalen jedoch auf ganze Therapiestunden oder Stundenabschnitte angewendet.

Im Folgenden wird primär die Methodik von Kategoriensystemen fokussiert, wobei eine Beschränkung auf die verbale Ebene von Sprechhandlungen erfolgt. Es werden die zentralen inhaltlichen Unterscheidungen und psychometrischen Forderungen dargelegt. Bei der Konstruktion eines Kategoriensystems muss zunächst entschieden werden, welche Aspekte einer Sprechhandlung erfasst werden sollen (Schindler, 1991). Es lassen sich drei Arten von Kategorien unterscheiden (Russell, 1988; Russell & Stiles, 1979):

- a. Inhaltliche Kategorien beziehen sich auf den semantischen oder thematischen Gehalt von Worten oder Wortgruppen bzw. verbalen Äußerungen und erlauben eine thematische Darstellung des Therapieverlaufs. Es geht dabei z. B. um die Frage, über welche Themen in bestimmten Therapieabschnitten gesprochen wird.
- b. Intersubjektive Kategorien beschreiben die syntaktische oder anderweitig implizierte Beziehung, die zwischen einer Kommunikation und der erwarteten nachfolgenden Kommunikation besteht. Die Kategorie ‚Frage‘ lässt z.B. eine bestimmte Antwort bzw. Information erwarten.
- c. Extralinguistische Kategorien erfassen nonverbale Aspekte einer Sprechhandlung (Tonfall, Stottern usw.), also Qualitäten, die keine Sprachstruktur aufweisen. Dieser Aspekt verlässt die verbale Ebene und soll hier nicht weiter thematisiert werden.

Nachdem festgelegt wurde, welcher Aspekt der Sprechhandlung beobachtet werden soll, muss man festlegen, nach welcher Codierstrategie der Beobachter die Zuordnung zu den Kate-

gorien vornehmen soll. Hier lässt sich nach Russell und Stiles (1979) eine klassische von einer pragmatischen Strategie unterscheiden. Im Fall der klassischen bezieht man sich auf die tatsächlich beobachtbaren Sprechhandlungen und versucht, den manifesten Inhalt einer Äußerung zu erfassen. Die Analyse wird damit auf semantische und syntaktische Aspekte beschränkt. Die pragmatische Strategie geht über das Beobachtbare hinaus und interpretiert die Sprechhandlung in Bezug auf das zugrunde liegende psychische Geschehen und den Kontext, in dem sie auftritt. Es wird versucht, den latenten Inhalt einer Sprechhandlung zu erkennen und damit die psychologische und soziale Bedeutung zu erfassen. Diese Art von Codierstrategie stellt hohe Anforderungen an den Beobachter, da relativ komplexe Entscheidungen getroffen werden müssen. Die klassische Strategie hat deshalb den Vorteil, dass die Anforderungen an den Beobachter geringer sind und damit in der Regel auch die Reliabilität besser ist (Schindler, 1991).

Mit der Unterteilung in drei Aspekte einer Sprechhandlung und zwei Codierstrategien lässt sich ein sechs Typen umfassendes Ordnungsschema aufstellen, mit dem Kategorien klassifiziert und miteinander verglichen werden können. An diese systematisierten Kategoriensysteme werden für einen wissenschaftlichen Gebrauch die gleichen Forderungen gestellt:

Theoretische Ableitung und Begründung: Die Wahl und die Definition von Verhaltensklassen sollte theoretisch abgeleitet und begründet sein, um eine wissenschaftliche Interpretation der Daten zu ermöglichen. Hierbei besteht jedoch das Problem, dass es keine allgemein anerkannte, auf der konkreten Verhaltensebene ausgearbeitete Theorie des therapeutischen Geschehens gibt. Welche konkreten Aspekte des Interaktionsgeschehens in Bezug auf den angestrebten Veränderungsprozess von zentraler Bedeutung sind, ist eine noch zu klärende Frage. Diese Forderung wird deshalb von den meisten Systemen nur eingeschränkt erfüllt. In der Regel handelt es sich um ‚pantheoretische‘ Kategorien, die aus den relativ allgemeinen Ausführungen zur therapeutischen Interaktion der verschiedenen Therapieansätze abgeleitet werden.

Validität: Die Beurteilung der Validität eines Kategoriensystems steht in engem Zusammenhang mit dessen theoretischem Bezug. Wird mit den Kategorien des Systems wirklich das erfasst, was sie von ihrer theoretischen Begründung her erfassen sollen?

Vollständigkeit: Mit dem Kategoriensystem sollten hinsichtlich des untersuchten Aspektes alle Verhaltensweisen kategorisierbar sein. Meist wird dies durch die Verwendung einer Art Restkategorie erreicht, der alle Verhaltensweisen zugeordnet werden, die nicht mit einer anderen Kategorie klassifiziert werden können.

Eindeutigkeit: Die einzelnen Kategorien sollten voneinander unabhängig sein. D.h. sie sollten sich gegenseitig ausschließen und jedes Verhalten sollte eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden können, wobei die Kategorien verhaltensnah und positiv definiert sein sollten.

Reliabilität: Für den Bereich der Verhaltensbeobachtung ist vor allem die Interrater-Reliabilität von zentraler Bedeutung. Bezogen auf das gleiche Untersuchungsmaterial sollten verschiedene Beobachter zum selben Ergebnis kommen, d.h. die einzelnen Sprechhandlungen sollten den gleichen Kategorien zugewiesen werden.

Die Ausführungen zur Methodik der systematischen Verhaltensbeobachtung abschließend, soll nun noch auf den Aspekt der Beobachtungseinheit eingegangen werden. Hier geht es um die Frage nach der Einheit, die einer Kategorie zugeordnet wird (Schindler, 1991).

- a. *Zeiteinheiten:* Der untersuchte Interaktionsprozess wird hierbei in gleiche Zeiteinheiten aufgeteilt und diese werden dann kategorisiert. Dies ist für verbale Interaktion jedoch wenig geeignet, da teilweise zwei Halbsätze von beiden Interaktionspartnern kodiert werden müssten.
- b. *Grammatikalischer Satz:* Die unter Bezug auf einen grammatikalischen Satz definierte Beobachtungseinheit ist die wohl am häufigsten verwendete. Ähnlich wie bei der zeitlichen Einteilung besteht dabei das Problem, dass die sprachliche Interaktionssequenz sehr künstlich unterteilt wird.
- c. *Sinneinheiten:* Eine für den Bereich der Interaktionsforschung angemessene Definition unterteilt die Interaktion in so genannte ‚Sinneinheiten‘. Danach wird immer dann eine Codierung vorgenommen, wenn ein Sprechbeitrag von Therapeut oder Patient die Kriterien einer Sinneinheit erfüllt. Eine neue Einheit beginnt dann, wenn nach der Definition der Kategorien sich die Art des Verhaltens ändert bzw. der Interaktionspartner zu sprechen beginnt. Damit ist gewährleistet, dass komplette, kommunikativ bedeutungsvolle Einheiten beobachtet werden und eine aus sinnvollen Einheiten bestehende Sequenz abgebildet werden kann.

Diese Vielfalt an relevanten inhaltlichen und methodischen Aspekten bedingt eine Vielfalt an Beobachtungssystemen.

2.2.5.2 Überblick über verschiedene Beobachtungssysteme

Innerhalb der letzten Jahrzehnte wurde eine kaum zu überblickende Anzahl an Instrumenten zur Beobachtung des therapeutischen Geschehens eingesetzt (Elliott et al., 1987). Diese

Instrumente unterscheiden sich neben den dargelegten methodischen Aspekten unter anderem hinsichtlich des Beobachtungsfokus (Therapeut, Patient, Interaktion), der Analyseebene (von globalen Beurteilungen kompletter Sitzungen bis zu mikroanalytischen Analysen einzelner Verhaltensweisen) und des theoretischen Hintergrunds (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstheorie). Aufgrund dieser Vielfalt können die in unterschiedlichen Studien erzielten Erkenntnisse nur schwer integriert werden. Häufig kann nicht bestimmt werden, ob unterschiedliche Forschungsergebnisse durch die Verwendung unterschiedlicher Beobachtungssysteme oder durch Unterschiede der beobachteten Prozesse bedingt sind. Im Sinne der oben dargelegten Definition von Beobachtung konstruiert ein Beobachtungssystem seinen Beobachtungsgegenstand in einer bestimmten Art und Weise, was bei der vergleichenden Interpretation von Ergebnissen immer berücksichtigt werden sollte (Wittmann, 1990). Wir haben es hier mit dem grundlegenden Problem der Psychotherapieforschung zu tun: Der Heterogenität an Forschungsmethoden und der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes.

Die Auswahl der im Folgenden vorgestellten Systeme versucht eine Orientierung in diesem Bereich zu ermöglichen, indem jeweils drei prominente Vertreter von drei unterschiedlichen Arten von Systemen vorgestellt werden: (1) Beurteilungen von ganzen Stunden oder zeitlichen Abschnitten; (2) allgemeine Kategorisierung von umschriebenen Verhaltensweisen bzw. Sprechhandlungen; (3) Kategorisierung von spezifischen Interventionen. Ergänzend wird noch ein System vorgestellt, bei dem die Analysen bzw. Kategorisierungen des interaktiven Geschehens nach eindeutigen Regeln von einem Computer vorgenommen werden – es also keinen menschlichen Beobachter gibt. Auf die mit diesen Systemen in Studien erzielten Ergebnisse (siehe Kapitel 2.3) und auf die konkreten psychometrischen Kennwerte wird nur am Rande eingegangen. Für alle dargestellten Systeme gilt, dass sie psychometrisch geprüft sind und in verschiedenen Studien erfolgreich eingesetzt wurden. Das in der vorliegenden Arbeit verwendete System wird ausführlich im Methodenteil beschrieben (siehe Kapitel 4.3.1).

2.2.5.2.1 Beurteilung von ganzen Stunden oder zeitlichen Abschnitten

Auf der obersten Analyseebene der systematischen Verhaltensbeobachtung werden ganze Therapiestunden oder zeitliche Abschnitte in den Therapiestunden nach bestimmten Kriterien beurteilt. In der Regel geht der Beurteiler dabei so vor, dass er sich zunächst anhand von Audio- oder Videoaufnahmen einen gezielten Eindruck davon verschafft, welche konkrete Interaktion in der Sitzung stattgefunden hat. Daran anknüpfend beurteilt er anhand von Rating- oder Nominalskalen das Verhalten der Beteiligten oder die Interaktion.

Die von der Arbeitsgruppe um Strupp entwickelte und von Strauß ins deutsche übersetzte Vanderbilt-Psychotherapy-Process-Scale (VPPS) (Strauß, Strupp, Burgmeier-Lohse, Wille & Storm, 1992; Suh, Samples O'Malley, Strupp & Johnson, 1989) ist ein verbreitetes Instrument dieser Art. Die VPPS wurde im Zusammenhang mit der Untersuchung von psychodynamischen Kurztherapien entwickelt, verfolgt jedoch einen Therapieschulen übergreifenden Ansatz und lässt sich auf jede Art von Psychotherapie anwenden. Mit der VPPS wird das Verhalten des Patienten und des Therapeuten anhand von insgesamt 77 Items auf fünfstufigen Ratingskalen beurteilt. Es werden ca. 15-minütige Ausschnitte oder ganze Therapiestunden beurteilt. Die Items können zu acht Skalen zusammengefasst werden: Beteiligung des Patienten, Feindseligkeit des Patienten, negative Einstellung des Therapeuten, Wärme und Freundlichkeit des Therapeuten, Exploration durch den Patienten, Exploration durch den Therapeuten, psychisches Leiden des Patienten sowie Abhängigkeit des Patienten. Zusätzlich wird mit drei Items die gesamte Therapiesitzung global beurteilt. Die Items sind relativ einfach und alltagssprachig formuliert, weshalb die VPPS nach einer kurzen Einarbeitungszeit von unterschiedlich vorgebildeten Ratern reliabel angewendet werden kann.

Einen methodisch ähnlichen, jedoch inhaltlich anders gestalteten Ansatz verfolgt Grawe mit der Wirkfaktorenanalyse (Grawe, Regli, Smith & Dick, 1999). Auf einer allgemeinen Systematik der Wirkungsweise von Psychotherapie (Grawe, 1998) basierend, verfolgt dieser Ansatz das Ziel, die Ausprägung von unterschiedlichen Wirkfaktoren zu beurteilen (siehe Kapitel 2.3.5.2). Pro Therapiesitzung werden fünf gleichlange Therapieabschnitte (10-15 Minuten) beurteilt. Die Einschätzungen werden im Rahmen einer Matrix mit 32 therapeutischen Möglichkeiten anhand von visuell-analogen Skalen (0-100) vorgenommen. Die Matrix beinhaltet die Dimensionen Problem- vs. Ressourcenperspektive, prozessual aktiviert vs. inhaltlich thematisiert, intrapersonal vs. interpersonal, motivational vs. potential und Zustand vs. Veränderung. Bei der Wirkfaktorenanalyse handelt es sich um ein komplexes System, mit dem Einschätzungen auf einer relativ hohen Abstraktionsebene vorgenommen werden. Eine reliabel und valide Anwendung erfordert ein längeres Ratertraining und eine intensive Auseinandersetzung mit der zugrunde liegenden Theorie.

Ein methodisch und inhaltlich anderer Ansatz stellt der ‚Psychotherapy Process Q-set‘ (PPQ-set) von Jones dar (Jones, 1985; Jones & Pulos, 1993). Mit den 100 Items des PPQ-set soll eine standardisierte Sprache für die Beschreibung und Klassifizierung des Psychotherapieprozesses bereitgestellt werden. Das Instrument versteht sich als ein Therapieschulen übergreifendes In-

ventar an bedeutungsvollen Bestandteilen des Therapieprozesses, das in vergleichenden Prozess-Ergebnis-Untersuchungen angewendet werden kann. Inhaltlich lassen sich die Items drei Themen zuordnen: (1) Haltung, Verhalten und Erleben des Patienten; (2) Handlungen und Haltungen des Therapeuten; (3) Interaktion und Atmosphäre zwischen Patient und Therapeut. Die Items stehen auf Karten und werden mit folgender Anweisung zur Bewertung von ganzen Therapiestunden verwendet: Die Karten sollen in eine Reihe von neuen Kategorien geordnet werden, wobei an einem Ende der Reihe die Items sortiert werden, die für die Interaktion zwischen Patient und Therapeut besonders charakteristisch sind und am anderen Ende jene Items, welche am wenigsten charakteristisch sind. In der Mitte sollten jene Items platziert werden, die man eher nicht zur Beschreibung des Geschehens verwenden würde, da sie einen Aspekt beschreiben, der weder durch seine starke noch seine schwache Ausprägung für das Geschehen charakteristisch ist. Die Stapel in der Reihe erhalten zur Mitte hin zunehmend mehr Karten (Anzahl der Karten auf den Stapeln: 5, 8, 12, 16, 18, 16, 12, 8, 5).

2.2.5.2.2 Allgemeine Kategorisierung von umschriebenen Verhaltensweisen

In diesem Abschnitt sollen Beobachtungssysteme vorgestellt werden, mit denen konkrete, direkt oder indirekt beobachtbare Verhaltensweisen bzw. innere Zustände einer bestimmten Kategorie zugeordnet werden. Die vorgestellten Systeme erheben dabei den Anspruch, das Verhalten eines oder beider Interaktionspartner vollständig und eindeutig zu erfassen.

Die 'Structural analysis of social behavior' (SASB) (Benjamin, 1974) ist ein sehr komplexes System, welches hier nur stark vereinfacht bzgl. seines interpersonellen Fokuses dargestellt werden kann. Es wurde aus den auf Leary (1957) zurückgehenden Circumplex-Modellen abgeleitet und nicht speziell für den therapeutischen Bereich entwickelt. Bei diesen Modellen wird soziales Verhalten primär mit zwei senkrecht zueinander stehenden Dimensionen beschrieben (affiliation und interdependence). Jede soziale Verhaltensweise erhält dabei eine Position auf der Dimension Ablehnung/Zurückweisung/Hassen vs. Umsorgen/Pflegen/Lieben und eine auf der Dimension Freiheit/Autonomie gewähren vs. Kontrolle ausüben. Über die Position auf diesen Dimensionen werden 36 Verhaltenskategorien definiert, die sich graphisch in einem Kreis darstellen lassen. Die Einschätzung geschieht auf der Basis wörtlicher Transkripte, wobei so genannte Units beurteilt werden, d.h. kurze zusammenhängende Abschnitte. Bei der SASB handelt es sich um ein sehr aufwendiges Verfahren, welches eine längere Einarbeitung erfordert. Anwendungen finden sich bei Fiedler und Rogge (1990) und bei Henry et al. (1986).

Die ‚Taxonomy of verbal response modes‘ von Stiles (1986) ist ein logisch aufgebautes System, welches den Anspruch erhebt, jegliche Kommunikation beschreiben bzw. klassifizieren zu können. Es beinhaltet insgesamt acht intersubjektive Kategorien (Mitteilung, Frage, Beschreibung, Anerkennung, Beratung, Interpretation, Bestätigung, Reflektion), die aus der Kombination der Ausprägungen von drei Aspekten einer Sprechhandlung abgeleitet werden: Ursprung des Erlebens (source of experience), Bezugsrahmen (frame of reference) und Fokus (focus). Jeder Aspekt kann den Wert ‚Sprecher‘ oder ‚anderer‘ annehmen. Die acht Kategorien werden zur Klassifizierung der grammatikalischen Form (klassische Codierstrategie) und der Absicht des Sprechers (pragmatische Codierstrategie) verwendet. Dabei sind sowohl Übereinstimmungen als auch gemischte Kombinationen von Form und Absicht möglich. Die Beobachtungseinheit ist der grammatikalische Satz. Für den Bereich der Psychotherapieforschung kann es als Nachteil angesehen werden, dass für das Therapeuten- und Patientenverhalten die gleichen Kategorien benutzt werden und damit dem Aspekt der unterschiedlichen Rollen nicht Rechnung getragen wird (Schindler, 1991).

Das von Hill (1986) entwickelte ‚Counselor and client verbal response modes category system‘ wurde gezielt für die psychotherapeutische Interaktion entwickelt und beinhaltet ein Subsystem für den Therapeuten und eines für den Patienten. Die Kategorien wurden nicht theoretisch, sondern aus einer Zusammenstellung von insgesamt elf Beobachtungssystemen aus der Literatur abgeleitet. Für das Therapeutenverhalten gibt es insgesamt 14 Kategorien, die fünf Überkategorien zugeordnet sind (z.B. Direktiven: Unterstützung, Erklärung, direktive Führung). Das Patientenverhalten wird mit neun Kategorien beschrieben (z.B. Beschreibung, Einsicht). Es handelt sich primär um intersubjektive Kategorien, wobei auch inhaltliche und extralinguistische Aspekte enthalten sind. Die Beobachtungseinheit ist der grammatikalische Satz.

Abschließend sei auf eine Überblicksarbeit von Elliott et al. (1987) verwiesen, die für den Therapeuten acht primäre Kategorien herausarbeitet: Question, information, advisement, interpretation, reflection, self-disclosure, reassurance and confrontation. Diese Kategorien werden als therapeutische Basisfertigkeiten (‚helping skills‘) bezeichnet und dienen dazu, das Verhalten von Therapeuten mit unterschiedlicher Orientierung angemessen zu unterscheiden. Hinsichtlich der primären Patienten-Kategorien sei eine Zusammenstellung von Schindler (1991) angeführt: Problembeschreibung, sachlicher Bericht, Gefühlsäußerung, Änderungspläne, Einsicht, Änderungsbericht, therapeutische Beziehung, Ratsuche, hemmendes Verhalten und einfache Antworten.

2.2.5.2.3 Kategorisierung spezifischer Interventionen

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Systeme erfassen die Häufigkeit und Qualität spezifischer Interventionen oder die Umsetzung von Behandlungsmanualen. Solche Systeme werden in der Regel mit Bezug auf einen konkreten therapeutischen Ansatz entwickelt und sind nur mit Einschränkungen auf andere Ansätze übertragbar. Mit ihnen werden z.B. folgende Fragestellungen untersucht: Wie wirken sich bestimmte Interventionen auf das unmittelbare Patientenverhalten und das Therapieergebnis aus? Setzen Therapeuten die in Manualen beschriebenen Interventionen auch wirklich um (adherence)?

Das von Piper und Mitarbeitern entwickelte ‚Therapist Intervention Rating System‘ (TIRS) (Piper, Debbane, de Carufel & Bienvenu, 1987) wurde primär mit dem Ziel entwickelt, unterschiedliche Interventionen in psychoanalytischen Therapien zu untersuchen. Dabei wird jede Äußerung des Therapeuten als Intervention betrachtet. Der zentrale Bezugspunkt für die Definition unterschiedlicher Kategorien ist der interpretative Gehalt der Äußerungen des Therapeuten. Die neun Interventionen werden drei Klassen zugeordnet: (1) Interventionen, die nicht interpretativ sind und sich nicht auf die subjektive Erfahrung des Patienten beziehen (formal interventions, information-providing interventions, information-requesting interventions, directive interventions); (2) Interventionen, die nicht interpretativ sind und sich auf die subjektive Erfahrung des Patienten beziehen (nondynamic component interventions); (3) vier unterschiedliche Arten von Interpretationen, die einen internen Konflikt ansprechen.

Hoyt entwickelte seine ‚Therapist and Patient Action Scale‘ (TPAS) im Kontext der Untersuchung von dynamischen Psychotherapien (Hoyt, Marmar, Horowitz & Alvarez, 1981). Im Unterschied zum TIRS handelt es sich um ein Ratingsystem, mit dem ganze Therapiestunden beurteilt werden. Die 27 Items des TPAS werden auf einer sechsstufigen Ratingskala einmal für den Therapeuten und einmal für den Patienten geratet (z.B.: Therapy goals, process, and focus discussed. Prescription, advice, etc. given/asked for. Past life situation and relationships linked to present relationships. Avoidance by patient of certain material or feelings discussed.). Mit der TPAS kann bestimmt werden, ob und in welchem Umfang bestimmte psychodynamische Therapieelemente in einer Stunde umgesetzt wurden.

Mit der ‚Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale‘ (CTACT) (Barber, Liese & Abrams, 2003) wird eine ähnliche Zielrichtung wie mit der TPAS verfolgt. Es wird anhand von 25 Items mit einer siebenstufigen Ratingskala beurteilt, in welchem Umfang therapeutische Aktivitäten, die für die kognitive Therapie bedeutsam sind, in einer Therapiestunde umgesetzt

wurden (z.B.: Assigning new homework. Eliciting automatic thoughts. Sharing the conceptualization with the patient.) Die Items werden vier Kategorien zugeteilt: (1) Cognitive therapy structure (e.g.: Assigning new homework.); (2) development of a collaborative therapeutic relationship (e.g.: Accurate empathy.); (3) development and application of the case conceptualization (e.g.: eliciting automatic thoughts); (4) cognitive and behavioural techniques (e.g.: asking for evidence/alternative views). Der Fokus liegt dabei beim Therapeutenverhalten und dem Geschehen an sich.

2.2.5.2.4 Das computergestützte System von Mergenthaler

Bei dem System von Mergenthaler (1997) wertet ein Computer nach klaren Regeln Transkripte von Therapiegesprächen inhaltsanalytisch aus. Die Software identifiziert so genannte Schlüsselmomente, d.h. nach bestimmten Kriterien definierte, klinisch bedeutsame Gesprächsabschnitte. Aufgrund grundlegender Überlegungen zu psychotherapeutischen Veränderungsprozessen werden Emotionen und Abstraktionen eine zentrale Stellung für solche Schlüsselmomente zugesprochen. Über die Registrierung der Verwendung von bestimmten Wörtern bzw. Wortformen (Diktionäre) wird die quantitative Ausprägung der emotionalen Tönung und der Abstraktion in einem Textsegment bestimmt. Bei dieser Art der Gesprächsanalyse wird davon ausgegangen, dass über die Häufigkeit der Verwendung von Wörtern, die semantisch und syntaktisch den Oberbegriffen Emotionen/Affekt oder Abstraktion zugeordnet werden können, die quantitative Ausprägung dieser beiden Variablen bestimmt werden kann. Anschließend werden vier Arten von Gesprächsabschnitten identifiziert: (1) ‚Relaxing‘ – wenig Emotion und wenig Abstraktion; (2) ‚Reflecting‘ – wenig Emotion und viel Abstraktion; (3) ‚Experiencing‘ – viel Emotion und wenig Abstraktion; (4) ‚Connecting‘ – viel Emotion und viel Abstraktion. In empirischen Studien hat sich erwartungskonform gezeigt, dass vor allem das Emotions/Abstraktions-Muster ‚Connecting‘ für erfolgreiche Veränderungsprozesse von zentraler Bedeutung ist.

Der große Vorteil eines solchen computergestützten Systems besteht darin, dass nach der Transkribierung der Therapiegespräche die Anwendung der Software nur noch geringen Arbeitsaufwand erfordert und eine maximale Reliabilität gewährleistet ist. Die zentrale Entwicklungsarbeit bei dieser Art der Textanalyse besteht in der Zusammenstellung der Diktionäre, in denen die Wörter zusammengestellt sind, welche der Computer identifizieren und kategorisieren soll. Das Computerprogramm wird diese Diktionäre dann nach bestimmten Regeln auf jeden Text in gleicher Art und Weise anwenden. Die mechanische, unkontrollierte Anwendung

von starren Regeln bei der Textanalyse beinhaltet jedoch auch Nachteile, die sich auf die Validität beziehen. So ist es z.B. leicht vorstellbar, dass in einem Gespräch wenige Emotionswörter verwendet werden, für einen menschlichen Beobachter aufgrund nonverbaler (stimmlicher, mimischer) Aspekte eine hohe Emotionalität des Sprechers aber klar erkennbar wäre.

2.2.5.3 Auswertung von Beobachtungsdaten

2.2.5.3.1 Häufigkeitsstatistik

Auf einer deskriptiven Ebene beginnt die Auswertung der Daten einer systematischen Verhaltensbeobachtung in der Regel damit, dass man die Häufigkeit der verschiedenen Verhaltensweisen insgesamt und zu bestimmten Zeitpunkten darstellt. Schon hierbei gestaltet sich die Interpretation der Ergebnisse schwierig, da man selbstverständlich nicht sagen kann, dass das häufigste Verhalten den Interaktionsprozess am nachhaltigsten bestimmt bzw. beeinflusst hätte (Zimmer & Zimmer, 1992). In einer Studie von Schindler (1991) lag beispielsweise der Anteil von Therapeuten-Sprechhandlungen, die als Frage kategorisiert wurden, deutlich über dem Anteil, der als Konfrontation kategorisiert wurde. Dies kann jedoch nicht automatisch bedeuten, dass die Dynamik des Interaktions- bzw. Veränderungsprozesses stärker von Fragen als von Konfrontationen bestimmt wurde. Ein Ausweg besteht darin, Vergleiche zwischen verschiedenen Therapien anzustellen. Falls sich z.B. erfolgreiche Therapien im Unterschied zu erfolglosen Therapien regelmäßig durch einen höheren Anteil von Konfrontationen auszeichnen und der Anteil der Fragen in etwa gleich ist, dann kann geschlussfolgert werden, dass Konfrontationen für den Erfolg der Therapie bedeutsamer sind als Fragen. Mit einer solchen auf Häufigkeiten fokussierten Auswertung können jedoch keine Aussagen über die Dynamik und die wechselseitigen Beeinflussungsprozesse des Interaktionsprozesses getroffen werden.

2.2.5.3.2 Zeitreihenanalysen – Markoff-Modelle

„Bei der Analyse von Therapieverläufen steht eine dynamische Beschreibung des Prozesses in der Zeit im Vordergrund. Und zwar interessiert dabei häufig der Verlauf des Prozesses und seine Interaktion mit anderen gleichzeitig ablaufenden Prozessen. Das bedeutet, dass wiederholte Beobachtungen anfallen“ (Revenstorf & Vogel, 1996, S. 235). Die Daten solcher wiederholten Beobachtungen lassen sich im Rahmen von Zeitreihenanalysen auswerten. Bei Zeitreihenanalysen erhalten bestimmte Ereignisse ihre Bedeutung im Kontext von vorauslaufenden und nachfolgenden Ereignissen. Der Fokus liegt demnach nicht auf den einzelnen Ereignissen, son-

dern auf Ereignissequenzen. Auf eine Darstellung verschiedener Analysemethoden wird an dieser Stelle verzichtet, stattdessen werden die im empirischen Teil der Arbeit verwendeten Markoff-Modelle als eine bestimmte Art von Zeitreihenanalyse vorgestellt. Die häufig zur Auswertung von quantitativen Daten verwendeten ARIMA-Modelle (Revenstorf, 1979) und die in jüngerer Zeit entwickelten nicht-linearen Ansätze (Scheier & Tschacher, 1994; Tschacher & Grawe, 1996) werden nicht berücksichtigt

„Das entscheidende Merkmal von Verlaufsdaten ist deren serielle (sequentielle) Abhängigkeit. Die Daten sind die Stichprobe eines Datengenerators und werden sequentiell gezogen. Da Systeme oft über eine gewisse Trägheit bzw. ein Gedächtnis verfügen, ist der Zustand des Systems zum jeweiligen Zeitpunkt von den Zuständen in vorangegangenen Zeitpunkten im allgemeinen nicht unabhängig“ (Revenstorf & Vogel, 1996, S. 238). Bezogen auf die therapeutische Interaktion kann das von Therapeut und Patient gebildete soziale System als ein solcher Datengenerator betrachtet werden (Wampold, 1992). Therapeut und Patient beeinflussen sich wechselseitig im Kontext eines gemeinsam gebildeten sozialen Systems.

Die serielle Abhängigkeit innerhalb einer Sequenz von qualitativen Nominaldaten kann mit so genannten Markoff-Analysen beschrieben werden (Czagalik & Hettinger, 1990). Grundlage dafür ist ein stochastischer Prozessbegriff, wonach die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Ereignisses innerhalb einer Zeitreihe von den ihm zeitlich vorangegangenen Ereignissen sowie einem Zufallsanteil abhängt. Die Anzahl der berücksichtigten vorherigen Ereignisse bestimmt den Ordnungsgrad des Prozesses: Wird bei der Wahrscheinlichkeitsberechnung für ein Ereignis lediglich das unmittelbar vorausgegangene Ereignis berücksichtigt, spricht man von einem Markoff-Prozess 1. Ordnung; werden zwei unmittelbar vorangegangene Ereignisse berücksichtigt, spricht man von einem Prozess 2. Ordnung usw..

Die Aussagen über den Prozess beziehen sich vor allem auf die Gegenüberstellung von absoluten und bedingten Wahrscheinlichkeiten. Zunächst wird die sequenzielle Abhängigkeit mit so genannten Übergangsmatrixen beschrieben, wobei die Zeilen das Ereignis zum Zeitpunkt $t-1$ und die Spalten das Ereignis zum Zeitpunkt t festlegen (Revenstorf & Vogel, 1996). Nach der Bestimmung der Übergangshäufigkeiten (z.B. die Häufigkeit, mit der auf eine therapeutische Unterstützung ein Änderungsbericht des Patienten folgt), lassen sich Übergangswahrscheinlichkeiten (bzw. bedingte Wahrscheinlichkeiten; $P = p(j/i)$) berechnen, die zwischen 0 und 1 liegen (z.B. auf eine Unterstützung des Therapeuten folgt mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,4 ein Änderungsbericht des Patienten). Diese Wahrscheinlichkeiten sind für sich genommen

noch nicht sehr aussagekräftig, sie müssen mit den aus den absoluten Häufigkeiten berechneten absoluten (bzw. erwarteten) Wahrscheinlichkeiten verglichen werden. Von einer bedeutsamen Abhängigkeit eines Ereignisses von einem anderen vorauslaufenden Ereignis kann gesprochen werden, wenn die Übergangswahrscheinlichkeit signifikant größer oder kleiner ist als die absolute Wahrscheinlichkeit des Ereignisses zum Zeitpunkt t . Zur Signifikanz-Prüfung wird ein z -Wert berechnet (Schindler, 1991, S. 65): $z = (F - NP) / \sqrt{NP(1 - P)}$.

Auf das Beispiel bezogen wäre F die beobachtete Häufigkeit von Änderungsbericht kontingent auf Unterstützung, N die Häufigkeit des vorausgegangenen Ereignisses Unterstützung und P die absolute Wahrscheinlichkeit von Änderungsbericht. „Der z -Wert ergibt sich demzufolge aus der Differenz von beobachteter und erwarteter Häufigkeit, dividiert durch die Standardabweichung der erwarteten Häufigkeit. Bei einem z -Wert von 1,96 kann ein Signifikanz-Niveau von 5% angenommen werden“ (Schindler, 1991, S. 65) (siehe auch Revenstorff, Hahlweg, Schindler & Kunert, 1984).

Die bisherige Darstellung der Berechnungen bezieht sich auf Prozesse 1. Ordnung. Für Prozesse höherer Ordnung erfolgt die Berechnung in gleicher Art und Weise, wobei z.B. für einen Prozess 2. Ordnung die bedingte Wahrscheinlichkeit für ein Ereignis unter der Voraussetzung von zwei gegebenen, vorauslaufenden Ereignissen berechnet wird (z.B. die Wahrscheinlichkeit, dass ein Änderungsbericht auf die Sequenz Zielvorstellung - Unterstützung folgt). Bei der Berechnung von längeren Sequenzen stößt man schnell an die Grenzen des Datenmaterials, da die Anzahl der beobachteten Ereignissequenzen immer geringer wird. Ein Ausweg besteht darin, die verwendeten Kategorien in Überkategorien zusammenzufassen. Hier besteht ein Konflikt zwischen einer möglichst differenzierten und einer möglichst dynamischen Beschreibung. Je differenzierter beobachtet wird, desto seltener treten die einzelnen Ereignisse auf.

Bei der Beschreibung eines Prozesses mit bedingten Wahrscheinlichkeiten wird davon ausgegangen, dass der Prozess stationär und homogen ist (Czagalik, 1991). Die Übergangswahrscheinlichkeiten werden für den beobachteten Zeitraum als konstant betrachtet.

Mit diesen recht spezifischen Ausführungen über Zeitreihenanalysen soll das Kapitel zu den methodischen Unterscheidungen beendet werden. Nachdem die Fragestellungen und die methodischen Herangehensweisen der Psychotherapieforschung in ihren Grundzügen dargestellt wurden, soll im nächsten Kapitel auf die dabei erzielten Befunde eingegangen werden.

2.3 Empirisch bestimmte Unterscheidungen: Welche Befunde liegen vor?

Da es im Bereich der Psychotherapieforschung eine Vielzahl an Fragestellungen gibt, die mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Methoden behandelt werden können, gibt es einen kaum noch zu überblickenden Umfang an Befunden, die in einer ständig wachsenden Anzahl von Zeitschriften publiziert werden. Wenn man sich zu einem bestimmten Thema (z.B. die Wirksamkeit von Verhaltenstherapien bei Depressionen) einen Überblick über die dazu durchgeführten Studien verschaffen möchte, gerät dies zu einem sehr zeitaufwendigem Unterfangen. Es erscheint fast unmöglich, „sich über ein Gebiet wie die Psychotherapieforschung aus Primärstudien zu informieren“ (Reinecker, Schiepek & Gunzelmann, 1989, S. 102).

So genannte Überblicksarbeiten und Metaanalysen haben deshalb eine zentrale Bedeutung. Sie unternehmen den Versuch, alle Befunde zu einem bestimmten Thema zusammenzutragen, um so generalisierbare Aussagen herauszufiltern. Bei solchen Integrationsversuchen fällt immer wieder auf, dass die einzelnen empirischen Untersuchungen zwar häufig zu recht klaren Erkenntnissen gelangen, dass sich die Erkenntnisse aus unterschiedlichen Studien jedoch teilweise deutlich widersprechen.

In den letzten Jahrzehnten ist auch die Anzahl von Überblicksarbeiten und Metaanalysen stetig gestiegen. Lambert und Ogles (2004) führen beispielsweise allein für Angststörungen 28 Metaanalysen aus den Jahren 1982-1998 an. Aufgrund von unterschiedlichen Selektionskriterien (z.B. methodischen Standards) wird in den Arbeiten häufig eine unterschiedliche Auswahl der vorhandenen Primärstudien berücksichtigt und sie gelangen bei der Integration der Ergebnisse dementsprechend zu teilweise deutlich unterschiedlichen Schlussfolgerungen. Somit liefern auch diese Arbeiten und Analysen letztlich keine eindeutigen Erkenntnisse, sie stellen aber einen notwendigen Versuch dar, die vielfältigen Befunde zu integrieren.

Hinsichtlich der Integration von Forschungsbefunden nimmt das ‚Handbook of psychotherapy and behavior change‘ (Lambert, 2004b), welches kürzlich in der 5. Auflage erschienen ist, eine besonders prominente Stellung ein. „The influence of the Handbook on the field of psychotherapy has been enormous. [...] Reference to psychotherapy research is not complete without considering the comprehensive work of past Handbook authors“ (Lambert, 2004a, S. v). Die folgenden Ausführungen stützen sich häufig auf Arbeiten aus diesem Handbuch.

Zunächst wird der zentralen Frage nach dem Erfolg von Psychotherapie und den spezifischen Unterschieden zwischen den einzelnen Therapiemethoden nachgegangen. Anschließend geht es um die Frage, ob in unterschiedlichen Therapien auch tatsächlich Unterschiedliches geschieht. Unter 2.3.3 werde dann die Merkmale der Interaktion zwischen Therapeut und Patient betrachtet und unter 2.3.4 die Befunde der Prozess-Ergebnis-Forschung dargelegt. Die Integration dieser Befundzusammenstellungen erfolgt im Rahmen der Präsentation von zwei allgemeinen Psychotherapie-Modellen.

2.3.1 Ist Psychotherapie erfolgreich?

Wenn diese Frage so allgemein formuliert wird, beantworten die meisten Therapeuten und Forschern sie mit einem klaren ‚Ja‘. Psychotherapie führt unter kontrollierten Bedingungen bei der Mehrheit von Patienten zu Veränderungen in Richtung einer besseren Leistungsfähigkeit bzw. Gesundheit. Im Sinne einer anerkannten Behandlungsmethode ist Psychotherapie heute ein institutionalisierter Bestandteil moderner Gesellschaften (Lambert, Garfield et al., 2004). Dabei lässt sich jedoch einschränkend sagen, dass die Frage nach der klinischen Brauchbarkeit (effectiveness) und Wirksamkeit der experimentell untersuchten Therapiemethoden unter normalen Praxisbedingungen weit weniger klar beantwortet werden kann. Die relativ wenigen dazu vorliegenden ‚Effectiveness-Studies‘ kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen (Hahlweg et al., 2004; Lambert & Ogles, 2004).

Hinsichtlich der Repräsentativität der Patienten in kontrollierten Studien für die ‚normale‘ Praxis kommen Stirman und Mitarbeiter (2005) zu einem positiven Urteil. In einer Stichprobe von 220 ‚normalen‘ Psychotherapiepatienten konnte für 95% der Patienten eine Studie gefunden werden, an der sie nach den Ein- und Ausschlusskriterien hätten teilnehmen dürfen.

Je differenzierter man die Frage nach dem Erfolg stellt, desto schwieriger gestalten sich die Antworten. Da wäre z.B. die Frage nach den Unterschieden zwischen den verschiedenen Therapieschulen. Im Hinblick auf diese Unterteilung werden die Forschungsbefunde von unterschiedlichen Autoren unterschiedlich interpretiert. Einige fassen die Befunde unter dem Stichwort Äquivalenz-Paradox zusammen, d.h. die unterschiedlichen Therapiemethoden bewirken trotz unterschiedlicher Vorgehensweise scheinbar vergleichbare Veränderungen (Lambert, Garfield et al., 2004; Luborsky et al., 2002; Smith, Glass & Miller, 1980). Dies ist für viele Therapeuten, Forscher und Ausbilder ein schwer zu akzeptierender Befund, da die meisten theoretischen

schen Annahmen und die darauf basierenden Ausbildungsprogramme ihr Fundament verlieren würden. Für die gesamte soziale Struktur der ‚Psychotherapieszene‘ ist die Unterscheidung in verschiedene Therapiemethoden und die damit implizierte Annahme von verschiedenen Wirkmechanismen von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund wird vielerorts an der Ansicht festgehalten, dass spezifische Techniken auch Spezifisches bewirken (Bergin & Garfield, 1994).

Grawe (1998) macht primär die Forschungsmethodik für das Äquivalenz-Paradox verantwortlich. Die meisten Studiendesigns und die angewendeten Auswertungsstrategien seien ungeeignet, spezifische Unterschiede zwischen den Therapiemethoden zu entdecken. Die Befunde seiner frühen Studie aus den 70er Jahren (Grawe, 1976) und die Berner Therapievergleichsstudie (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990) würden zeigen, dass in Verhaltens- und Gesprächstherapien unterschiedliche Wirkmechanismen realisiert werden. Da diese Wirkmechanismen mit bestimmten Patientenmerkmalen interagieren, erscheint eine selektive Indikationsstellung für diese Therapiemethoden möglich. Mit einem Untersuchungsdesign, bei dem die Patienten den verschiedenen Therapiebedingungen zufällig zugeordnet werden, lassen sich solche Interaktionseffekte nicht bzw. nur sehr eingeschränkt untersuchen (Chambless, 2002; Rounsavill & Carroll, 2002).

Einige Autoren kommen in ihren Überblicksarbeiten auch zu dem Schluss, dass zwischen den Therapiemethoden bedeutsame Wirksamkeitsunterschiede bestehen. Svartberg und Stiles (1991) interpretieren in ihrer Überblicksarbeit z.B. die Befunde von 19 Therapievergleichsstudien dahingehend, dass psychodynamische Psychotherapien vor allem bei den Katamnesen schlechtere Ergebnisse zeigen als verschiedene andere Therapiemethoden. In der Regel werden solche Aussagen zur Überlegenheit eines therapeutischen Ansatzes auf eine bestimmte Diagnosegruppe bezogen (Roth & Fonagy, 1996).

Im Hinblick auf den Konkurrenzkampf zwischen den Schulen wurde in den letzten Jahren eine Untersuchung von Luborsky und Mitarbeitern (1999) kontrovers diskutiert (Hollon, 1999; Jacobson, 1999; Lambert, Garfield et al., 2004). In dieser Arbeit werden 37 Therapievergleichsstudien dahingehend analysiert, ob ein Zusammenhang zwischen der von den Autoren vertretenen Therapierichtung und den Ergebnissen besteht. Es zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang, 69% der Varianz zwischen den Therapiemethoden können mit der aus verschiedenen Perspektiven beurteilten Schulenzugehörigkeit der Autoren vorhergesagt werden.

Die Frage nach der differentiellen Wirkung unterschiedlicher Therapien ist eng verknüpft mit der Frage, ob in unterschiedlichen Therapien tatsächlich Unterschiedliches geschieht.

2.3.2 Prozessvergleiche: Passiert in unterschiedlichen Psychotherapien wirklich Unterschiedliches?

Die Hauptfragestellung der eigenen empirischen Studie bezieht sich auf einen Therapiemethodenvergleich (siehe Kapitel 4.1). Es wird untersucht, ob sich auf der Ebene der konkreten Interaktion zwischen Therapeut und Patient die theoretisch erwartbaren Unterschiede zwischen verschiedenen Therapiemethoden beobachten lassen. Das Verhalten von Therapeuten der gleichen Therapieschule sollte sich hinsichtlich zentraler Aspekte gleichen und das Verhalten von Therapeuten unterschiedlicher Therapieschulen sollte sich entsprechend der konzeptionellen Differenzen unterscheiden. Die Bestätigung dieser Erwartung ist die Voraussetzung für die Unterscheidung von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren (siehe Kapitel 2.1.6) und für die aktuelle gesellschaftliche und wissenschaftliche Strukturierung in verschiedene Therapieschulen. Im Folgenden wird ein Überblick zu Studien aus diesem Themenkomplex dargelegt.

Da diese Fragestellung für das gesamte Forschungs- und Praxisfeld von zentraler Bedeutung ist, wird sie seit den Anfängen der Psychotherapieforschung kontrovers diskutiert und in empirischen Studien untersucht. Strupp blickt schon 1957 auf eine zwanzigjährige psychoanalytische und gesprächstherapeutische Forschung zurück. Er zitiert einige Studien, bei denen sich gezeigt hat, dass zwischen Psychoanalytikern die Unterschiede gegenüber den Gemeinsamkeiten deutlich dominieren. Das in den Lehrbüchern vertretene klassische Vorgehen wird nur selten umgesetzt. Die berühmte Menninger-Studie von Wallerstein (1989) vergleicht den Prozess und das Ergebnis von 22 Psychoanalysen und 20 analytischen Psychotherapien, die ohne gezielte Kontrolle in einem naturalistischen Setting durchgeführt wurden. Sowohl bei den Prozessanalysen als auch bei den Therapieergebnissen zeigen sich deutlich weniger Unterschiede als erwartet:

The therapeutic modalities of psychoanalysis, expressive psychotherapy, and supportive psychotherapy hardly exist in ideal or pure form in the real world of actual practice; real treatments in actual practice are intermingled blends of expressive-interpretive and supportive-stabilizing elements; almost all treatments (including even pure psychoanalyses) carry many more supportive components than they are usually credited with; the overall outcomes achieved by more analytic and more supportive treatments converge more than our usual expectations for those differing modalities would portend; and the kinds of changes achieved in treatment from the two ends of this spectrum are less different in nature and in permanence than is usually expected. (S. 199)

Auch in der Überblicksarbeit des ‚Handbook‘ zu den ‚psychodynamic approaches‘ (Henry, Strupp, Schacht & Gaston, 1994) werden die Befunde dahingehend zusammengefasst, dass sich die zu erwartenden Unterschiede zwischen Psychoanalyse und analytischer Psychotherapie meistens nicht beobachten lassen und diese Unterscheidung in der theoretisch postulierten Form deshalb anzuzweifeln ist.

Auch bei anderen Therapierichtungen hat sich gezeigt, dass Therapeuten in ihrem konkreten Verhalten in den Therapiesitzungen weit weniger Unterschiede aufweisen, als ihre Lehrbücher erwarten lassen (Bergin & Garfield, 1994; Czogalik, 1990). Strupp (1983) formuliert mit Bezug auf den Vergleich von kognitiv-behavioraler und psychodynamischer Therapie die Aussage: „Few, if any, clinicians practice a ‚pure‘ form of therapy and contemporary practice is an amalgam to a much greater extent than is acknowledged in theoretical writing“ (S. 17). Dies steht im Einklang mit dem Ergebnis einer internationalen Befragung von praktisch tätigen Therapeuten (N=2376). Unabhängig von der Schulenzugehörigkeit zeigt sich eine relativ große Übereinstimmung hinsichtlich der Merkmale, die eine ideale Therapiebeziehung kennzeichnen (Orlinsky et al., 1996). „Zusammenfassend lässt sich über den idealen Beziehungsstil, die Beteiligung, die Effizienz und den Arbeitsstil der Therapeuten sagen, dass die Gemeinsamkeiten zwischen den Therapeuten mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen viel größer sind als die Unterschiede“ (Ambühl & Orlinsky, 1997, S. 297). Verhaltenstherapeuten scheinen jedoch teilweise andere Therapieziele zu verfolgen als analytische Therapeuten.

In einer viel zitierten Studie von Sloane und Mitarbeitern (1975) werden 45 Verhaltenstherapien mit 45 analytischen Psychotherapien verglichen. Die beteiligten Therapeuten erhielten eine Liste mit Merkmalen der beiden Therapiemethoden, die sie berücksichtigen sollten. Bei einem Vergleich des tatsächlichen Verhaltens zeigen sich einige erwartbare Unterschiede. Die Verhaltenstherapeuten sind aktiver und direkter, geben mehr explizite Ratschläge und Instruktionen und bringen häufiger neue Themen sowie mehr Informationen in das Gespräch ein. Die analytischen Therapeuten verhalten sich demgegenüber zurückhaltend, nehmen eine eher reflektierende Grundhaltung ein und ermuntern die Patienten, Gedanken und Gefühle auszudrücken und zu explorieren. Unerwartet ist der Befund, dass die Verhaltenstherapeuten eher mehr als weniger Interpretationen einsetzen wie die analytischen Therapeuten.

Goldfried und Mitarbeiter (1998) untersuchen in einer explorativen, naturalistischen Studie das Verhalten von 22 erfahrenen kognitiv-behavioralen (KB) und 14 erfahrenen psychodynamisch-interpersonellen (PI) Therapeuten („master therapists“ mit durchschnittlich ca. 15 Jahren

Berufserfahrung). Jeder Therapeut stellte eine Aufnahme einer Therapiesitzung aus seiner ‚normalen‘ Praxis zur Verfügung, bei welcher der Patient unter einer depressiven und/oder ängstlichen Symptomatik litt. Die Sitzung sollte nach Meinung des Therapeuten für den Veränderungsprozess des Patienten von klinischer Bedeutung gewesen sein. Als Untersuchungsinstrument dient das ‚Coding System of Therapeutic Focus‘ (CSTF), mit dem der Fokus der verbalen Interventionen des Therapeuten auf fünf Achsen mit insgesamt 40 Items bestimmt wird. Erstaunlicherweise zeigen sich fast keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen. Erwartungskonform ist lediglich, dass die KB-Therapeuten stärker die Zukunft und Aktivitäten zwischen den Therapiesitzungen fokussieren als PI-Therapeuten.

Sachse (1998) vergleicht im Rahmen von vier Einzelfallanalysen die Interaktionsmerkmale einer psychoanalytischen Therapie, einer Verhaltenstherapie, einer zielorientierten Gesprächspsychotherapie und einer heuristischen Psychotherapie. Alle Therapien waren erfolgreich und umfassen zwischen 25 und 28 Sitzungen. Die zentralen Untersuchungsinstrumente sind die Bearbeitungsweise- und Bearbeitungsangebots-Skala (BW- und BA-Skala), mit denen der Inhalt einer Sprechhandlung hinsichtlich der Stufe des Explizierungsprozess, d.h. des Ausmaßes an erkennbarer motivationaler Klärung, beurteilt wird. Es zeigen sich vielfältige, primär den Erwartungen entsprechende Unterschiede zwischen den Therapien. In der Verhaltenstherapie macht der Therapeut am seltensten vertiefende Bearbeitungsangebote und der Explizierungsprozess ist primär auf einer relativ niedrigen Stufe angesiedelt, was als Zeichen für ein wenig klärungsorientiertes Vorgehen angesehen wird. Insgesamt unterscheidet sich die Verhaltenstherapie von den anderen Therapien am deutlichsten und die Gesprächspsychotherapie und die heuristische Psychotherapie sind sich am ähnlichsten. In allen Therapien zeige sich klar, dass der Therapeut durch seine Interventionen den Explizierungsprozess des Patienten steuert.

Im Rahmen der in den letzten 20 Jahren durchgeführten Therapievergleichsstudien erhalten die Therapeuten in der Regel relativ konkrete Anweisungen in Form eines Manuals, wie die Therapie durchgeführt werden sollte. Anhand von Audio- und Videoaufnahmen wird dann meistens auch überprüft, ob sich die Therapeuten an das Manual halten (adherence) und in den verschiedenen Therapien folglich auch Unterschiedliches passiert. Dies bestätigt sich in der Regel. „Whether these differences hold up in everyday routine clinical practice, however, is an open question“ (Lambert & Ogles, 2004, S. 161).

Beispielhaft für diese Art von Forschung ist das ‚National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program‘. In dieser Therapievergleichsstudie wer-

den unter anderem kognitive Therapie und interpersonelle Therapie miteinander verglichen. In beiden Therapiegruppen sollten sich die Therapeuten an einem relativ konkreten Behandlungsmanual orientieren. Auf der Ebene der globalen Beurteilung des Geschehens in ganzen Therapiestunden zeigen sich in verschiedenen Studien erwartungsgemäße Unterschiede (Ablon & Jones, 1999; Hill, O`Grady & Elkin, 1992). In Studien von Connolly Gibbons und Mitarbeitern (2003; 2002) wird davon ausgehend der Frage nachgegangen, wie sich diese Unterschiede auf einer konkreten Verhaltensebene äußern und wie flexibel Therapeuten im Rahmen von manualisierten Therapien auf konkretes Patientenverhalten reagieren. Das verwendete Beobachtungssystem beinhaltet die von Elliot (1987) herausgearbeiteten primären Therapeutenkategorien (siehe Kapitel 2.2.5.2.2). Die vielfältigen Ergebnisse können hier nur bruchstückhaft wiedergegeben werden. Bei den kognitiven Therapeuten treten folgende Kategorien signifikant häufiger auf: Informationsfragen, Reformulierungen und direktive Äußerungen. Neben solchen systematischen Unterschieden zwischen den Therapiegruppen zeigt sich auch eine hohe Varianz innerhalb der Gruppen. Trotz der Manualisierung reagieren die Therapeuten unabhängig von der Therapierichtung flexibel auf unterschiedliche Patienten. Die Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen, Prozessmerkmalen und den therapeutischen Interventionen waren teilweise für die Therapiegruppen spezifisch, teilweise zeigen sie sich in beiden Gruppen gleichermaßen. Ein weiterer Hinweis auf die Variabilität über die Therapiegruppen hinweg zeigt sich bei der pro Sitzung kodierten Anzahl an Sprechhandlungen, die eine Spannbreite von 37 bis 541 aufweist. Neben den Unterschieden wird auch herausgearbeitet, dass in beiden Therapiegruppen die eigentlichen spezifischen Interventionen nur einen geringen Teil des Therapeutenverhaltens ausmachen (4 bzw. 6%). Der überwiegende Teil sind allgemein übliche Sprechhandlungen wie z.B. Fragen und Reformulierungen. In Bezug auf verschiedene Therapiephasen zeigen sich in beiden Therapiegruppen nur geringfügige Unterschiede, die Therapeuten verhalten sich also im Verlaufe der Therapie relativ konstant.

In einer Studie von Jones und Pulos (1993) wird das interaktive Geschehen in psychodynamischen Psychotherapien (PP) und kognitiv-behavioralen Therapien (KBT) aus verschiedenen Therapievergleichsstudien mit dem ‚Psychotherapy Process Q-set‘ (siehe Kapitel 2.2.5.2) miteinander verglichen. Neben einigen Gemeinsamkeiten können klare Unterschiede beobachtet werden. In den KBTs versuchen die Therapeuten negative Affekte primär mit Hilfe des Intellekts, rationaler Argumente, gezielter Verstärkung und Unterstützung zu kontrollieren. Dagegen zeichnen sich die PPs dadurch aus, dass Affekte provoziert, schwierige Gefühle dem Bewusstsein zugänglich gemacht und Zusammenhänge mit früheren Lebenserfahrungen herge-

stellt werden. In einer nachfolgenden Studie (Ablon & Jones, 1998) werden von Experten zunächst prototypische Interaktionsmerkmale von PP und KBT bestimmt. Bei der anschließenden Untersuchung zeigen sich bei entsprechenden Therapien erwartungsgemäße Unterschiede. Erstaunlicherweise korrelieren in beiden Therapiegruppen die prototypischen Interaktionsmerkmale von PP stärker mit dem Therapieergebnis als die der KBT.

Es gibt jedoch auch andere Befunde: In einer Studie von Kerr und Mitarbeiter (1992) wird die theoretisch begründete Hypothese geprüft, dass kognitiv-behaviorale Therapeuten primär intrapersonale Aspekte fokussieren und psychodynamisch-interpersonelle Therapeuten primär interpersonale Aspekte. Es werden insgesamt 27 manualisierte Therapien (aus dem Sheffield I Projekt von Shapiro) mit einer Achse des ‚Coding System for Therapeutic Focus‘ (CSTF) (siehe Kapitel 2.2.5.2) untersucht. Entgegen der Erwartung zeigen sich keine Unterschiede, in beiden Gruppen fokussieren die Therapeuten häufiger interpersonale als intrapersonale Aspekte.

In einer nachfolgenden Studie wird die Fragestellung ausgeweitet und ein erneuter Vergleich von 30 kognitiv-behavioralen (KB) und 27 psychodynamisch-interpersonellen (PI) Therapien (diesmal aus dem Sheffield II Projekt von Shapiro) vorgenommen (Goldfried, Castonguay, Hayes, Drozd & Shapiro, 1997). Als Beobachtungsinstrument wird ebenfalls das CSTF eingesetzt, im Gegensatz zu der vorher vorgestellten Studie werden jedoch alle fünf Achsen und alle Items berücksichtigt. Es zeigen sich eine Reihe von Unterschieden, die von den Autoren dahingehend zusammengefasst werden, dass die PI-Therapeuten stärker einsichts- und die KB-Therapeuten stärker verhaltensorientiert vorgehen. Von den PI-Therapeuten wird stärker fokussiert, was in der Vergangenheit nicht funktioniert hat, vor allem im zwischenmenschlichen und emotionalen Bereich. Die KB-Therapeuten dagegen fokussieren stärker die aktuelle Lebenssituation und zukünftige Entwicklungen und mögliche Problemlösungen. Damit im Einklang stehen Befunde von Stiles und Mitarbeitern (1996), die bei der gleichen Stichprobe zeigen, dass die Therapeuten in den Sitzungen unterschiedliche Intentionen verfolgen. Erfasst wird dies mit einem Fragebogen (‚Therapist Session Intentions‘), den die Therapeuten nach den Therapiesitzungen ausfüllten.

Blagys und Hilsenroth (2000; 2002) geben in zwei Arbeiten einen Überblick über jene Interventionstechniken und Prozessmerkmale, für die in wenigstens zwei unterschiedlichen empirischen Studien von verschiedenen Autoren ein signifikanter Unterschied zwischen psychodynamisch-interpersoneller Therapie (PIT) und kognitiv-behavioraler Therapie (KBT) festgestellt wurde. Für diese beiden Therapieformen gibt es die mit Abstand meisten direkten Prozessver-

gleichsstudien, wobei es sich in der Mehrzahl um manualisierte Depressionsbehandlungen handelt. Es werden folgende sieben Aspekte für die PIT als spezifisch herausgearbeitet (Blagys & Hilsenroth, 2000):

„(1) A focus on affect and the expression of patients' emotions; (2) an exploration of patients' attempts to avoid topics or engage in activities that hinder the progress of therapy; (3) the identification of patterns in patients' actions, thoughts, feelings, experiences, and relationships; (4) an emphasis on past experiences; (5) a focus on a patients' interpersonal experiences; (6) an emphasis on the therapeutic relationship; and (7) an exploration of patients' wishes, dreams, or fantasies”. (S. 167)

Die Reihenfolge entspricht der Eindeutigkeit bzw. der Anzahl der signifikanten Befunde. D.h. für den Aspekt der Fokussierung von Affekten und dem Ausdruck von Emotionen liegen die meisten Befunde vor – in neun von zehn Studien war dieser Aspekt in der PIT stärker ausgeprägt als in der KBT. Beim letztgenannten Aspekt – der Thematisierung von Wünschen, Träumen und Fantasien – war dies nur in drei von fünf Studien der Fall. Insgesamt können die Befunde als Bestätigung der theoretisch erwartbaren Unterschiede interpretiert werden, wie sie z.B. von Luborsky, Barber und Crits-Christoph (1990) herausgearbeitet wurden. Die der PIT zugrunde liegende Theorie weist der therapeutischen Beziehung und der Übertragungsdynamik sowie Techniken, die mit dem Ziel der Bewusstmachung und Klärung von Zusammenhängen eingesetzt werden, eine zentrale Stellung zu.

Für die KBT werden folgende sechs Aspekte als spezifisch herausgearbeitet (Blagys & Hilsenroth, 2002):

„(1) Use of homework and outside-of-session activities; (2) direction of session activity; (3) teaching of skills used by patients to cope with symptoms; (4) emphasis on patient' future experiences; (5) providing patients with information about their treatment, disorder, or symptoms; and (6) an intrapersonal/cognitive focus.” (S. 671)

Der theoretisch erwartbare Unterschied, dass in der KBT mehr mit Hausaufgaben und Aktivitäten zwischen den Therapiesitzungen gearbeitet wird, hat sich in allen elf Studien, die diesen Aspekt untersuchten, bestätigt. Für den letztgenannten Punkt – die Fokussierung der intrapsychischen Kognitionen des Patienten – ist die Befundlage weit weniger eindeutig. Von den 15 analysierten Arbeiten bestätigen zehn die Erwartung, dass dieser Aspekt in der KBT stärker ausgeprägt ist. In drei Arbeiten zeigt sich jedoch auch der gegenteilige Befund, d.h. dieser Aspekt ist in der PIT stärker ausgeprägt.

Zusammenfassend zeigen die Befunde, dass in kontrollierten Therapievergleichsstudien in unterschiedlichen Therapien tatsächlich Unterschiedliches geschieht, wobei dies primär für das Therapeutenverhalten untersucht wurde. Für den Patienten liegen kaum Studien vor. Des Weiteren muss einschränkend gesagt werden, dass die meisten dieser Befunde mit explizit auf die verwendeten Therapiemanuale abgestimmten Beobachtungssystemen erzielt wurden. Wenn allgemeiner gefasste Systeme verwendet wurden (z.B. Kerr et al., 1992), fallen die Befunde häufig weniger eindeutig aus. Außerdem ist noch ungeklärt, ob sich diese Unterschiede auch in der ‚normalen‘ Praxis zeigen. Hier sprechen die Befunde eher für ein Überwiegen der Gemeinsamkeiten, was mit dem von einem Teil der praktisch tätigen Therapeuten vertretenen eklektizistischen Standpunkt im Einklang stünde (Lambert, Garfield et al., 2004). Die in der ‚normalen‘ Praxis beobachtbaren Unterschiede zwischen verschiedenen Therapeuten lassen sich u.U. eher durch unterschiedliche persönliche Interaktionsstile und weniger durch die offizielle therapeutische Orientierung erklären. Eine in dieser Hinsicht interessante Arbeit untersucht die Interaktion von den prominenten Therapeuten und Autoren Beck, Meichenbaum und Strupp (Goldsamt, Goldfried, Hayes & Kerr, 1992) mit dem gleichen Patienten. Es werden zwar einige erwartete Unterschiede bestätigt, es überwiegen jedoch die unerwarteten Unterschiede. D.h. auch die Begründer von therapeutischen Richtungen halten sich in der konkreten Interaktion nur eingeschränkt an ihre eigenen theoretischen und klinischen Ausführungen, wenn sie nicht durch ein Manual ‚auf Linie gehalten werden‘.

2.3.3 Merkmale der Interaktion zwischen Therapeut und Patient

In diesem Abschnitt wird das konkrete Kommunikationsverhalten von Therapeut und Patient ohne Bezug zu unterschiedlichen Therapierichtungen thematisiert. Es geht dabei um Studien, in denen eine systematische Beobachtung von umschriebenen Verhaltensweisen (siehe Kapitel 2.2.5.2) vorgenommen wurde und die sich mit der Frage beschäftigen, was auf einer konkreten Kommunikationsebene in den Therapiesitzungen eigentlich geschieht. Der Fokus liegt auf der wechselseitigen Beeinflussung von Therapeut und Patient sowie der Veränderung des Verhaltens im Therapieverlauf. Hiermit werden zwei Nebenfragestellungen der eigenen empirischen Untersuchung angesprochen. Die folgenden Ausführungen umfassen drei Abschnitte: Zunächst werden die zentralen Aussagen eines Überblicks von Schindler (1991) wiedergegeben, der die Studien bis 1990 berücksichtigt. Anschließend werden einige Studien detailliert dargestellt. Im dritten Teil des Kapitels werden dann Befunde dargelegt, die mit dem in

der vorliegenden Studie verwendeten Beobachtungssystem ermittelt wurden. Die Ausführungen verfolgen das Ziel, den Forschungsbereich exemplarisch zu charakterisieren und Vergleichsdaten für die eigenen Analysen zu präsentieren. Es besteht nicht der Anspruch, einen Überblick über die Studien zur therapeutischen Interaktion der letzten Jahrzehnte zu geben.

Schindler (1991) bezieht sich bei seiner Übersicht auf insgesamt 19 Studien, die bei den folgenden Ausführungen nicht im einzelnen erwähnt werden sollen. Es zeigt sich Therapieschulen übergreifend, dass die Kommunikation des Patienten in der Regel von Problembeschreibungen dominiert wird (ca. 50%), wobei diese Dominanz im Laufe der Therapie abnimmt. Die Beschreibung und Exploration von Gefühlen nimmt dagegen einen deutlich geringeren Anteil ein. Verhaltensweisen und Themen, die von den Therapieschulen als besonders veränderungsrelevant betrachtet werden – wie z.B. neue Einsichten, Entwicklung von Änderungsstrategien – nehmen demgegenüber eher einen geringen Anteil ein, wobei sich teilweise ein Anstieg im Therapieverlauf zeigt.

Auf Empathie abzielende Kommunikationen des Therapeuten werden heute Therapieschulen übergreifend als hilfreich und notwendig angesehen. Es geht hierbei um Äußerungen, mit denen der Therapeut die Beschreibungen des Patienten wiederholt und dabei die impliziten Gefühle und subjektiven Bedeutungen fokussiert. Für den Anteil solcher Äußerungen am Gesamtverhalten des Therapeuten zeigen sich zwischen den Studien starke Schwankungen von 5 bis 45%. Solche auf Empathie abzielenden Kommunikationen führen beim Patienten häufig zu einer vertiefenden Beschreibung von Gefühlen, wobei richtige Neuorientierungen selten erfolgen. Die Anregung zum Einstieg in die Gefühlsbeschreibung erfolgt am effektivsten durch direkte Fragen. Vor allem zu Beginn der Therapie vermitteln reflektierende Äußerungen des Therapeuten dem Patienten den Eindruck, dass er verstanden wird, was in späteren Sitzungen zunehmend auch mit anderen Verhaltensweisen erreicht werden kann.

Eine weitere zentrale therapeutische Verhaltensklasse sind Unterstützungen, wozu Zuspruch, Bestätigung und positive Verstärkung gezählt werden. „Dieses Verhalten dient entweder der emotionalen Unterstützung oder der positiven Rückmeldung an den Klienten“ (Schindler, 1991, S. 100). Richtig ausformulierte Unterstützungen nehmen häufig nur einen relativ geringen Anteil ein (3 – 10%). Deutlich häufiger sind minimale Unterstützungen (über 40%), d.h. kurze bestätigende Einwüfe oder Bemerkungen des Therapeuten. Die Patienten reagieren auf Unterstützungen überzufällig häufig mit Änderungsvorschlägen und Einsichten und sie erleben Unterstützungen insgesamt als positiv und hilfreich.

Unter Anleitungen und Direktiven werden Verhaltensweisen des Therapeuten verstanden, mit denen der Patient zu einem bestimmten Verhalten innerhalb oder außerhalb der Sitzungen bewegt werden soll. Es handelt sich um eher seltene Verhaltensweisen (1 - 4%), für die sowohl positive als auch negative Reaktionen des Patienten berichtet werden. Dagegen ergibt sich für Informationsfragen meist ein relativ hoher Anteil am Gesamtverhalten des Therapeuten (7 - 18%). Der Patient reagiert meist im Sinne einer Antwort auf die Frage mit Problembeschreibungen, wobei offene Fragen auch zu neuen Einsichten führen können. Eine Veränderung im Therapieverlauf zeigt sich meistens nicht. Widersprüchliche Ergebnisse finden sich für den Verlauf des Anteils von Sprechhandlungen, mit denen der Therapeut Informationen im Sinne einer Erklärung oder Strukturierung vermittelt - in einigen Studien zeigt sich im Verlauf ein Anstieg, in anderen ein Abfall.

Die Ausführungen zum Überblick von Schindler (1991) abschließend, soll noch auf Interpretationen und Konfrontationen eingegangen werden. Bei Interpretationen deutet der Therapeut Berichte des Patienten und zieht Schlüsse hinsichtlich kausaler Zusammenhänge oder tiefer liegender Persönlichkeitseigenschaften. Gerade bei dieser Verhaltensklasse zeigt sich das Problem, dass sie in verschiedenen Beobachtungssystemen unterschiedlich definiert wird, weshalb die Befunde schwer zu vergleichen sind. So schwankt der Anteil zwischen 6 und 27% und auch die sequenzanalytischen Befunde sind sehr uneinheitlich. Dies gilt auch für Konfrontationen, bei denen der Therapeut einen Widerspruch oder Diskrepanzen im Verhalten des Patienten benennt. Im Anschluss werden nun einige Studien detaillierter dargestellt.

Eine Studie von Hill und Mitarbeitern (1988) repräsentiert ein gutes Beispiel für einen Forschungsansatz, der die Frage der Wirkungsweise von Psychotherapie über die Analyse der konkreten Verhaltensweisen von Therapeut und Patient untersucht. Anhand von acht Kurzzeitpsychotherapien (primär psychodynamisch orientiert) wird der Einfluss der Sprechhandlungen („response modes“) des Therapeuten auf das interaktive Prozessgeschehen untersucht. Das dabei verwendete Beobachtungssystem wird oben in Kapitel 2.2.5.2.2 beschrieben. Bzgl. des Prozessgeschehens sind hier zwei Variablen von Bedeutung: Zum einen die von einem unabhängigen Beobachter ermittelte unmittelbar folgende Reaktion des Patienten und zum anderen die Beurteilung der Sprechhandlung des Therapeuten durch den Patienten und den Therapeuten mit der ‚Helpfulness‘-Skala. Diese Beurteilungen erfolgen nach der Sitzung anhand einer Videoaufnahme. Interpretationen werden sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten als überdurchschnittlich hilfreich beurteilt und moderieren beim Patienten Reaktionen, die als thera-

apeutische Arbeit (new perspective, clear, responsibility etc.) bezeichnet werden können und ein Hinweis für Veränderung sind. Selbstöffnungen des Therapeuten erhalten von den Patienten durchschnittlich den höchsten Wert auf der ‚Helpfulness‘-Skala, wobei dieses Verhalten nur relativ selten von den Therapeuten gezeigt wird (0,8% aller Codierungen). Reformulierungen werden sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten als mittelmäßig hilfreich beurteilt und der Patient reagiert häufig mit dem Gefühl der Unterstützung und zeigt selten eine negative Reaktion. Zustimmende Äußerungen des Therapeuten werden vom Patienten ähnlich hilfreich beurteilt wie Reformulierungen und er reagiert auch ähnlich. Die Therapeuten beurteilen Zustimmung jedoch als wenig hilfreich. Offene Fragen werden sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten als hilfreicher beurteilt als geschlossene Fragen. Konfrontationen werden vor allem vom Patienten als wenig hilfreich beurteilt und relativ häufig mit einer negativen Reaktion beantwortet. Als am wenigsten hilfreich werden direktive Führungen durch die Patienten beurteilt – hier besteht der größte Unterschied zu den Therapeuten, die sie als deutlich hilfreicher beurteilen. Bei diesen Befunden muss berücksichtigt werden, dass sich zwischen den Therapien teilweise große Unterschiede zeigen.

Die Arbeitsgruppe um Schulte hat das Interaktionsgeschehen mit Hilfe der Handlungskontrolltheorie von Kuhl und der dabei zentralen Unterscheidung in Handlungs- vs. Lageorientierung untersucht (Kosfelder & Hartung, 2005). Damit werden zwei verschiedene Zustände des Selbstregulationssystems bezeichnet: Handlungsorientierung beinhaltet eine zielorientierte Fokussierung auf die Realisierung von Absichten und Lageorientierung eine Fokussierung auf die aktuelle Situation bzw. Problematik. Mit einem von Hartung (1990) entwickelten Beobachtungssystem können einzelne Sprachäußerungen von Therapeut und Patient hinsichtlich dieser Unterscheidung beurteilt werden. Für verhaltenstherapeutische und kognitive Angstbehandlungen konnte gezeigt werden, dass ein Anstieg der Handlungsorientierung in den Sprachäußerungen des Patienten im Therapieverlauf ein sehr bedeutsamer Prognosefaktor für den Therapieerfolg ist (Schulte, Hartung & Wilke, 1997). Beim erfolgreichen Einsatz von Reiz-Konfrontations-Methoden kann dieser Anstieg vor den Übungen beobachtet werden, bei primär kognitiv vorgehenden Therapien zeigt sich eher ein kontinuierlicher Anstieg über den gesamten Therapieverlauf. Die Therapeuten erweisen sich dabei vor allem in den ersten Therapiestunden erwartungsgemäß handlungsorientierter als die Patienten. Bei Sequenzanalysen zeigt sich, dass Therapeuten ihre Patienten zu einer stärkeren Handlungsorientierung anregen können, indem sie gezielt handlungsorientierte Äußerungen des Patienten aufgreifen und verstärken (konfirmatorische Strategie) und indem sie neutralen Aussagen des Patienten einen hand-

lungsorientierten Impuls geben (impulsgebende Strategie). Als relativ selten und eher wenig erfolgreich erweist sich eine konfrontative Strategie, bei welcher der Therapeut auf eine lageorientierte Äußerung des Patienten mit einer handlungsorientierten Replik antwortet.

Diese Befunde könnten dahingehend gedeutet werden, dass der Therapeut über das Mittel der Kommunikation gezielt und systematisch auf interne Prozesse – den Zustand des Selbstregulationssystems – Einfluss nimmt. In eine ähnliche Richtung weisen die Befunde der schon im vorhergehenden Kapitel (2.3.2) dargelegten Studie von Sachse (1998). Bei allen vier untersuchten Therapieformen zeigt sich klar, dass der Therapeut einen hohen Steuerungseffekt auf die beim Patienten ablaufenden Prozesse hat. „Ein hoher Steuerungseffekt weist auf eine hohe Prozeßdirektivität hin, er bedeutet, dass therapeutische Interventionen, die eine Vertiefung, ein Gleichbleiben oder eine Verflachung des Explizierungsprozesses anregen, von Klienten in hohem Maße umgesetzt werden (S. 146)“. Vergleichbar mit den Befunden zur konfrontativen Strategie zeigt sich, dass ein Überwiegen vertiefender Bearbeitungsangebote durch den Therapeuten den Steuerungseffekt reduziert, während gleichhaltende Bearbeitungsangebote den Steuerungseffekt erhöhen. Da es sich bei Sachse um die Analyse von erfolgreichen Einzelfällen handelt, werden keine Aussagen über den Zusammenhang mit dem Therapieerfolg gemacht.

Das Kapitel abschließend werden die Ergebnisse aus Studien dargelegt, in denen das ‚Co-diernsystem zur Interaktion in der Psychotherapie‘ (CIP) (Schindler, Hohenberg-Siebert & Hahlweg, 1989) verwendet wird. Da dieses Beobachtungssystem auch in der vorliegenden empirischen Studie zum Einsatz kommt, sind diese Befunde von besonderer Bedeutung, da sie letztlich eine vergleichbare Art der ‚Erkenntniskonstruktion‘ vollziehen. Mit dem CIP werden in zwei voneinander unabhängigen Subsystemen 17 Therapeuten- und 16 Patienten-Sprechhandlungen unterschieden die zu 7 bzw. 8 Überkategorien zusammengefasst werden können (siehe Tabelle 2 auf Seite 110). Eine ausführliche Darstellung des CIP erfolgt in Kapitel 4.3.

Schindler (1991) hat das CIP in einer Studie zur Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie bei chronischen Schlafstörungen eingesetzt. Es soll ein Beitrag zu einem grundlegenden Verständnis der sozialen Interaktion zwischen Therapeut und Patient und zu einem Prozess-Ergebnis-Modell der Verhaltenstherapie geliefert werden. Die 31 untersuchten Therapien orientieren sich an einem Behandlungsmanual (14 Sitzungen) und sind überwiegend erfolgreich. Das Geschehen in allen Sitzungen wird mit dem CIP kategorisiert und die so ermittelten Daten werden gruppenstatistisch mit Häufigkeits- und Zeitreihenanalysen ausgewertet. Bei den Patienten zeigt sich über den Therapieverlauf eine deutliche Abnahme problem- und eine deutliche

Zunahme veränderungsbezogener Äußerungen. Auf Seiten der Therapeuten zeigen sich weniger deutliche Veränderungen. Explorative und strukturierende Sprechhandlungen nehmen im Verlauf ab, während Unterstützungen und Konfrontationen zunehmen. Hinsichtlich der wechselseitigen Beeinflussung zeigt sich eine kontingente Steuerung des Gesprächs durch die Therapeuten. Auf einführende Therapeutenäußerungen folgen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Selbstöffnungen auf Seiten der Patienten. Durch Unterstützungen werden bei den Patienten Änderungsberichte und Mitarbeit angeregt. In Reaktion auf explorative Sprechhandlungen teilen die Patienten erwartungsgemäß vor allem sachliche Informationen mit und auf Direktiven reagieren sie zum einen häufig mit Mitarbeit und klärenden Äußerungen sowie zum anderen mit ‚Widerstand‘. Beim Vergleich einer erfolgreichen mit einer weniger erfolgreichen Gruppe von Therapien zeigen sich deutliche Unterschiede. Erwartungsgemäß zeigen die erfolgreichen Patienten mehr Mitarbeit und weniger hemmendes Verhalten. Die Therapeuten setzen in der erfolgreichen Gruppe mehr Klassifikationen und Unterstützungen ein. Dabei ist ein bedeutsamer Befund, dass sich die weniger erfolgreiche Gruppe scheinbar durch ein Fehlen an wechselseitiger positiver Beeinflussung auszeichnet. Einerseits reagieren die Patienten weniger kontingent auf Unterstützung mit Mitarbeit und andererseits reagieren die Therapeuten auf Mitarbeit weniger kontingent mit Unterstützung. Beim Betrachten des Verlaufs dieser Kontingenzen über den Therapieverlauf kommt Schindler zu dem Schluss, dass sich zu Beginn einer Therapie scheinbar ein Interaktionsstil herausbildet, der während des weiteren Verlaufs relativ stabil bleibt und anscheinend nur schwer zu verändern ist.

In einer Studie von Kaimer und Kollegen (1989) werden zwei unterschiedlich erfolgreiche Verhaltenstherapien miteinander verglichen. Es handelt sich um zwei depressive Patientinnen mittleren Alters die vom gleichen Therapeuten mit einer am Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer orientierten Verhaltenstherapie (Verhaltensanalyse und Zielklärung und 8 bzw. 11 Therapiesitzungen) behandelt wurden. Eine Behandlung war sehr und die andere nur teilweise erfolgreich. Es werden alle Sitzungen mit dem CIP analysiert und die Daten dann auf der Ebene der Überkategorien ausgewertet. In der erfolgreicheren Therapie zeigt der Therapeut mehr Erklärung und Unterschätzung und weniger Exploration und Einfühlung. Die erfolgreichere Patientin zeigt mehr Problembeschreibung und Änderungsberichte sowie weniger Kurzantworten. Diese Unterschiede schwanken zwar über den Therapieverlauf, bestehen jedoch von Beginn an. Hinsichtlich der wechselseitigen Beeinflussung zeigt sich, dass die weniger erfolgreiche Patientin auf Einfühlungen des Therapeuten kontingent häufiger mit emotionaler Öffnung und auf Erklärungen kontingent häufiger mit Kurzantworten reagiert. Die erfolgreiche Patientin hingegen

reagierten auf Unterstützung kontingent häufiger mit Änderungsberichten und Mitarbeit sowie auf Erklärungen kontingent häufiger mit Problembeschreibungen. Der Therapeut reagiert bei der erfolgreichen Patientin kontingent häufiger auf Mitarbeit und Änderungsberichte mit Unterstützung sowie auf emotionale Öffnung mit Einfühlung.

Tabelle 1: Relative und absolute Häufigkeiten der CIP-Überkategorien bei verschiedenen Fällen

	KVT-Dep+	KVT-Dep-	SL-Dep+	NLP-Pho+	NLP-Pho-
Therapeut	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Einfühlung	21 (256)	29 (484)	11 (109)	23 (274)	20 (175)
Unterstützung	19 (224)	7 (115)	20 (209)	7 (86)	3 (24)
Exploration	17 (205)	30 (503)	19 (194)	29 (350)	34 (296)
Erklärung	32 (389)	23 (377)	15 (154)	10 (125)	16 (140)
Direktiven	8 (96)	9 (144)	19 (193)	10 (126)	9 (75)
Klassifikation	1 (10)	1 (20)	5 (52)	6 (66)	3 (28)
Rest	2 (24)	2 (25)	11 (114)	13 (184)	14 (128)
Gesamt-N	1204	1668	1025	1211	866
N pro Sitzung	151	152	114	202	144
Patient	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
Emo. Öffnung	14 (169)	13 (220)	6 (60)	6 (68)	8 (65)
Problembeschr.	28 (342)	23 (390)	32 (331)	32 (385)	29 (251)
Kurzantwort	22 (268)	30 (508)	13 (132)	19 (233)	27 (232)
Änderungsber.	9 (104)	6 (96)	10 (99)	6 (77)	3 (24)
Mitarbeit	6 (73)	7 (104)	17 (171)	11 (127)	4 (30)
Klärung	10 (116)	9 (150)	3 (33)	3 (40)	7 (57)
Hemmendes V.	0,3 (4)	0,3 (5)	1 (14)	3 (35)	6 (50)
Rest	10 (123)	11 (186)	18 (182)	20 (241)	18 (155)
Gesamt-N	1199	1659	1022	1206	864
N pro Sitzung	150	151	114	201	144

Anmerkung: VT-Dep+ und VT-Dep- sind eine erfolgreiche und eine weniger erfolgreiche Verhaltenstherapie bei Patientinnen mit depressiver Symptomatik (8 und 11 Sitzungen); SL-Dep+ ist eine erfolgreiche systemisch-lösungsorientierte Therapie bei einer Patientin mit depressiver Symptomatik (9 Sitzungen); NLP-Pho+ und NLP-Pho- sind eine erfolgreiche und eine erfolglose NLP-Therapie bei Patientinnen mit einer spezifischen Phobie (6 Sitzungen).

In einer nachfolgenden Arbeit (Schiepek & Schulte, 2001) wird die erfolgreiche Verhaltenstherapie mit einer vom gleichen Therapeuten durchgeführten, ebenfalls erfolgreichen systemisch-lösungsorientierten Therapie verglichen. Hinsichtlich der Interaktionssequenzen offenbaren sich einige Unterschiede zwischen beiden Therapien. Zwei weitere Einzelfallanalysen mit dem CIP werden in einer Studie von Brandl und Kammer (1999) durchgeführt. Dabei wird ein fast identisches Design wie bei Kaimer et al. (1989) gewählt. Es werden zwei unterschiedlich

erfolgreiche NLP-Therapien von Patientinnen mit spezifischen Phobien miteinander verglichen. Es zeigen sich Ergebnisse, die mit denen der anderen Studien überwiegend im Einklang stehen.

Damit die unten dargelegten Analysen konkret mit den Daten dieser Einzelfallanalysen verglichen werden können, sind in Tabelle 1 die absoluten und relativen Häufigkeiten für die CIP-Überkategorien dargelegt (die prozentualen Angaben sind aufgrund des sehr unterschiedlichen Anteils an ‚Rest-Codierungen‘ verzerrt).

2.3.4 Befunde der Prozess-Ergebnis-Forschung

Bei den Befunden der Prozess-Ergebnis-Forschung handelt es sich in der Regel um signifikante Zusammenhänge zwischen bestimmten Prozessvariablen und den bei Therapieende (und den Katamnesen) feststellbaren Veränderungen des Patienten. Die Prozessvariablen werden dabei nur selten experimentell variiert, normalerweise untersucht man die ‚natürliche‘ Variation. Dies resultiert aus dem Umstand, dass es hier um Prozesse geht, die sich nur eingeschränkt gezielt kontrollieren lassen oder bei denen eine Kontrolle aus ethischen Gesichtspunkten fragwürdig wäre. Es ist beispielsweise kaum möglich bzw. zulässig, einen Therapeuten anzuweisen, sich in der einen Therapie weniger einführend und unterstützend zu verhalten als in der anderen Therapie. Auch in experimentellen Therapievergleichsstudien wird das Geschehen in den Sitzungen meistens nicht auf dieser konkreten Verhaltensebene kontrolliert.

Die im Folgenden dargelegte Zusammenstellung von Befunden der Prozess-Ergebnis-Forschung stützt sich primär auf die Überblicksarbeiten von Orlinsky und Mitarbeitern (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky et al., 2004), die in den letzten beiden Ausgaben des ‚Handbook of psychotherapy and behavior change‘ erschienen sind. An einigen Stellen wird zur Verdeutlichung der angesprochenen Fragestellungen auch auf Primärstudien eingegangen. Orlinsky und Mitarbeiter verfolgen mit ihren Arbeiten das Ziel, die Einzelbefunde aus über 800 Veröffentlichungen zusammengetragen und nach bestimmten Gesichtspunkten zu ordnen. Dabei werden die Befunde ohne Bezug zu der Unterscheidung von unterschiedlichen Therapieschulen interpretiert, die in den meisten Primärstudien von zentraler Bedeutung ist. Auf diese Weise wird versucht, hinsichtlich einzelner Aspekte des Zusammenhangs von Prozessmerkmalen und Therapieergebnis zu generalisierbaren Aussagen zu gelangen. Die Erkenntnisse werden dann in einem allgemeinen Psychotherapiemodell integriert, welches wiederum zum Vergleich von unterschiedlichen Therapiekonzeptionen genutzt werden kann.

Grundlegende organisatorische Aspekte der Therapie. Hinsichtlich der Bezahlungsart, der Behandlungseinrichtung, der Sitzungsfrequenz, der Sitzungsdauer, der Regelung der Sitzungsanzahl (begrenzt oder unbegrenzt), der Therapiemodalität (Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie), des Therapiesettings (z.B. ambulant oder stationär) und anderer grundlegender organisatorischer Aspekte gibt es keine generalisierbaren Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Variablen in der Regel mit anderen zentralen Variablen wie beispielsweise der Art und Schwere der Störung konfundiert sind.

Rollen- und Zielbestimmung. Es ist förderlich für den therapeutischen Prozess, wenn die Beteiligten sich weitestgehend einig über ihre Rollen und die angestrebten Ziele sind. Dieser Befund ergibt sich vor allem aus der Perspektive des Patienten. Dieser sollte eine möglichst klare Erwartung an die therapeutische Situation haben und die Rolle angemessen wahrnehmen. Der Therapeut sollte deshalb versuchen, am Anfang eine grundsätzliche Klärung der Situation herbeizuführen. Es scheint möglich, diesen Aspekt durch eine gezielte Vorbereitung des Patienten auf die Therapie positiv zu beeinflussen.

Therapeutische Fähigkeiten und Befolgung von Behandlungsrichtlinien. Jede noch so spezifische Behandlungsanweisung bzw. Technik wird von einem Therapeuten in einer individuellen Art und Weise umgesetzt. Es stellt sich deshalb die Frage, ob diese individuelle Art bzw. die Kompetenz des Therapeuten beim Einsatz der Techniken einen Einfluss auf das Therapieergebnis hat. In einer Reihe von Studien zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Fähigkeiten des Therapeuten und dem Therapieergebnis. Dies gilt in der Regel auch, wenn die Fähigkeiten im Hinblick auf die Befolgung von Behandlungsrichtlinien (adherence) beurteilt werden. Beispielhaft für diese Gruppe von Befunden sei eine Arbeit von Crits-Christoph (1988) angeführt, der anhand von 43 psychodynamischen Therapien einen positiven Zusammenhang zwischen der Genauigkeit (accuracy) der Interpretationen des Therapeuten und dem Therapieergebnis nachweisen konnte. In einer Studie von Rounsaville und Mitarbeitern (1987) zeigte sich für interpersonelle Therapien ein deutlicher Zusammenhang zwischen der vom Supervisor vorgenommenen Beurteilung der Kompetenz des Therapeuten und der von einem unabhängigen Beobachter vorgenommenen Beurteilung allgemeiner Wirkfaktoren.

Passung zwischen Patient und Behandlung. Es scheint in geringem Umfang möglich zu sein, aufgrund der Beurteilung einer Art Passung eine Vorhersage über den Therapieerfolg zu machen. Als Beispiel für diese Art von Fragestellung sei eine Studie von Addis und Jacobson (1996) angeführt, die für zwei Therapiegruppen (kognitive Therapie und Verhaltenstherapie) den Zu-

sammenhang zwischen dem Therapieergebnis und den von den Patienten angenommenen Gründen für ihre Depressionen untersuchen. Es zeigen sich vielfältige Interaktionseffekte, die so interpretiert werden können, dass sich eine gute Passung zwischen den Überzeugungen des Patienten und dem Therapiekonzept positiv auf das Therapieergebnis auswirkt.

Verbale Aktivität. In Bezug auf den Patienten kann gesagt werden, „[...] patients who talk more tend to have better outcomes“ (Orlinsky et al., 1994, S. 291). Hinsichtlich des Therapeuten ist die Befundlage unklar. Von 35 Befunden zeigt sich bei 55% kein Zusammenhang, bei 40% ein positiver Zusammenhang und bei 5% ein negativer Zusammenhang mit dem Therapieergebnis.

Aber nicht nur der Gesprächsumfang kann von Bedeutung sein, auch wie miteinander gesprochen wird. „When there is a good communicative contact, patient and therapist are on the same wavelength; when there is not, they simply talk past each other“ (Orlinsky et al., 1994, S. 326). In dieser Hinsicht kann angeführt werden, dass empathisches Verstehen durch den Therapeuten bei 54% der 115 Befunde in einem positiven Zusammenhang mit dem Therapieergebnis steht und in keinem Fall in einem negativen. Die Kommunikationen des Therapeuten sollten demnach so gestaltet sein, dass sie den Patienten auf der richtigen Wellenlänge empathisch ansprechen und zu längeren Redebeiträgen anregen.

Gesprächsinhalte, Problempräsentation. Bei der Einschätzung der derzeitigen Befundlage stellt sich die Frage: „Does what patient talk about make a difference“ (Orlinsky et al., 1994, S. 292). Orlinsky et al. führen zwar einige positive Resultate an: Es zeigen sich in einigen Arbeiten positive Zusammenhänge mit der Fokussierung auf Lebensprobleme und wichtige persönliche Beziehungen. Sie gelangen aber zu dem Schluss, dass den kognitiven und behavioralen Prozessen der Patienten während des Sprechens eine entscheidendere Bedeutung für das Therapieergebnis zukommt. Der Aspekt, wie die Patienten kommunizieren, erscheint wichtiger als über was die Klienten sprechen. Es ist in der Regel für das Ergebnis förderlich, wenn sie sich auf Themen konzentrieren, die sie emotional berühren, wenn sie für eine gewisse Zeit an einem Thema festhalten und dabei eher handlungs- als lageorientiert sind.

Problemverständnis und Interventionen des Therapeuten. Diese Befunde beziehen sich auf den Zusammenhang zwischen dem Therapieergebnis und der Art und Weise, wie der Therapeut auf die Problempräsentation des Patienten reagiert und welche gezielten Interventionen er anwendet. Im Hinblick auf die unmittelbaren Reaktionen und das damit zum Ausdruck gebrachte Problemverständnis sind die Befunde uneinheitlich. Es scheint so zu sein, dass es eher förder-

lich ist, wenn der Therapeut die Gefühle, wichtige Beziehungen und die Probleme, aber auch die Ressourcen fokussiert. Für drei Interventionen ergibt sich eine klar positive Einschätzung: Paradoxe Bedeutung (alle 13 Befunde positiv), Konfrontation (70% von 22 Befunden positiv) und Interpretation (63% von 38 Befunden positiv). Weniger klar ist die Lage bei folgenden Arten: Exploration (nur 39% von 41 Befunden positiv und einer negativ) und Unterstützung (nur 34% von 38 Befunden positiv und keiner negativ). Als nicht positiv bzw. sogar negativ werden Reflektion, Selbstöffnung, Ratschlag und Anleitung beurteilt.

Direktivität. Unterscheiden sich unterschiedlich erfolgreiche Therapien in dem Anteil an direktiven Kommunikationen? Schulte (1992) fasst die Ergebnisse seiner Prozessstudie wie folgt zusammen: „Das direktive Verhalten des Therapeuten und des Patienten ist – wie erwartet – eher negativ mit dem Therapieerfolg korreliert. Das gilt vor allem für die Schlussphase der Therapie“ (S. 204). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass 34% der Therapeuten- und nur 9% der Patienten-Kommunikationen als direktiv bezeichnet werden. Eine mögliche Erklärung für den negativen Zusammenhang zeigt sich in einer Studie von Schindler (1991): Direktiven des Therapeuten führen überdurchschnittlich häufig zu hemmendem Patientenverhalten.

Reaktion und Kooperation des Patienten. Therapeutische Interventionen erfordern die Kooperation und Aufnahmebereitschaft des Patienten: 69% der 50 Befunde zeigen einen positiven Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Komplementär dazu besteht in Bezug auf den Widerstand des Patienten ein negativer Zusammenhang. Die Aufnahmebereitschaft des Patienten scheint gezielt beeinflussbar zu sein (Ambühl, 1993; Ambühl & Grawe, 1988).

Die Kooperation kann auch unter dem Gesichtspunkt der emotionalen Reaktionen des Patienten auf die Interventionen des Therapeuten betrachtet werden. Hinsichtlich des allgemeinen Ausmaßes an Gefühlsäußerungen des Patienten hat sich gezeigt, dass bei 50% von zehn Befunden ein positiver Zusammenhang mit dem Therapieergebnis besteht. Dies kann weiter differenziert werden: Positive Gefühlsäußerungen stehen bei allen 9 Befunden in einem positiven Zusammenhang. Bei negativen Gefühlsäußerungen zeigt sich ein uneinheitliches Bild – 26% von 46 Befunden stehen in einem positivem, 35% in einem negativem und 39% in keinem Zusammenhang mit dem Ergebnis.

Therapeutische Beziehung. Zur Rolle der Beziehung für das Therapieergebnis liegen die mit Abstand meisten Befunde vor. „The strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond or alliance, reflecting more than 1000 process-outcome findings“ (Orlinsky et al., 1994, S. 360).

Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Befunde zeigt sich jedoch eine durchaus komplexe, vielgestaltige Situation, die eine differenzierte Betrachtung notwendig erscheinen lässt (vgl. Grawe, 1992a). Die Befundlage lässt sich hinsichtlich der Beurteilerperspektive (Patient, Therapeut, unabhängiger Beurteiler) und hinsichtlich des beurteilten Fokus (Therapeut, Patient, Interaktion) unterscheiden (siehe Kapitel 2.2.4). Dabei wird deutlich, dass die Beurteilungen durch den Patienten am stärksten mit dem Therapieerfolg korrelieren. Es kommt also hauptsächlich darauf an, wie der Patient den Therapeuten oder das Therapiegeschehen erlebt und nicht so sehr darauf, wie der Therapeut sein Verhalten beurteilt oder wie er sich ‚objektiv‘ für Außenstehende verhält. Wenn Beziehungsbeurteilungen des Patienten in den ersten Therapiestunden oder bei einer vorauslaufenden Beratung erfasst werden, ist eine gewisse Prognose des Therapieerfolgs bzw. des weiteren Therapieverlaufs möglich (Huber, Henrich & Brandl, 2005; Schindler, 1991). Eine Prognose ist auch möglich, wenn das Beziehungsverhalten des Patienten von einem unabhängigen Beobachter beurteilt wird.

Des Weiteren erscheint die Befundlage wenig eindeutig, wenn man nach den konkreten Merkmalen einer guten Therapiebeziehung und konkreten Handlungsanweisungen für die therapeutische Praxis fragt. Grawe (1998) beantwortet diese Frage im Sinne einer differenziellen Indikationsaussage. D.h. Therapeuten sollten ihr Beziehungsangebot in Abhängigkeit von der Bedürfnis- und Problemlage des Patienten gestalten. Casper und Mitarbeiter (2005) präsentierten Ergebnisse, die den positiven Effekte dieser so genannten komplementären Beziehungsgestaltung teilweise bestätigen. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der mittels Patientenfragebögen bestimmten therapeutischen Veränderung und dem Ausmaß, in dem es dem Therapeuten gelungen ist, die Bedürfnisse des Patienten in seinem Beziehungsverhalten zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Beziehung und Technik bestätigt sich in einer Studie von Ambühl (1993), dass sich die Beziehung positiv auf die Aufnahmebereitschaft des Patienten auswirkt und damit den Effekt spezifischer Techniken moderiert. Einen Zusammenhang in die andere Richtung haben Crits-Christoph und Mitarbeiter (1993) für die psychoanalytische Technik der Interpretation nachgewiesen. In ihrer Studie zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Genauigkeit (accuracy) der Interpretationen am Anfang der Therapie und der Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Laufe der Therapie. Im Rahmen einer Therapievergleichsstudie (Verhaltenstherapie, kognitive Therapie und psychodynamische Therapie bei älteren depressiven Patienten) gehen Gaston und Mitarbeiter (1998) der komple-

xen Fragestellung nach, ob Technik und Beziehung in den verschiedenen Therapiegruppen unterschiedlich mit dem Therapieergebnis zusammenhängen. Es zeigen sich sehr komplexe Zusammenhangsmuster, die in den verschiedenen Therapiegruppen unterschiedlich ausgeprägt sind. Beim aktuellen Forschungsstand kann also von einer wechselseitigen Beeinflussungen zwischen Technik und Beziehung ausgegangen werden, wobei die konkreten Zusammenhangsmuster noch weitgehend unklar sind.

Therapiedauer – ,dose-effect relationships’. Die Frage, ob es einen positiven Zusammenhang zwischen der Länge einer Therapie und dem Umfang bzw. der Stabilität der erzielten Veränderungen gibt, wird in einer Vielzahl von Studien untersucht. Von insgesamt 156 Befunden zeigt sich dieser Zusammenhang bei 100 und lediglich bei 6 offenbart sich ein negativer Zusammenhang. Die Befunde weisen jedoch auch häufig darauf hin, dass zumindest bei bestimmten Patienten mit wenigen Therapiestunden bedeutsame Veränderungen erreicht werden können. Auch bei längeren Therapien (>25 Sitzungen) zeigen sich die bedeutsamsten Veränderungen häufig in den ersten 5-10 Sitzungen und der Umfang an Veränderungen nimmt im Laufe der Therapie ab, was als asymptotischer Verlauf dargestellt werden kann (Hansen, Lambert & Forman, 2002; Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986). Insbesondere für die intensive Behandlung mit Langzeitpsychoanalyse ergibt sich aus diesen Befunden ein gewisser Rechtfertigungsdruck, da die angestrebten, tief greifenden und stabilen Veränderungen noch nicht empirisch nachgewiesen werden konnten.

Orlinsky und Mitarbeiter kommen in der neueren Arbeit (2004) zu dem Schluss, dass sich eine gewisse Konsolidierung und Stabilisierung im Bereich der Prozess-Ergebnis-Forschung abzeichnet. Die Forschungsaktivitäten wurden in den letzten zehn Jahren nochmals enorm intensiviert, wobei die Interpretationen der Befunde aus der älteren Arbeit (Orlinsky et al., 1994) zum überwiegenden Teil bestätigt werden.

2.3.5 Allgemeine integrative Psychotherapie-Modelle

Mit der dargelegten Zusammenstellung von relativ gesicherten Zusammenhängen ist im Hinblick auf eine Integration der vielfältigen Befunde der Prozess-Ergebnis-Forschung nur der erste Schritt getan. Außerdem muss noch ein allgemeines Psychotherapie-Modell herausgearbeitet werden, mit dem eine integrative Gesamtbetrachtung der Zusammenhänge möglich wird. Im Folgenden sollen die beiden prominentesten und am detailliertesten ausgearbeiteten Versuche

vorgestellt werden: Das ‚Generic Model of Psychotherapy‘ von Orlinsky und das Konzept einer allgemeinen Psychotherapie von Grawe.

2.3.5.1 Das ‚Generic Model of Psychotherapy‘ von Orlinsky und Mitarbeitern

Mit diesem Modell sollen die für den Veränderungsprozess des Patienten bedeutsamen Bestandteile von Psychotherapie Schulen übergreifend bestimmt werden (Orlinsky et al., 1994; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 2004). Im Sinne eines ‚generic‘ Modells soll die ‚Gattung‘ Psychotherapie definiert werden. Die Begrifflichkeit des Modells soll einen Bezugsrahmen bieten, innerhalb dessen die verschiedenen Arten von Therapie beschrieben und systematisch verglichen werden können. Mit Bezug auf die eingangs (Kapitel 1.2) dargelegte Beobachtungstheorie handelt es sich um ein Gerüst aus wechselseitig aufeinander bezogenen Unterscheidungen, mit denen unterschiedliche Therapiearten beobachtet und spezifiziert werden können.

Das Modell beinhaltet einige grundlegende theoretische Annahmen, mit denen die empirischen Befunde systematisiert werden. Es unterscheidet dabei zunächst zwischen dem psychotherapeutischen Prozess als einem Handlungssystem und seiner Umwelt. Für die theoretische Abgrenzung des Handlungssystems Psychotherapie ist es von entscheidender Bedeutung, dass es als ein System aus wechselseitig aufeinander bezogenen sozialen Rollen definiert wird. „The actions and experiences of therapist and patient are viewed as attributes of the psychotherapeutic system insofar as they are performed and experienced with reference to those roles. [...] The persons who perform those roles are viewed as part of the context in which therapy occur, insofar as they have many other characteristics and involvements extending beyond their immediate roles as patient and therapist (Orlinsky et al., 1994, S. 278). Davon ausgehend wird das Feld der Psychotherapieforschung in drei große Bereiche von empirischen Variablen unterteilt: Die Determinanten (Input/Umwelt), die Konstituenten (Prozess/System) und die Konsequenzen (Output/Umwelt).

Input bezieht sich auf die funktionalen Antezedenzen des therapeutischen Prozesses:

- a. Die persönlichen und beruflichen Eigenschaften und die Lebenssituation des Patienten und des Therapeuten;
- b. die Organisation und Gemeinschaft, in der die Therapie stattfindet;
- c. die kulturellen Glaubens- und Wertorientierungen, innerhalb derer die Beteiligten die Bedeutung ihrer Handlungen auffassen.

Output bezieht sich auf die Konsequenzen des therapeutischen Prozesses:

- a. Im Leben und in der Person des Patienten;
- b. im Leben und in der Person des Therapeuten;
- c. in der Organisation und Gemeinschaft, von der sie ein Teil sind;
- d. in den Glaubens- und Wertesystemen, die sie umgeben.

Input und Output sind demnach Aspekte der funktionalen Beziehung zwischen dem therapeutischen Prozess und seiner soziokulturellen, psychologischen und behavioralen Umgebung. Der Begriff therapeutischer Prozess (bzw. System) bezieht sich auf alles, was während den Therapiesitzungen oder in direktem Zusammenhang damit beobachtet werden kann. Es geht um die entweder von den Beteiligten oder auch von nicht beteiligten Beobachtern wahrgenommene Interaktion zwischen Patient und Therapeut und die in den Beteiligten ablaufenden psychischen Vorgänge. In dem Modell werden sechs Prozesskategorien unterschieden:

- a. Der therapeutische Vertrag, der die Ziele und Bedingungen der Behandlung festlegt;
- b. die therapeutischen Interventionen, einschließlich der Einschätzung der Probleme des Patienten durch den Therapeuten und der Techniken, mit denen diese behandelt werden sollen;
- c. der therapeutische Bund, der aus persönlichem Einsatz in der Rolle, empathischer Resonanz und wechselseitiger Bejahung zwischen Patient und Therapeut entsteht;
- d. die Zustände von Selbstbezogenheit des Patienten und des Therapeuten, die ihre jeweilige Aufnahmebereitschaft für therapeutischen Einfluss bestimmen;
- e. die therapeutischen Realisierungen oder veränderungswirksame Anstöße innerhalb der Sitzungen;
- f. die zeitlichen Muster, wie sich eine Therapiesitzung und verschiedene Phasen der Therapie in der Zeit entwickeln.

Mit Hilfe dieser sechs Prozesskategorien sollte sich jede Psychotherapieform adäquat kennzeichnen lassen (Abbildung 1). Jede Therapie beinhaltet eine Art Vertrag in dem spezifische therapeutische Interventionen festgelegt sind. Bei deren Umsetzung entsteht eine bestimmte Art von Beziehung und die Beteiligten erfahren eine bestimmte persönliche Selbstbezogenheit. Davon abhängig entfalten die Interventionen in den Sitzungen ihre Wirkung, wobei sich diese Prozessaspekte über die Zeit hinweg in einem bestimmten Muster entwickeln.

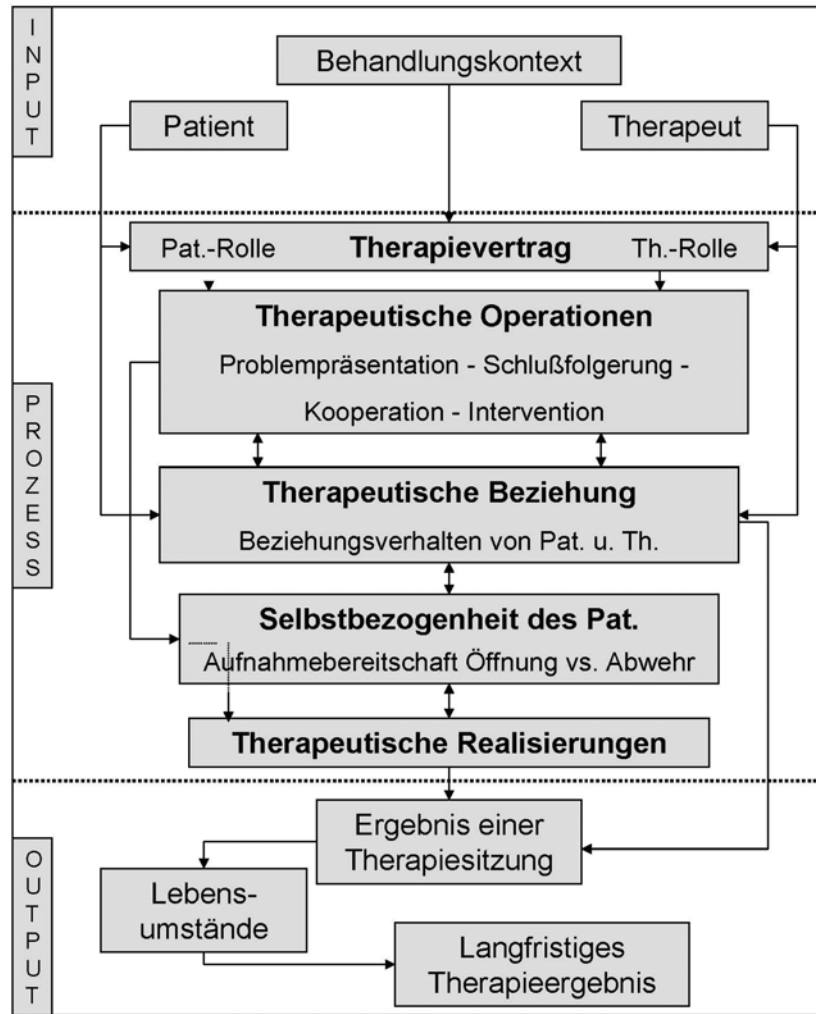


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des ‚Generic Model of Psychotherapy‘ (Orlinsky & Howard, 1988)

Langfristig wird mit diesem Modell das Ziel verfolgt, über eine gezielte Integration von Forschungsbefunden eine Antwort auf die seit fast 40 Jahren diskutierte Spezifitätsfrage (Kiesler, 1966; Paul, 1967) geben zu können: „What aspects of therapy and what kinds of therapy, provided how and by what kind of therapist, under what circumstances, for what kinds of patients with what kinds of problems, are likely to lead to what kinds of results“ (Orlinsky et al., 2004)?

Neben der Integration vorliegender Befunden wird das Modell auch zur Entwicklung empirisch überprüfbarer Hypothesen und dazugehöriger Studiendesigns genutzt (z.B. Ambühl, 1993; Kolden, 1996). Die überwiegende Anzahl der abgeleiteten Hypothesen wird dabei bestätigt.

2.3.5.2 Die allgemeine Psychotherapie von Grawe

In seinen Veröffentlichungen der letzten Jahre spricht Grawe (1998) nicht mehr von allgemeiner Psychotherapie sondern von psychologischer Therapie. Er bezeichnet damit den Versuch, neben den Befunden der Psychotherapieforschung auch Befunde aus der allgemeinen Psychologie zu einem umfassenden theoretischen und praktischen Modell von Psychotherapie zu integrieren. Eine detaillierte Darstellung dieses Modells würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Deshalb erfolgt hier eine Beschränkung auf das Konzept der allgemeinen Wirkprinzipien und die theoretischen Annahmen zum intrapsychischen Geschehen und dessen Veränderungen beim Patienten.

Grawe (1995a; 2005b) vertritt die Position, dass die Ursprungstheorien der Therapieschulen ausgedient haben, da die empirischen Fakten mit ihnen nur unzureichend erklärt werden können. Er plädiert für die Entwicklung von Theorien ‚zweiter Generation‘, die gezielt auf den Gesamtergebnisstand der Psychotherapieforschung Bezug nehmen sollten. Nach seinem Überblick lässt sich ein Großteil der empirischen Fakten mit einer Theorie erklären, die für den therapeutisch induzierten Veränderungsprozess vier zentralen Wirkprinzipien postuliert:

- a. *Ressourcenaktivierung*: Patienten kann besonders gut geholfen werden, „indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten, und Motivationen anknüpft, indem man die Hilfe so gestaltet, dass der Patient sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann“ (Grawe, 1995a, S. 135). Unter dieses Wirkprinzip fällt vieles, was in der Literatur häufig unter der Überschrift ‚unspezifische Wirkfaktoren‘ zusammengefasst wird: Erwecken von positiven Erwartungen, die Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells, die Motivation des Patienten und vor allem die positive Therapiebeziehung. Diese Aspekte entfalten ihre volle Wirkung jedoch nur, wenn der Therapeut sein Angebot ganz auf die spezifische Situation des Patienten abstimmt und so diese Ressourcen gezielt aktiviert und nutzt.
- b. *Problemaktualisierung oder Prinzip der realen Erfahrung*: „Was verändert werden soll, muß in der Therapie real erlebt werden“ (Grawe, 1995a, S. 136). Probleme können am besten in einem Setting behandelt werden, in dem eben diese Probleme real erfahren werden. Der Patient soll im Therapieprozess reale Bedeutungsveränderungen erfahren. Dabei gibt es sehr viele verschiedene Möglichkeiten, um den Patienten erleben zu lassen ‚worum es geht‘. Die verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation oder der gezielt gestaltete Dialog sind nur zwei von sehr vielen Möglichkeiten.

- c. *Aktive Hilfe zur Problembewältigung*: Nach Grawe ist dieses Wirkprinzip durch die größte Anzahl von Forschungsbefunden abgestützt. Es geht dabei um Interventionen des Therapeuten, mit denen er den Patienten aktiv darin unterstützt oder ihn auch direkt dazu anleitet, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Der Therapeut betrachtet die Problematik des Patienten dabei unter der Perspektive des Könnens vs. Nicht-Könnens (Bewältigungsperspektive) und bietet dem Patienten aufgrund seines psychologischen Wissens und seiner Erfahrung gezielt Hilfe an.
- d. *Motivationale Klärung*: Dieses Wirkprinzip wird vor allem von den humanistischen und den tiefenpsychologischen Verfahren propagiert. Sachse (2005) nennt den von ihm entwickelten gesprächstherapeutischen Ansatz in neueren Veröffentlichungen sogar klärungsorientierte Psychotherapie, wobei er sich auf die Wirkprinzipien von Grawe bezieht. Unter der Klärungsperspektive versucht der Therapeut dem Patienten dabei zu helfen, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Interpretation, Konfrontation, vertiefende Bearbeitungsangebote, Focussing u.a.m. sind Arten von Interventionen, die dieses Wirkprinzip aktivieren. Hierbei wird der Patient hauptsächlich unter dem motivationalen Aspekt betrachtet.

Diese vier Wirkfaktoren lassen sich nach einer recht einfachen Psycho-Logik zueinander in Beziehung setzen. Der motivationale Aspekt (Klärung) und der Aspekt des Könnens/Nicht-Könnens (Bewältigung) ergänzen einander. Es handelt sich um zwei Perspektiven, die erst zusammen ein einigermaßen vollständiges Verständnis dessen ermöglichen, was ein Mensch tut und erlebt. Ähnlich verhält es sich mit der Ressourcen- und der Problemperspektive. Erstere betrachtet den Patienten von seinen positiven, letztere von seinen negativen Seiten her. Durch die Kreuzung dieser vier Wirkprinzipien ergibt sich ein Vierfelderschema, mit dem die verschiedenen therapeutischen Ansätze verglichen und die jeweiligen Schwerpunktsetzungen bestimmt werden können (Abbildung 2).

Die klassische Psychoanalyse hat ihren Schwerpunkt z.B. in Feld 3 – sie konzentriert sich primär auf die motivationale Klärung der Problematik. Aktualisiert werden die Probleme dabei primär im Rahmen der Übertragungsbeziehung. Es wird erwartet, dass sich die problematischen Beziehungsmuster in der Therapiebeziehung aktualisieren und mit der Bearbeitung der Übertragung verändert werden können. Ganz schwach ausgeprägt ist Feld 4 – die aktive Hilfe bei der Problembewältigung. Ein entgegengesetztes Bild zeigt sich bei der klassischen Verhaltensthera-

pie, die ihren Schwerpunkt in Feld 4 hat und bei der Feld 3 sehr schwach ausgeprägt ist. Sie konzentriert sich auf die aktive Hilfe bei der Problembewältigung und vernachlässigt die motivationale Klärung der Problematik.

	Motivationaler Aspekt / Klärung	Bewältigungsaspekt / Können vs. Nicht-Können
Aspekt der Ressourcenaktivierung	1	2
Aspekt der Problemaktualisierung	3	4

Abbildung 2: Vierfelderschema zur Darstellung der Wirkfaktorenkombinationen (Grawe, 1995a)

Auf diese Art und Weise lassen sich mit dem Schema die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen therapeutischen Ansätze in einer relativ allgemeinen Begrifflichkeit bestimmen. Zur weiteren Differenzierung führt Grawe (1995a) noch ein weiteres Begriffspaar ein: Intrapersonal vs. interpersonal. Wenn man dieses mit den beiden anderen Paaren kombiniert, ergeben sich insgesamt 24 Perspektivenkombinationen. Mit Hilfe derer kann analysiert werden, ob und wie ein therapeutischer Ansatz die durch eine Perspektivenkombination aufgezeigten therapeutischen Möglichkeiten realisiert. Im Rahmen der Kombination Problemaktualisierung-Bewältigung-Intrapersonal ergibt sich beispielsweise folgende Frage: Werden Situationen hergestellt oder aufgesucht, in denen sich die Probleme des Patienten manifestieren und wird er aktiv dabei unterstützt, dieses zu bewältigen?

Diese auf die therapeutischen Interventionen des Therapeuten fokussierten Wirkprinzipien werden im Rahmen der psychologischen Therapie in Beziehung zur so genannten Konsistenztheorie gesetzt (Grawe, 1998, 2005a). Der Begriff Konsistenz meint die Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden psychischen Prozesse bei einem Menschen. Die grundlegende Annahme dieser Theorie lautet, dass das oberste Regulationsprinzip der menschlichen Psyche darin besteht, eine möglichst hohe Konsistenz anzustreben. Eine Ebene unter dieser Systemebene proklamiert die Theorie vier zentrale Grundbedürfnisse: Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, nach Lustgewinn und Unlustvermeidung, nach Bindung und nach Selbstwerterhöhung. Im Verlauf seines Lebens entwickelt jeder Mensch motivationale Schemata, die konkrete Zielsetzungen, Erwartungen und Handlungsanweisungen beinhalten, um diese Bedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzung zu schützen. Das menschliche Verhalten und Erleben wird von einer Vielzahl individuell ausgebildeter motivationaler Schemata

bestimmt, wobei ein Schema häufig mehrere Bedürfnisse betrifft (z.B. können Schemata im Zusammenhang mit beruflicher Leistung sowohl das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung als auch nach Bindung betreffen). Schemata lassen sich im Hinblick auf ihre Zielkomponente grob in annähernde und vermeidende motivationale Schemata unterscheiden (z.B. Intimität herstellen oder Einsamkeit bzw. Trennung vermeiden). Vermeidende Schemata entstehen durch negative Erfahrungen und sind häufig mit negativen Gefühlen (z.B. Angst, Traurigkeit) verknüpft. Bei starker Aktivierung eines Vermeidungsschemas ist das Verhalten eines Menschen primär darauf ausgerichtet, dass ein bestimmtes Ereignis nicht eintritt. Menschen, deren Verhalten vorrangig von Vermeidungsschemata bestimmt wird, haben einen relativ eingeschränkten Verhaltensspielraum und da die Grundbedürfnisse nur sehr eingeschränkt befriedigt werden, ein relativ geringes allgemeines Wohlbefinden. Annäherungsschemata beinhalten dagegen eine positive Zukunftsperspektive und sind auf die Befriedigung von Bedürfnissen ausgerichtet. Menschen, deren Verhalten vorrangig von Annäherungsschemata gesteuert wird, zeichnen sich deshalb in der Regel durch eine aktive Lebensgestaltung und ein relativ hohes allgemeines Wohlbefinden aus.

Wenn in einer bestimmten Situation verschiedene motivationale Schemata mit unvereinbarer Zielsetzung aktiviert sind, entsteht ein intrapsychischer Konflikt bzw. Inkonsistenz (z.B. Vermeidung von Nähe um Selbstwertverletzungen zu vermeiden und Bedürfnis nach Intimität). In einem solchen Fall wird unabhängig vom konkreten Verhalten die reale Erfahrung mit wenigstens einem motivationalen Ziel nicht übereinstimmen, was von Grawe als Inkongruenz bezeichnet wird und mit negativen Emotionen einhergeht. Je mehr die psychische Aktivität von Vermeidungszielen bestimmt wird, desto mehr wird die Realisierung von Annäherungszielen beeinträchtigt. Eine kontinuierliche oder sich ständig wiederholende Verfehlung der Annäherungsziele führt zu einer geringen Bedürfnisbefriedigung und einem hohen Inkongruenzniveau, was als Nährboden für die Entwicklung von psychischen Störungen angesehen wird. Psychische Störungen sind nach diesem Modell misslungene Versuche der Inkongruenzregulation, weil sie nur kurzfristig die Inkongruenz reduzieren, aber mittel- und längerfristig das Inkongruenzniveau erhöhen. Der im Rahmen der Störung erlebte Kontrollverlust bedeutet eine Kränkung für das Selbstwertgefühl.

Nach dieser Theorie wirkt Psychotherapie in der Weise, dass sie die Konsistenz im psychischen Geschehen des Patienten über eine Reduktion der Inkongruenz verbessert. Im Hinblick auf dieses übergeordnete Ziel sollte die Realisierung der verschiedenen Wirkprinzipien und der

konkrete Therapieablauf geplant werden (Grosse Holtforth & Grawe, 2004). Nach dem Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung (Caspar et al., 2005; Grawe, 1992a) sollte der Therapeut vor allem am Anfang der Therapie gezielt versuchen, Bedürfnisse, die im Beziehungsverhalten des Patienten zum Ausdruck kommen, zu befriedigen und die Konfrontationen mit problematischem Beziehungsverhalten zu vermeiden. Wenn ein Patient beispielsweise über eine sehr leidbetonte Schilderung seiner Problematik ein starkes Bedürfnis nach Schonung und Empathie zum Ausdruck bringt, sollte dies zunächst befriedigt werden. Der Therapeut könnte klar zum Ausdruck bringen, dass er aufgrund der massiven Problematik vom Patienten zunächst nur sehr kleine Schritte erwartet und er ihm dabei die notwendigen Hilfestellungen geben wird. Die komplementäre Beziehungsgestaltung setzt also voraus, dass der Therapeut vom Verhalten des Patienten auf die dabei aktivierten motivationalen Schemata rückschließt und sein Verhalten so gestaltet, dass er die relevanten Bedürfnisse ansatzweise befriedigt. Wenn dieses Vorgehen erfolgreich ist, dann sollte die motivationale Basis des betreffenden Verhaltens reduziert werden – der Patient bekommt was er will und die Intensität und Häufigkeit des problematischen Verhaltens sollte nachlassen. Hierbei muss der Therapeut jedoch darauf achten, dass er nicht ‚unerwünschte‘ Verhaltensweisen verstärkt (z.B. das Einnehmen einer Schonhaltung bei drohender Belastung) (Caspar et al., 2005). Der Therapeut sollte nach Möglichkeit Annäherungsziele befriedigen, die auf die Befriedigung von Bedürfnissen ausgerichtet sind (z.B. das positive Bindungsbedürfnis, von einem anderen Menschen verstanden und unterstützt zu werden) und nicht Vermeidungsziele, die auf das Vermeiden der Verletzung von Bedürfnissen ausgerichtet sind (z.B. die Vermeidung von Selbstwertverletzungen, indem Anforderungssituationen vermieden werden) (Michalak et al., 2005).

Auf der Ebene der Beziehungsgestaltung geht es am Anfang der Therapie primär um die Ressourcenaktivierung, wobei die Problemaktualisierung zunächst nicht gezielt angestrebt wird. Der Patient sollte in den ersten Therapiestunden eine positive Veränderungserwartung aufbauen und die allgemeine Bedürfnisbefriedigung sollte verbessert werden. Dem Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle und nach Selbstwerterhöhung kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu, da diese in der Regel aufgrund der Problematik kaum befriedigt sind. Schließlich macht der Patient eine Therapie, weil er die Kontrolle verloren hat und glaubt auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Der Therapeut kann diese Bedürfnisse in Ansätzen dadurch befriedigen, indem er dem Patienten ein Erklärungs- und Bewältigungsmodell für seine Problematik anbietet und seine Wertschätzung trotz der Problematik klar zum Ausdruck bringt. Auch der Aufbau einer positiven Therapiebeziehung kann im Sinne einer zeitlich begrenzten ‚Ersatzbefriedigung‘

des Bindungsbedürfnisses gesehen werden. Einhergehend mit der verbesserten Bedürfnisbefriedigung sollte das Verhalten des Patienten zunehmend stärker von Annäherungsschemata und zunehmend weniger von Vermeidungsschemata bestimmt werden. Erst wenn die psychische Konsistenz bzw. Stabilität deutlich verbessert wurde und der Patient den Therapeuten und die Therapie aufgrund dieser Erfahrung positiv bewertet, sollte eine konfrontative Klärung der Bedürfnisse und eine gezielte Aktivierung von spezifischen Problemen angestrebt werden. Auch die auf die konkrete Störung bezogenen Therapiemethoden – die aktiven Hilfen zur Problembewältigung – werden als Mittel zum Zweck der Kongruenz- und Konsistenzsteigerung angesehen. Wenn zu schnell auf die Problemaktualisierung und -bewältigung hingearbeitet würde, entstünde eine weitere Steigerung der Inkongruenz und Inkonsistenz und dem Patienten würden die für eine gezielte Veränderung notwendigen Ressourcen fehlen. Der Patient würde die Therapie nach den ersten Stunden negativ bewerten und ein Therapieabbruch könnte die Folge sein. Diese Überlegungen zum Therapieverlauf decken sich mit dem Befund, wonach sich in erfolgreichen Psychotherapien zunächst das allgemeine Wohlbefinden, dann die spezifische Symptomatik und als letztes die soziale Anpassung des Patienten verbessert (Howard et al., 1986; Orlinsky et al., 2004).

Die Rolle des Therapeuten wird von Grawe also so verstanden, dass er die Interaktion mit dem Patienten gezielt im Hinblick auf die aktivierten motivationalen Schemata gestalten sollte. Der Patient soll spezifische Erfahrungen machen, die sich im Zusammenhang mit seinen motivationalen Schemata positiv auf sein Wohlbefinden auswirken und langfristig zu einer grundlegenden Veränderung der Lebensgestaltung führen. Die das Verhalten und Erleben des Patienten bestimmenden motivationalen Schemata sollen sich dabei verändern. Im Hinblick auf die Erfassung der motivationalen Schemata und der Inkongruenzen des Patienten haben Grawe und seine Mitarbeiter eine Reihe von Diagnostikinstrumenten entwickelt, die den Therapeuten dabei unterstützen können, die Realisierung der Wirkprinzipien gezielter zu planen (Grosse Holtforth & Grawe, 2004).

Die Ausführungen zu den sehr detaillierten theoretischen und praktischen Konzepten der psychologischen Therapie sollen an dieser Stelle beendet werden. Grawe (1998) erhebt den Anspruch, eine wissenschaftliche Theorie der Psychotherapie vorzulegen, die sowohl über ein wissenschaftlich fundiertes Modell des seelischen Geschehens als auch über ein wissenschaftlich begründetes Modell des Therapieprozesses verfügt. Abschließend soll noch kurz auf einen Vergleich mit dem Modell von Orlinsky eingegangen werden.

Die Modelle von Grawe und Orlinsky verfolgen eine ähnliche Zielsetzung und hinsichtlich der berücksichtigten Forschungsbefunde gibt es eine große Schnittmenge. Vor diesem Hintergrund ist es erstaunlich, zu welcher unterschiedlichen Konzeptionen die beiden Autoren kommen. Grawe versteht seine Ausführungen zur psychologischen Therapie als Therapietheorie ‚zweiter Generation‘, mit der er die alten schulspezifischen Theorien der ‚ersten Generation‘ langfristig ablösen möchte. Die psychologische Therapie erhebt den Anspruch, theoretisch und empirisch abgesicherte Handlungsanleitungen für den Therapeuten bereitzustellen. Einen so weit gefassten Anspruch erhebt Orlinsky nicht, er verortet sein Modell auf einer den verschiedenen Therapieschulen übergeordneten Ebene. Dabei spricht er den Theorien und Konzepten dieser Schulen nicht ihre Berechtigung ab. Das Konzept des ‚Generic Model of Psychotherapy‘ bleibt relativ abstrakt und formal und benötigt letztlich eine schulenspezifische Konkretisierung, um wirklich für eine konkrete Therapieplanung genutzt werden zu können. Letztlich sind die Unterschiede zwischen den beiden integrativen Therapiemodellen ein weiterer Beleg für die Komplexität und Vielgestaltigkeit des Forschungsfeldes. Die Vielzahl der empirischen Befunde lassen sich unterschiedlich interpretieren und integrieren. Wobei gesagt werden kann, dass sich die beiden Modelle inhaltlich nicht widersprechen – sie kommen nicht zu gegensätzlichen Schlussfolgerungen. Es handelt sich eher um unterschiedliche Zielsetzungen, die problemlos nebeneinander Bestand haben können. Dies zeigt sich auch daran, dass Grawe bei dem Handbuch-Artikel von Orlinsky aus dem Jahre 1994 als Koautor beteiligt war. So kann in der vorliegenden Arbeit ohne logischen Widerspruch auf beide Ansätze zurückgegriffen werden. Dabei werden die beiden Konzeptionen bei den empirischen Analysen und deren Diskussion als Bezugspunkte für Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Therapieschulen genutzt.

2.4 Zusammenfassung – Unterscheidungen im Überblick

Die vorangegangenen Ausführungen sollten deutlich gemacht haben, dass es sich bei der modernen Psychotherapieforschung um einen äußerst komplexen und sehr heterogenen Forschungsbereich handelt. In Tausenden von Veröffentlichungen werden ständig neue Daten präsentiert, die überwiegend unverbunden nebeneinander stehen und sich nur in groben Ansätzen zu einem einheitlichen Bild zusammenfügen lassen. Dieses Integrationsproblem scheint zum einen durch die Komplexität des Forschungsgegenstands und zum anderen durch die Heterogenität der betriebenen Forschung sowie ein Theoriedefizit bedingt zu sein. Empirische Befunde werden häufig ohne Bezug zu einem theoretischen Hintergrund dargelegt und die zentralen Begriffe oftmals selbstverständlich, also ohne klare Definition verwendet. Neben diesem Integrationsproblem kann aus der klinischen Praxis heraus kritisiert werden, dass es nur sehr wenig Forschungsaktivitäten gibt, die sich mit Psychotherapien der alltäglichen Praxis beschäftigen. Ob sich die Befunde der naturwissenschaftlich orientierten empirischen Forschung auf den konkreten Einzelfall in der Praxis beziehen lassen, ist letztlich eine offene Frage.

Dieses Kapitel präsentiert einen Überblick über die Psychotherapieforschung, der unter Bezug auf eine bestimmte Definition von Beobachtung gezielt strukturiert ist. Jede Studie der Psychotherapieforschung sollte im Rahmen der dargelegten Struktur verortet und dann mit anderen Studien verglichen werden können. Das Feld der Psychotherapieforschung beinhaltet folgende zentrale Unterscheidungen:

- Psychotherapie ist keine private sondern eine professionelle soziale Interaktion, die aufgrund bestimmter Merkmale von anderen Arten professioneller sozialer Interaktion unterschieden werden kann.
- Ein zentrales Merkmal von Psychotherapie beinhaltet die Unterscheidung in eine Patienten- und eine Therapeutenrolle, wobei der Patient als psychisch gestört bzw. fehlangepasst und der Therapeut als Experte für die Behandlung dieser Art von Störung bezeichnet wird.
- Die Störung des Patienten kann nach verschiedenen Diagnosen unterschieden werden.
- Die Ausbildung bzw. das Angebot des Therapeuten kann nach verschiedenen Therapiemethoden unterschieden werden.

- Die Therapiemethoden versuchen, Veränderungen beim Patienten über spezifische und unspezifische Wirkfaktoren anzuregen.
- In Abhängigkeit von den erzielten Veränderungen wird zwischen erfolgreichen und erfolglosen Fällen unterschieden.
- Ergebnisforschung beschäftigt sich mit eben diesen Veränderungen, Prozessforschung hingegen mit dem Geschehen in den Therapiesitzungen. Im wechselseitigen Bezug aufeinander spricht man von Prozess-Ergebnis-Forschung, die sich mit der Frage nach den Wirkfaktoren und Wirkmechanismen beschäftigt.
- Im Hinblick auf die mit diesen Unterscheidungen angesprochenen Variablen kann man Feldstudien mit natürlicher Variation und experimentelle Studien mit kontrollierter Variation durchführen.
- Die in einer Studie erhobenen Daten können in Einzelfallanalysen oder Gruppenanalysen ausgewertet werden.
- Für die Datenerhebung stehen eine Vielzahl an Erhebungsinstrumenten zur Verfügung. Dabei unterscheidet man unter anderem zwischen verschiedenen Beobachterperspektiven (Patient, Therapeut, Unbeteiligter) und Analyseebenen (Mikro- bis Makroebene).

Dies ist lediglich eine grobe Strukturdarstellung der Psychotherapieforschung, in die in Abhängigkeit von der konkreten Fragestellung gegebenenfalls weitere Unterscheidungen eingebaut werden müssten. In Anbetracht der bisher vorliegenden Befunde kann eindeutig gesagt werden, dass Psychotherapie prinzipiell wirksam ist, wobei hinsichtlich der differenziellen Wirkung verschiedener Therapiemethoden und hinsichtlich der Frage nach den zentralen Wirkmechanismen noch viele Unklarheiten bestehen.

In den bisherigen Ausführungen wurde bereits an mehreren Stellen auf den eigenen Forschungsansatz Bezug genommen. Im folgenden Kapitel wird dieser einzelfallanalytische Ansatz zunächst in einer kompakten, die verschiedenen Aspekte zusammenfassenden Form vorgestellt. Dabei fungiert der in den vorangegangenen Kapiteln dargelegte Überblick über die Psychotherapieforschung als Hintergrund und Bezugspunkt für die vorgenommenen Entscheidungen und Bezeichnungen. Mit seinen vielfältigen Bezügen verfolgt der Ansatz eine integrative Zielrichtung. Die anschließend dargelegte empirische Untersuchung demonstriert dann die praktische Umsetzung des Ansatzes und bearbeitet eine Reihe von Fragestellungen, die vor allem dem Bereich der vergleichenden Therapie-Prozess-Forschung zugerechnet werden können.

3 Erkenntnisgewinn mit einer Sequenz von Einzelfallanalysen – ein Forschungsansatz

Im Kern des Ansatzes steht eine Sequenz von mehreren Einzelfallanalysen, bei denen eine systematische Verhaltensbeobachtung durchgeführt werden sollte. Dabei wird die oben (Kapitel 2.2.3.2) dargelegte Definition der Einzelfallforschung von Hilliard (1993, S. 373) zugrunde gelegt: „Single-case research is a subclass of intrasubject research in which aggregation across cases is avoided and the generality of one’s findings is addressed through replication on a case-by-case basis.“ Die Auswahl der Einzelfälle für die Analysen sollte im Hinblick auf eine spezifische Fragestellung und mit Bezug zu vorhandenen Befunden erfolgen. Es wird angestrebt, über eine Reihe von gezielt strukturierten, einzelfallbezogenen (ideographischen) Erkenntnissen einen Beitrag zu verallgemeinerbaren (nomothetischen) Erkenntnissen zu leisten.

Als ein Vorläufer dieses Ansatzes können die einzelfallanalytischen Vergleiche von erfolgreichen und erfolglosen Fällen betrachtet werden. Dabei werden die Fälle so ausgesucht, dass sich die Therapien nach Möglichkeit nur im Hinblick auf den Therapieerfolg unterscheiden und ansonsten vergleichbar sind. Über den Vergleich versucht man, die für den Erfolg zentralen Interaktionsmerkmale zu bestimmen. Die Studien von Strupp (1980) haben dieses Untersuchungsdesign erstmals in einer modernen, empirisch wissenschaftlichen Form umgesetzt. Obwohl auch die meisten nachfolgenden Studien (Brandl & Kammer, 1999; Henry et al., 1986; Kaimer et al., 1989) interessante Zusammenhänge zwischen Interaktionsmerkmalen und Behandlungserfolg herstellen konnten, hat sich dieses Design nicht entscheidend durchgesetzt und blieb eher randständig.

Der Entscheidung für die Einzelfallforschung liegt die Einschätzung zugrunde, dass die Psychotherapieforschung in den vergangenen Jahrzehnten zu sehr von Gruppenuntersuchungen dominiert und der einzelfallanalytische Untersuchungsansatz zu wenig genutzt wurde. Trotz gelegentlicher Appelle prominenter Psychotherapieforscher für die Einzelfallforschung (siehe Kapitel 2.2.3.2), nimmt diese in den meisten wissenschaftlichen Zeitschriften nur einen sehr geringen Raum ein. Es besteht ein Mangel an wissenschaftlichen Untersuchungen, in denen eine möglichst vollständige, genaue und komplexe Beschreibung einiger Einzelfälle geliefert wird. In Gruppenuntersuchungen muss man sich aus ökonomischen Gründen in der Regel mit einer stark vereinfachenden Beschreibung des Interaktionsprozesses zufrieden geben.

Es soll hier jedoch nicht gegen Gruppenuntersuchungen argumentiert, sondern ein Ansatz herausgearbeitet werden, der in einer Art Kooperation bzw. wechselseitigen Ergänzung mit Gruppenuntersuchungen steht (vgl. Peterson, 2004). Die mit Hilfe dieses Ansatzes in einer Studie angestrebten Erkenntnisse sollten vor dem Hintergrund des verfügbaren Wissens, welches primär auf Gruppenuntersuchungen beruht, formuliert werden. Letztlich wird angestrebt, die Gültigkeit der scheinbar generalisierbaren Befunde an einer Vielzahl von Einzelfällen zu testen, und die Befunde dann entsprechend der sich dabei durchsetzenden Erkenntnisse zu modifizieren. Das zentrale Argument für die Notwendigkeit einer solchen Überprüfung ist der Umstand, dass sich die klinische Praxistauglichkeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen am Einzelfall bewähren muss. Ein Therapeut behandelt keine Stichprobe von Patienten, bei denen er über ein theorie- bzw. manualeskonformes Interaktionsverhalten im Durchschnitt bedeutsame Veränderungen bewirken möchte. Vielmehr behandelt er einzelne Patienten, denen er die bestmögliche Hilfe zukommen lassen möchte.

Dieser starke Praxisbezug des Ansatzes bedingt, dass im Hinblick auf eine möglichst hohe externe Validität Therapien aus ‚normalen‘ Praxen untersucht werden sollten, bei denen die Therapeuten keine ‚künstlichen‘ Anweisungen bzgl. der Therapiedurchführung erhalten. Alle Anweisungen an die Therapeuten sollten mit deren Therapieverständnis kompatibel sein, die Therapeuten sollten von dem was sie tun überzeugt sein. Es sollte also im Sinne einer Feldstudie primär die natürliche Variation von Variablen untersucht werden und nur am Rande eine gezielte Kontrolle vorgenommen werden.

Mit Sequenz ist gemeint, dass im Hinblick auf eine bestimmte Fragestellung die angestrebten Erkenntnisse über eine Abfolge von Einzelfallanalysen gewonnen werden sollten. Bei der Interpretation der bzgl. eines Einzelfalls gewonnenen Ergebnisse sollte auf die bei den zuvor durchgeführten Einzelfällen erzielten Ergebnisse Bezug genommen werden. Von Fall zu Fall ergeben sich so zunehmend komplexere Bezugs- und Interpretationsmöglichkeiten. Die Auswahl der Fälle sollte sich an der Variation von bestimmten Variablen orientieren, welche für die untersuchte Fragestellung bedeutsam erscheinen. Beispiele für solche Variablen sind die Therapiemethode, der Behandlungserfolg, die Behandlungsdauer, das Geschlecht der Patienten und Therapeuten – letztlich kommen dafür alle die Patienten, die Therapeuten und die Behandlung betreffenden Variablen in Betracht. Bei manchen Fragestellungen und Variablen kann man die Therapie schon beim Beginn für die Studie auswählen, bei anderen kann man die Wahl erst nach der Beendigung treffen.

Die Erkenntnisinteressen, Hypothesen und Erwartungen einer dergestalt durchgeführten Sequenz von Einzelfallanalysen sollte mit Hilfe des oben (Kapitel 1.2) definierten Beobachtungsbegriffs formuliert werden. Bei der Vorbereitung der Analysen sollten die für die Fragestellung der Studie bedeutsamen Unterscheidungen möglichst exakt bestimmt werden und darauf aufbauend sollten möglichst konkrete Erwartungen bzgl. der beobachtbaren Unterschiede in den Interaktionsmerkmalen zwischen den Fällen formuliert werden. Beim derzeitigen Erkenntnisstand sollten mit den Analysen in der Regel auch explorative Fragestellung bearbeitet werden. Damit nimmt der Ansatz eine mittlere Stellung zwischen der explorativen und der theoriegeleiteten, hypothesenprüfenden Prozessforschung ein (Hill, 1990).

Die idealtypische Umsetzung des Ansatzes beinhaltet folgende Schritte:

- a. Erkenntnisinteresse mit einer oder mehreren Fragestellungen formulieren.
- b. Die dabei relevanten Unterscheidungen bestimmen und spezifizieren.
- c. Vorhandene Befunde bzgl. der Unterscheidungen zusammentragen.
- d. Untersuchungsinstrumente und Auswertungsmethoden auswählen.
- e. Die zu untersuchenden Einzelfälle auswählen und die Abfolge der Analysen festlegen.
- f. Die Erkenntnisinteressen, Fragestellungen und Hypothesen der Studie spezifizieren.
- g. Erwartungen und Hypothesen bzgl. des 1. Falles formulieren.
- h. Analyse des 1. Falls durchführen.
- i. Ergebnisse zusammenfassen und bzgl. der Erwartungen und Hypothesen diskutieren.
- j. Erwartungen und Hypothesen bzgl. des 2. Falls unter Bezug auf dessen spezifischen Merkmalen und den Vergleich mit dem 1. Fall formulieren.
- k. Analyse des 2. Falls durchführen.
- l. Ergebnisse zusammenfassen und bzgl. der Erwartungen und Hypothesen diskutieren.
- m. Bei allen folgenden Fällen vergleichbar vorgehen, wobei die vorgenommenen Vergleiche immer zahlreicher und komplexer werden.
- n. Nach der letzten Einzelfallanalyse die Ergebnisse nochmals im Hinblick auf die Fragestellungen der Studie zusammenfassen und diskutieren.
- o. Abschließend die Ergebnisse mit Bezug auf die Befunde anderer Studien diskutieren sowie Fragestellungen und Untersuchungsdesigns für weitere Studien herausarbeiten.

In den folgenden Kapiteln wird demonstriert, wie sich die empirische Umsetzung des Ansatzes gestaltet.

4 Eine Sequenz von sieben Einzelfallanalysen – Erkenntnisinteressen und Methoden

4.1 Erkenntnisinteressen und Fragestellungen

Die im Folgenden dargestellte empirische Untersuchung wurde im Rahmen einer breit angelegten Therapievergleichsstudie – der Münchner Psychotherapiestudie (MPS) – durchgeführt (das Design der MPS wird detailliert in Kapitel 4.5.1 dargelegt). Die MPS ist eine primär auf Gruppenvergleiche angelegte Prozess-Ergebnis-Studie, in der drei Arten von Depressionsbehandlungen miteinander verglichen werden: Psychoanalyse (PA), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TFP) und kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Untersucht werden dabei ‚normale‘ Therapien aus der alltäglichen Praxis, die unter dem betreffenden Label durchgeführt werden. Die zentrale Frage der MPS lautet: Welche Veränderungen lassen sich bei den Patienten in den unterschiedlichen Behandlungsgruppen während und nach der Therapie beobachten und mit welchen Prozessmerkmalen lassen sich diese Veränderungen in Beziehung setzen?

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit ist primär auf das kommunikative Geschehen in den Therapiesitzungen fokussiert, welches in den Therapien der MPS kaum kontrolliert wird und sich damit in gewisser Hinsicht frei entfalten kann. Es wird vorrangig der allgemeinen Frage nachgegangen, was auf der Ebene von Sprechhandlungen in Therapien passiert, die in ‚normalen‘ Praxen durchgeführt werden. Da hierzu nur sehr wenige gesicherte Befunde vorliegen, wird primär mit explorativen Fragestellungen an den Untersuchungsgegenstand herangetreten. Es wird die natürliche Variation bestimmter Prozessmerkmale innerhalb und zwischen verschiedenen Therapien untersucht, wobei die Fälle in einigen grundlegenden Aspekten vergleichbar sein sollten. Hinsichtlich der Diagnose lag bei allen Patienten der MPS eine depressive Störung vor. Außerdem wurde festgelegt, dass nur Patienten eines Geschlechts und wenigstens zwei Fälle aus jeder Behandlungsgruppe analysiert werden. Damit wird eine weitere zentrale Variable konstant gehalten und ein Vergleich innerhalb und zwischen den Therapiemethoden ermöglicht. Im Sinne sekundärer Kriterien wird angestrebt, weitere soziodemographische und klinische Patientenvariablen möglichst konstant zu halten, nach Möglichkeit zwei vom selben Therapeuten durchgeführte Therapien zu analysieren und als letzter Punkt

sollte, wenn möglich, der Therapieerfolg zwischen den Therapien variieren. Über die Analyse der nach diesen Kriterien ausgewählten Fälle werden folgende Hauptfragestellungen bearbeitet:

- a. *Deskriptive (unspezifische, ungerichtete) Fragestellung:* Welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede gibt es auf der Ebene von einzelnen Sprechhandlungen zwischen den Therapien? Es geht hier zunächst um eine einzelfallanalytische Beschreibung der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient in den einzelnen Fällen und einen anschließenden Vergleich zwischen den Fällen.
- b. *Hypothesengeleitete (spezifische, gerichtete) Fragestellung:* Lassen sich die Kommunikationsmerkmale der drei Therapiemethoden (Psychoanalyse, tiefenpsychologische Psychotherapie, Verhaltenstherapie) klar voneinander unterscheiden? Diese Frage wird folgendermaßen spezifiziert: Entsprechen die empirisch feststellbaren Unterschiede den aufgrund der therapeutischen Konzepte und der vorliegenden empirischen Befunde erwartbaren Unterschieden? Welche Übereinstimmungen und welche Unterschiede gibt es zwischen dem hier beschriebenen Kommunikationsgeschehen in Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis und den Befunden anderer, meist kontrollierter Studien (siehe Kapitel 2.3.2)?

Des Weiteren werden im Kontext der beiden Hauptfragestellungen folgende spezifische Fragen bearbeitet:

- Wie entwickelt sich die Verteilung der Sprechhandlungen im Therapieverlauf (Anfang, Mitte, Ende) in den einzelnen Therapien?
- Wie gestaltet sich die wechselseitige Beeinflussung von Therapeut und Patient (Markoff-Analysen)?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen Therapien, die der gleichen Behandlungsgruppe zugeordnet sind? Lassen sich diese Unterschiede mit anderen zwischen den Therapien bestehenden Unterschieden erklären?
- Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zeigen sich zwischen zwei Therapien, die vom gleichen Therapeuten durchgeführt wurden? Welche Merkmale scheinen konstant, welche variabel zu sein?
- Welche Unterschiede lassen sich zwischen unterschiedlich erfolgreichen Fällen beobachten? Können die Unterschiede bei den beobachtbaren Veränderungen in Ansätzen mit den beobachtbaren Unterschieden bzgl. des Geschehens in den Therapiesitzungen erklärt werden?

- Welche Gemeinsamkeiten bestehen zwischen allen Fällen? Hierbei geht es um das Spezifische von Depressionsbehandlungen. Lassen sich Gemeinsamkeiten der untersuchten Therapien herausarbeiten, die scheinbar für Depressionsbehandlungen typisch sind?

Mit Hilfe der zu erwartenden und der empirisch beobachtbaren Unterschiede in den Interaktionsmerkmalen soll versucht werden, die drei Therapiemethoden und Depressionsbehandlungen im allgemeinen auf einer möglichst konkreten Ebene zu charakterisieren. Diese aufgrund der geringen Anzahl von Fällen selbstverständlich zunächst vorläufigen Charakterisierungen verstehen sich als Vorbereitung weiterer Sequenzen von Einzelfallanalysen und Gruppenanalysen. Diese sollten dann aufbauend auf den hier erzielten Erkenntnissen gezielter geplant werden können und sich mit klarer formulierten Fragestellungen und Hypothesen beschäftigen. Im Vordergrund der vorliegenden Arbeit steht also eine explorative, weitere Studien vorbereitende Zielsetzung, bei der erste Erkenntnisse zu einer Reihe von zentralen Fragen der praxisorientierten Psychotherapieforschung gewonnen werden sollen.

Neben diesen auf die konkreten Ergebnisse bezogenen Erkenntniszielen verfolgt die empirische Studie auch das Ziel, den in Kapitel 3 dargelegten einzelfallanalytischen Untersuchungsansatz und das in Kapitel 4.3 beschriebene Beobachtungssystem zu testen. Dies kann als eine eigenständige Zielsetzung der Studie betrachtet werden, da der Untersuchungsansatz in dieser Form zum ersten Mal umgesetzt wird und das Beobachtungssystem einige neue entwickelte Teile beinhaltet.

4.2 Relevante Unterscheidungen

Bei den unten dargelegten Analysen wird zwar primär eine explorative Herangehensweise an den Untersuchungsgegenstand gewählt, aber selbstverständlich soll die Literatur zu den untersuchten Therapieformen und der behandelten Störung bei der Formulierung von spezifischen Erwartungen und Fragestellungen berücksichtigt werden. Dabei stellt sich das Problem, dass es sowohl zu den drei untersuchten Therapieformen als auch zu der behandelten Störung eine kaum zu überschauende Fülle an theoretischen und empirischen Arbeiten gibt.

Die Darstellung der untersuchten Therapiekonzepte erfolgt deshalb primär mit Bezug auf ein schulenübergreifendes (Davison & Neal, 1996) und zwei schulenspezifische Lehrbücher, das von Margraf (2000a; 2000b) herausgegebene zur Verhaltenstherapie und das von Thomä und Kächele (1996a; 1996b) zur psychoanalytischen Therapie. Ergänzend werden noch einige knappe Darstellungen der betreffenden Therapierichtungen (Fliegel, 1997; Hoffmann, 2000; Kernberg, 1999) und Arbeiten zur Behandlung von Depressionen (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1996; Hautzinger, 1998; Rudolf, 2003; Will et al., 1998) berücksichtigt. Es wird versucht, die grundlegenden Konzepte der beiden Therapierichtungen möglichst allgemein, ohne die Thematisierung interner Differenzierungen darzustellen.

Bevor auf die therapieschulenspezifischen Erklärungen und Behandlungsstrategien eingegangen wird, soll die Störung therapieschulenübergreifend in ihrer Phänomenologie und Symptomatik allgemein beschrieben werden.

4.2.1 Behandelte Störung – Depression

Depressionen sind psychische Störungen, bei denen eine affektive Symptomatik im Zentrum steht, die jedoch auch spezifische behaviorale, physiologisch-vegetative, kognitive und motivationale Symptome umfasst. Regelmäßig bei einer Depression auftretende Symptome sind Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, emotionale Leere, Verlust der Freude und des Interesses an angenehmen Aktivitäten, sozialer Rückzug, Energielosigkeit, Antriebsminderung, Selbstzweifel, Wertlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Appetitstörung, Gewichtsverlust, Libidoverlust, Schlafstörungen, Schmerzen, Konzentrationsprobleme und Suizidgedanken. Ein Problem der Definition einer Depression im Sinne einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung

besteht darin, dass viele der genannten Gefühlszustände und Beschwerden ‚normale‘, ‚gesunde‘ Reaktionen auf die Erfahrung von Verlusten, Misserfolgen und Belastungen darstellen und die Grenzziehung zu einem klinischen Störungsbild ein gewisses Maß an Willkür beinhaltet.

Im Diagnosesystem des deutschen Gesundheitssystem, dem ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991), erfolgt die Grenzziehung über das Aufstellen von deskriptiven Kriterien, bei deren Vorliegen eine Depression im Sinne einer psychischen Störung vorliegt (siehe Kapitel 2.1.2). Depressionen werden definiert über eine gewisse Anzahl an gleichzeitig vorhandener Symptome, die über eine gewisse Zeit andauern müssen und nicht durch andere Erkrankungen bzw. Umstände erklärbar sind. In Abhängigkeit vom Verlauf, der Schwere und der besonderen Ausprägung der Symptomatik werden verschiedene Untergruppen definiert, wovon hier drei thematisiert werden sollen: die depressive Episode, die rezidivierende depressive Störung und die anhaltende affektive Störung (Dysthymia).

Die Diagnose der depressiven Episode setzt voraus, dass neben einer depressiven Verstimmung wenigstens drei der folgenden Symptome gleichzeitig während eines Zeitraumes von mindestens zwei Wochen vorlagen: Verlust von Freude und Interesse an angenehmen Aktivitäten; verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit; Verlust von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl; unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle; wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid oder suizidales Verhalten; Klagen oder Anzeichen für vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen wie Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit; Änderung der psychomotorischen Aktivität mit Agitiertheit oder Hemmung; Schlafstörungen jeder Art; Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechenden Gewichtsveränderungen. Depressive Episoden gelten als ‚leicht‘, wenn insgesamt vier, als ‚mittelschwer‘, wenn sechs bis sieben und als ‚schwer‘, wenn acht oder mehr der Symptome vorliegen.

Von einer rezidivierenden depressiven Störung wird gesprochen, wenn im Laufe der Lebensgeschichte eines Patienten mehrere depressive Episoden aufgetreten sind, die sich klar voneinander unterscheiden lassen. Das aktuelle Zustandsbild einer rezidivierenden Störung wird genauso wie bei den Episoden in Schweregrade unterteilt (eine Diagnose könnte z.B. lauten: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode). Als dritte große Untergruppe von Depressionen gibt es noch die Dysthymia. Diese Diagnose wird vergeben, wenn über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren eine die ‚normale‘ Lebensgestaltung einschränkende depressive Symptomatik vorlag, diese jedoch nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllte. Die Abgrenzung zur rezidivierenden Störung ergibt sich dadurch, dass hier

depressive Episoden vorliegen, abklingen und erneut auftreten, während bei der Dysthymia eine gewisse depressive Symptomatik relativ konstant vorliegt, jedoch niemals über einen Zeitraum von zwei Wochen die Kriterien der Episode erfüllt. Nach den Kriterien des ICD-10 schließt sich die Diagnose einer rezidivierenden Störung und einer Dysthymia also aus. Vor allem in der amerikanischen Literatur (DSM IV) hat sich jedoch die Bezeichnung ‚double depression‘ durchgesetzt, wenn von einer Person die Kriterien für beide Diagnosen erfüllt werden (Hautzinger, 1998). D.h. wenn es auf dem Hintergrund einer lang anhaltenden depressiven Störung (Dysthymie) zu gelegentlichen Krisen kommt, während denen die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt werden.

Die so definierten Depressionen zählen weltweit zu den meist verbreitetsten psychischen Störungen, die seit einigen Jahrzehnten scheinbar zunehmen. Fasst man die Ergebnisse verschiedener epidemiologischer Studien zusammen, ergibt sich eine Schätzung der Lebenszeitprävalenz von ca. 14%, wobei das Erkrankungsrisiko für Frauen um das zweifache höher liegt als für Männer. Nach neueren epidemiologischen Studien beträgt die Einjahresprävalenz in Deutschland 5-10% der Bevölkerung (Linden, 2003). Davon zeigen etwa zwei Drittel rezidivierende bzw. chronische oder zumindest subchronische Verläufe. Bei etwa 30% der Betroffenen führt die Erkrankung zu massiven Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Im Hinblick auf die verursachten gesamtgesellschaftlichen Kosten weist eine WHO-Studie den Depressionen nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Industrieländern die zweite Stelle zu (Murray & Lopez, 1997). Gemäß den bei Linden (2003) dargelegten Zahlen kann für Deutschland von einer Unterversorgung an angemessener pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung ausgegangen werden.

Abschließend sei noch angemerkt, dass alle neueren Störungstheorien und Erklärungsmodelle einen multifaktoriellen Ansatz verfolgen, d.h. Depression im Zusammenhang mit unterschiedlichen Einfluss- und Bedingungsfaktoren betrachten. In der Regel wird ein Zusammenspiel aus genetischen, biochemischen und psychosozialen Faktoren angenommen.

4.2.2 Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Psychoanalyse (PA) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TFP) werden hier gemeinsam dargestellt, da es sich letztlich um zwei Unterformen eines therapeutischen Ansatzes handelt, die sich primär hinsichtlich der Behandlungsintensität und der angestrebten Ziele unterscheiden (Hoffmann, 2000, schlägt als Oberbegriff Psychodynamische Therapie vor). Eine PA verfolgt das Ziel, die grundlegende psychische Struktur des Patienten zu verändern, wofür wenigstens drei Sitzungen pro Woche und das Liegen des Patient als notwendig erachtet wird. Die TFP zielt auf eine weniger tief greifende Veränderung ab und fokussiert stärker eine symptomatische Verbesserung und die Anpassung an die Lebensbedingungen. In der Regel wird eine Sitzung pro Woche durchgeführt, bei welcher der Patient dem Therapeuten gegenüber sitzt.

Beide Ansätze beruhen auf der Theorie der unbewussten Motivation und betrachten die Entstehung von psychischen Störungen bzw. Neurosen unter dem Blickwinkel einer größtenteils unbewussten innerpsychischen Konflikt- und Abwehrdynamik (Kernberg, 1999). Die der Symptomatik zugrunde liegende psychische Dynamik wird primär mit frühkindlichen Beziehungserfahrungen (Ödipuskomplex) und Erfahrungen im Rahmen der psychosexuellen und strukturellen Entwicklung erklärt. Letztlich wird die aktuelle Symptombildung als die gegenwärtig bestmögliche Kompromisslösung zwischen widerstrebenden psychischen Kräften und gewissermaßen als Selbstheilungsprozess auf niedrigem Niveau angesehen. Davon ausgehend ist die Ausweitung der vom Patienten bewusst wahrnehmbaren innerpsychischen Vorgänge das zentrale Mittel, um die Behandlungsziele zu erreichen. Interpretativen und deutenden Techniken kommt damit eine bedeutende Funktion zu. Der Patient wird aufgefordert, sich im Sinne der freien Assoziation offen und unstrukturiert mitzuteilen. Der Therapeut versucht, sich dem dabei zutage tretenden Material mit ‚gleichschwebender Aufmerksamkeit‘ zuzuwenden und durch gezielte Interpretationen dem Patienten bisher unbewusste Inhalte zugänglich zu machen. Einen besonderen Stellenwert als Fokus der Deutung nimmt dabei die so genannte Übertragungsbeziehung ein, d.h. die durch vergangene Erfahrungen beeinflussten Gedanken, Gefühle und Verhaltensweise des Patienten dem Therapeuten gegenüber.

Die Rolle des Therapeuten sollte durch Neutralität geprägt sein (Thomä & Kächele, 1996a). D.h. die Deutungen sollten von einem neutralen Standpunkt aus erfolgen. Im Rahmen der

psychoanalytischen Strukturtheorie wird von einem gleichmäßigem Abstand vom Über-Ich, vom Es, vom handelnden Ich und der äußeren Realität gesprochen. Ein weiteres Charakteristikum der Therapeutenrolle wird mit dem Begriff ‚Abstinenz‘ bezeichnet. Der Therapeut sollte demnach konkrete Ratschläge und Hilfestellungen möglichst vermeiden und dem Patienten viel Raum für die freie Assoziation lassen. Ein möglichst schnelles Abklingen der leidvollen Symptomatik wird nicht angestrebt.

Der Unterschied zwischen PA und TFP besteht vor allem in einem quantitativ unterschiedlichen Umfang des Einsatzes der betreffenden Techniken und der Umsetzung der idealen Therapeutenrolle, was ein qualitativ unterschiedliches Behandlungsziel bedingt (Kernberg, 1999). In der PA wird die möglichst durchgängige Beibehaltung der dargestellten Therapeutenrolle und die ausschließliche Verwendung von interpretativen Techniken angestrebt. Es soll im Idealfall eine fundamentale Veränderung der psychischen Struktur des Patienten erreicht werden, wodurch sich der Verhaltensspielraum und damit die Möglichkeiten der Lebens- und Beziehungsgestaltung grundlegend verändern sollen. Dabei wird es in der Regel als notwendig angesehen, dass die Übertragung des Patienten grundlegend analysiert und damit aufgelöst wird. In der TFP wird die Rolle des Therapeuten weit weniger strikt im Sinne der Neutralität und Abstinenz definiert und dem Therapeuten werden größere technische Freiheiten eingeräumt. Das Beziehungsverhalten des Patienten sollte z.B. schwerpunktmäßig mit Bezug auf die Alltagsbeziehungen thematisiert werden, eine grundlegende Klärung der therapeutischen Übertragungsdynamik wird nicht angestrebt. Als Behandlungsziel wird lediglich eine teilweise Reorganisation der psychischen Struktur verfolgt, die primär eine deutliche Symptomverbesserung und eine bessere Lebensbewältigung bedingen sollte.

Im Sinne der ‚evidence based medicine‘ muss die Langzeit-Psychoanalyse als Verfahren mit unbewiesener Wirksamkeit bezeichnet werden. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Kostendrucks und einer vermehrten Berücksichtigung von Behandlungseffizienz (Dosis-Wirkungs-Relation) ist die Berechtigung der besonders intensiven und teuren Langzeit-Psychoanalyse damit umstritten. Es besteht ein fundamentaler Mangel an empirischen Studien zur PA, die den methodischen Ansprüchen der modernen Psychotherapieforschung genügen. Eine positive Ausnahme ist das von Wallerstein und Mitarbeitern durchgeführte ‚Psychotherapy Research Project‘ der Menninger Foundation, in dem unter anderem ein Ergebnis- und Prozess-Vergleich von 22 Psychoanalysen und 20 analytischen Psychotherapien vorgenommen wird (Wallerstein, 1989). Die meisten psychoanalytisch orientierten empirischen Studien beziehen sich lediglich

auf Kurzzeittherapien, allenfalls auf tiefenpsychologisch fundierte Therapien, für die sich in der Regel eine Wirksamkeit nachweisen lässt (Henry et al., 1994; Leichsenring, 2002; Luborsky & Luborsky, 1995; Roth & Fonagy, 1996; Sampson & Weiss, 1986).

Der Mangel an empirischen Studien zur Psychoanalyse lässt sich unter anderem durch die Dauer und den Umfang dieser Behandlungsmethode erklären (Strupp, Schacht & Henry, 1988). Aufgrund der langen Dauer einer Psychoanalyse ist der Zeitraum von der Planung einer Studie bis zur Veröffentlichung von Ergebnissen sehr umfangreich. Die heutige Forschungspraxis ist jedoch auf möglichst schnelle Ergebnisse und damit viele Veröffentlichungen angelegt. Die Dauer stellt auch ein Problem für die Untersuchung des therapeutischen Prozesses dar. Das Geschehen in mehreren hundert Therapiesitzungen lässt sich nur mit großem Aufwand empirisch untersuchen und eine grobe Standardisierung der Behandlung in Form von Manualen oder Richtlinien ist kaum möglich. Forschungsmethodisch besteht außerdem das Problem, dass die vor allem in Langzeit-Psychoanalysen angestrebten Veränderungen der grundlegenden psychischen Struktur des Patienten und damit zusammenhängend seiner interpersonellen Beziehungen empirisch nur schwer zu erfassen sind.

In der Vergangenheit wurde in den deutsch- und englischsprachigen psychoanalytischen Vereinigungen häufig die Position vertreten, dass es sich bei der Psychoanalyse um einen Forschungsgegenstand handelt, der sich mit den naturwissenschaftlich orientierten Forschungsmethoden nicht untersuchen lässt (Meyer, 1992). Diese Position erfährt mittlerweile von einer bedeutsamen Anzahl renommierter Psychoanalytiker kritische Betrachtung. Es wird intensiv an empirischen Forschungsprojekten gearbeitet (Hafer Gray, 2002; Henry et al., 1994; Strauß & Kächele, 1998) und aktuell werden eine Reihe von Studien unter Einbeziehung längerer psychoanalytischer Behandlungen durchgeführt (Leichsenring, 2002). Dabei wird der Versuch unternommen, über die Entwicklung spezifischer Erhebungsinstrumente und Studiendesigns sowohl den modernen wissenschaftlichen Anforderungen als auch der Spezifität der psychoanalytischen Behandlung gerecht zu werden. Die Rahmenstudie der vorliegenden empirischen Untersuchung (siehe Kapitel 4.5.1) kann diesen Anstrengungen zugerechnet werden.

4.2.2.1 Erklärung und Behandlung von Depressionen mit PA und TFP

Im Kontext der psychoanalytischen Therapieansätze wird die deskriptive Beschreibung der Symptomatik einer Depression häufig als wenig relevant für die konkrete Behandlungsplanung angesehen. Die auf die Bewusstmachung der Psychodynamik abzielenden Behandlungstechni-

ken orientieren sich in der konkreten Ausgestaltung stärker an der Psychogenese und insbesondere der Beziehungs-, Konflikt- Persönlichkeits- und Strukturdiagnostik (Rudolf, 2003). Dadurch bedingt werden in psychoanalytischen Theorien und Behandlungsrichtlinien auch andere Untergruppen von depressiven Patienten bestimmt als im ICD-10. Mit Bezug auf Blatt (Blatt, Quinlan, Pilkonis & Shea, 1995) wird z.B. häufig ein nach Autonomie, Anerkennung und Perfektionismus strebender Typus (introjective patients) von einem nach liebevollem Umsorgtwerden und Unterstützung strebenden Typus (anaclitic patients) unterschieden. Ein weiteres wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist das der Depression zugrunde liegende Niveau der Organisation der psychischen Struktur: gut, mäßig und gering integriert.

Das bekannteste psychoanalytische Pathogenesemodell der Depression dürfte die von Freud in ‚Trauer und Melancholie‘ (1915) dargestellte Hypothese sein, dass Verlust und Ablösung von engen Bindungen vor allem dann zur verlängerter Trauerreaktion und Depression führen können, wenn der Trauernde ambivalent aggressiv oder schuldhaft an die verlorene Person gebunden bleibt. Auf dieser Grundlage nehmen auch in der modernen psychoanalytischen Theorie der Depression Verlusterlebnisse (auch ideeller Art) und Beziehungserfahrungen in zweifacher Hinsicht eine zentrale Funktion ein. Zum einen im Sinne eines Auslösers einer akuten depressiven Symptomatik und zum anderen als ein in der frühen Entwicklung stattgefundenes Ereignis, welches zur Entwicklung einer Depression disponiert.

Die Vulnerabilität für die Entwicklung einer depressiven Symptomatik wird in der psychoanalytischen Begrifflichkeit so formuliert: „Oralität, Ambivalenzkonflikt und Narzissmus, entwickelt auf der Basis frühkindlicher Objektverluste bzw. -enttäuschungen“ (Will, 1994, S. 364). Damit werden Annahmen über komplexe emotional-kognitive Entwicklungen in den ersten Lebensjahren angesprochen, die sich vor allem im Rahmen der Beziehung zu den primären Bezugspersonen (meistens die Eltern) vollziehen. Der so genannte depressive Grundkonflikt beinhaltet internalisierte frühe Beziehungskonflikte und Bindungsprobleme und eine Vulnerabilität der strukturellen und emotionalen Entwicklung (Rudolf, 2003).

Neben der Pathogenese sind für ein Verständnis der psychoanalytischen Behandlungsansätze die Auslöser bzw. Charakteristika einer akuten depressiven Symptomatik von Bedeutung. Als Auslöser kommen dabei nicht nur Verluste von nahen Bezugspersonen in Betracht, sondern auch eigene Fähigkeiten, Gesundheit, Werte, Ideale, Ziele, Freiheit, Heimat, Arbeitsplatz, materieller Besitz usw.. Solche Verluste entfalten ihre symptomauslösende Wirkung aufgrund der Aktivierung des depressiven Grundkonflikts. Dieser ergibt sich aus der Unverträglichkeit zweier

Wünsche: Dem Liebesobjekt nahe sein zu wollen und ihm gegenüber eine Wut ausleben zu wollen, die zur Zerstörung des Objekts führen könnte. Depressive Menschen sehnen sich nach einer engen (präödiptalen) Bindung, einer dyadisch idealisierten Objektbeziehung und fürchten, abgewiesen und enttäuscht zu werden. Deshalb müssen sie ihre Wut zurückhalten und richten die Aggressionen gegen die eigene Person.

Diesen Grundannahmen entsprechend, wird in einer psychoanalytischen Depressionsbehandlung angestrebt, dass sich die Patienten ihres Beziehungsverhaltens und den dabei bedeutsamen ambivalenten Gefühlen bewusst werden. Dabei sollte nach Möglichkeit auch die aktuelle therapeutische Beziehung bzw. Übertragung thematisiert werden und der Patient sollte im Rahmen dieser Beziehung neue, korrigierende Erfahrungen machen. In den letzten Jahren wird bei der theoretischen und behandlungstechnischen Darstellung dieser Zielsetzung häufig auf die moderne Bindungsforschung Bezug genommen. Als langfristiges Ziel wird eine erfolgreiche Bearbeitung bzw. Auflösung des depressiven Grundkonflikts angestrebt, was zu einer Umstrukturierung des depressiv-hilflosen Selbst und einer Zunahme an Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen führen sollte (Rudolf, 2003).

Aufgrund des zentralen Stellenwertes der Übertragung können gemäß deren Entwicklung verschiedene Phasen einer psychoanalytischen Therapie unterschieden werden (Will et al., 1998): Die erste Phase ist geprägt von einer großen Beziehungssehnsucht und der Hoffnung, im Analytiker ein idealisierbares Objekt zu finden. Gleichzeitig gibt es jedoch ein großes Misstrauen und den Vorwurf an den Analytiker, letztlich versagend zu sein. Die mittlere Phase ist geprägt durch den Widerstand, der in einer regressiven Beziehungsgestaltung besteht und schließlich den Kernkonflikt in der Übertragungsbeziehung zwischen Patient und Therapeut zur Darstellung bringt. In der Endphase geht es schließlich um das Durcharbeiten und Auflösen der Übertragung, die Integration der ambivalenten Bestrebungen sowie die Anerkennung der Realität.

Abschließend sei angemerkt, dass eine Reihe von Studien vorliegen, die für psychodynamische Kurzzeittherapien und tiefenpsychologisch fundierte Therapien eine gute Wirksamkeit bei depressiven Störungen nachweisen konnten (Leichsenring, 2002). Aber auch hier gibt es einen Mangel an Studien, welche die Langzeit-Psychoanalyse miteinbeziehen.

4.2.3 Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bezieht ihre theoretischen Grundlagen und die Argumente für ihre Methoden primär aus der wissenschaftlichen Psychologie (Reinecker, 1994). Psychotherapie wird verstanden als ein Art Problemlöseprozess, bei dem für eine problematische Ausgangssituation eine praktische Lösung bzw. Methoden zur Herbeiführung des gewünschten Zielzustandes gesucht und realisiert werden (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996).

Der Prozess kann grob in fünf Phasen unterteilt werden:

- a. Problembeschreibung und Problemanalyse;
- b. Bestimmung und Analyse des therapeutischen Ziels;
- c. Auswahl der passenden Methoden und Vorbereitung des Einsatzes;
- d. Durchführung der therapeutischen Interventionen;
- e. Erprobung und Bewertung der erzielten Veränderungen.

Dieses Therapieverständnis stützt sich auf ein Menschenbild, bei dem der Hilfesuchende als primär aktiv und bewusst Handelnder verstanden wird, bei dem es aufgrund bestimmter psychosozialer Bedingungen zu einer Fehlanpassung gekommen ist. Auch das Problemverhalten wird in diesem Zusammenhang als gelernt und damit durch gezielte Lernprozesse veränderbar angesehen. Bei der Beschreibung und Erklärung von Problemen liegt der Fokus auf der Analyse der aktuell aufrechterhaltenden Bedingungen im Rahmen des so genannten SORK-Modells (Situation, Organismus, Reaktion, Konsequenz) und den sich daraus ergebenden zukünftig anzustrebenden Veränderungen. Die Vergangenheit sollte im Rahmen der Problemgenese zwar auch thematisiert werden, eine detaillierte Klärung von vergangenen Geschehnissen spielt jedoch eher eine untergeordnete Rolle. Wenn es in der Vergangenheit zu gravierenden Traumatisierungen gekommen ist, dann sollte primär daran gearbeitet werden, in der Gegenwart und Zukunft besser mit diesen Erfahrungen zurecht zu kommen.

Das Therapieangebot der KVT versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe bzw. als Hilfe zur Umsetzung gezielter Lernprozesse. Demgemäß wird das Problemverständnis und das daraus abgeleitete Vorgehen offen mit dem Patienten besprochen und ihm verständlich gemacht. Dem Therapeuten wird ein Expertenstatus in der Unterstützung bzw. der Anleitung zur Lösung bestimmter Probleme zugesprochen. Vom ihm wird in bestimmten Situationen eine aktive Rolle erwartet, die konkrete Verhaltensempfehlungen und das stellen von Hausaufgaben beinhaltet.

Die moderne KVT spricht zwar auch der therapeutischen Beziehung eine bedeutsame Rolle zu, aber der Schwerpunkt liegt weiterhin auf dem Einsatz bestimmter Techniken, mit denen konkrete Verhaltensänderungen erreicht werden sollen. Dieser Schwerpunkt der KVT bei der Technik- und Methodenentwicklung kommt z.B. darin zum Ausdruck, dass in dem zweibändigen praxisorientierten Lehrbuch von Margraf (2000a; 2000b) zwar auch ein Kapitel zur therapeutischen Beziehung enthalten ist, der Schwerpunkt jedoch eindeutig auf der Beschreibung von allgemeinen und störungsspezifischen Techniken liegt. Auch in der verhaltenstherapeutischen Literatur zur Depressionsbehandlung liegt der Fokus primär auf der Beschreibung der Techniken (z.B. Beck et al., 1996; Hautzinger, 1998). Im Gegensatz dazu werden störungsspezifische Überlegungen in der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Literatur häufig auf das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen und damit auf die therapeutische Beziehung fokussiert (Thomä & Kächele, 1996a, 1996b; Will et al., 1998).

Dem Beziehungsaspekt werden in der KVT zwar auch unmittelbar positive Wirkungen zugesprochen, die primäre Wirkung wird jedoch darin gesehen, die Bedingung für einen erfolgreichen Einsatz von Techniken zu schaffen. Schulte (1998) unterscheidet in seinem dualen Psychotherapiemodell zwei zentrale Aufgaben des Therapeuten: Zum einen die störungsspezifische Methodenanwendung und zum anderen das Schaffen günstiger Voraussetzungen, damit die Methoden ihre angestrebte Wirkung erzielen. Über eine bewusste Gestaltung der therapeutischen Beziehung soll die Selbstöffnung, Motivation und aktive Mitarbeit des Patienten gezielt gefördert werden. Die zwei Aufgaben des Therapeuten lassen sich auch hinsichtlich der Art der mit ihnen verbundenen Handlungsregeln unterscheiden: Methodenregeln geben primär an, ‚Was‘ der Therapeut tun oder sagen soll und Beziehungsregeln vermitteln, ‚Wie‘ der Therapeut etwas tun oder sagen soll. Der Therapieerfolg hängt von beiden Aspekten gleichermaßen ab.

Mitbedingt durch ihren starken Bezug zur wissenschaftlichen Psychologie und ihr grundlegendes Therapieverständnis ist die KVT offen gegenüber einer experimentellen Untersuchung ihrer Wirksamkeit. Die KVT kann im Sinne des modernen Verständnisses von ‚evidence based medicine‘ als der am besten untersuchte psychotherapeutische Ansatz angesehen werden (Fonagy & Roth, 2004; Grawe, 1998; Grawe et al., 1994; Roth & Fonagy, 1996).

4.2.3.1 Erklärung und Behandlung von Depressionen mit KVT

Die KVT fokussiert bei der Erklärung und Behandlung depressiver Störungen die Symptomatik, wobei sie davon ausgeht, dass sich die verschiedenen Symptome im Sinne eines Teufels-

kreises wechselseitig beeinflussen und aufrechterhalten (zum Überblick siehe Hautzinger, 1998). Als Auslöser werden aversive und belastende Ereignisse oder Lebensumstände angenommen, die aufgrund einer bio-psycho-sozialen Vulnerabilität den Teufelskreis anstoßen. Typische Auslöser sind z.B. punktuelle Ereignisse wie der Verlust einer nahe stehenden Person und das Nicht-Bestehen einer Prüfung oder auch längerfristige Belastungen wie finanzielle Schwierigkeiten und chronischer Arbeitsstress. Dabei gilt es jedoch zu bedenken, dass bei ca. einem Viertel der depressiven Patienten kein benennbares auslösendes Ereignis gefunden werden kann (Davison & Neal, 1996). Da sich die KVT in der Behandlung weniger auf die auslösenden, sondern primär auf die aufrechterhaltenden Bedingungen konzentriert, stellt die fehlende Identifikation eines auslösenden Ereignisses letztlich kein Problem dar.

Bei der Aufrechterhaltung einer depressiven Symptomatik wird dem Mangel an positiver Verstärkung eine besondere Bedeutung beigemessen. Es wird davon ausgegangen, dass sich depressive Menschen so verhalten, dass sie kaum positive Verstärkung im Sinne von Erfolgserlebnissen, positiven Rückmeldungen, Genusserfahrungen usw. erleben und sich dies negativ auf die Stimmung auswirkt und die Depression damit aufrechterhält. Daraus abgeleitet besteht ein zentraler Ansatzpunkt der KVT darin, den Patienten schrittweise wieder zu einem aktiven Lebensstil zu bewegen, bei dem er Erfahrungen macht, die sich positiv auf seine Stimmung auswirken und so einen positiven Kreislauf anstoßen. Bei solch einem Aktivitätsaufbau sollte darauf geachtet werden, ob es vor allem im sozialen Bereich Kompetenzdefizite gibt, die dann z.B. im Rahmen von Rollenspielen korrigiert werden sollten. In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, dass der Patient erleben sollte, wie er durch eigenes Verhalten auf seine Stimmung und die ganze Lebenssituation Einfluss nehmen kann. Dem Gefühl der Hilflosigkeit und der daraus erwachsenden Erwartungshaltung soll so gezielt entgegengewirkt werden. Die damit angesprochene Art von Veränderung kognitiver Schemata ist ein weiterer zentraler Ansatzpunkt.

Die KVT nimmt an, dass depressive Menschen sich, ihre Umwelt und die Zukunft in negativer Hinsicht verzerrt wahrnehmen und dies für den Beginn und die Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik ein zentraler Faktor ist. Daraus abgeleitet soll der Patient im Rahmen eines so genannten sokratischen Dialogs durch gezielte Fragen dazu angeregt werden, diese Verzerrungen zu erkennen, zu korrigieren und wieder vermehrt positive Aspekte wahrzunehmen. Auf solchen Einsichten aufbauend, soll der Patient seine lebensbestimmenden Grundannahmen (z.B.: ‚Ich muss Aufgaben immer perfekt erledigen, ansonsten werde ich von anderen massiv abgewertet und zurückgewiesen.‘) und deren Einfluss auf die Symptomatik reflektieren und

teilweise modifizieren. In der kognitiven Therapie nach Beck (Beck et al., 1996) wird den Veränderungen auf dieser fundamentalsten Ebene eine zentrale Funktion für die langfristige positive Entwicklung zugeschrieben.

Im Überblick ergeben sich so vier Phasen bzw. Elemente einer KVT:

- a. Problemexploration, Diagnostik und Aufbau einer therapeutischen Beziehung;
- b. Vermittlung des Erklärungs- und Behandlungsmodells;
- c. Aktivitätsaufbau und Übungen zur Korrektur von Kompetenzdefiziten;
- d. Modifikation kognitiver Verzerrungen und depressionsfördernder Lebensregeln.

Für die konkrete Arbeit im Sinne dieser Phasen hat die KVT eine Fülle an standardisierten Techniken entwickelt, die zum Teil in den Therapiesitzungen und zum Teil als Hausaufgaben angewendet werden können. Die bekanntesten sind der Aktivitäten-Wochenplan, soziales Kompetenztraining, die gezielte Gesprächsführung im Sinne des sokratischen Dialogs und die Analyse kognitiver Verzerrungen mittels strukturierter Selbstbeobachtung (Protokoll negativer Gedanken mit den Spalten: Situation, Gefühle, Gedanken, Konsequenzen).

Hinsichtlich der Kriterien der ‚evidence based medicine‘ ist die KVT die am besten untersuchte Psychotherapiemethode bei depressiven Störungen. In einer Vielzahl an weltweit durchgeführten Studien in unterschiedlichsten Settings, mit unterschiedlichsten Gruppenvergleichen erwies sich die KVT als erfolgreiches Behandlungsverfahren (Fonagy & Roth, 2004; Grawe et al., 1994; Hautzinger, 2000). Als offen muss jedoch die Frage angesehen werden, welche Elemente der KVT für die Veränderungen von zentraler Bedeutung sind. In einer Studie mit 150 depressiven Patienten von Jacobson und Mitarbeitern (1996) zeigt sich, dass eine Behandlung, die sich auf den Aktivitätsaufbau konzentriert und keine kognitiven Techniken anwendet, auch bei der 6-Monats-Katamnese gleich gute Erfolgsraten aufweist, wie eine komplette KVT, bei der auch kognitive Techniken gezielt eingesetzt wurden. Erstaunlicherweise gilt dies auch für die Veränderung negativer Gedanken. Es gibt jedoch auch eine Reihe von Studien, die die theoretisch postulierten spezifischen Effekte der kognitiven Techniken bestätigen. In der Studie von Beevers und Miller (2005) zeigt sich, dass der Zusammenhang zwischen negativen Gedanken und negativer Stimmung mittels kognitiver Techniken gelockert werden konnte, was sich bei den Patienten der Kontrollgruppen, die lediglich Medikamente oder Familientherapie erhielten, nicht zeigt (Gesamt-N = 99). Der theoretisch postulierte Stellenwert der kognitiven Techniken für die Modifikation grundlegender kognitiver Schemata und für eine stabile Veränderung ist also empirisch noch nicht geklärt.

4.2.4 Vergleich der drei Ansätze

In Anlehnung an Waltz und Kollegen (1993) können bei einem Therapievergleich vier Kategorien unterschieden werden: (1) essentiell und spezifisch für ein Verfahren; (2) essentiell aber unspezifisch für ein Verfahren; (3) akzeptabel aber nicht notwendig; (4) verboten. Da die großen Therapieschulen Psychoanalyse/tiefenpsychologische Psychotherapie und Verhaltenstherapie in ihrer modernen Ausprägung für eine Vielzahl von Variationen offen sind und eine Vielzahl von internen Differenzierungen aufweisen, können diese Kategorien hier nur relativ grob angewendet werden. Eine konkrete Bestimmung der Kategorien würde einen Bezug auf eine spezifische Therapiekonzeption bzw. ein Behandlungsmanual voraussetzen. Für die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Therapien liegt eine solche Spezifizierung jedoch nicht vor.

Die empirischen Befunde zum Prozessvergleich von tiefenpsychologischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie sind oben in Kapitel 2.3.2 dargelegt. Eine Studie, die alle drei Therapierichtungen berücksichtigt, gibt es bisher nicht. Zur Langzeit-Psychoanalyse existiert bisher insgesamt kaum empirische Forschung, die den Anforderungen einer naturwissenschaftlichen Methodik genügt. Die hier dargelegten Analysen und die MPS versuchen, diese Lücke im Bereich der vergleichenden Psychotherapieforschung auszufüllen (Huber et al., 1997). Im Folgenden werden Erwartungen bestimmt, die sich primär auf die oben dargelegten theoretischen Ausführungen zu den drei Therapiemethoden beziehen.

Im Sinne der Wirkprinzipien von Grawe (1995a) können PA und TFP eher als klärungsorientiert und die KVT eher als bewältigungsorientiert bezeichnet werden (Davison & Neal, 1996). In der PA und TFP sollten primär Interventionstechniken eingesetzt werden, die auf die Bewusstmachung von verdrängten Erfahrungen, Gefühlen und Motiven abzielen (z.B. Interpretationen). Deren Dominanz sollte in einer PA noch deutlicher sein als in einer TFP. Konkrete Hilfestellungen und Empfehlungen sind in einer PA im Hinblick auf die Neutralität und die Abstinenz des Therapeuten quasi verboten, in einer TFP sind sie in geringem Umfang noch akzeptabel. Dagegen sollte in einer KVT erkennbar werden, dass der Therapeut dem Patienten vor allem Hilfe zur Selbsthilfe anbietet und mit ihm aktiv an konkreten Problemlösungsmöglichkeiten arbeitet. Der Planung von Aktivitäten zwischen den Therapiesitzungen kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Die auf Klärung abzielende Technik des sokratischen Dialogs arbeitet vor allem mit gezielten Fragen, die den Patienten zu einem Erkenntnisprozess anregen sollen. Auf Interpretationen im analytischen Sinne sollte in einer KVT eher verzichtet werden.

Hinsichtlich der anderen Unterscheidung von Grawe erscheint die Zuordnung zu den Seiten nicht so eindeutig möglich zu sein. Die KVT formuliert den Aspekt der Ressourcenorientierung jedoch expliziter (Willutzki, Koban & Neumann, 2005) und PA und TFP können im Vergleich dazu als problemorientierter bezeichnet werden. In einer KVT sollte der Therapeut auf Berichte des Patienten, in denen er Stärken, positive Erfahrungen oder gelungene Veränderungen thematisiert, gezielt mit Unterstützung und positiver Rückmeldung reagieren. Für einen analytisch arbeitenden Therapeuten widerspricht solch ein Verhalten der Neutralität und der Absicht, den Patienten zur freien Assoziation anzuregen. Auch hier sollte sich dieser zurückhaltende Einsatz von gezielter Unterstützung und positiver Rückmeldung in einer PA deutlicher zeigen als in einer TFP.

Mit den unterschiedlichen Wirkprinzipien streben die Therapierichtungen auch unterschiedliche Ziele an. Zumindest rechtfertigt die PA ihren deutlich größeren Stundenumfang (in der BRD werden bis zu 300 Stunden bezahlt) mit dem Argument, besonders tief greifende Persönlichkeitsveränderungen zu erreichen. Im Hinblick auf diesen Position bearbeitet die MPS (siehe Kapitel 4.5.1) folgende zentrale Fragestellung: „Erreicht die Psychoanalyse die postulierte, besonders stabile Symptomveränderung und erzielt sie Veränderungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen, die die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie nicht erreicht“ (Huber et al., 1997, S. 456) ? Die unter dem Stichwort ‚kognitive Umstrukturierung‘ von der KVT angestrebte Veränderung zielt jedoch auch auf eine langfristige und fundamentale Weiterentwicklung des Patienten ab. Es kann also auch die Position vertreten werden, dass ‚strukturelle Veränderung‘ heute eine schulenübergreifendes Konstrukt ist, welches von den Therapieschulen mit unterschiedlichen Methoden angestrebt wird.

An die Therapeuten- und Patientenrolle werden in den drei Ansätzen grundsätzlich unterschiedliche Erwartungen gerichtet. Ein ‚guter‘ Verhaltenstherapeut sollte sein Vorgehen weitgehend offen mit dem Patienten besprechen, ihn gezielt zur aktiven Mitarbeit anregen und ihm möglichst häufig positive Rückmeldungen geben. Vor dem Hintergrund des Erklärungs- und Behandlungsplans sollte der Therapeut den Therapieprozess und das Geschehen in den Sitzungen durch Fragen, Themenvorschläge, Übungen und Hausaufgaben gezielt strukturieren und, falls notwendig, direktiv auf den Patienten einwirken. Dagegen sollte sich ein ‚guter‘ psychoanalytisch arbeitender Therapeut mit gezielten Unterstützungen oder Anregungen zu bestimmten Verhaltensweisen und hinsichtlich einer gezielten Gesprächslenkung durch Fragen oder Übungen möglichst stark zurückhalten. Der Patient soll ja im Sinne der freien Assoziation seinen

Gedanken möglichst freien Lauf lassen. Seine Problemsicht vermittelt der Therapeut dem Patienten nur implizit über den gesamten Therapieprozess, wobei auch bei einer erfolgreichen Behandlung vermutlich eine deutliche Diskrepanz zwischen der professionellen Beurteilung und der Patientensicht bestehen bleibt. Diese zurückhaltende Therapeutenrolle sollte im Rahmen einer PA deutlich stärker umgesetzt werden als in einer TFP.

Hinsichtlich der inhaltlichen Thematisierung kann bei PA und TFP eine stärkere Fokussierung gegenwärtiger Probleme vor dem Hintergrund der Vergangenheit und bei der KVT eine stärkere Fokussierung gegenwärtiger Probleme mit Blick auf zukünftige Veränderungen angenommen werden. Des Weiteren kann erwartet werden, dass in einer PA das Verhalten des Patienten dem Therapeuten gegenüber gezielt zum Thema gemacht wird. Bei einer TFP sollte dies in geringem Umfang und bei einer KVT eher selten bzw. nur bei einer schwierig verlaufenden Therapiebeziehung der Fall sein.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich aufgrund der therapeutischen Konzeption eine Reihe von spezifischen Unterschieden zwischen den drei untersuchten Therapieformen erwarten lassen. Dabei sollten die Unterschiede zwischen PA und KVT am deutlichsten und jene zwischen PA und TFP im Vergleich dazu eher gering sein. Auf die konkreten Erwartungen in Bezug auf das verwendete Beobachtungssystem wird nochmals am Ende dieses Kapitels und unmittelbar vor jeder Einzelfallanalyse eingegangen.

4.3 Untersuchungsinstrumente – Beobachtungssystem

Im Hinblick auf das oben formulierte Erkenntnisinteresse wird sich die Analyse im Kern auf eine systematische Beobachtung der Interaktion zwischen Therapeut und Patient in den Sitzungen stützen. Dafür stehen Tonbandaufnahmen zur Verfügung, die bei den Therapien der MPS von jeder Therapiesitzung angefertigt werden sollten. Die Analyse wird auf der Ebene von Sprechhandlungen angesiedelt und nach dem Gesichtspunkt unterscheidbarer Sinneinheiten strukturiert (siehe Kapitel 2.2.5). D.h. es wird die von außen beobachtbare verbale Kommunikation zwischen Therapeut und Patient fokussiert.

Da die untersuchten Behandlungsmethoden von ihrem theoretischen Hintergrund und ihrer Zielsetzung sehr unterschiedlich sind, musste ein Instrument eingesetzt werden, mit dem unterschiedliche Arten von Therapie sinnvoll beobachtet werden können. Die Wahl fiel auf das von Schindler (1989) entwickelte ‚Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie‘ (CIP), welches zwar im verhaltenstherapeutischen Kontext entwickelt wurde, jedoch so allgemein und theoriefrei angelegt ist, dass es in allen einzeltherapeutischen Kontexten eingesetzt werden kann. Mit Blick auf die Erkenntnisinteressen der Studie wird das CIP gezielt erweitert, wobei unter anderem die Differenzierung in unterschiedliche Wirkmechanismen von Grawe (siehe Kapitel 2.3.5.2) integriert wird. Im Folgenden wird zunächst das CIP in seiner ursprünglichen Version und anschließend die multidimensionale Erweiterung vorgestellt.

4.3.1 Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie

Schindler (1989; 1991) hat bei der Entwicklung dieses Beobachtungsinstrumentes die Operationalisierung der Therapeut-Patient-Beziehung auf einer konkreten Verhaltensebene im Blick. Ausgehend von einer systematischen Beobachtung der Sprechhandlungen von Therapeut und Patient in den Therapiesitzungen wird auf das hypothetische Konstrukt ‚soziale Beziehung‘ (siehe Kapitel 2.1.7) geschlossen. Bei der Auswahl und Definition der Kategorien wurden sowohl verhaltenstherapeutische Überlegungen zur Interaktion zwischen Therapeut und Patient als auch die Kategorien vorhandener Systeme (siehe Kapitel 2.2.5.2) berücksichtigt.

Mit dem CIP werden in zwei voneinander unabhängigen Subsystemen 17 Therapeuten- und 16 Patienten-Sprechhandlungen unterschieden, die zu 7 bzw. 8 Überkategorien zusammenge-

fasst werden können (Tabelle 2). Drei zusätzliche Kategorien für beide Interaktionsteilnehmer gewährleisten die Vollständigkeit (Restkategorie) und die alternierende Codierung von Therapeut und Klient (Zuhören und Pause). Die zwei Subsysteme beinhalten unterschiedliche Kategorien, da aufgrund der spezifischen sozialen Rollen von Therapeut und Patient unterschiedliche Sprechhandlungen erwartet werden können.

Tabelle 2: Überblick über die Kategorien des CIP

Therapeutenkategorien	Patientenkategorien
1. Einfühlung (EF) <ul style="list-style-type: none"> - Gefühlsansprache (GA) - Reformulierung (RF) - Verständnis (VE) 	1. Emotionale Öffnung (EO) <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung positiver Gefühle (PG) - Beschreibung negativer Gefühle (NG)
2. Unterstützung (UN) <ul style="list-style-type: none"> - Zuspruch (ZP) - positive Rückmeldung (PR) - minimale Unterstützung (MU) 	2. Problembeschreibung (PB) <ul style="list-style-type: none"> - sachlicher Bericht (SB) - spezifisches Problem (SP)
3. Exploration (EX) <ul style="list-style-type: none"> - Informationsfrage (IF) - Zusammenfassung (ZF) 	3. Kurzantwort (KA)
4. Erklärung (EK) <ul style="list-style-type: none"> - sachliche Feststellung (SF) - Strukturierung (ST) - Erklärung (EK) - Selbstöffnung (SO) 	4. Änderungsbericht (ÄB) <ul style="list-style-type: none"> - Selbstkontrollversuch (SK) - Erfolgsbericht (EB) - Einsicht (ES)
5. Direktiven (DT) <ul style="list-style-type: none"> - direktive Führung (DF) - Aufgabenstellung (AS) 	5. Mitarbeit/Initiative (MI) <ul style="list-style-type: none"> - Wunsch/Zielvorstellung (WZ) - Zuversicht (ZV) - Änderungsvorschlag (AN)
6. Klassifikation (KF) <ul style="list-style-type: none"> - Konfrontation (KO) - Interpretation (IP) - Kritik (KR) 	6. Klärung (KL) <ul style="list-style-type: none"> - Ansprechen der thera. Beziehung (TB) - Informationsfrage/Ratsuche (IR)
7. Zusätzliche Kategorien <ul style="list-style-type: none"> - Restkategorie (RK) - Pause (PA) - Zuhören (ZH) 	7. Hemmendes Verhalten (HV) <ul style="list-style-type: none"> - Ablehnung/Verweigerung (AV) - Kritik/Provokation (KP) - Resignation (RS)
	8. Zusätzliche Kategorien <ul style="list-style-type: none"> - Restkategorie (RK) - Pause (PA) - Zuhören (ZH)

Die Beobachtungseinheiten werden primär nach dem intersubjektiven Aspekt (siehe Kapitel 2.2.5.1) unterschieden, wobei jedoch auch inhaltlich thematische Aspekte berücksichtigt werden (z.B. bei Gefühlsansprache oder Erfolgsbericht). Die Codierstrategie des CIP fällt zwischen die Pole ‚klassisch‘ und ‚pragmatisch‘, da teilweise auch die vorauslaufende oder die anschließend erwartete Sprechhandlung berücksichtigt wird (z.B. bei Reformulierung). Bei den kategorisierten Sprechhandlungen handelt es sich um Sinneinheiten innerhalb der Sprechersequenz einer Person, die aus einem Wort oder mehreren Sätzen bestehen können. „Eine solche Einheit

ist eine Äußerung, die inhaltlich homogen ist nach der Definition der Kategorie ohne Berücksichtigung von deren Dauer oder syntaktischen Struktur“ (Schindler et al., 1988, S. 9).

Bei der Entwicklung des CIP war ein explizites Ziel, mit den Daten Sequenzanalysen berechnen zu können, die Aufschluss über die wechselseitige Beeinflussung von Therapeut und Patient geben. Deshalb werden Therapeut und Patient immer abwechselnd codiert – es dürfen niemals zwei Codierungen hintereinander eine Person betreffen. Dies wird durch die Kategorie ‚Zuhören‘ gewährleistet, die verwendet wird, wenn ein Interaktionsteilnehmer mehrere unterschiedliche Sinneinheiten hintereinander kommuniziert. Aufgrund der alternierenden Codierungen ist es möglich, bedingte Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Sprechhandlungen unter der Voraussetzung bestimmter vorauslaufender Sprechhandlungen zu berechnen (Markoff-Analysen, siehe Kapitel 2.2.5.3.2).

Für Berechnungen, bei denen hohe Auftretenshäufigkeiten benötigt werden, können die Überkategorien des CIP noch weiter zusammengefasst werden. Beim Therapeuten ist dies eine Sammelkategorie, welche das Einholen und das Geben von Informationen umfasst (Exploration/Erklärung), eine Kombination aus empathischer Haltung und Unterstützung (Einfühlung/Unterstützung) und drittens eine Zusammenfassung von Anleitung und Stellungnahme (Direktiven/Klassifikation). Beim Patienten ist dies eine Kombination von Problembeschreibung und Kurzantworten, eine Sammelkategorie für alle konstruktiven Beiträge (emotionale Öffnung/Änderungsberichte/Mitarbeit/Klärung) und die Kategorie ‚hemmendes Verhalten‘ bleibt als eigenständige Kategorie bestehen. Da für den in der vorliegenden Arbeit vorgenommenen Vergleich von unterschiedlichen Therapiemethoden eine möglichst differenzierte Betrachtung angestrebt wird, soll auf diese Zusammenfassung verzichtet werden. So ist z.B. die getrennte Betrachtung von Direktiven und Klassifikation für die Erwartungen im Hinblick auf die Unterschiede zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse von zentraler Bedeutung.

Unter Bezug auf Interaktionsanalysen bei 31 Verhaltenstherapien schreibt Schindler (1991, S. 182): „Das CIP hat sich als reliables und valides Instrument bewährt, mit Hilfe dessen sich aussagekräftige Verhaltensmuster beschreiben lassen. Es scheint somit geeignet für den Einsatz in weiteren Studien.“ Die Reliabilitäten für die Therapeutenkategorien lagen durchschnittlich bei einem Kappa von 0,75 und für die Patientenkategorien bei 0,77. Auch in anderen Studien (siehe Kapitel 2.3.3) mit unterschiedlichem Design und unterschiedlichen Fragestellungen hat sich das CIP als reliables und valides Beobachtungsinstrument bewährt, mit dem praxisrelevante Erkenntnisse erzielt werden können.

4.3.2 Multidimensionale Erweiterung des CIP

Bei der multidimensionalen Erweiterung des CIP (M-CIP) werden die kategorisierten Sprechhandlungen zusätzlich hinsichtlich des inhaltlichen Fokus, der Fokusverschiebung, des zeitlichen Bezugs, der Ressourcen- vs. Problemorientierung und der Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung beurteilt. Davon ausgenommen sind die Kategorien Pause, Zuhören, minimale Unterstützung und Kurzantwort, da diese in dieser Hinsicht nicht beurteilbar sind.

Diese Weiterentwicklung wurde durch ein altes Beobachtungssystem von Strupp (1957) angeregt, mit dem die Sprechhandlungen des Therapeuten auf fünf Dimensionen beurteilt werden: Type of therapeutic activity, depth-directedness, dynamic focus, initiative, therapeutic climate. Eine Sprechhandlung wird dabei zunächst einer Kategorie der ‚type of therapeutic activity‘ zugeordnet. Diese sind von der Grundkonzeption mit den Kategorien des CIP vergleichbar. Im Anschluss wird die kategorisierte Sprechhandlung hinsichtlich der anderen Aspekte beurteilt. Dieses Vorgehen wurde beim M-CIP übernommen, jedoch mit grundlegend anderen Beurteilungen.

Mit den zusätzlichen Beurteilungen der einzelnen Sprechhandlungen wird der vom CIP primär erfasste intersubjektive Aspekt von Sprechhandlungen durch primär inhaltliche Aspekte ergänzt. Dabei werden die Sprechhandlungen von Therapeut und Patient mit den gleichen Dimensionen beurteilt, wobei die Definitionen vor allem auf den Patienten zugeschnitten sind, da dieser in der Regel im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Bei jeder Dimension stehen mehrere, sich wechselseitig ausschließende Kategorien zur Verfügung (Tabelle 3).

Für die Bestimmung des *inhaltlichen Fokus* stehen fünf thematische Fokusse zur Verfügung. Die dabei vorgenommene grobe Unterscheidung zwischen Patient, Situation und anderen Personen soll alle therapierelevanten Themen abdecken. Mit der Codierung soll ein Vergleich der thematischen Schwerpunktsetzungen in verschiedenen Therapien ermöglicht werden.

Mit der *Fokusverschiebung* wird bestimmt, wie stark sich die codierte Sprechhandlung thematisch von der vorausgegangenen Sprechhandlung entfernt. Die Bestimmung ergibt sich immer in Bezug auf die letzten beiden vorausgegangenen Sprechhandlungen, bei denen ein Fokus bestimmt werden konnte. Wenn es zwischen den beiden vorausgegangenen Kommunikationen zu einer starken Fokusverschiebung oder zu einem Fokuswechsel gekommen ist, bezieht sich die Codierung lediglich auf die letzte vorausgegangene Kommunikation, bei der ein Fokus bestimmt wurde. Mit dieser Codierung wird erfasst, in welchem Umfang es im Rahmen einer

Sitzung zu Fokusverschiebungen kommt und welcher der beiden Gesprächspartner diese Verschiebungen einleitet. Die Kategorien können von 0 (keine Fokusverschiebung) bis 4 (Fokuswechsel) durchnummeriert und dann als Rangskala interpretiert werden. So können z.B. Summenwerte für den Umfang der Fokusverschiebungen in einer Sitzung berechnet werden.

Tabelle 3: Überblick über die Dimensionen und Kategorien des M-CIP

1. Inhaltlicher Fokus
- (1) Patient
- (2) Situation / Aufgabe
- (3) Andere Personen
- (4) Interaktion mit einer Situation
- (5) Interaktion mit anderen Personen
2. Fokusverschiebung
- (0) Keine Fokusveränderung
- (1) Ausweitung des Fokus
- (2) Leichte Fokusverschiebung
- (3) Starke Fokusverschiebung
- (4) Fokuswechsel / Gesprächseröffnung
3. Zeitlicher Bezug
- (1) Vergangenheit
- (2) Gegenwart (die letzten drei Monate)
- (3) Zukunft
- (4) Vergangenheit und Gegenwart
- (5) Gegenwart und Zukunft
- (6) Sonstige Kombinationen
4. Ressourcen- vs. Problemorientierung
- (1) Ressourcenorientierung
- (2) Gemischt – sowohl ressourcen- als auch problemorientiert
- (3) Problemorientierung
5. Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung
- (1) Klärungsorientierung
- (2) Gemischt – sowohl klärungs- als auch bewältigungsorientiert
- (3) Bewältigungsorientierung
Zusätzliche Restkategorien für alle fünf Dimensionen
- (0) Unbestimmt
- (99) nicht codierbar

Mit dem *zeitlichen Bezug* wird bestimmt, auf welchen Zeitraum sich der Inhalt der codierten Sprechhandlung bezieht. Dabei sollte neben konkreten Zeitangaben, die eher selten vorkommen, vor allem berücksichtigt werden, ob die dargestellten Zustände, Ereignisse, Gefühle usw. als abgeschlossen dargestellt werden (‘Mit meiner Ex-Frau gab es immer viel Streit.’), als gegenwärtig aktuell (‘Ich streite häufig mit meiner Freundin.’) oder als in der Planung befindlich (‘Ich würde ihr gerne mal richtig die Meinung sagen.’). Die Gegenwart umfasst die letzten drei Monate. Es können auch kombinierte Zeitbezüge (Vergangenheit/Gegenwart und Gegenwart/Zukunft) erfasst werden.

Die Kategorien der *Ressourcen- vs. Problemorientierung* und der *Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung* beziehen sich auf die Wirkprinzipien von Grawe (siehe Kapitel 2.3.5.2). Eine Ressourcenorientierung liegt vor, wenn bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen des Patienten oder bestimmte Ereignisse und Situationen ‚positiv‘ thematisiert werden (‚Die Arbeit macht mir zur Zeit viel Spaß.‘). Im Gegensatz dazu liegt eine Problemorientierung vor, wenn eine ‚negative‘ Thematisierung erfolgt (‚Erzählen Sie mir von diesen Streitigkeiten doch bitte etwas genauer.‘). Wenn sowohl positive als auch negative Aspekte thematisiert werden oder wenn dieser Aspekt offen bleibt (z.B. bei einer allgemein formulierten Frage), wird ‚gemischt‘ codiert (‚Ich habe vor dieser Auseinandersetzung zwar ziemlich Angst, aber ich glaube, dass ich dem gewachsen sein werde.‘, ‚Schildern Sie mir doch bitte, wie das abgelaufen ist.‘).

Als *klärungsorientiert* werden Kommunikationen codiert, wenn sie scheinbar das Ziel verfolgen, eine Klärung der vergangenen, gegenwärtigen oder zukünftigen Situation des Patienten zu bewirken. Dies ist der Fall, wenn vor allem die Gefühle, Wahrnehmungen, Gedanken und Wünsche des Patienten thematisiert werden, ohne dass explizit auf eine Veränderung eingegangen wird (‚Letzte Woche war meine Stimmung total im Keller.‘).

Bei einer *bewältigungsorientierten* Kommunikation wird im Gegensatz dazu primär der Aspekt der Veränderung thematisiert und die konkrete Problematik implizit als gegeben vorausgesetzt (‚In solchen Situationen sollten Sie versuchen, ruhig und überlegt zu handeln.‘). Wenn sowohl eine Klärung der Problematik als auch eine Veränderung thematisiert werden, wird gemischt codiert (‚Mein zentrales Problem liegt glaube ich darin, dass ich zu wenig Risiken eingehe. Daran sollte ich wohl etwas ändern.‘).

Alle fünf Dimensionen beinhalten zwei Restkategorien, mit denen die Vollständigkeit des Systems gewährleistet wird. Die CIP-Kategorien Zuhören, Pause, minimale Unterstützung und Kurzantwort werden bei allen Dimensionen immer mit ‚nicht codierbar‘ geratet. Wenn bei den anderen CIP-Kategorien keinerlei Bezug zu dem betreffenden Aspekt vorliegt (z.B. kann eine einfache Informationsfrage zum Arbeitgeber keinen Bezug zur Ressourcen- vs. Problemorientierung haben), sollte ‚unbestimmt‘ codiert werden.

Mit dem M-CIP wird die Strategie verfolgt, beim ersten Schritt der Erfassung des Untersuchungsgegenstands eine möglichst differenzierte Datenbasis zu erzeugen, bei der dann im Rahmen der anschließenden Auswertungsschritte verschiedene Zusammenfassungen bzw. Informationsverdichtungen vorgenommen werden können. Die Analyse einer 50-minütigen Therapie-sitzung dauert ungefähr drei Stunden.

Tabelle 4: Eine mit dem M-CIP codierte Interaktionssequenz

Therapeuten-CIP	IF		DF		ZP	
Fokus	4		4		4	
Verschiebung	4		2		1	
Zeit	2		2		3	
Ressourcen	2		2		1	
Klärung	1		2		3	
Patienten-CIP		SP		ES		ZV
Fokus		4		4		4
Verschiebung		1		1		1
Zeit		2		2		3
Ressourcen		2		1		1
Klärung		1		2		3

In Tabelle 4 ist folgende, mit dem M-CIP codierte, Interaktionssequenz dargestellt:

- Th: ‚Wie kommen Sie denn momentan auf der Arbeit zurecht?‘
- Pat: ‚Ich habe gute und schlechte Tage – warum das so schwankt, weiß ich auch nicht.‘
- Th: ‚Versuchen Sie doch-mal, sich den Ablauf eines guten und eines schlechten Tages in Gedanken zu vergegenwärtigen. Wann bzw. mit welchem Ereignis fällt die Entscheidung ob es ein guter oder ein schlechter wird?‘
- Pat: ‚Ja, wenn ich mir das so überlege, dann ist die Entscheidung schon mit dem Verlassen des Hauses gefallen. Wenn ich mit einem guten Gefühl aus dem Haus gehe, dann wird es meist auch ein guter Arbeitstag.‘
- Th: ‚Ich denke, dass Sie lernen können, dies gezielt zu beeinflussen.‘
- Pat: ‚Ja, ich denke das ist ein Ansatzpunkt, der mich weiterbringen wird.‘

Ausformuliert besagt die Codierung der ersten Therapeutenkommunikation folgendes: Der Therapeut stellt eine Informationsfrage (CIP: IF), die sich auf eine Interaktion mit einer Situation bezieht (Fokus: 4), wobei er ein neues Thema anspricht (Verschiebung: 4). Der Zeitbezug ist die Gegenwart (Zeit: 2), der Aspekt der Ressourcen- vs. Problemorientierung wird so angesprochen, dass bei der Antwort sowohl positive als negative Aspekte genannt werden können (Ressourcen: 2) und es wird primär eine Klärung angestrebt ohne explizite Thematisierung einer Veränderung (Klärung: 1). Der Patient beschreibt bei seiner Antwort ein Problem (CIP: SP) im Kontext der Interaktion mit einer Situation (Fokus: 4), wobei er den durch die Frage des Therapeuten vorgegebenen Fokus beibehält (Verschiebung: 1) und sich auf die Gegenwart be-

zieht (Zeit: 2). Er thematisiert sowohl positive als auch negative Aspekte (Ressourcen: 2) und strebt primär eine Klärung an (Klärung: 1).

4.3.3 Beobachter und Reliabilität

Die Daten für die im Ergebnisteil dargelegten Interaktionsanalysen wurden alle vom Autor erhoben, der beim Raten nicht blind war für die Therapiemethode. Es bestand also die Gefahr, dass das M-CIP bei den unterschiedlichen Fällen unterschiedlich angewendet wird. Um diesen Bias möglichst gering zu halten, wurden vor der Formulierung konkreter Hypothesen alle Bänder geratet und eine umfangreiche Einarbeitung und Reliabilitätsprüfung vorgenommen.

Die Einarbeitung des Autors in das CIP und die Testung des M-CIP erfolgte anhand von Bändern einer früheren Studie (Brandl & Kammer, 1999). Im Anschluss wurde ein altes Band komplett mit dem M-CIP codiert und für das CIP anhand der alten Daten die Interrater-Reliabilität berechnet. Für alle Kategorien zeigte sich ein zufrieden stellender Kappa-Koeffizient (Cohen, 1960), der im Mittel bei 0,79 lag. Das gleiche Band wurde nach drei Monaten nochmals anhand der zusätzlichen Dimensionen des M-CIP vom Hauptrater beurteilt, um so auch für diese Urteile eine erste Reliabilitätsbestimmung (in diesem Fall Intrarater) vornehmen zu können. Auch hier zeigten sich für alle Kategorien angemessen Werte, die im Mittel bei 0,77 lagen. Mit Bezug auf die Unstimmigkeiten wurden einige Definition, Anweisungen und Codierregeln konkretisiert und überarbeitet.

Im nächsten Schritt wurde eine zweite Beobachterin, die mit dem CIP aufgrund eigener Studien bereits vertraut war, in das M-CIP eingearbeitet und es wurden gemeinsam Bänder codiert. Anhand der dabei gemachten Erfahrungen wurde das Manual nochmals überarbeitet. Anschließend wurden insgesamt sechs Bänder von Therapien der Münchner Psychotherapiestudie (je zwei der untersuchten Therapiemethoden) unabhängig von beiden codiert. Die mit diesen Daten berechneten Interrater-Reliabilitätswerte lagen alle im zufrieden stellenden Bereich, der mittlere Kappa-coeffizient war 0,78. Es zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapiemethoden.

Im Laufe der Erhebung hat der Autor zur gleichmäßigen ‚Justierung‘ der eigenen Urteile nach allen fünf Bändern nochmals 30 Minuten eines Bandes aus dieser Reliabilitätstestung geratet und die neuen mit den alten Daten verglichen.

4.4 Datenauswertung und Definition von Werten

Da die Erfassung der Rohdaten über eine systematische Verhaltensbeobachtung sehr zeit-
aufwendig ist, erschien es aufgrund der begrenzten Ressourcen für diese Studie nicht möglich,
alle Therapiesitzungen der untersuchten Fälle zu berücksichtigen. Es wurde deshalb festgelegt,
die Tonbandaufzeichnungen der ersten, mittleren und letzten fünf Therapiesitzungen auszu-
werten. Damit soll eine Erfassung von Veränderungen im Therapieverlauf ermöglicht werden.
Unberücksichtigt blieben die probatorischen Sitzungen und Sitzungen, die nach der Postmes-
sung stattgefunden haben.

Die Datenauswertung wird bei jedem Fall in der gleichen Abfolge durchgeführt.

- a. In einem ersten Schritt wird auf die Häufigkeiten und die prozentuale Verteilung der CIP-Codierungen für alle 15 Therapiestunden eingegangen. Damit wird eine grobe Charakterisierung des therapeutischen Geschehens vorgenommen.
- b. Anschließend werden auf der Ebene der CIP-Überkategorien die Unterschiede zwischen den Therapiefällen bestimmt. Teilweise werden signifikante Befunde auf der Ebene der CIP-Einzelkategorien weiter spezifiziert.
- c. Im nächsten Schritt wird untersucht, ob zwischen den drei 5-Stunden-Blöcken Veränderungen beobachtet und damit Aussagen über den Therapieverlauf gemacht werden können. Auch hier wird die Signifikanzprüfung auf der Ebene der Überkategorien ansetzen und zur Spezifizierung eventuell auch die Einzelkategorien ausgeweitet.
- d. Die wechselseitige Beeinflussung von Therapeut und Patient bzw. die bedingten Wahrscheinlichkeiten für die CIP-Codierungen werden dann entsprechend den oben (Kapitel 2.2.5.3.2) vorgestellten Markoff-Analysen auf der Ebene der Überkategorien untersucht.
- e. Mit den M-CIP-Zusatzbeurteilungen (Fokus, Fokusverschiebung, Zeitbezug, Ressourcen- vs. Problemorientierung und Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung) wird zunächst anhand der prozentualen Verteilung für alle 15 Therapiestunden eine weitere Charakterisierung des gesamten Interaktionsprozesses vorgenommen. Beispielsweise kann der Frage nachgegangen werden, welcher Zeitbezug dominiert oder wie die Verteilung von klärungs- vs. bewältigungsorientierten Sprechhand-

lungen ist. Hinsichtlich dieser Charakterisierungen werden dann auch einzelne Vergleiche zwischen den Therapien vorgenommen und mit einem z -Wert auf Signifikanz getestet. Solche Vergleiche zwischen den Therapien werden jedoch ausschließlich hypothesengeleitet bei erwartbaren Unterschieden berechnet. Vergleiche zwischen den 5-Stunden-Blöcken und Markoff-Analysen werden für die M-CIP-Beurteilungen nicht durchgeführt, da diese nochmals eine Vielzahl an Berechnungen beinhalten würden und ein integrierender Überblick über die Ergebnisse kaum mehr möglich wäre.

- f. Eine Einzelfallanalyse abschließend, werden dann noch mit den M-CIP-Zusatzbeurteilungen vertiefende Analysen der Klassifikationen des Therapeuten und der Einsichten des Patienten durchgeführt. Hierbei wird es um die Frage gehen, ob es zwischen den Fällen Unterschiede beim Zeitbezug, bei der Ressourcen- vs. Problemorientierung und bei der Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung gibt. Da es um eine exemplarische und explorative Testung der Analysemöglichkeiten des M-CIP geht, wird der Vergleich rein deskriptiv ohne Signifikanztestung vorgenommen.

Häufigkeitsunterschiede zwischen den Therapien oder den 5-Stunden-Blöcken werden mit einem z -Wert auf Signifikanz getestet: $z = (F - NP) / \sqrt{NP(1 - P)}$ (Revenstorf, Hahlweg, Schindler & Vogel, 1984). Dabei ist F die beobachtete Häufigkeit einer CIP-Kategorie bei Therapie X (bzw. in Block X), N ist die Gesamtzahl der vorgenommenen Codierungen bei Therapie X (bzw. in Block X) und P die berechnete Wahrscheinlichkeit der betreffenden CIP-Kategorie bei Therapie Y (bzw. in Block Y). Mit diesem z -Wert wird demnach geprüft, ob sich die beobachtete Häufigkeit einer Kategorie bei einer Therapie (bzw. in einem Block) von der erwarteten Häufigkeit, die mit der berechneten Wahrscheinlichkeit der anderen Therapie (bzw. des anderen Blocks) für diese Kategorie geschätzt wird, unterscheidet. Der z -Wert ergibt sich aus der Differenz von beobachteter und erwarteter Häufigkeit, dividiert durch die Standardabweichung der erwarteten Häufigkeit. Bei der Berechnung dieses z -Wertes ist es letztlich willkürlich, mit welcher Therapie (bzw. welchem Block) man F und N bestimmt und mit welcher P . Einen Unterschied vorausgesetzt, ergibt sich einmal ein positiver und einmal ein negativer z -Wert. Dieser kann sich jedoch auch geringfügig nominell unterscheiden, weshalb vorab festgelegt wurde, dass immer beide Möglichkeiten berechnet und lediglich der positive z -Wert berücksichtigt wird.

Aufgrund der Vielzahl an vorgenommenen Berechnungen werden bei den Vergleichen zwischen den Therapien, zwischen den Stunden-Blöcken und bei den Markoff-Analysen nur deutliche Unterschiede dargelegt und diskutiert, die auf dem 0,1% Niveau signifikant sind, was bei einem z-Wert von 3,29 angenommen werden kann. Als weitere Bedingung wird festgelegt, dass die beobachtete oder die erwartete Häufigkeit wenigstens 15 betragen sollte.

Die Datenauswertung erfolgt mit dem Programm ‚GSEQ‘ (Generalized Sequential Querier), welches von Bakeman und Quera (1995) speziell für die Analyse von sequentiellen Beobachtungsdaten entwickelt wurde.

Im Folgenden werden einige Werten definiert, mit denen das Geschehen in den Therapiesitzungen im Ergebnisteil zusammenfassend beschrieben werden soll:

- a. *Lebhaftigkeit*. Lebhaftigkeit wird über die Häufigkeit der Sprecherwechsel und den Umfang der geschwiegenen Zeit definiert. Eine Interaktion, bei der sich beide Gesprächspartner mit kurzen Beiträgen häufig abwechseln, wird als lebhafter bezeichnet, als eine Kommunikation, bei der ein oder beide Gesprächspartner sehr lange Beiträge liefern. Die Gesamtzahl der Codierungen mit dem CIP kann in diesem Sinne als ein Indikator für die Lebhaftigkeit der Kommunikation angesehen werden. Ein weiterer Indikator ist der Umfang der geschwiegenen Zeit (Gesprächspausen).
- b. *Gesprächs-Dominanz*. Wenn ein Gesprächspartner bedeutsam mehr längere Redebeiträge liefert als der andere, dann wird er in dieser Hinsicht als dominant bezeichnet. Für die Bestimmung des Umfangs an längeren Redebeiträgen werden bei den CIP-Codierungen von Therapeut und Patient die rein technischen Kategorien (‚Zuhören‘, ‚Pause‘) und die kurzen verbalen Einwüfe (‚minimale Unterstützung‘, ‚Kurzantwort‘) abgezogen. Die für Therapeut und Patient berechneten Werte werden dann ins Verhältnis zueinander gesetzt (Th/Pa). Werte über eins sprechen für eine Dominanz des Therapeuten, Werte unter eins für eine Dominanz des Patienten.
- c. *Thematische Dominanz*. Hiermit ist die Dominanz hinsichtlich des Einflusses auf den thematischen Fokus der Kommunikation gemeint. Als Indikator für diesen Aspekt wird für beide Gesprächspartner ein Summenwert für die Beurteilungen mit der M-CIP-Dimension ‚Fokusverschiebung‘ berechnet und dann zueinander ins Verhältnis gesetzt (Th/Pat). Die vorgenommenen Kategorisierungen werden

- dazu von 0 (keine Fokusverschiebung) bis 4 (Fokuswechsel) gewertet und aufsummiert. Außerdem wird für die längeren Redebeiträge berechnet, wie stark die Fokusverschiebung im Durchschnitt war.
- d. *Ressourcen- vs. Problemorientierung*: Den drei Kategorien dieser Skala werden folgende Werte zugeteilt: ressourcenorientiert = 1; gemischt = 2; problemorientiert = 3 (die Zusatzkategorie ‚unbestimmt‘ wird nicht berücksichtigt). Für Therapeut und Patient getrennt, wird dann der Mittelwert der vergebenen Werte berechnet. Ein Wert unter zwei spricht für eine Dominanz der Ressourcenorientierung und ein Wert über zwei für eine Dominanz der Problemorientierung.
- e. *Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung*: Den drei Kategorien dieser Skala werden folgende Werte zugewiesen: klärungsorientiert = 1; gemischt = 2; bewältigungsorientiert = 3 (die Zusatzkategorie ‚unbestimmt‘ wird nicht berücksichtigt). Für Therapeut und Patient getrennt, wird dann der Mittelwert der vergebenen Werte berechnet. Ein Wert unter zwei spricht für eine Dominanz der Klärungsorientierung, ein Wert über zwei für eine Dominanz der Bewältigungsorientierung.
- f. *Unterschiedlichkeit des Therapeuten- und Patientenverhaltens zwischen den Fällen*. Der Summenwert aller im Rahmen eines Fallvergleichs berechneten z-Werte für das mit dem CIP codierte Therapeutenverhalten soll als quantitatives Maß für die Unterschiedlichkeit zwischen dem Therapeutenverhalten betrachtet werden. Das Gleiche gilt für das Patientenverhalten.

4.5 Auswahl und Beschreibung der Fälle

Wie oben dargelegt, ist die vorliegende Arbeit im Rahmen der Münchner-Psychotherapie-Studie (MPS) durchgeführt worden. Zum besseren Verständnis der Therapien erscheint es notwendig, das Design und den Ablauf dieser seit 1996 am Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar (Technische Universität München) durchgeführten Rahmenstudie in Grundzügen darzustellen.

4.5.1 Münchner-Psychotherapie-Studie (MPS)

Die MPS ist eine primär auf Gruppenanalysen angelegte Therapievergleichsstudie. Der Vergleich bezieht sich auf 102 depressive Patienten, die entweder nach dem Konzept einer Langzeit-Psychoanalyse (PA; N = 35), einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TFP; N = 33) oder einer kognitiven Verhaltenstherapie (KVT; N = 34) behandelt wurden. Über den Gruppenvergleich soll unter anderem der für die PA zentrale Frage nachgegangen werden, ob sie im Unterschied zu den beiden anderen Verfahren besonders stabile und tiefgreifende Veränderungen bewirkt und damit die hohe Sitzungsanzahl gerechtfertigt ist (Huber et al., 1997). Zusätzlich wird untersucht, ob unterschiedliche Patienten von den unterschiedlichen Behandlungsmethoden unterschiedlich profitieren (differentielle Indikation). Diese ergebnisorientierte Zielrichtung (Prä-Post-Vergleich und Katamnesen) wird durch prozessorientierte Fragen ergänzt: Wie werden die Veränderungen mit den unterschiedlichen Behandlungsmethoden erzielt?

Die Patienten haben sich an die psychotherapeutische Ambulanz des Klinikums rechts der Isar mit dem Wunsch nach einer Beratung und Therapievermittlung gewandt. Für eine Studienteilnahme mussten sie folgende Einschlusskriterien erfüllen: Mittleres Alter (25 bis 45 Jahre), Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung ohne Medikamente, keine psychotherapeutische Behandlung in den letzten zwei Jahren, im Vordergrund der Problematik steht eine nach ICD-10 diagnostizierte depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung mit mittlerer oder schwerer Symptomausprägung (F32.1, F32.2, F33.1, F33.2), die sich auch in Becks Depressionsinventar mit einem Wert von mindestens 16 widerspiegelt. Ausschlusskriterien waren eine bestehende Suizidgefahr, Einnahme von Psychopharmaka und schlechte deutsche Sprachkenntnisse.

Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Studie wurde in einem Indikationsgremium von drei erfahrenen Therapeuten und Therapieforschern getroffen. Dabei wurde neben den oben angeführten Kriterien darauf geachtet, dass nach dem derzeitigen Forschungsstand keine begründbare Indikation für eine der drei Behandlungsbedingungen vorliegt. Damit sollte eine randomisierte Zuteilung der Patienten zu den Behandlungsbedingungen ermöglicht werden. Selbstverständlich wurden die Patienten über die Zielsetzung der Studie aufgeklärt und die Teilnahme war absolut freiwillig.

Durchgeführt wurden die Behandlungen in ‚normalen‘ Praxen unter den dort üblichen Bedingungen. Es beteiligten sich ca. zehn Therapeuten pro Behandlungsbedingung. Alle Therapeuten hatten eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten Institut und waren seit längerem selbständig in einer Praxis mit Kassenzulassung tätig. Die Therapeuten erhielten mit der Überweisung des Patienten lediglich die allgemeine Anweisung, diesen als Studienpatienten entsprechend der von ihnen vertretenen Behandlungsmethode zu behandeln. Bei den psychoanalytischen Therapeuten wurde noch zusätzlich angewiesen, ob eine Psychoanalyse oder eine Psychotherapie durchgeführt werden sollte. Die Therapeuten aller drei Behandlungsgruppen hatten ansonsten hinsichtlich der konkreten Therapiedurchführung und der Therapiedauer freie Hand. Eine gewisse Kontrolle des therapeutischen Vorgehens wurde mit der Anweisung erreicht, alle Therapiesitzungen auf Tonband aufzuzeichnen und in regelmäßigen Abständen einen Fragebogen zur Therapie auszufüllen. Trotz der freien Planung bestand die Erwartung, dass sich die drei Therapiegruppen neben den eingesetzten Behandlungstechniken auch in der Anzahl und der Frequenz der Sitzungen unterscheiden: Die Psychoanalysen sollten im Liegen mit einer Frequenz von drei Sitzungen pro Woche durchgeführt werden und am meisten Stunden umfassen; tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapien und Verhaltenstherapien sollten im Sitzen mit einer Frequenz von einer Stunde pro Woche durchgeführt werden. Aufgrund der relativ freien Therapiedurchführung kann jedoch auch innerhalb der Behandlungsgruppen eine relativ hohe Heterogenität erwartet werden, die unter experimentalpsychologischen Gesichtspunkten ein Kritikpunkt ist. Das Ziel der MPS besteht jedoch insbesondere darin, Aussagen über die ‚normale‘ Behandlungspraxis zu treffen.

Die umfassenden Ergebnis- und Verlaufsmessungen sollen hier nur im Überblick dargestellt werden. Es wurden Daten auf vier Ebenen erhoben: (1) Selbsteinschätzung durch den Patienten, (2) Fremdeinschätzung durch einen externen Untersucher, (3) Fremd- und Selbsteinschätzung durch den Therapeuten und (4) Tonbandaufnahmen. Neben der Kern-Messbatterie der

Society for Psychotherapy Research (Grawe & Braun, 1994) wurden gezielt Messinstrumente eingesetzt, die auch die von den psychoanalytischen Therapien postulierten Veränderungen und Prozesse erfassen sollen. Im Zentrum stehen dabei die ‚Skalen psychologischer Kapazitäten‘ (SPK), die von der Arbeitsgruppe um Wallerstein entwickelt und im Rahmen der Studie von Huber und Klug ins deutsche übertragen wurden (Huber, Brandl & Klug, 2004). Mit den SPK soll über ein Expertenrating das psychoanalytische Konstrukt der psychischen Struktur quantitativ erfasst werden. Neben 35 Skalenwerten wird ein Gesamtwert bestimmt. Ein weiteres zentrales Veränderungsmaß sind die nach dem Prinzip des Goal-Attainment-Scaling (Kiresuk et al., 1994) formulierten Therapiezielskalen. Für jeden Patienten wurden vor Therapiebeginn mit Hilfe eines geschulten, unabhängigen Untersuchers drei Therapieziele bestimmt und deren Erreichung auf einer Skala von -1 bis 3 aufgetragen (-1 = schlechter als aktueller Zustand; 0 = aktueller Zustand; 1 = erste bedeutsame Schritte in Richtung Ziel; 2 = vorläufiges Ziel erreicht; 3 = optimaler Zustand/langfristiges Ziel erreicht).

4.5.2 Erfolgs- und Veränderungsbestimmung

Die vorliegende empirische Untersuchung fokussiert zwar primär das therapeutische Geschehen, eine Aussage über den Erfolg der analysierten Therapien sollte aber dennoch getroffen werden. Für die Bezeichnung erfolgreicher Fall wurden zwei Kriterien festgelegt: Im Sinne einer Krankenbehandlung, die von einer Krankenversicherung finanziert wird, sollten am Ende der Behandlung keine Symptome vorliegen, die eine klinische Diagnose rechtfertigen und wenigstens zwei der drei vor Therapiebeginn formulierten Behandlungsziele sollten erreicht, also auf der Skala von -1 bis 3 wenigstens auf Stufe zwei geratet worden sein.

Ergänzend wird als quantitatives Maß die durchschnittliche Effektstärke (Prä-Wert – Post-Wert / SD der Prä-Werte der MPS-Gesamtstichprobe) für folgende Instrumente berechnet: Becks Depressionsinventar (BDI) (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995), Globaler-Symptom-Index (GSI) der Symptom Checkliste (SCL-90-R) (Franke, 1995), Gesamtwert des Inventars Interpersoneller Probleme (IIP) (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994), Globaleinschätzung der Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) (Henrich & Herschbach, 2000) und Gesamtwert der Skalen psychologischer Kapazitäten (SPK) (Huber et al., 2004). Die für die Berechnung der Effektstärken verwendeten Standardabweichungen sind zusammen mit den Mittelwerten in Tabelle 5 dargelegt.

Tabelle 5: Mittelwert und Standardabweichung der Messinstrumente in der MPS-Gesamtstichprobe bei der Prä-Messung

	BDI	GSI (SCL)	IIP-Ges.	FLZ-Ges.	SPK-Ges.
M	25,2	1,2	1,7	2,4	1,0
SD	8,1	0,6	0,4	0,8	0,2

Mit der Berücksichtigung dieser verschiedenen Instrumente soll ein vielgestaltiger Veränderungswert berechnet werden, der den unterschiedlichen Behandlungszielen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie gerecht wird. Mit dem BDI und der SCL-90-R werden psychische und psychosomatische Symptome, mit dem IIP die sozialen Probleme, mit dem FLZ die allgemeine Lebenszufriedenheit und mit den SPK die psychische Struktur erfasst.

4.5.3 Auswahl und Beschreibung der sieben Fälle

Im Zusammenhang mit den Erkenntnisinteressen (siehe Kapitel 4.1) wurde bereits auf einige Kriterien für die Auswahl der Fälle hingewiesen. Die Patienten sollten alle das gleiche Geschlecht haben, sich hinsichtlich weiterer soziodemographischer und klinischer Patientenvariablen möglichst gleichen, jede Therapieart sollte wenigstens zweimal vertreten sein und mindestens zwei Therapien sollten vom selben Therapeuten durchgeführt worden sein. Weitere Kriterien war eine Stundenanzahl von mindestens 30, gute Tonbandaufnahmen der meisten Sitzungen und vollständige Prä- und Post-Messungen. Unter Beachtung dieser Kriterien und der Erkenntnisinteressen wurden die Fälle sukzessive ausgewählt.

Als erstes wurde die Psychoanalyse eines 34-jährigen männlichen Patienten ausgewählt (1PA), die mit einer durchschnittlichen Effektstärke (ES) von 2,7 als sehr erfolgreich bezeichnet werden kann (Tabelle 6 und Tabelle 7). Damit wurde festgelegt, dass Therapien von männlichen Patienten untersucht werden. Bei der zweiten Therapie handelt es sich um eine vom selben Therapeuten durchgeführte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (2TFP), die mit einer durchschnittlichen ES von 3,5 ebenfalls als sehr erfolgreich bezeichnet werden kann. Mit dem Vergleich dieser beiden Fälle kann unter anderem der Frage nachgegangen werden, wie variabel oder konstant sich der Therapeut bei der Umsetzung verschiedener Therapieansätze (PA vs. TFP) verhält.

Tabelle 6: Umfang der Therapien und soziodemographische Daten der Beteiligten

Therapie	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Anzahl Sitzungen	131	51	35	31	168	66	75
Dauer (Monate)	14	15	13	12	30	32	33
Patient							
Geschlecht	M	M	M	M	M	M	M
Alter (Jahre)	34	33	38	44	33	47	35
fester Partner	nein	nein	nein	ja	nein	nein	ja
Kinder	0	0	0	2	0	0	1
Schulabschluss	Realsch.	Realsch.	Realsch.	Abitur	Abitur	Abitur	Abitur
Berufsabschluss	Meister	Lehre	Lehre	Lehre	Lehre	Studium	Studium
Therapeut							
Geschlecht	M	M	M	M	W	W	W
Alter (Jahre)	47	47	47	57	57	45	42
Beruf / Studium	Medizin	Medizin	Medizin	Medizin	Medizin	Psych.	Psych.
Ausbildung	PA	PA	PA	PA	PA	VT	VT
Berufserfahrung (Jahre)	12	12	12	30	25	7	17

Tabelle 7: Prä- und Post-Messungen der untersuchten Therapien

Therapie	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Diagnose	F32.2	F32.2	F32.1	F33.2	F33.1	F33.1	F32.2
Dauer Diagnose	4 J.	4 M.	6 M.	3 J.	5 J.	2,5 J.	1,5 J.
BDI Prä	30	25	26	18	21	21	29
SCL-GSI Prä	0,6	1,5	1,3	0,4	1,6	1,4	2,1
IIP-Gesamt Prä	1,8	2,1	2,2	1,4	2,3	1,8	1,7
FLZ-Gesamt	2	1	2	2	2	2	1
SPK-Gesamt	0,9	1,3	0,9	0,9	1,2	1,4	1,2
BDI Post (ES)	0 (3,7)	0 (3,1)	3 (2,8)	0 (2,2)	7 (1,7)	6 (1,9)	6 (2,8)
SCL-GSI Post (ES)	0,0 (1,0)	0,0 (2,5)	0,4 (1,5)	0,2 (0,4)	0,4 (1,2)	0,4 (1,7)	0,7 (2,4)
IIP-Ges. Post (ES)	0,7 (2,5)	0,7 (3,3)	1,9 (0,6)	1,4 (0,1)	1,9 (1,0)	1,7 (0,3)	1,6 (0,2)
FLZ-Ges. Post (ES)	5 (3,6)	5 (4,8)	3 (1,2)	4 (2,4)	3 (1,2)	3 (1,2)	2 (1,2)
SPK-Gesamt (ES)	0,3 (2,8)	0,4 (3,8)	0,7 (1,0)	0,9 (0,0)	0,6 (2,5)	1,1 (1,5)	1,2 (0,0)
ES-Mittelwert	2,7	3,5	1,4	1,0	1,5	1,3	1,3
Post Diagnose	nein	nein	nein	nein	nein	nein	F34.1
GAS Post	3 / 3 / 1	3 / 3 / 3	3 / 2 / 2	2 / 3 / -1	2 / 2 / 2	2 / 2 / 2	2 / 1 / 0

Auch bei der dritten Therapie handelt es sich um eine TFP, die wiederum vom gleichen Therapeuten durchgeführt wurde (3TFP). Dieser Fall unterscheidet sich vom zweiten primär in der geringeren Anzahl von Therapiestunden und der mit einer durchschnittlichen ES von 1,7 geringer ausgeprägten Veränderung des Patienten. Der Patient dieses Falls litt auch am Ende

der Therapie noch unter einigen depressiven und psychosomatischen Symptomen und vor allem interpersonellen Problemen. Es kann jedoch nicht von einem erfolglosen Fall gesprochen werden, da die Kriterien für eine ICD-10-Diagnose nicht mehr erfüllt werden und der Patient alle drei Therapieziele als erreicht beurteilt. Mit dem Vergleich der Fälle 2TFP und 3TFP kann unter anderem der Frage nachgegangen werden, wie variabel oder konstant sich der Therapeut bei der Umsetzung des gleichen Therapieansatzes in verschiedenen Therapien verhält und ob der Interaktionsprozess Unterschiede aufweist, die mit dem unterschiedlichen Therapieerfolg in Zusammenhang gebracht werden können.

Beim vierten Fall handelt es sich erneut um eine TFP, die diesmal jedoch von einem anderen männlichen Therapeuten durchgeführt wurde (4TFP). Die Veränderungen bei diesem Fall sind mit einer durchschnittlichen ES von 1,1 relativ niedrig, wobei der Unterschied zu Therapie 3TFP durch die niedrigeren Ausgangswerte zustande kommt. Mit dem Vergleich dieses Falls mit den Fällen 2TFP und 3TFP kann somit der Frage nachgegangen werden, wie variabel oder konstant unterschiedliche Therapeuten den gleichen Therapieansatz umsetzen.

Beim fünften Fall handelt es sich um eine von einer Therapeutin durchgeführte Psychoanalyse (5PA), die mit einer durchschnittlichen ES von 1,1 eine relativ geringe Veränderung aufweist. Der Patient leidet ähnlich wie bei Therapie 3TFP auch am Ende der Therapie noch unter einigen depressiven und psychosomatischen Symptomen und insbesondere interpersonellen Problemen. Aber auch hier kann nicht von einem erfolglosen Fall gesprochen werden, da die Kriterien für eine ICD-10-Diagnose nicht mehr erfüllt werden und der Patient zwei der drei Therapieziele als erreicht beurteilt. Mit dem Vergleich 5PA und 1PA kann der Frage nachgegangen werden, wie variabel oder konstant unterschiedliche Therapeuten den gleichen Therapieansatz umsetzen und ob sich der schlechter zu beurteilende Therapieerfolg in den Interaktionsmerkmalen widerspiegelt.

Die beiden Verhaltenstherapien (6KVT und 7KVT) wurden von zwei verschiedenen Therapeutinnen durchgeführt und weisen mit einer ES von 1,2 bzw. 1,0 relativ geringe Veränderungen auf. Therapie 7KVT kann jedoch im Unterschied zu 6KVT als erfolglos bezeichnet werden, da der Patient weiterhin unter einer depressiven Symptomatik leidet, die eine ICD-10-Diagnose rechtfertigt (Dysthymia) und er lediglich ein Therapieziel erreicht hat. Mit dem Vergleich dieser beiden KVT Fälle kann unter anderem der Frage nachgegangen werden, wie variabel oder konstant unterschiedliche Therapeutinnen den gleichen Therapieansatz umsetzen und ob sich der schlechter zu beurteilende Therapieerfolg in den Interaktionsmerkmalen widerspiegelt. Außer-

dem kann über den Vergleich beider Therapien mit den zuvor analysierten psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Fällen die Frage nach den spezifischen Merkmalen der verschiedenen Behandlungsansätze untersucht werden.

4.6 Zusammenfassende Beschreibung der empirischen Studie

Nach dem in den vorangegangenen Abschnitten die verschiedenen Merkmale der Studie bestimmt wurden, soll hier nun noch Mal eine Zusammenfassung mit Bezug auf das ‚Generic Model of Psychotherapy‘ (Orlinsky et al., 2004) vorgenommen werden. Mit der unten dargestellten Sequenz von Einzelfallanalysen soll ein Vergleich des Interaktionsprozesses von zwei Psychoanalysen, drei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und zwei kognitiven Verhaltenstherapien vorgenommen werden. Die Therapien gleichen sich dahingehend, dass alle Patienten männlich sind und sich wegen einer depressiven Symptomatik an eine universitäre Beratungsstelle gewandt haben, weil sie sich über die Möglichkeiten einer Psychotherapie informieren wollten. Sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Beratungsstelle bestand keine Präferenz bzw. Indikation für eine bestimmte Therapieform. Alle Therapien wurden von der Krankenkasse finanziert und in ‚normalen‘ Praxen von erfahrenen, wissenschaftlich interessierten Therapeuten durchgeführt. Es gab keine Manuale oder Instruktionen zur konkreten Durchführung der Therapien. Der Kontext und der Therapievertrag ist bei den Therapien also sehr ähnlich, wobei es hinsichtlich der Sitzungsfrequenz, der Dauer und der Zielsetzung Unterschiede gibt.

Des Weiteren unterscheiden sich die Therapien teilweise in dem quantitativen Ausmaß der Veränderungen des Patienten, wobei nur eine der beiden Verhaltenstherapien als erfolglos bezeichnet werden kann und die anderen Therapien grundsätzlich erfolgreich sind. Die auffälligsten Unterschiede werden bzgl. der therapeutischen Operationen und der therapeutischen Beziehung erwartet (allgemeine Annahmen dazu sind in Kapitel 4.2.4 dargelegt).

Das Geschehen in den Therapiesitzungen wird aus der Perspektive des außenstehenden Beobachters mit dem ‚Multidimensionalen Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie‘ (M-CIP) analysiert. Damit erfolgen die Analysen auf der Ebene eines ‚moment-by-moment processes‘ und die Gliederung anhand unterscheidbarer Sprechhandlungen. Für die Analysen werden jeweils die ersten, die mittleren und die letzten fünf Therapiesitzungen ausgewählt. Bei den

empirischen Analysen wird sowohl eine explorative und deskriptive Zielsetzung verfolgt als auch der spezifischen Frage nachgegangen, ob sich theoretisch und empirisch begründete Erwartungen am Einzelfall bestätigen lassen.

Mit den dargelegten Analysen des Interaktionsprozesses in den Therapiesitzungen können keine direkten Aussagen darüber gemacht werden, ob und wie dieser den Veränderungsprozess des Patienten beeinflusst hat. Die Fragestellung der Wirkfaktorenforschung wird nur indirekt bei den Vergleichen angesprochen. Zum einen wird über den Vergleich der verschiedenen Therapiemethoden eine Voraussetzung von spezifischen Wirkfaktoren überprüft und zwar systematische, vorhersagbare Unterschiede zwischen den Therapiemethoden. Zum anderen kann über einen Vergleich unterschiedlich erfolgreicher Therapien der Frage nachgegangen werden, ob sich dieser in Ansätzen mit den unterschiedlichen Interaktionsmerkmalen erklären lässt.

Im Hinblick auf die Gegenüberstellung der drei Therapiemethoden ergibt sich für folgende Aspekte die Rangliste kognitive Verhaltenstherapie (KVT), tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TFP) und Psychoanalyse (PA):

- a. Lebhaftigkeit der Interaktion (Häufigkeit der Sprecherwechsel und Anzahl der CIP-Codierungen bei Therapeut und Patient);
- b. Anzahl der längeren Redebeiträge des Therapeuten;
- c. Anteil der Explorationen, Unterstützungen, Erklärungen und Direktiven an den CIP-Codierungen des Therapeuten;
- d. Bewältigungsorientierung;
- e. zeitlicher Bezug auf die Gegenwart und die Zukunft.

Für folgende Aspekte wird die umgekehrte Reihenfolge (PA, TFP, KVT) erwartet:

- a. Anteil der Klassifikationen und zusätzlichen Kategorien (Pause und Zuhören) an den CIP-Codierungen des Therapeuten;
- b. Gesamtdauer der Pausen;
- c. Klärungsorientierung;
- d. zeitlicher Bezug auf die Vergangenheit.

Die Ausformulierung dieser Erwartungen und die Konkretisierung auf den Einzelfall erfolgt im Rahmen der einzelnen Falldarstellungen.

5 Eine Sequenz von sieben Einzelfallanalysen – Ergebnisse

5.1 Analyse des ersten Falls – Psychoanalyse 1PA

Bei Therapie 1PA handelt es sich um eine sehr erfolgreiche, 131 Sitzungen umfassende Psychoanalyse, bei welcher der Patient gelegen hat und die in der Regel mit einer Frequenz von drei Sitzungen pro Woche über einen Zeitraum von 14 Monaten durchgeführt wurde (Tabelle 6). Der 34-jährige Patient hat bei Therapiebeginn keine Partnerin und arbeitet als Meister in einem Lehrberuf. Er leidet mit einem BDI von 30 unter einer ausgeprägten depressiven Symptomatik und ist mit seinem Leben insgesamt eher unzufrieden (FLZ: 2). Die Überschriften seiner drei persönlichen Therapieziele sprechen alle den sozialen Bereich an: (1) Unabhängigkeit und Abgrenzung von der Familie; (2) Partnerschaft – intime Beziehung; (3) Berufliche Situation. Die über die Instrumente gemittelte Effektstärke beträgt 2,7 (Tabelle 7). Bei Therapieende ist die depressive Symptomatik vollständig abgeklungen (BDI: 0), der Patient ist mit seinem Leben sehr zufrieden (FLZ: 5) und der SPK-Gesamtwert (0,3) spricht für eine strukturelle Veränderung im psychoanalytischen Sinne. Dies steht im Einklang damit, dass keine psychische Störung mehr vorliegt und zwei der drei Therapieziele vollständig erreicht wurden.

Der 47-jährige Therapeut ist Mediziner und hat zwölf Jahre Berufserfahrung. Er führt sowohl Psychoanalysen als auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durch.

5.1.1 Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 1PA

Mit der Analyse von 1PA erfolgt der Einstieg in die Sequenz von Einzelfallanalysen. Die im Folgenden dargelegten Erwartungen und Hypothesen beziehen sich auf den Vergleich mit den Daten der oben (siehe Kapitel 2.3.3) beschriebenen Einzelfallanalyse einer erfolgreichen kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bei einer depressiven Patientin (Kaimer et al., 1989) und den theoretischen Ausführungen zur Psychoanalyse (siehe Kapitel 4.2).

In Anbetracht der zurückhaltenden, abstinenten Haltung des Psychoanalytikers und der Aufforderung an den Patienten zur freien Assoziation wird erwartet, dass die Interaktion bei

1PA weniger lebhaft (siehe Kapitel 4.4) ist als in der KVT. D.h. es wird erwartet, dass bei 1PA insgesamt weniger CIP-Codierungen vorgenommen wurden als in der KVT.

Bezogen auf die CIP-Überkategorien werden folgende Unterschiede zur KVT erwartet: Im Sinne der Umsetzung der für die Psychoanalyse spezifischen Wirkmechanismen sollte das Kommunikationsverhalten des Therapeuten stärker von den zusätzlichen Kategorien (vor allem Zuhören und Pause) und Klassifikationen (vor allem Interpretationen) geprägt sein als in der KVT. Dagegen sollten Unterstützungen (vor allem Zuspruch und positive Rückmeldungen), Explorationen, Erklärungen und Direktiven bei 1PA in geringerem Umfang vorkommen.

Das Kommunikationsverhalten des Patienten sollte im Sinne der freien Assoziation relativ wenig durch den Psychoanalytiker beeinflusst werden, weswegen dazu kaum Erwartungen formuliert werden können. Da es sich um eine erfolgreiche Behandlung handelt wird jedoch erwartet, dass im Verlauf der Behandlung die Problembeschreibungen und die Beschreibungen negativer Gefühle anteilmäßig abnehmen und die Änderungsberichte und die Beschreibungen positiver Gefühle zunehmen.

Hinsichtlich der Zusatzbeurteilungen mit dem M-CIP gibt es noch keinerlei Vergleichswerte, auf die man sich bei der Formulierung von Erwartungen stützen könnte, weswegen hier zunächst rein explorativ und deskriptiv begonnen wird.

5.1.2 Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 1PA

Bei 1PA wurden insgesamt 869 CIP-Codierungen vorgenommen (Tabelle 8). Damit ergibt sich für die 15 analysierten Sitzungen ein Durchschnitt von 58 Codierungen. Dies ist im Vergleich zu den 301 Codierungen pro Sitzung in der KVT (Tabelle 1, S. 69), deutlich weniger und spricht für eine wenig lebhaft Interaktion. Dieses Bild verstärkt sich noch, wenn man die rein technischen Kategorien (Zuhören, Pause) und die kurzen verbalen Einwürfe (minimale Unterstützung, Kurzantwort) bei Therapeut und Patient abzieht. Dann wurden in den 750 Minuten lediglich 565 längere Redebeiträge codiert, 182 beim Therapeuten und 383 beim Patienten. Der Umfang der Redebeiträge ist also sehr ungleich verteilt (der Wert zur Gesprächs-Dominanz ist $182/383 = 0,48$; siehe dazu Kapitel 4.4).

Die insgesamt 121 Gesprächspausen dauern zusammen ca. 60 Minuten, d.h. ca. 8% der Zeit wird geschwiegen. Beim Therapeuten nehmen die Pausen-Codierungen mit 28% den mit Ab-

stand höchsten Anteil ein. Beim Patienten sind mit 5% deutlich weniger Pausen codiert, d.h. vor den Pausen hat meistens der Patient geredet und dann auch das Schweigen durch einen weiteren Redebeitrag beendet (Patient redet – Schweigen – Patient redet).

Tabelle 8: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 1PA

Therapeut		%	N	Patient		%	N
EF	GA	2,6	11	EO	PG	8,4	37
	RF	11,2	48		NG	18,3	81
	VE	2,6	11	PB	SB	1,1	5
UN	ZP	0,9	4		SP	12,4	55
	PR	1,4	6	KA		6,6	29
	MU	20,6	88	ÄB	SK	3,6	16
EX	IF	6,1	26		EB	12,0	53
	ZF	0,0	0		ES	14,7	65
EK	SF	0,5	2	MI	WZ	4,5	20
	ST	0,2	1		ZV	2,7	12
	EK	0,9	4		AN	4,3	19
	SO	1,4	6	KL	TB	1,8	8
DT	DF	1,6	7		IR	1,1	5
	AS	0,0	0	HV	AV	0,7	3
KL	KO	3,8	16		KP	0,0	0
	IP	9,4	40		RS	0,9	4
	KR	0,0	0	ZK-Pa	RKPa	0,0	0
ZK-Th	RK-Th	0,0	0		PAPa	4,5	20
	PA-Th	28,3	121		ZHPa	2,3	10
	ZH-Th	8,4	36		Gesamt	100,0	442
	Gesamt	100,0	427				

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Von den 182 längeren Redebeiträgen des Therapeuten nehmen die 48 Reformulierungen den größten Anteil ein, gefolgt von 40 Interpretationen, 26 Informationsfragen, 16 Konfrontationen und 11 Gefühlsansprachen. Die Häufigkeiten der anderen Kategorien liegen unter 10.

Der Vergleich mit dem Verhalten des KVT-Therapeuten zeigt mit Ausnahme von Unterstützung für alle anderen Überkategorien bedeutsame Unterschiede (Abbildung 3). Der Psychoanalytiker zeigt weniger Einfühlungen ($z = 4,57$; $p < 0,001$), Explorationen ($z = 15,87$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 59,04$; $p < 0,001$) und Direktiven ($z = 17,31$; $p < 0,001$) und mehr Klassifikationen ($z = 27,98$; $p < 0,001$) und zusätzliche Kategorien ($z = 51,42$; $p < 0,001$).

Beim Patienten verteilen sich die 383 längeren Redebeiträge deutlich stärker auf die Einzelkategorien. Den größten Anteil nehmen die 81 negativen Gefühlsbeschreibungen ein, gefolgt

von 65 Einsichten, 55 spezifischen Problembeschreibungen, 53 Erfolgsberichten und 37 positiven Gefühlsbeschreibungen.

Der Vergleich mit dem Verhalten der Patientin der KVT ergibt für alle Überkategorien bedeutsame Unterschiede (Abbildung 3). Der Patient von 1PA zeigt mehr emotionale Öffnung ($z = 7,61$; $p < 0,001$), Erfolgsberichte ($z = 16,17$; $p < 0,001$), und Mitarbeit ($z = 4,79$; $p < 0,001$) und weniger Problembeschreibungen ($z = 13,21$; $p < 0,001$), Kurzantworten ($z = 22,09$; $p < 0,001$) und zusätzliche Kategorien ($z = 13,80$; $p < 0,001$).

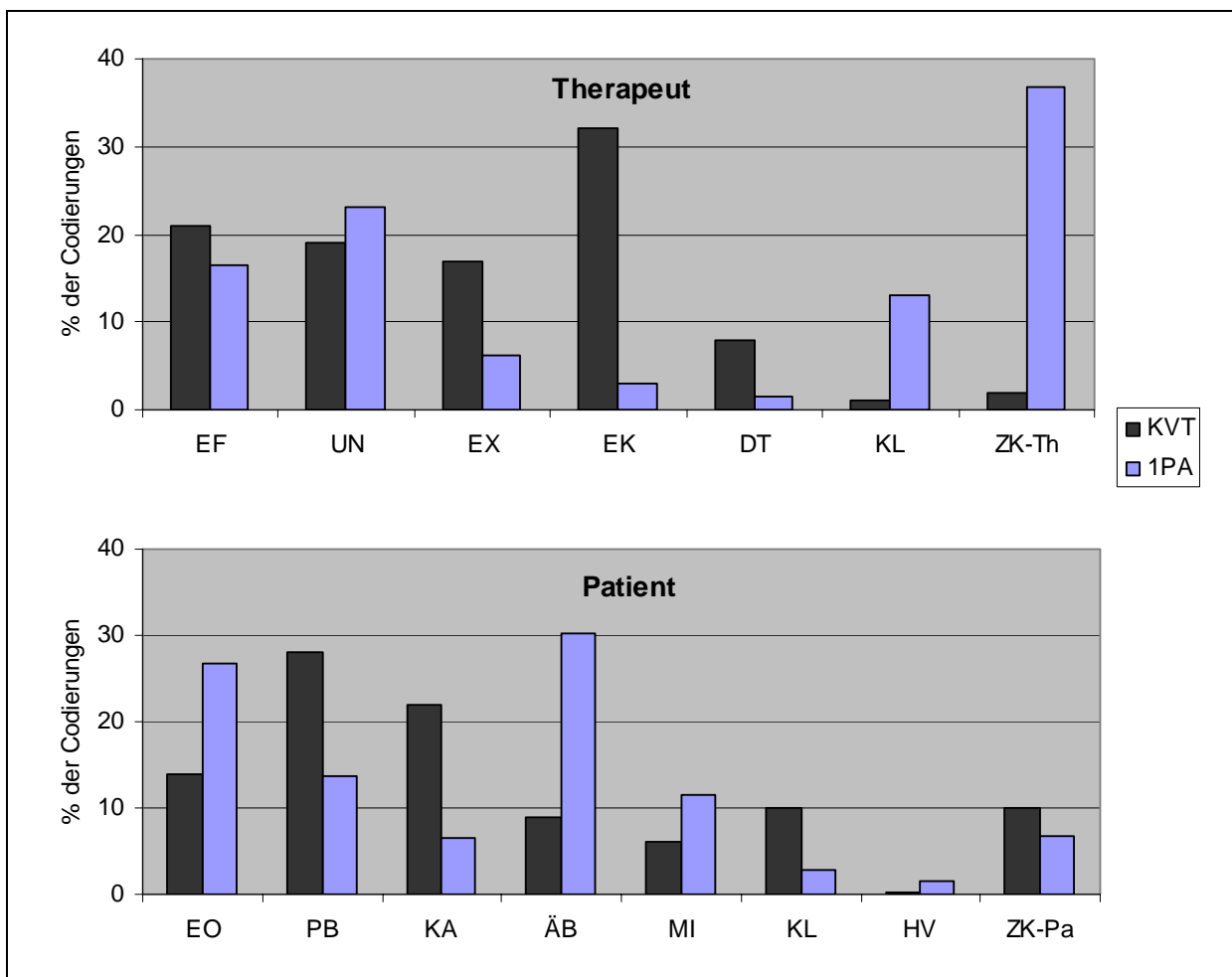


Abbildung 3: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von der KVT aus der Studie von Kaimer et al. (1989) und 1PA

In Tabelle 9 ist die Verteilung der CIP-Codierungen getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke dargestellt. Die Anzahl der Codierungen nimmt im Therapieverlauf von 234 im 1. auf 275 im 2. und 360 im 3. Block zu. Bezogen auf die Häufigkeit von längeren Redebeiträgen des Therapeuten ist der Verlauf 60 – 42 – 80. Aufgrund der geringen Anzahl an Codierungen wurde für

die Erklärungen und Direktiven keine Signifikanzprüfung der Unterschiede vorgenommen. Der Anteil an Einfühlungen ist im 1. und 3. Block höher als im 2. ($z = 4,72$ und $3,52$; $p < 0,001$). Exploration kommt im 1. Block deutlich mehr vor als im 2. und 3. Block ($z = 9,78$ und $8,33$; $p < 0,001$). Die zusätzlichen Kategorien dagegen kommen im 2. Block häufiger vor als im 1. und 3. Block ($z = 4,04$ und $5,76$; $p < 0,001$). Dies steht im Einklang mit der Dauer der Pausen, die von ca. 16 Minuten zur Mitte hin auf ca. 24 ansteigt und dann wieder leicht auf ca. 21 abfällt. Der Anteil der Klassifikationen zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Blöcken. Wenn man sich jedoch nur auf die längeren Redebeiträge bezieht, dann zeigt sich, dass der Anteil im 2. Block 55% beträgt, im 1. 25% und im 3. 23%. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich beim Therapeuten vor allem der 2. von den beiden anderen Blöcken unterscheidet.

Tabelle 9: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 1PA, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke

Therapeut	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)	Patient	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
GA	3,5 (4)	3,0 (4)	1,7 (3)	PG	0,8 (1)	3,6 (5)	17,0 (31)
RF	17,5 (20)	5,9 (8)	11,2 (20)	NG	27,5 (33)	26,4 (37)	6,0 (11)
VE	1,8 (2)	0,7 (1)	4,5 (8)	SB	0,0 (0)	0,0 (0)	2,7 (5)
ZP	0,0 (0)	0,0 (0)	2,2 (4)	SP	33,3 (40)	10,7 (15)	0,0 (0)
PR	0,9 (1)	0,0 (0)	2,8 (5)	KA	4,2 (5)	5,0 (7)	9,3 (17)
MU	13,2 (15)	18,5 (25)	27 (48)	SK	3,3 (4)	3,6 (5)	3,8 (7)
IF	15,8 (18)	2,2 (3)	2,8 (5)	EB	0,8 (1)	6,4 (9)	23,6 (43)
ZF	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	ES	8,3 (10)	19,3 (27)	15,4 (28)
SF	0,0 (0)	0,0 (0)	1,1 (2)	WZ	7,5 (9)	7,1 (10)	0,5 (1)
ST	0,0 (0)	0,0 (0)	0,6 (1)	ZV	0,0 (0)	0,7 (1)	6,0 (11)
EK	0,0 (0)	0,7 (1)	1,7 (3)	AN	5,0 (6)	4,3 (6)	3,8 (7)
SO	0,0 (0)	0,0 (0)	3,4 (6)	TB	0,0 (0)	0,7 (1)	3,8 (7)
DF	0,0 (0)	1,5 (2)	2,8 (5)	IR	0,8 (1)	0,7 (1)	1,6 (3)
AS	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	AV	0,0 (0)	0,7 (1)	1,1 (2)
KO	1,8 (2)	4,4 (6)	4,5 (8)	KP	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
IP	11,4 (13)	12,6 (17)	5,6 (10)	RS	0,0 (0)	2,9 (4)	0,0 (0)
KR	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	RK-Pa	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
RK-Th	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	PA-Pa	6,7 (8)	5,7 (8)	2,2 (4)
PA-Th	34,2 (39)	37,0 (50)	18,0 (32)	ZH-Pa	1,7 (2)	2,1 (3)	2,7 (5)
ZH-Th	0,0 (0)	13,3 (18)	10,1 (18)	Gesamt-N	120	140	182
Gesamt-N	114	135	178				

Beim Patienten zeigt sich für die Häufigkeit der längeren Redebeiträge ein kontinuierlicher Anstieg im Verlauf: 105 – 122 – 156. Aufgrund der geringen Anzahl an Codierungen wurde

für hemmendes Verhalten, Klärung und Kurzantworten keine Signifikanzprüfung bzgl. der Unterschiede zwischen den drei Blöcken vorgenommen. Für emotionale Öffnungen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Blöcken, auf der Ebene der Einzelkategorien wird jedoch deutlich, dass in den ersten beiden Blöcken primär negative Gefühle beschrieben werden und im dritten primär positive. Der Anteil an Problembeschreibungen nimmt im Verlauf kontinuierlich ab (B1 vs. B2: $z = 8,01$; $p < 0,001$; B2 vs. B3: $z = 5,76$; $p < 0,001$) und der an Änderungsberichten nimmt kontinuierlich zu (B2 vs. B1: $z = 6,01$; $p < 0,001$; B3 vs. B2: $z = 4,02$; $p < 0,001$). Für die Mitarbeit zeigen sich keine Veränderungen. Der erste Block wird demnach klar von negativen Gefühlsbeschreibungen und spezifischen Problembeschreibungen dominiert (64% der längeren Redebeiträge) und der dritte Block von Erfolgsberichten, positiven Gefühlsbeschreibungen und Einsicht (76% der längeren Redebeiträge). Der zweite Block nimmt in diesem Verlauf eine mittlere Stellung ein (42 vs. 43%).

Die geringe Anzahl an Codierungen und der hohe Anteil an den zusätzlichen Kategorien beim Therapeuten schränkt die Möglichkeit der Berechnung von Markoff-Analysen deutlich ein. Das Kriterium einer Signifikanz auf dem 0,1% Niveau bei einer erwarteten oder beobachteten Häufigkeit von wenigstens 15 wird nur von zwei Übergangswahrscheinlichkeiten erfüllt. Auf die insgesamt 95 Unterstützungen (primär minimale Unterstützungen) des Therapeuten reagiert der Patient unterzufällig häufig ($z = -3,54$; $p < 0,001$) mit Problembeschreibungen ($N = 2$) und nach einer emotionalen Öffnung des Patienten ($N = 114$) wird beim Therapeuten überzufällig häufig ($z=3,60$; $p < 0,001$) eine zusätzliche Kategorie codiert ($N = 58$; 36% Pause).

In Tabelle 10 ist die Verteilung der zusätzlichen Beurteilungen mit dem M-CIP dargestellt. Beim Therapeuten sind 57% und beim Patienten 14% der CIP-Codierungen nicht beurteilbar, da es sich um ‚Pause‘, ‚Zuhören‘ oder ‚minimale Unterstützung‘ bzw. ‚Kurzantwort‘ handelt. Hinsichtlich der vorgenommenen Beurteilungen des Fokus zeigt sich sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten eine Dominanz der Thematisierung einer gewissen Art von Interaktion, entweder mit einer Situation oder mit anderen bedeutsamen Menschen.

Der Summenwert für die Fokusverschiebungen, der ein Indikator für die thematische Dominanz ist (siehe Kapitel 4.4), beträgt für den Therapeuten 235 und für den Patienten 584, was ein Verhältnis von 0,4 ergibt. Für die längeren Redebeiträge, bei denen eine Beurteilung mit dieser Skala vorgenommen wird, ergibt sich beim Therapeuten ein Durchschnittswert von 1,3 und beim Patienten von 1,5. Es zeigt sich also eine relativ eindeutige thematische Dominanz des Patienten.

Tabelle 10: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 1PA

		Therapeut		Patient	
		%	N	%	N
Fokus	Patient	20,1	37	20,8	79
	Situation	6,5	12	1,1	4
	Andere Personen	4,9	9	1,1	4
	Interaktion mit Situation	27,2	50	33,2	126
	Interaktion mit anderen	41,3	76	43,8	166
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Fokusver- schiebung	Keine Fokusveränderung	7,6	14	0,8	3
	Ausweitung des Fokus	63,0	116	56,2	213
	Leichte Fokusverschiebung	23,9	44	34,8	132
	Starke Fokusverschiebung	4,9	9	4,5	17
	Fokuswechsel	0,5	1	3,7	14
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Zeitbezug	Vergangenheit	17,4	32	9,5	36
	Gegenwart	59,8	110	40,6	154
	Zukunft	8,7	16	4,0	15
	Vergangenheit/Gegenwart	9,2	17	27,2	103
	Gegenwart/Zukunft	4,9	9	14,8	56
	Sonstige Kombinationen	0,0	0	4,0	15
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Ress. vs. Problem.	Ressourcenorientiert	23,4	43	27,2	103
	Gemischt	10,3	19	26,1	99
	Problemorientiert	35,9	66	42,2	160
	Unbestimmt	30,4	56	4,5	17
Klär. vs. Bewältig.	Klärungsorientiert	72,3	133	35,4	134
	Gemischt	20,7	38	54,6	207
	Bewältigungsorientiert	7,1	13	10,0	38
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Anzahl beurteilter CIP-Kategorien		184		379	

Anmerkung: Beim Therapeuten sind 243 und beim Patienten 63 CIP-Codierungen mit den Erweiterungen des M-CIP nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt.

Hinsichtlich des Zeitbezugs ist beim Therapeuten die Gegenwart mit 63% die mit Abstand häufigste Kategorie, gefolgt von einer Thematisierung der Vergangenheit. Auch beim Patienten sind mit Abstand die meisten Kommunikationen auf die Gegenwart und relativ viele Kommunikationen sind gleichzeitig auf Vergangenheit und Gegenwart bezogen.

Für die Ressourcen- vs. Problemorientierung ergibt sich beim Therapeuten eine leichte Dominanz der Problemorientierung. Der Wert für diese Skala (siehe Kapitel 4.4) beträgt 2,2. Auffallend ist die relativ häufige Verwendung der Kategorie ‚unbestimmt‘. Für die andere Dimension zeigt sich eine klare Dominanz der Klärungsorientierung, die insgesamt 72% der Co-

dierungen beim Therapeuten ausmacht (Wert = 1,3). Bewältigungsorientiert sind mit 7% nur relativ wenige der Codierungen. Beim Patienten dominieren ebenfalls problemorientierte Kommunikationen (Wert = 2,2). Es gibt jedoch in dieser Hinsicht relativ wenige unbestimmte und dafür relativ viele gemischte Kommunikationen. Bei der anderen Dimension zeigt sich eine klare Dominanz gemischter Kommunikationen. Primär bewältigungsorientierte Kommunikationen kommen auch beim Patienten relativ selten vor (Wert = 1,8).

Die Analyse von 1PA abschließend, wird nun noch mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen eine vertiefende Betrachtung der Einsichten des Patienten und der Klassifikationen des Therapeuten vorgenommen. Von den 65 als Einsicht codierten Sprechhandlungen des Patienten beziehen sich 39 (60%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 22 (34%) auf die Gegenwart und lediglich 4 (6%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Der Therapeut bezieht sich bei seinen 56 Klassifikationen 19-mal (34%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 35-mal (63%) auf die Gegenwart und lediglich 2-mal (4%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Die Klassifikationen sind in 61% der Fälle (N = 34) problemorientiert und mit 29% (N = 16) weit seltener ressourcenorientiert oder gemischt. Des Weiteren sind 66% (N = 37) klärungsorientiert und 34% (N = 19) bewältigungsorientiert oder gemischt. Für die Einsichten des Patienten ergibt sich dagegen, dass mehr als die Hälfte entweder ressourcenorientiert oder gemischt (N = 34; 52%) und lediglich 48% (N = 31) rein problemorientiert sind sowie 62% (N = 40) bewältigungsorientiert oder gemischt und lediglich 38% (N = 25) rein klärungsorientiert sind.

5.1.3 Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 1PA

Die meisten Erwartungen bzgl. der Interaktionsmerkmale von 1PA konnten bestätigt werden. Es zeigt sich im Überblick das Bild einer psychoanalytischen Therapie ‚wie sie im Lehrbuch steht‘. Die geringe Anzahl der Codierungen und die häufigen, primär beim Therapeuten codierten Gesprächspausen sprechen für eine relativ ruhige, wenig lebhaftere Interaktion. Der Therapeut scheint im analytischen Sinne abstinent zu sein und aus der hier eingenommenen Perspektive ist der Patient bezogen auf den Umfang der Redebeiträge und die Fokusverschiebungen klar dominant. Das Kommunikationsverhalten des Therapeuten erscheint verhältnismäßig eingeschränkt bzw. wenig variabel. Erklärungen, Direktiven und richtig formulierte Unterstützungen (Zuspruch, positive Rückmeldung) werden vom Therapeuten sehr selten, Einfühlungen und Klassifikationen dagegen relativ häufig gezeigt. Bezogen auf den Vergleich der drei

5-Stunden-Blöcke scheint das Verhalten des Therapeuten im mittleren Block am analytischsten zu sein. Mehr als die Hälfte seiner längeren Redebeiträge sind in diesen Stunden Klassifikationen und dominieren damit ganz klar sein Verhalten.

Beim Patienten legen die Ergebnisse den Schluss nahe, dass er scheinbar gut mit dem therapeutischen Angebot zurechtgekommen ist. Ohne erkennbare kontinuierliche Anregung durch den Therapeuten thematisiert er in seinen Sprechhandlungen Aspekte, die entsprechend der Befunde der Prozess-Ergebnis-Forschung (Orlinsky et al., 2004) allgemein als veränderungsförderlich angesehen werden können (hoher Anteil an emotionaler Öffnung und Änderungsberichten) und verliert sich in dem Prozess der freien Assoziation scheinbar nicht in langen Problembeschreibungen. Der Verlauf über die drei 5-Stunden-Blöcke steht im Einklang mit der Bewertung der Therapie als sehr erfolgreich, am Anfang dominieren negative Gefühle und Problembeschreibungen, am Ende positive Gefühle und Änderungsberichte.

Der Vergleich mit der KVT (Kaimer et al., 1989) zeigt sowohl für das Therapeuten- als auch für das Patientenverhalten eine Vielzahl von Unterschieden. Es hat den Anschein, dass in den Therapien grundsätzlich verschiedene Wirkmechanismen umgesetzt werden. Hinsichtlich des Unterschieds zwischen den Patienten kann vermutet werden, dass diese durch das unterschiedliche Therapeutenverhalten bedingt sind. Da der Psychoanalytiker dem Patienten sehr viel Raum lässt, nur relativ wenige Fragen stellt und wenig Direktiven und Erklärungen gibt, hört der Patient dem Therapeuten nur selten zu, gibt relativ wenige Kurzantworten und die Sprechhandlungen erfüllen relativ häufig die Kriterien für emotionale Öffnung, Erfolgsbericht und Mitarbeit. Hierbei muss die Codierregel des CIP berücksichtigt werden, die bestimmten Kategorien eine Priorität vor anderen Kategorien einräumt. Kurzantwort, sachlicher Bericht und spezifisches Problem werden nur codiert, wenn keine andere Kategorie angemessen ist. Wenn der Patient in einem längeren Redebeitrag z.B. zunächst ein Problem schildert und dann auf seine erfolgreiche Bewältigung eingeht, dann wird lediglich Erfolgsbericht codiert. Da der KVT-Therapeut aktiver ist und beispielsweise häufiger Fragen stellt, gibt es beim Patienten mehr Redebeiträge, die lediglich die Kriterien von Kurzantwort oder Problembeschreibung erfüllen.

Aufgrund der relativ wenigen Codierungen und der Dominanz der zusätzlichen Kategorien beim Therapeuten waren die Möglichkeiten der Berechnung von Markoff-Analysen stark eingeschränkt. Diese Art der Datenanalyse setzt ein bestimmtes Maß an Lebhaftigkeit und gleichmäßiger Gesprächsbeteiligung voraus, was in der Interaktion in Therapie 1PA nicht der Fall war.

Die Interaktion scheint von der üblicherweise in Verhaltenstherapien vorkommenden so grundlegend verschieden zu sein, dass diese bewährte Analysemethode kaum anwendbar ist.

Da die neu entwickelten Zusatzbeurteilungen mit dem M-CIP hier zum ersten Mal angewendet werden, gibt es keinen Bezugspunkt für Vergleiche. Beim Therapeuten kann über die Hälfte der CIP-Codierungen nicht beurteilt werden, da es sich um Zusatzkategorien oder minimale Unterstützung handelt. Die Passung zwischen Instrument und Interaktion ist also zumindest für das Therapeutenverhalten fraglich und das M-CIP muss in dieser Hinsicht kritisch betrachtet werden (was in der Diskussion gemacht wird, Kapitel 8.1). Beim Patienten stellt sich das Problem mit einem Anteil von 14% nicht beurteilbarer CIP-Codierungen weit weniger.

Im Einklang mit den drei persönlichen Therapiezielen des Patienten, die alle auf den sozialen Bereich bezogen sind, dominiert bei beiden Beteiligten der Fokus ‚Interaktion mit anderen‘. Hinsichtlich der Fokusverschiebungen kann gesagt werden, dass aufgrund der wenigen längeren Redebeiträgen des Therapeuten der Gesprächsfokus primär vom Patienten bestimmt wird. Zeitlich ist das Gespräch primär auf die Gegenwart bezogen, vor allem der Patient stellt jedoch auch relativ viel Bezüge zwischen Vergangenheit und Gegenwart her, was insbesondere für die Mehrheit der Einsichten gilt. Auch die Klassifikationen des Therapeuten sind in der Mehrheit auf die Gegenwart bezogen.

Für die im Sinne der Wirkprinzipien von Grawe vorgenommenen Beurteilungen nach Ressourcen- vs. Problemorientierung dominiert beim Therapeuten tendenziell die Problemorientierung. Es fällt auf, dass relativ viele Redebeiträge (30%) in dieser Hinsicht unbestimmt, d.h. neutral sind, was ein Hinweis auf die abstinente Haltung des Psychoanalytikers ist. Beim Patienten dominiert ebenfalls die Problemorientierung, die Kategorie ‚unbestimmt‘ wird jedoch nur sehr selten verwendet.

Bei der Dimension Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung dominiert beim Therapeuten klar die Klärungsorientierung, was im Einklang mit dem von der Psychoanalyse postulierten, primär auf Klärung unbewusster Zusammenhänge ausgerichteten Wirkmechanismus steht. Es hat den Anschein, dass der Patient von sich aus, d.h. ohne explizite Anregung durch den Therapeuten, die Klärungsorientierung mit einer auf Veränderung und Problembewältigung ausgerichteten Orientierung verbindet. Dies zeigt sich sehr deutlich auch bei der vertiefenden Analyse der Einsichten, die in dieser Hinsicht in der Mehrzahl gemischt oder bewältigungsorientiert sind, wohingegen die Klassifikationen des Therapeuten vor allem rein klärungsorientiert sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit der dargelegten Einzelfallanalyse eine Therapie beschrieben wird, die sich in fundamentaler Hinsicht von anderen mit dem CIP durchgeführten Einzelfallanalysen unterscheidet (siehe Kapitel 2.3.3) und die meisten theoretisch an eine Psychoanalyse gerichteten Erwartungen erfüllt.

5.2 Analyse des zweiten Falls – Tiefenpsychologische Therapie 2TFP

Bei Therapie 2TFP handelt es sich um eine sehr erfolgreiche, 51 Sitzungen umfassende tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, bei welcher der Patient gesessen hat und die in der Regel mit einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche über einen Zeitraum von 15 Monaten durchgeführt wurde. Der 33-jährige Patient hat bei Therapiebeginn keine Partnerin und arbeitet in einem Lehrberuf. Er leidet mit einem BDI von 25 unter einer ausgeprägten depressiven Symptomatik und der GSI von 1,5 spricht für eine insgesamt relativ starke psychosomatische Belastung. Mit seinem Leben ist er insgesamt unzufrieden (FLZ: 1). Die Überschriften seiner drei persönlichen Therapieziele lauten folgendermaßen: (1) Selbstbewusstsein; (2) Beziehungsfähigkeit; (3) Konfliktfähigkeit. Die gemittelte Effektstärke ist mit 3,5 höher als bei 1PA (2,7), was vor allem durch die höheren Werte bei der Prä-Messung bedingt ist. Bei Therapieende sind die Werte fast identisch mit denen bei 1PA, die depressive Symptomatik ist vollständig abgeklungen (BDI: 0), der Patient ist mit seinem Leben sehr zufrieden (FLZ: 5) und der SPK-Gesamtwert (0,4) spricht für eine strukturelle Veränderung im psychoanalytischen Sinne. Dies steht im Einklang damit, dass keine psychische Störung mehr vorliegt und alle drei Therapieziele vollständig erreicht wurden.

Da die Therapie 2TFP vom gleichen Therapeuten wie bei 1PA durchgeführt wurde, besteht der Hauptunterschied in der Therapiemethode. Mit dem Vergleich dieser beiden Therapien kann also der interessanten Fragestellung nachgegangen werden, ob und wie sich dieser Unterschied in der Interaktion, insbesondere bei dem Therapeutenverhalten bemerkbar macht.

5.2.1 Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 2TFP

Im Unterschied zu Therapie 1PA sollte Therapie 2TFP aus der Perspektive des Therapeuten eine begrenztere Zielsetzung verfolgen und die zurückhaltende und abstinenten psychoanalyti-

sche Therapeutenhaltung sollte weniger klar und intensiv umgesetzt werden (siehe Kapitel 4.2). Die freien Assoziationen des Patienten sollten durch den Therapeuten stärker strukturiert werden. Es wird deshalb erwartet, dass die Interaktion bei 2TFP lebhafter ist, sich mehr CIP-Codierungen ergeben und die Häufigkeit der längeren Redebeiträge zwischen Therapeut und Patient ausgeglichener ist als bei 1PA.

Bezogen auf die CIP-Überkategorien können folgende Unterschiede zu 1PA erwartet werden: Das Kommunikationsverhalten des Therapeuten sollte bei 2TFP weniger von den zusätzlichen Kategorien (vor allem Zuhören und Pause) und Klassifikationen (vor allem Interpretationen) geprägt sein als bei 1PA. Der Anteil der anderen Überkategorien sollte dagegen bei 2TFP höher sein. Dies gilt insbesondere für Explorationen (Informationsfragen), Unterstützungen (vor allem Zuspruch und positive Rückmeldungen) und Direktiven.

Da die Interaktion stärker durch den Therapeuten strukturiert sein sollte, wird bzgl. des Patienten erwartet, dass seine Redebeiträge häufiger lediglich die Kriterien für Kurzantwort und Problembeschreibung erfüllen und seltener die für emotionale Öffnung, Änderungsbericht und Mitarbeit. Da es sich ebenfalls um eine erfolgreiche Behandlung handelt, wird im Hinblick auf den Vergleich der drei 5-Stunden-Blöcke ähnlich wie bei 1PA erwartet, dass im Verlauf die Problembeschreibungen und die Beschreibungen negativer Gefühle anteilmäßig abnehmen sowie Änderungsberichte und die Beschreibungen positiver Gefühle entsprechend zunehmen.

Für die Zusatzbeurteilungen mit dem M-CIP wird erwartet, dass der Therapeut von 2TFP stärker bewältigungsorientiert ist und sich weniger auf die Vergangenheit, dafür aber mehr auf die Gegenwart und die Zukunft bezieht.

5.2.2 Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 2TFP

Bei Therapie 2TFP wurden insgesamt 1034 CIP-Codierungen vorgenommen (Tabelle 11), was im Durchschnitt einen Wert von 69 pro Sitzung ergibt. Im Vergleich zu Therapie 1PA (Tabelle 8) ist dies zwar etwas mehr, im Vergleich zu den in Tabelle 1 (S. 69) dargestellten Werten jedoch ebenfalls sehr wenig. Wenn man die rein technischen Kategorien (Zuhören, Pause) und die kurzen verbalen Einwüfe (minimale Unterstützung, Kurzantwort) bei Therapeut und Patient abzieht, dann werden lediglich 596 längere Redebeiträge codiert, 144 beim Therapeuten und 452 beim Patienten (Th/Pa = 0,32). Der Umfang der Redebeiträge ist in Therapie 2TFP also noch ungleicher verteilt als bei Therapie 1PA.

Die Anzahl der Gesprächspausen liegt mit 243 doppelt so hoch wie bei Therapie 1PA. Hinsichtlich des zeitlichen Umfangs sind die Werte sogar dreimal so hoch: Die Pausen dauern insgesamt ca. 181 Minuten, d.h. ca. 24% der Zeit wurde geschwiegen. Beim Therapeuten nehmen die Pausen-Codierungen mit 47% den mit Abstand höchsten Anteil ein. Beim Patienten werden mit 8% deutlich weniger Pausen codiert, d.h. vor den Pausen hat meistens der Patient geredet und dann auch das Schweigen durch einen weiteren Redebeitrag beendet (Patient redet – Schweigen – Patient redet).

Tabelle 11: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 2TFP

Therapeut		%	N	Patient		%	N
EF	GA	1,4	7	EO	PG	7,1	37
	RF	5,5	28		NG	12,6	66
	VE	1,4	7	PB	SB	4,2	22
UN	ZP	0,2	1		SP	12,1	63
	PR	1,2	6	KA		4,4	23
	MU	16,4	84	ÄB	SK	4,4	23
EX	IF	4,7	24		EB	12,5	65
	ZF	0,2	1		ES	12,1	63
EK	SF	0,8	4	MI	WZ	4,6	24
	ST	0,2	1		ZV	3,6	19
	EK	1,4	7		AN	3,6	19
	SO	0,0	0	KL	TB	8,8	46
DT	DF	0,2	1		IR	0,8	4
	AS	0,4	2	HV	AV	0,2	1
KL	KO	3,5	18		KP	0,0	0
	IP	7,2	37		RS	0,0	0
	KR	0,0	0	ZK-Pa	RKPa	0,0	0
ZK-Th	RK-Th	0,0	0		PAPa	7,9	41
	PA-Th	47,1	241		ZHPa	1,2	6
	ZH-Th	8,4	43		Gesamt	100,0	522
	Gesamt	100,0	512				

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Von den 144 längeren Redebeiträgen des Therapeuten nehmen die 37 Interpretationen den größten Anteil ein, gefolgt von 28 Reformulierungen, 24 Informationsfragen und 18 Konfrontationen. Die Häufigkeit der anderen Kategorien ist mit unter 10 sehr gering.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Therapeuten in der Psychoanalyse 1PA zeigt lediglich zwei signifikante Unterschiede, die den Erwartungen widersprechen (Abbildung 4): Bei 2TFP wurden weniger Einfühlungen ($z = 6,15$; $p < 0,001$) und mehr zusätzliche Kategorien ($z = 8,82$; $p < 0,001$) codiert. Klassifikationen werden in den beiden Fällen fast exakt gleich häufig gezeigt.

Der Z-Summenwert, ein Indikator für die Unterschiedlichkeit der beiden Therapien (siehe Kapitel 4.4), ist mit 24 relativ niedrig.

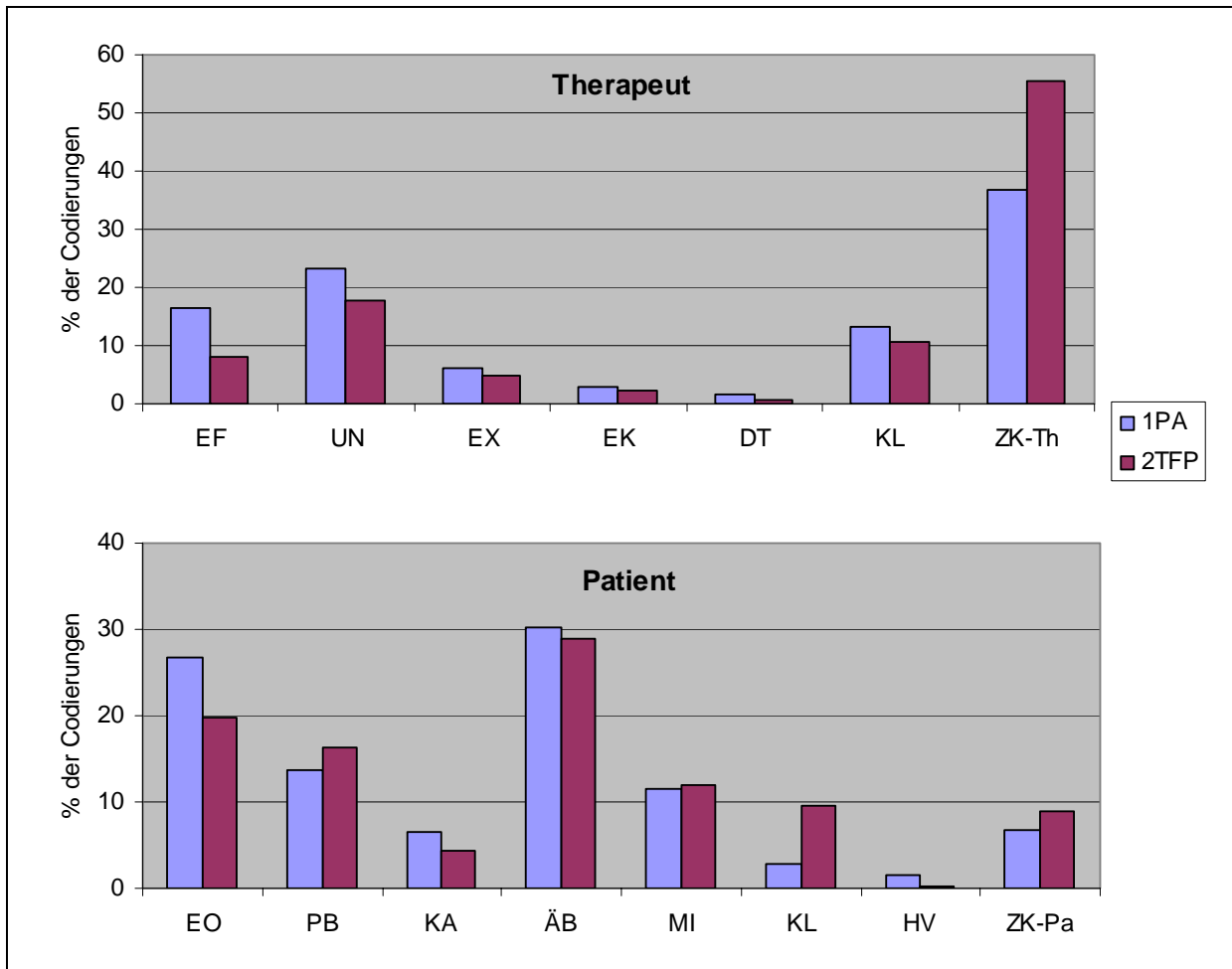


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA und 2TFP

Beim Patienten nehmen von den 452 längeren Redebeiträgen die 66 negativen Gefühlsbeschreibungen den größten Anteil ein, gefolgt von 65 Erfolgsberichten, 63 Einsichten, 63 spezifischen Problembeschreibungen und 46 Ansprachen der therapeutischen Beziehung.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 1PA zeigt zwei bedeutsame Unterschiede (Abbildung 4). Der Patient von 2TFP zeigt weniger emotionale Öffnung ($z = 3,68$; $p < 0,001$) und mehr Klärung ($z = 8,98$; $p < 0,001$; insbesondere Ansprechen der therapeutischen Beziehung). Beim Patienten ist der Z-Summenwert mit 17 noch geringer als beim Therapeuten, was für insgesamt relativ geringe Unterschiede zwischen den beiden Therapien spricht.

In Tabelle 12 ist die Verteilung der CIP-Codierungen getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke dargestellt. Die Anzahl der Codierungen bleibt im Therapieverlauf fast unverändert:

345 – 340 – 349. Bezogen auf die Häufigkeit von längeren Redebeiträgen des Therapeuten ist der Verlauf 55 – 37 – 52. Aufgrund der geringen Häufigkeiten wurden für Explorationen, Erklärungen und Direktiven keine Berechnungen vorgenommen. Der Anteil an Unterstützungen (fast ausschließlich minimale) ist im 1. Block niedriger als im 2. und 3. Block ($z = 7,01$ und $9,48$; $p < 0,001$) und der Anteil an Klassifikationen ist im 1. größer als im 3. Block ($z = 3,36$; $p < 0,001$). Es ergeben sich demnach beim Anteil der Überkategorien kaum Unterschiede im Verlauf. Die Dauer der Pausen ist im 1. Block jedoch mit ca. 81 Minuten deutlich länger als im 2. (ca. 42 Minuten) und 3. Block (ca. 59 Minuten).

Tabelle 12: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 2TFP, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke

Therapeut	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)	Patient	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
GA	1,8 (3)	0,6 (1)	1,7 (3)	PG	5,7 (10)	9,3 (16)	6,3 (11)
RF	5,8 (10)	3,6 (6)	6,9 (12)	NG	9,8 (17)	19,8 (34)	8,5 (15)
VE	1,2 (2)	1,8 (3)	1,2 (2)	SB	5,7 (10)	5,2 (9)	1,7 (3)
ZP	0,0 (0)	0,0 (0)	0,6 (1)	SP	13,8 (24)	12,8 (22)	9,7 (17)
PR	0,0 (0)	0,6 (1)	2,9 (5)	KA	6,3 (11)	1,2 (2)	5,7 (10)
MU	7,0 (12)	20,2 (34)	22,0 (38)	SK	5,7 (10)	2,3 (4)	5,1 (9)
IF	4,7 (8)	6,0 (10)	3,5 (6)	EB	10,9 (19)	12,8 (22)	13,6 (24)
ZF	0,6 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	ES	12,1 (21)	8,7 (15)	15,3 (27)
SF	1,2 (2)	0,6 (1)	0,6 (1)	WZ	3,4 (6)	2,9 (5)	7,4 (13)
ST	0,6 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	ZV	1,7 (3)	3,5 (6)	5,7 (10)
EK	1,8 (3)	1,2 (2)	1,2 (2)	AN	3,4 (6)	4,1 (7)	3,4 (6)
SO	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	TB	7,5 (13)	11,0 (19)	8,0 (14)
DF	0,6 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	IR	0,6 (1)	0,6 (1)	1,1 (2)
AS	1,2 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)	AV	0,0 (0)	0,6 (1)	0,0 (0)
KO	4,1 (7)	3 (5)	3,5 (6)	KP	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
IP	8,8 (15)	4,8 (8)	8,1 (14)	RS	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
KR	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	RK-Pa	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
RK-Th	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	PA-Pa	11,5 (20)	4,1 (7)	8,0 (14)
PA-Th	50,9 (87)	49,4 (83)	41,0 (71)	ZH-Pa	1,7 (3)	1,2 (2)	0,6 (1)
ZH-Th	9,9 (17)	8,3 (14)	6,9 (12)	Gesamt-N	174	172	176
Gesamt-N	171	168	173				

Beim Patienten zeigt sich für die Häufigkeit der längeren Redebeiträge ein relativ gleichmäßiger Verlauf: 140 – 161 – 151. Beim Vergleich der drei Blöcke wurde aufgrund der geringen Anzahl an Codierungen für hemmendes Verhalten und Kurzantworten keine Signifikanzprüfung vorgenommen. Der Anteil an emotionalen Öffnungen ist im 2. Block höher als im 1. und 3. Block ($z = 4,91$ und $5,29$; $p < 0,001$). Für Änderungsberichte ergibt sich kein signifikanter

Unterschied und für Mitarbeit ist der Anteil im 3. Block höher als im 1. Block ($z = 3,71$; $p < 0,001$). Die zusätzlichen Kategorien haben im 1. Block einen höheren Anteil als im 2. Block ($z = 4,73$; $p < 0,001$).

Auch bei Therapie 2TFP ist die Möglichkeit der Berechnung von Markoff-Analysen stark eingeschränkt. Das Kriterium einer Signifikanz auf dem 0,1% Niveau bei einer erwarteten oder beobachteten Häufigkeit von wenigstens 15 wird lediglich von zwei Übergangswahrscheinlichkeiten erfüllt. Nach einem Änderungsbericht des Patienten ($N = 149$) wurde beim Therapeuten überzufällig häufig ($z = 4,46$; $p < 0,001$) Unterstützung ($N = 44$) codiert und nach einer zusätzlichen Kategorie ($N = 47$) zeigt sich beim Therapeuten überzufällig häufig ($z = 7,39$; $p < 0,001$) Klassifikation ($N = 20$).

In Tabelle 13 ist die Verteilung der zusätzlichen Beurteilungen mit dem M-CIP dargestellt. Beim Therapeuten sind 72% und beim Patienten 13% der CIP-Codierungen nicht beurteilbar, da es sich um ‚Pause‘, ‚Zuhören‘ oder ‚minimale Unterstützung‘ bzw. ‚Kurzantwort‘ handelt. Hinsichtlich der vorgenommenen Beurteilungen des Fokus` zeigt sich sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten eine Dominanz der Thematisierung einer gewissen Art von Interaktion, entweder mit einer Situation oder mit anderen bedeutsamen Menschen.

Der Summenwert für die Fokusverschiebungen ist für den Therapeuten 172 und für den Patienten 789, was ein Verhältnis von 0,22 ergibt. Für die längeren Redebeiträge, bei denen eine Beurteilung mit dieser Skala vorgenommen wird, ergibt sich beim Therapeuten ein Durchschnittswert von 1,2 und beim Patienten von 1,7. Die thematische Dominanz des Patienten ist bei Therapie 2TFP also noch deutlicher als bei Therapie 1PA.

Hinsichtlich des Zeitbezugs ist beim Therapeuten die Gegenwart die mit Abstand häufigste Kategorie, die bezogen auf die längeren Redebeiträge 63% ausmacht. Auch beim Patienten sind die mit Abstand meisten Kommunikationen auf die Gegenwart bezogen, es gibt jedoch auch relativ viel Kommunikationen die gleichzeitig auf Vergangenheit und Gegenwart bezogen sind. Dieser Anteil ist jedoch signifikant ($z = 7,62$; $p < 0,001$) geringer als bei 1PA. Der Anteil an rein auf die Vergangenheit bezogenen Kommunikationen unterscheidet sich nicht signifikant.

Für die Beurteilungen nach den Wirkprinzipien zeigt sich beim Therapeuten ein leichtes Übergewicht problemorientierter gegenüber ressourcenorientierter Kommunikationen (Wert = 2,1). Ähnlich wie bei Therapie 1PA fällt bei Therapie 2TFP die relativ häufige Verwendung der Kategorie ‚unbestimmt‘ auf. Bezogen auf die vorgenommenen Beurteilungen konnte in 27% der Fälle keine Bestimmung vorgenommen werden. Für die andere Dimension ergibt sich eine

Dominanz der Klärungsorientierung, die insgesamt 56% der Codierungen ausmacht (Wert = 1,7). Bewältigungsorientiert sind mit 24% deutlich weniger der Codierungen, es sind jedoch anteilmäßig signifikant mehr als bei Therapie 1PA ($z = 4,83$; $p < 0,001$). Beim Patienten ist das Verhältnis ressourcenorientierter zu problemorientierter Kommunikationen relativ ausgeglichen (Wert = 2,0). Es gibt sogar mehr ressourcenorientierte Kommunikationen und die meisten sind in dieser Hinsicht gemischt. Bei der anderen Dimension zeigt sich ebenfalls ein relativ gleichmäßige Verteilung (Wert = 2,0).

Tabelle 13: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 2TFP

		Therapeut		Patient	
		%	N	%	N
Fokus	Patient	15,3	22	8,2	37
	Situation	8,3	12	4,2	19
	Andere Personen	6,9	10	2,6	12
	Interaktion mit Situation	36,1	52	46,8	212
	Interaktion mit anderen	32,6	47	38,2	173
	Unbestimmt	0,7	1	0,0	0
Fokusver- schiebung	Keine Fokusveränderung	17,4	25	3,8	17
	Ausweitung des Fokus	53,5	77	46,1	209
	Leichte Fokusverschiebung	22,2	32	30,2	137
	Starke Fokusverschiebung	6,3	9	11,9	54
	Fokuswechsel	0,7	1	7,9	36
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Zeitbezug	Vergangenheit	6,9	10	6,4	29
	Gegenwart	62,5	90	49,9	226
	Zukunft	11,1	16	13,5	61
	Vergangenheit/Gegenwart	7,6	11	13,7	62
	Gegenwart/Zukunft	4,2	6	11,3	51
	Sonstige Kombinationen	2,1	3	3,5	16
	Unbestimmt	6,3	9	1,5	7
	Unbestimmt	6,3	9	1,5	7
Ress. vs. Problem	Ressourcenorientiert	23,6	34	31,1	141
	Gemischt	18,8	27	34,7	157
	Problemorientiert	30,6	44	28,5	129
	Unbestimmt	27,1	39	5,7	26
Klär. vs. Bewältig.	Klärungsorientiert	56,3	81	35,3	160
	Gemischt	19,4	28	26,5	120
	Bewältigungsorientiert	23,6	34	38,2	173
	Unbestimmt	0,7	1	0,0	0
Anzahl beurteilter CIP-Kategorien			144		453

Anmerkung: Beim Therapeuten sind 368 und beim Patienten 69 CIP-Codierungen mit den Erweiterungen des M-CIP nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt.

Die Analyse abschließend, wird auch bei Therapie 2TFP mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen eine vertiefende Betrachtung der Einsichten des Patienten und der Klassifikationen des Therapeuten vorgenommen. Von den 63 als Einsicht codierten Sprechhandlungen des Patienten beziehen sich 25 (40%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 28 (44%) nur auf die Gegenwart und 5 (8%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Der Therapeut bezieht sich bei seinen 55 Klassifikationen 11-mal (20%) auf Vergangenheit (und Gegenwart), 37-mal (67%) nur auf die Gegenwart und lediglich 3-mal (5%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Die Klassifikationen sind in 44% der Fälle (N = 24) problemorientiert und 51% (N = 28) sind ressourcenorientiert oder gemischt (3 bzw. 5% sind unbestimmt). Des Weiteren sind 53% (N = 29) klärungsorientiert und 47% (N = 26) bewältigungsorientiert oder gemischt. Für die Einsichten des Patienten zeigt sich dagegen, dass mit 64% mehr als die Hälfte entweder ressourcenorientiert oder gemischt (N = 40) und lediglich 33% (N = 21) rein problemorientiert sind (2 bzw. 3% sind unbestimmt), und dass 64% (N = 40) bewältigungsorientiert oder gemischt und 36% (N = 23) rein klärungsorientiert sind.

5.2.3 Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 2TFP

Die meisten der oben formulierten Erwartungen bzgl. des Vergleichs mit 1PA konnten nicht bestätigt werden. Zwischen den beiden Therapien bestehen kaum Unterschiede. Im Überblick zeigt sich bei 2TFP noch ausgeprägter das Bild einer psychoanalytischen Therapie ‚wie sie im Lehrbuch steht‘. Die geringe Anzahl der Codierungen und die häufigen, primär beim Therapeuten codierten Gesprächspausen sprechen für eine relativ ruhige, wenig lebhaft Interaktion. Der Therapeut scheint in Therapie 2TFP im analytischen Sinne noch abstinenter zu sein als in Therapie 1PA. In den mittleren 5 Sitzungen werden bei ihm durchschnittlich nur 7 längere Redebeiträge pro Sitzung codiert. Der Patient von 2TFP ist bezogen auf den Umfang der Redebeiträge und die Fokusverschiebungen noch dominanter als bei 1PA. Das Kommunikationsverhalten des Therapeuten erscheint auch hier relativ eingeschränkt bzw. wenig variabel zu sein. Es wird klar von Klassifikationen und einer zuhörenden, längere Gesprächspausen tolerierenden Haltung geprägt.

Auch in Therapie 2TFP legen die Ergebnisse den Schluss nahe, dass der Patient scheinbar gut mit dem therapeutischen Angebot zurechtgekommen ist. Ohne erkennbare kontinuierliche Anregung durch den Therapeuten thematisiert er in seinen Sprechhandlungen Aspekte, die

entsprechend der Befunde der Prozess-Ergebnis-Forschung (Orlinsky et al., 2004) allgemein als veränderungsförderlich angesehen werden können (hoher Anteil an Änderungsberichten, emotionaler Öffnung und Mitarbeit) und verliert sich in dem Prozess der freien Assoziation scheinbar nicht in langen Problembeschreibungen. Insgesamt erscheint das Verhalten des Patienten mit dem in 1PA mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede aufzuweisen, wobei der Anteil an emotionalen Öffnungen niedriger und der an Klärung höher ist. Außerdem gibt der Verlauf über die drei 5-Stunden-Blöcke gegenüber der Therapie 1PA weit weniger das Bild einer sehr erfolgreichen Therapie wieder. Es zeigen sich nur wenige, schwer interpretierbare Unterschiede zwischen den Blöcken.

Hinsichtlich der Markoff-Analysen muss bei Therapie 2TFP der gleiche Schluss gezogen werden wie bei 1PA: Die Interaktion scheint in dieser Therapie von der üblicherweise in Verhaltenstherapien vorkommenden so grundlegend verschieden zu sein, dass diese bewährte Analysemethode kaum anwendbar ist. Auch ohne einen detaillierten Vergleich mittels Signifikanztests kann gesagt werden, dass sich die Therapie 2TFP fundamental von der oben diskutierten KVT (Kaimer et al., 1989) unterscheidet und in den Therapien grundsätzlich verschiedene Wirkmechanismen umgesetzt werden.

Auch für die Zusatzbeurteilungen mit dem M-CIP hat es vor allem beim Therapeuten den Anschein, das es sich um zwei recht ähnliche Therapien handelt. Wie bei 1PA stellt sich auch bei Therapie 2TFP für das Therapeutenverhalten die kritische Frage der Passung zwischen Instrument und Interaktion. Es gibt in den 15 Therapiestunden lediglich 144 Sprechhandlungen des Therapeuten, auf welche die Erweiterung des M-CIP angewendet werden konnte. Fast drei Viertel der CIP-Codierungen des Therapeuten konnten nicht beurteilt werden, da es sich um Pausen, Zuhören oder minimale Unterstützungen handelt.

Die beiden erwarteten Unterschiede, dass sich der Patient weniger auf die Vergangenheit bezieht und der Therapeut bewältigungsorientierter ist, konnten jedoch bestätigt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit der dargelegten Einzelfallanalyse eine Therapie beschrieben wird, die sich zum einen ähnlich wie Therapie 1PA in fundamentaler Hinsicht von den in Kapitel 2.3.3 dargestellten Einzelfallanalysen unterscheidet und die zum anderen mehr Gemeinsamkeiten mit 1PA aufweist als erwartet wurde.

5.3 Analyse des dritten Falls – Tiefenpsychologische Therapie 3TFP

Bei Therapie 3TFP handelt es sich ebenfalls um eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, bei der sich der Patient mit einer mittleren ES von 1,4 quantitativ weniger ausgeprägt verändert hat als der Patient bei 2TFP (ES = 3,5). Die Therapie kann jedoch nicht als erfolglos bezeichnet werden kann, da bei Therapieende keine psychische Störung mehr vorliegt und ein Therapieziel vollkommen und die beiden anderen im zufrieden stellenden Ausmaß erreicht wurden. Die Therapie umfasst mit 35 Sitzungen weniger als 2TFP (51), erstreckt sich jedoch mit 13 Monaten über einen vergleichbaren Zeitraum. Der 38-jährige Patient hat bei Therapiebeginn keine Partnerin und arbeitet in einem Lehrberuf. Er leidet mit einem BDI von 26 unter einer ausgeprägten depressiven Symptomatik und der GSI von 1,3 spricht für eine insgesamt relativ starke psychosomatische Belastung. Mit seinem Leben ist er insgesamt eher unzufrieden (FLZ: 2). Auch die Prä-Werte der anderen Untersuchungsinstrumente weisen lediglich geringfügige Unterschiede zu 2TFP auf. Die Überschriften seiner drei persönlichen Therapieziele lauten folgendermaßen: (1) Wehmütigkeit; (2) Interesse; (3) Offenheit gegenüber anderen. Bei Therapieende ist die depressive und psychosomatische Symptomatik zwar deutlich abgeklungen (BDI = 3; GSI = 0,4), aber der IIP-Gesamtwert von 1,9 (Prä = 2,2) spricht weiterhin für eine ausgeprägte Problematik im zwischenmenschlichen Bereich und die Lebenszufriedenheit ist lediglich auf ‚eher zufrieden‘ (FLZ: 3) gestiegen.

Die Person des Therapeuten ist bei Therapie 3TFP die gleiche wie bei 2TFP und 1PA. Demnach besteht der Hauptunterschied zu 2TFP in dem quantitativ geringeren Ausmaß an Veränderungen und zu 1PA in der Therapiemethode.

5.3.1 Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 3TFP

Da beim Vergleich von 3TFP und 2TFP die Therapiemethode identisch sind, werden hinsichtlich des Therapeutenverhaltens nur geringfügige Unterschiede erwartet. Beim Patienten von 3TFP können im Hinblick auf den quantitativ geringeren Therapieerfolg insgesamt weniger Änderungsberichte und ein geringerer Anteil an ressourcen- und bewältigungsorientierten Kommunikationen erwartet werden als bei 2TFP. Da vor allem im zwischenmenschlichen Be-

reich geringere Veränderungen beobachtbar sind (ES vom IIP = 0,6 vs. 3,3), kann erwartet werden, dass die bei 2TFP beobachtbaren Änderungsberichte in geringem Umfang mit dem Fokus ‚Interaktion mit anderen‘ codiert sind.

Der Vergleich von 3TFP mit 1PA untersucht im Sinne einer Replikation, ob sich die unterschiedliche Therapiemethode in der Interaktion, insbesondere dem Therapeutenverhalten bemerkbar macht. Es gelten die bereits bei 2TFP formulierten Erwartungen.

5.3.2 Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 3TFP

Bei Therapie 3TFP wurden insgesamt 1.212 CIP-Codierungen vorgenommen (Tabelle 14), was im Durchschnitt einen Wert von 81 pro Sitzung ergibt. Im Vergleich zu den Fällen 1PA und 2TFP spricht dies für eine etwas lebhaftere Interaktion. Bei einem Vergleich mit den in Tabelle 1 (S. 69) dargestellten Werten sind diese jedoch ebenfalls als sehr niedrig zu beurteilen. Wenn man die rein technischen Kategorien (ZH, PA) und die kurzen verbalen Einwürfe (MU, KA) bei Therapeut und Patient abzieht, dann wurden 835 längere Redebeiträge codiert, 339 beim Therapeuten und 496 beim Patienten, was vor allem beim Therapeuten deutlich mehr ist als bei den Fällen 1PA (565/182/383) und 2TFP (596/144/452). Der Umfang der Redebeiträge ist auch hier zu Gunsten des Patienten ungleich verteilt (Th/Pa = 0,68), das Ungleichgewicht ist jedoch geringer ausgeprägt als in den Therapien 1PA (0,48) und 2TFP (0,32).

Die Anzahl der Gesprächspausen liegt mit 215 zwischen den Fällen 1PA und 2TFP. Der zeitliche Umfang der Pausen beträgt insgesamt ca. 124 Minuten, d.h. ca. 17% der Zeit wurde geschwiegen, was ebenfalls zwischen den Werten von 1PA und 2TFP liegt. Beim Therapeuten nehmen die Pausen-Codierungen mit 34% den mit Abstand höchsten Anteil ein. Beim Patienten zeigen sich mit 11% deutlich weniger Pausen, demnach hat vor den Pausen meistens der Patient geredet und dann auch das Schweigen durch einen weiteren Redebeitrag beendet.

Von den 339 längeren Redebeiträgen nehmen die 122 Reformulierungen den größten Anteil ein, gefolgt von 85 Informationsfragen, 43 Interpretationen, 17 positiven Rückmeldungen, 15 Konfrontationen und 14 Gefühlsansprachen.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Therapeuten bei 2TFP ergibt vier signifikante Unterschiede (Abbildung 5). Bei 3TFP ist der Anteil an Einfühlungen ($z = 14,60$; $p < 0,001$) und Explorationen ($z = 11,24$; $p < 0,001$) höher, der Anteil an Unterstützungen ($z = 4,96$; $p < 0,001$)

und zusätzlichen Kategorien ($z = 8,96$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 43). Bezüglich der Unterstützungen sollte jedoch beachtet werden, dass dieser Unterschied ausschließlich durch weniger MU zustande kommt und bei 3TFP letztlich mehr richtig formulierte Unterstützungen (ZP, PR) codiert wurden.

Beim Vergleich mit 1PA zeigen sich mit Ausnahme der zusätzlichen Kategorien die gleichen Unterschiede (z für EF = 5,41; z für EX = 8,92; z für UN = 8,09; $p < 0,001$). Klassifikationen wurden in den drei Therapien fast exakt gleich viele codiert (1PA = 56; 2TFP = 55; 3TFP = 58). Der Z-Summenwert ist für den Vergleich 1PA mit 26 jedoch deutlich geringer als beim Vergleich mit 2TFP, was dafür spricht, dass sich das Therapeutenverhalten zwischen 3TFP und 1PA weniger unterscheidet als zwischen 3TFP und 2TFP.

Tabelle 14: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 3TFP

Therapeut		%	N	Patient		%	N
EF	GA	2,3	14	EO	PG	3,8	23
	RF	20,2	122		NG	4,9	30
	VE	2,0	12	PB	SB	9,2	56
UN	ZP	0,7	4		SP	30,4	185
	PR	2,8	17	KA		7,1	43
	MU	7,5	45	ÄB	SK	4,8	29
EX	IF	14,1	85		EB	11,4	69
	ZF	0,7	4		ES	6,4	39
EK	SF	1,3	8	MI	WZ	0,3	2
	ST	0,2	1		ZV	2,0	12
	EK	0,7	4		AN	2,8	17
	SO	0,5	3	KL	TB	1,5	9
DT	DF	0,7	4		IR	1,8	11
	AS	0,5	3	HV	AV	0,7	4
KL	KO	2,5	15		KP	0,7	4
	IP	7,1	43		RS	1,0	6
	KR	0,0	0	ZK-Pa	RKPa	0,0	0
ZK-Th	RK-Th	0,0	0		PAPa	10,96	66
	PA-Th	34,6	209		ZHPa	0,5	3
	ZH-Th	1,8	11	Gesamt	100,0	608	
	Gesamt	100,0	604				

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Beim Patienten nehmen von den 496 längeren Redebeiträgen die 185 spezifischen Problembeschreibungen den größten Anteil ein, gefolgt von den 69 Erfolgsberichten, 56 sachlichen Berichten, 39 Einsichten und 30 negativen Gefühlsbeschreibungen.

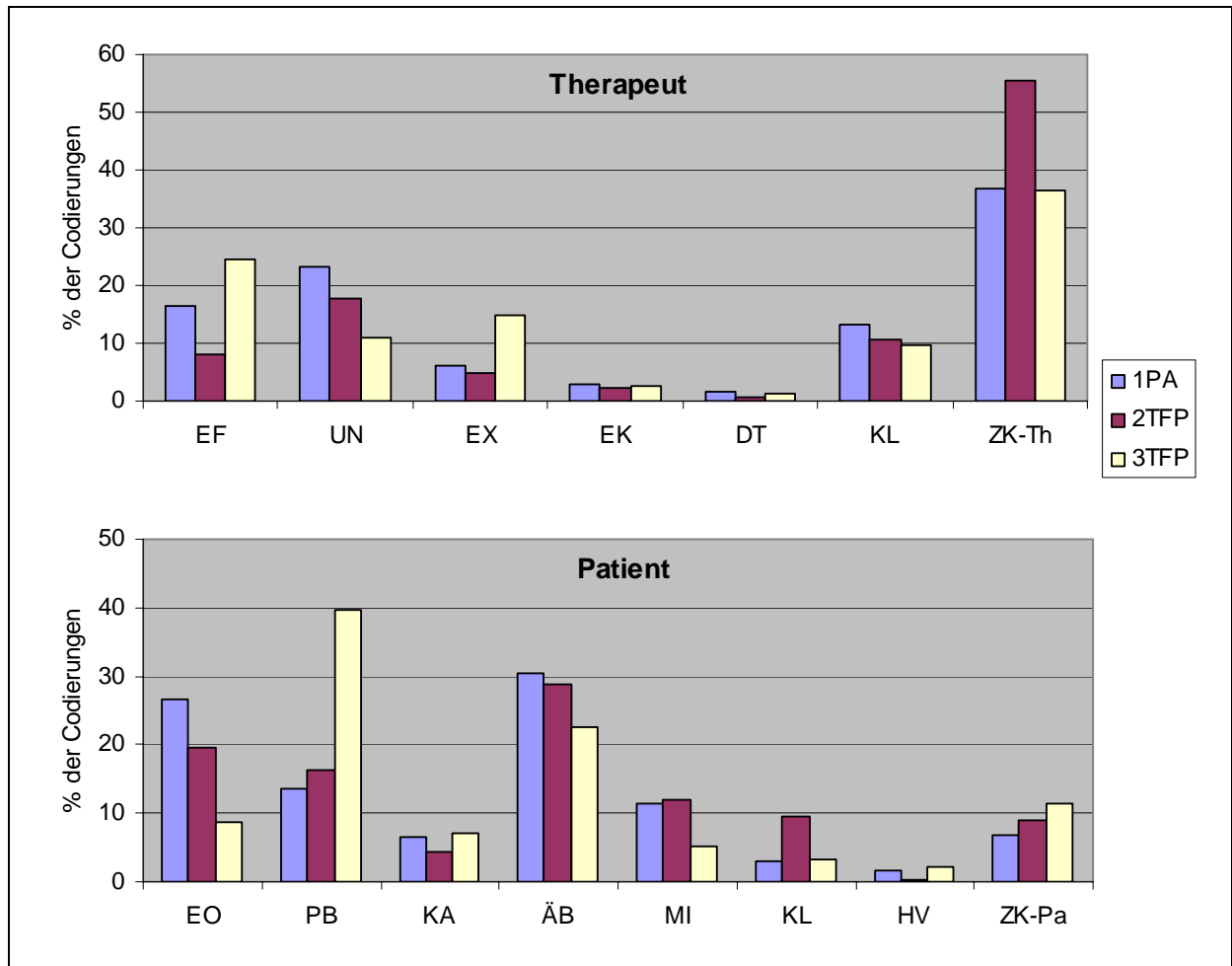


Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFP und 3TFP

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 2TFP zeigt mit Ausnahme von KA und ZK-Pa bei allen Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 5). Bei 3TFP ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 15,60$; $p < 0,001$) und hemmendem Verhalten ($z = 11,96$; $p < 0,001$) höher, der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 8,92$; $p < 0,001$), Änderungsberichten ($z = 3,50$; $p < 0,001$), Mitarbeit ($z = 7,04$; $p < 0,001$) und Klärung ($z = 8,05$; $p < 0,001$) hingegen niedriger (Z-Summe = 60).

Ein ähnliches Bild ist beim Vergleich mit 1PA beobachtbar: Bei 3TFP ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 18,77$; $p < 0,001$) und zusätzlichen Kategorien ($z = 4,47$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an emotionalen Öffnungen ($z = 13,40$; $p < 0,001$), Änderungsberichten ($z = 3,92$; $p < 0,001$) und Mitarbeit ($z = 6,15$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 49).

In Tabelle 15 ist die Verteilung der CIP-Codierungen getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke dargestellt. Die Anzahl der Codierungen nimmt im Therapieverlauf kontinuierlich ab: 447 - 410 - 355. Bezogen auf die Häufigkeit von längeren Redebeiträgen des Therapeuten ist

der Verlauf 127 - 110 - 102. Der Vergleich der drei Blöcke ergibt für den Therapeuten lediglich ein signifikantes Ergebnis, im dritten Block ist der Anteil an Unterstützungen höher als im zweiten Block ($z = 3,61$; $p < 0,001$), was jedoch fast ausschließlich auf mehr minimale Unterstützungen zurückzuführen ist. Der Therapeut zeigt also eher ein konstantes Verhalten.

Tabelle 15: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 3TFP, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke

Therapeut	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)	Patient	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
GA	4,0 (9)	2,0 (4)	0,6 (1)	PG	5,8 (13)	2,4 (5)	2,8 (5)
RF	20,2 (45)	17,2 (35)	23,7 (42)	NG	7,6 (17)	3,9 (8)	2,8 (5)
VE	2,7 (6)	1,5 (3)	1,7 (3)	SB	6,3 (14)	9,7 (20)	12,4 (22)
ZP	0,0 (0)	0,5 (1)	1,7 (3)	SP	29,9 (67)	36,9 (76)	23,6 (42)
PR	1,8 (4)	3,4 (7)	3,4 (6)	KA	9,4 (21)	6,8 (14)	4,5 (8)
MU	7,6 (17)	4,4 (9)	10,7 (19)	SK	3,6 (8)	5,3 (11)	5,6 (10)
IF	11,2 (25)	16,7 (34)	14,7 (26)	EB	7,6 (17)	10,7 (22)	16,9 (30)
ZF	0,4 (1)	1,5 (3)	0,0 (0)	ES	6,7 (15)	6,8 (14)	5,6 (10)
SF	3,1 (7)	0,5 (1)	0,0 (0)	WZ	0,0 (0)	0,0 (0)	1,1 (2)
ST	0,0 (0)	0,0 (0)	0,6 (1)	ZV	0,9 (2)	1,0 (2)	4,5 (8)
EK	0,0 (0)	0,5 (1)	1,7 (3)	AN	0,9 (2)	2,4 (5)	5,6 (10)
SO	0,0 (0)	0,5 (1)	1,1 (2)	TB	1,8 (4)	0,5 (1)	2,2 (4)
DF	0,4 (1)	0,5 (1)	1,1 (2)	IR	2,7 (6)	1,0 (2)	1,7 (3)
AS	0,0 (0)	1,5 (3)	0,0 (0)	AV	1,3 (3)	0,5 (1)	0,0 (0)
KO	4,0 (9)	2,0 (4)	1,1 (2)	KP	1,8 (4)	0,0 (0)	0,0 (0)
IP	9,0 (20)	5,9 (12)	6,2 (11)	RS	1,3 (3)	1,5 (3)	0,0 (0)
KR	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	RK-Pa	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
RK-Th	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	PA-Pa	12,1 (27)	10,7 (22)	9,6 (17)
PA-Th	31,8 (71)	40,2 (82)	31,6 (56)	ZH-Pa	0,4 (1)	0 (0)	1,1 (2)
ZH-Th	3,6 (8)	1,5 (3)	0,0 (0)	Gesamt-N	224	206	178
Gesamt-N	223	204	177				

Beim Patienten zeigt sich für die Häufigkeit der längeren Redebeiträge der Verlauf 175 - 170 - 151. Der Vergleich der drei Blöcke ergibt, dass der Anteil von emotionaler Öffnung im 1. Block größer ist als im 2. ($z = 4,36$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 5,05$; $p < 0,001$). Der Anteil der Änderungsberichte und der Mitarbeit ist im 3. größer als im 1. Block ($z = 3,56$ und $9,50$; $p < 0,001$) und der Anteil von Mitarbeit ist im 3. auch größer als im 2. Block ($z = 5,77$; $p < 0,001$).

Auch bei Therapie 3TFP sind der Berechnung von Markoff-Analysen bzw. Übergangswahrscheinlichkeiten aufgrund der geringen Anzahl an Codierungen starke Grenzen gesetzt. Auf die insgesamt 65 als Unterstützung codierten Redebeiträge des Therapeuten reagiert der Patient

unterzufällig häufig mit Problembeschreibung ($N = 5$; $z = -5,53$; $p < 0,001$) und überzufällig häufig mit Änderungsberichten ($N = 32$; $z = 5,37$; $p < 0,001$). Für die Explorationen ($N = 88$) zeigt sich eine überzufällige Häufigkeit von Problembeschreibungen ($N = 56$; $z = 5,06$; $p < 0,001$) und Kurzantworten ($N = 17$; $z = 4,75$; $p < 0,001$) sowie eine unterzufällige Häufigkeit von Änderungsberichten ($N = 8$; $z = -3,33$; $p < 0,001$).

Für die Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten zeigen sich lediglich zwei signifikante Übergangswahrscheinlichkeiten. Nach einer emotionalen Öffnung ($N = 53$) des Patienten wurde beim Therapeuten überzufällig häufig Unterstützung ($N = 13$; $z = 3,30$; $p < 0,001$) und nach einer zusätzlichen Kategorie (Pausen) überzufällig häufig Klassifikationen ($N = 23$; $z = 7,07$; $p < 0,001$) codiert.

In Tabelle 16 ist die Verteilung der zusätzlichen Beurteilungen mit dem M-CIP dargestellt. Beim Therapeuten sind 44% und beim Patienten 18% der CIP-Codierungen nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt. Hinsichtlich der vorgenommenen Beurteilungen des Fokus` zeigt sich sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten eine Dominanz der Thematisierung einer gewissen Art von Interaktion, entweder mit einer Situation oder mit anderen bedeutsamen Menschen.

Der Summenwert für die Fokusverschiebungen ist für den Therapeuten 326 und für den Patienten 651, was ein Verhältnis von 0,50 ergibt. Dieser Wert spricht auch bei 3TFP für eine thematische Dominanz des Patienten, der Wert liegt jedoch höher als bei den beiden anderen Fällen (1PA = 0,40; 2TFP = 0,22). Für die längeren Redebeiträge ergibt sich beim Therapeuten ein Durchschnittswert von 0,96 und beim Patienten einer von 1,31. Beide Werte fallen niedriger aus als bei den vorher analysierten Fällen (1PA: 1,2 und 1,7; 2TFP: 1,3 und 1,5), d.h. sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten entfernen sich die Redebeiträge thematisch etwas weniger von den vorausgegangenen Beiträgen.

Hinsichtlich des Zeitbezugs ist beim Therapeuten die Gegenwart die mit Abstand häufigste Kategorie, die bezogen auf die längeren Redebeiträge 68% ausmacht. Auch beim Patienten sind mit 66% die mit Abstand meisten Kommunikationen auf die Gegenwart bezogen.

Für die Beurteilungen nach den Wirkprinzipien ist sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten ein Übergewicht problemorientierter gegenüber ressourcenorientierter Kommunikation beobachtbar (Werte = 2,1 und 2,2). Für den Patienten ist der Anteil an ressourcenorientierten Kommunikationen niedriger und der an problemorientierten höher als in Therapie 2TFP ($z = 5,32$ und $7,31$; $p < 0,001$). Ähnlich wie bei Therapie 1PA und 2TFP fällt beim The-

rapeuten die relativ häufige Verwendung der Kategorie ‚unbestimmt‘ auf, die bezogen auf die vorgenommenen Beurteilungen bei 23% verwendet wurde. Für die zweite Skala zeigt sich beim Therapeuten eine deutliche und beim Patienten eine leichte Dominanz der Klärungsorientierung, die insgesamt 55% bzw. 42% der vorgenommenen Codierungen ausmacht (Werte = 1,7 und 1,9). Hier ergibt sich für den Patienten kein signifikanter Unterschied zu Therapie 2TFP.

Tabelle 16: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 3TFP

		Therapeut		Patient	
		%	N	%	N
Fokus	Patient	7,4	25	5,4	27
	Situation	10,7	36	4,2	21
	Andere Personen	8,9	30	7,0	35
	Interaktion mit Situation	35,5	120	43,1	214
	Interaktion mit anderen	36,7	124	40,0	199
	Unbestimmt	0,9	3	0,2	1
Fokusver- schiebung	Keine Fokusveränderung	22,2	75	3,6	18
	Ausweitung des Fokus	63,0	213	73,8	367
	Leichte Fokusverschiebung	11,8	40	14,5	72
	Starke Fokusverschiebung	2,1	7	4,0	20
	Fokuswechsel	0,9	3	4,0	20
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Zeitbezug	Vergangenheit	2,4	8	1,8	9
	Gegenwart	68,3	231	66,4	330
	Zukunft	17,5	59	10,9	54
	Vergangenheit/Gegenwart	3,3	11	5,6	28
	Gegenwart/Zukunft	4,4	15	11,3	56
	Sonstige Kombinationen	0,6	2	0,8	4
	Unbestimmt	3,6	12	3,2	16
Ress. vs. Problem	Ressourcenorientiert	24,3	82	22,1	110
	Gemischt	18,6	63	32,0	159
	Problemorientiert	34,0	115	40,4	201
	Unbestimmt	23,1	78	5,4	27
Klär. vs. Bewältig.	Klärungsorientiert	55,0	186	42,3	210
	Gemischt	15,7	53	22,5	112
	Bewältigungsorientiert	28,4	96	35,0	174
	Unbestimmt	0,9	3	0,2	1
Anzahl beurteilter CIP-Kategorien		338		497	

Anmerkung: Beim Therapeuten sind 266 und beim Patienten 111 CIP-Codierungen mit den Erweiterungen des M-CIP nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt.

Auch bei Therapie 3TFP soll mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen eine vertiefende Betrachtung der Einsichten des Patienten und der Klassifikationen des Therapeuten vorgenommen

werden. Von den 39 als Einsicht codierten Sprechhandlungen des Patienten sind 5 (13%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 20 (51%) nur auf die Gegenwart und 8 (20%) auf die Zukunft (und Gegenwart) bezogen. Der Therapeut bezieht sich bei seinen 58 Klassifikationen lediglich 5-mal (9%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 40-mal (69%) nur auf die Gegenwart und 9-mal (16%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Die Klassifikationen sind in 36% der Fälle (N = 21) problemorientiert, 62% (N = 36) sind ressourcenorientiert oder gemischt. Des Weiteren sind 50% (N = 29) klärungsorientiert und 50% (N = 29) bewältigungsorientiert oder gemischt. Für die Einsichten des Patienten zeigt sich dagegen, dass mit 64% mehr als die Hälfte entweder ressourcenorientiert oder gemischt (N = 25) und lediglich 33% (N = 13) rein problemorientiert sind und dass 72% (N = 28) bewältigungsorientiert oder gemischt und 28% (N = 11) rein klärungsorientiert sind.

Die Analyse der Therapie 3TFP abschließend, wird noch mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen der Fokus der Änderungsberichte betrachtet und mit dem von 2TFP verglichen. Von den 137 Änderungsberichten sind 65 (47%) auf eine Interaktion mit einer Situation und 64 (47%) auf eine Interaktion mit einer anderen Person bezogen. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied zu Therapie 2TFP, bei der die Verteilung 51 zu 35% ist.

5.3.3 Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 3TFP

Die Anzahl der Codierungen ist in Therapie 3TFP im Vergleich zu den in Kapitel 2.3.3 dargelegten Einzelfallanalysen wiederum relativ niedrig. Neben dieser Beobachtung sprechen die häufigen, primär beim Therapeuten codierten Gesprächspausen wieder für eine ruhige, wenig lebhaft Interaktion, bei welcher der Therapeut eine relativ zurückhaltende, abstinente Haltung einnimmt. Im Vergleich zu den Therapien 1PA und 2TFP wurden beim Therapeuten diesmal jedoch deutlich mehr längere Redebeiträge beobachtet, vor allem Einfühlungen (insbesondere Reformulierungen) und Explorationen. Der Vergleich mit 1PA zeigt damit einige Unterschiede, die im Hinblick auf die unterschiedliche Therapiemethode erwartet werden. In der Gesamtbeurteilung fällt jedoch eher die Konstanz des Therapeutenverhaltens in den drei analysierten Fällen auf. Der Therapeut spricht nur sehr selten explizit die Gefühle des Patienten an und gibt nur sehr wenige richtige Unterstützungen, Erklärungen und Direktiven. Sein Verhalten wird in allen drei Fällen stark von einer zuhörenden, längere Gesprächspausen tolerierenden Haltung geprägt und die Anzahl der Klassifikationen ist in allen drei Fällen fast exakt gleich.

Für den Patienten stehen die beobachtbaren Unterschiede im Einklang mit den quantitativ weniger ausgeprägten Veränderungen. Es werden unter anderem weniger Änderungsberichte und Mitarbeit und mehr Problembeschreibungen beobachtet als bei den Patienten von 1PA und 2TFP. Erwartungsgemäß ist der Anteil an problemorientierten Kommunikationen in Therapie 3TFP höher und der an ressourcenorientierten niedriger als bei 2TFP. Die Erwartungen bzgl. der Bewältigungsorientierung und bzgl. des Fokus der Änderungsberichte können nicht bestätigt werden.

Beim Vergleich der drei Stundenblöcke ist beim Therapeuten ein relativ konstantes Verhalten beobachtbar. Das Verhalten des Patienten zeigt etwas mehr Variation im Therapieverlauf, wobei allerdings keine systematischen Veränderungen erkennbar sind.

Die Berechnung von Markoff-Analysen ist auch bei 3TFP stark eingeschränkt, aufgrund der deutlich höheren Anzahl längerer Redebeiträge des Therapeuten sind sie jedoch etwas besser durchführbar als bei 1PA und 2TFP. Der Befund, wonach der Patient auf Unterstützungen kontingent mit Änderungsberichten und auf Exploration kontingent mit Problembeschreibungen reagiert, deckt sich mit den Befunden anderer Studien (siehe Kapitel 2.3.3).

Für die Zusatzbeurteilungen mit dem M-CIP ergeben sich zwar einige Unterschiede, insgesamt fallen jedoch eher die Gemeinsamkeiten zwischen den drei Fällen auf.

Bei den vertiefenden Analysen zeigt sich, dass die Klassifikationen des Therapeuten und die Einsichten des Patienten relativ selten auf die Vergangenheit bezogen und stark ressourcenorientiert sind.

Um die Anzahl der vorgenommenen Fall-Vergleiche bei den nachfolgenden Einzelfallanalysen zu begrenzen, soll lediglich eine TFP von dem Therapeuten der bisher analysierten Fälle berücksichtigt werden. Hier erhält 3TFP den Vorzug vor 2TFP und zwar mit folgender Begründung: Die oben formulierten Erwartungen an eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden eher von 3TFP erfüllt und die Gesamt-ES von 3TFP (1,4) liegt näher am Mittelwert der sieben analysierten Fälle (mittlere Gesamt-ES = 1,8) als der von 2TFP (3,5). In den Abbildungen wird 2TFP jedoch weiterhin mit berücksichtigt und bei der Integration der Befunde (Kapitel 6) und der Diskussion (Kapitel 7) wird auch wieder auf diese Therapie Bezug genommen.

5.4 Analyse des vierten Falls – Tiefenpsychologische Therapie 4TFP

Bei Therapie 4TFP handelt es sich wiederum um eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, bei der sich der Patient mit einer mittleren ES von 1,0 quantitativ noch weniger ausgeprägt verändert hat als der Patient bei 3TFP (ES = 1,4). Dieser Unterschied ist jedoch ausschließlich durch die niedrigeren Prä-Werte bedingt. Der BDI-Wert von 18 und der GSI von 0,4 sprechen für eine mäßig ausgeprägte depressive und eine insgesamt eher geringe psychosomatische Belastung. Zum Zeitpunkt Post sprechen die Werte für einen ähnlichen, eher noch etwas besseren Zustand als bei 3TFP. Der IIP-Gesamtwert von 1,4 weist jedoch auch hier auf weiterhin ausgeprägte interpersonelle Probleme hin (Tabelle 7, S. 125). Die Therapie kann ebenfalls nicht als erfolglos bezeichnet werden kann, da bei Therapieende keine psychische Störung mehr vorliegt und ein Therapieziel vollkommen und ein anderes im zufrieden stellenden Ausmaß erreicht wurde. Hinsichtlich des dritten Therapieziels ist der Zustand am Ende der Therapie jedoch sogar noch schlechter als vor der Therapie. Die Überschriften der Therapieziele lauten folgendermaßen: (1) Freizeit als solche genießen; (2) Existenzangst; (3) Mehr Mittelmaß im Sport akzeptieren. Im Unterschied zu den bisherigen Fällen bezieht sich kein Ziel explizit auf den zwischenmenschlichen Bereich.

Die Therapie ist mit 31 Sitzungen in 12 Monaten gut mit 3TFP vergleichbar. Der Patient ist bei Therapiebeginn mit 44 Jahren etwas älter und hat im Unterschied zu 3TFP eine feste Partnerin. Er arbeitet ebenfalls in einem Lehrberuf. Ein zentraler Unterschied zu den vorhergehend analysierten Fällen besteht darin, dass die Therapie von einem anderen Therapeuten durchgeführt wurde. Dieser ist ebenfalls männlich, jedoch etwas älter (57 Jahre) und hat mehr Berufserfahrung (30 Jahre). Die Therapeuten gleichen sich dahingehend, dass sie beide sowohl Psychoanalysen als auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durchführen.

5.4.1 Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 4TFP

Im Rahmen der Interaktionsanalysen von 4TFP werden Vergleiche mit den Fällen 1PA und 3TFP vorgenommen. Über den Vergleich mit 3TFP soll der Frage nachgegangen werden, ob die gleiche Therapiemethode bei vergleichbaren Patienten von zwei Therapeuten in gleicher Art

und Weise umgesetzt wird. Im Sinne einer Idealvorstellung wird erwartet, dass sich die Interaktionsmerkmale von 3TFP und 4TFP zum überwiegenden Teil nicht unterscheiden. Wenn man sich jedoch die empirischen Befunde zu dieser Fragestellung und der Therapeutenvariable anschaut (Beutler et al., 2004; Elkin, 1999), dann können durchaus Unterschiede erwartet werden, wobei keine spezifischen Erwartungen formuliert werden können.

Der Vergleich mit 1PA soll der Frage nachgehen, ob aufgrund des zusätzlichen Unterschieds hinsichtlich der Therapiemethode deutlichere Unterschiede beobachtet werden können als bei dem Vergleich mit 3TFP. Die Erwartungen hinsichtlich der Unterschiede mit 1PA sind letztlich die gleichen wie sie oben für den Vergleich zwischen 1PA und 3TFP (bzw. 2TFP) formuliert wurden.

5.4.2 Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 4TFP

Bei 4TFP wurden insgesamt 1101 CIP-Codierungen vorgenommen (Tabelle 17), was im Durchschnitt einen Wert von 73 pro Sitzung ergibt. Dieser Wert liegt zwischen den beiden anderen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien 2TFP und 3TFP. Wenn man die rein technischen Kategorien (ZH, PA) und die kurzen verbalen Einwürfe (MU, KA) bei Therapeut und Patient abzieht, dann wurden 893 längere Redebeiträge codiert, 403 beim Therapeuten und 490 beim Patienten, was vor allem beim Therapeuten mehr ist als bei den Fällen 1PA (565/182/383) und 3TFP (835/339/496). Der Umfang der Redebeiträge ist auch hier zu Gunsten des Patienten ungleich verteilt (Th/Pa = 0,82), das Ungleichgewicht ist jedoch geringer ausgeprägt als in den Therapien 1PA (0,48) und 3TFP (0,68).

Die Anzahl der Gesprächspausen bei Therapie 4TFP ist 22 und der zeitliche Umfang beträgt ca. 9 Minuten, d.h. ca. 1% der Zeit wurde geschwiegen. Diese Werte liegen deutlich unter denen der vorher analysierte Fällen. Beim Therapeuten haben die Pausen-Codierungen mit 4% und beim Patienten mit 2% einen relativ geringen Anteil an allen CIP-Codierungen.

Von den 403 längeren Redebeiträgen des Therapeuten nehmen die 130 Reformulierungen den größten Anteil ein, gefolgt von 65 Konfrontationen, 42 Informationsfragen, 40 Interpretationen, 37 Gefühlsansprachen, 25 direktiven Führungen und 21 Verständnismitteilungen.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Therapeuten bei 3TFP zeigt für alle Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 6). Bei 4TFP ist der Anteil an Einfühlungen ($z = 5,40$; $p <$

0,001), Unterstützungen ($z = 7,73$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 4,94$; $p < 0,001$), Direktiven ($z = 7,86$; $p < 0,001$) und Klassifikationen ($z = 7,86$; $p < 0,001$) höher sowie der Anteil an Explorationen ($z = 6,50$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 29,55$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 70). Bezüglich der Unterstützungen sollte jedoch beachtet werden, dass dieser Unterschied ausschließlich durch mehr MU zustande kommt und bei 3TFP letztlich mehr richtig formulierte Unterstützungen (ZP, PR) beobachtbar sind.

Beim Vergleich mit 1PA weisen alle Unterschiede in die gleiche Richtung (z für EF = 11,42; z für EK = 4,09; z für DT = 5,74; z für KF = 4,26; z für ZK-Th = 25,09; $p < 0,001$), für Unterstützungen und Explorationen zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede (Z-Summe = 53).

Tabelle 17: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 4TFP

Therapeut		%	N	Patient		%	N
EF	GA	6,8	37	EO	PG	3,6	20
	RF	23,8	130		NG	11,9	66
	VE	3,9	21	PB	SB	4,0	22
UN	ZP	0,6	3		SP	12,6	70
	PR	1,1	6	KA		5,1	28
	MU	19,6	107	ÄB	SK	6,3	35
EX	IF	7,7	42		EB	7,6	42
	ZF	0,0	0		ES	9,7	54
				MI	WZ	2,2	12
EK	SF	0,6	3		ZV	1,8	10
	ST	0,2	1		AN	4,3	24
	EK	3,7	20	KL	TB	14,8	82
	SO	1,7	9		IR	3,8	21
DT	DF	4,6	25	HV	AV	3,6	20
	AS	0,2	1		KP	1,1	6
KL	KO	11,9	65		RS	1,1	6
	IP	7,3	40	ZK-Pa	RKPa	0,0	0
	KR	0,0	0		PAPa	2,0	11
ZK-Th	RK-Th	0,0	0		ZHPa	4,7	26
	PA-Th	4,0	22		Gesamt	100,0	555
	ZH-Th	2,6	14				
	Gesamt	100,0	546				

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Beim Patienten nehmen von den 490 längeren Redebeiträgen die 82 Ansprachen der therapeutischen Beziehung den größten Anteil ein, gefolgt von 70 spezifischen Problembeschreibungen, 66 negativen Gefühlsbeschreibungen, 54 Einsichten und 42 Erfolgsberichten.

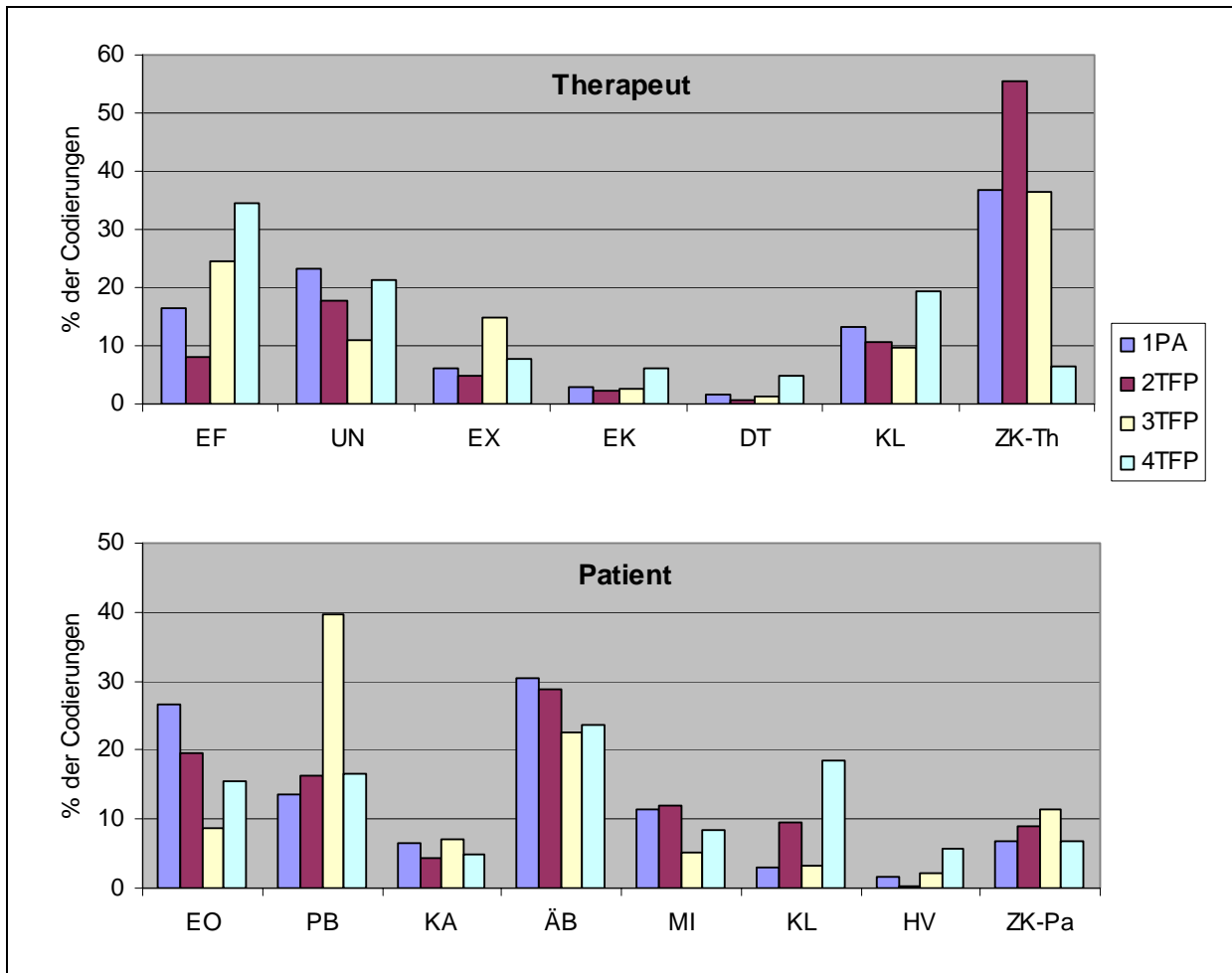


Abbildung 6: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFP, 3TFP und 4TFP

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 3TFP ergibt mit Ausnahme von KA und ÄB bei allen Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 6). Bei 4TFP ist der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 5,66$; $p < 0,001$), Mitarbeit ($z = 3,41$; $p < 0,001$), Klärung ($z = 20,17$; $p < 0,001$) und hemmendem Verhalten ($z = 5,45$; $p < 0,001$) höher, der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 8,92$; $p < 0,001$) und zusätzlichen Kategorien ($z = 4,62$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 58).

Beim Vergleich mit 1PA sind etwas weniger Unterschiede beobachtbar. In dieselbe Richtung weist der höhere Anteil an Klärungen ($z = 21,78$; $p < 0,001$) und hemmendem Verhalten ($z = 7,91$; $p < 0,001$), in eine andere Richtung geht jedoch der niedrigere Anteil an emotionalen Öffnungen ($z = 6,50$; $p < 0,001$) und Änderungsberichten ($z = 3,33$; $p < 0,001$) (Z-Summe = 46).

In Tabelle 18 ist die Verteilung der CIP-Codierungen getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke dargestellt. Die Gesamtzahl der Codierungen ist im ersten Block etwas geringer als in den beiden anderen: 333 – 387 – 381. Bezogen auf die Häufigkeit von längeren Redebeiträgen

des Therapeuten ist der Verlauf 118 – 147 – 138. Der Vergleich der drei Blöcke zeigt für den Therapeuten lediglich für die Erklärungen einen signifikanten Unterschied, der Anteil ist im 2. Block größer als im 1. ($z = 4,96$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 4,90$; $p < 0,001$).

Tabelle 18: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 4TFP, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke

Therapeut	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)	Patient	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
GA	4,3 (7)	8,8 (17)	6,9 (13)	PG	3,0 (5)	1,5 (3)	6,3 (12)
RF	27,4 (45)	22,8 (44)	21,7 (41)	NG	15,4 (26)	14,9 (29)	5,7 (11)
VE	5,5 (9)	3,6 (7)	2,6 (5)	SB	3,6 (6)	2,6 (5)	5,7 (11)
ZP	0,0 (0)	1,6 (3)	0,0 (0)	SP	13,0 (22)	14,9 (29)	9,9 (19)
PR	0,6 (1)	1,0 (2)	1,6 (3)	KA	0,6 (1)	8,8 (17)	5,2 (10)
MU	21,3 (35)	14,5 (28)	23,3 (44)	SK	8,3 (14)	5,7 (11)	5,2 (10)
IF	4,9 (8)	9,3 (18)	8,5 (16)	EB	1,2 (2)	4,6 (9)	16,1 (31)
ZF	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	ES	8,9 (15)	9,8 (19)	10,4 (20)
SF	0,6 (1)	0,0 (0)	1,1 (2)	WZ	5,3 (9)	0,0 (0)	1,6 (3)
ST	0,0 (0)	0,5 (1)	0,0 (0)	ZV	1,8 (3)	1,0 (2)	2,6 (5)
EK	3,0 (5)	6,7 (13)	1,1 (2)	AN	1,8 (3)	6,7 (13)	4,2 (8)
SO	0,0 (0)	3,1 (6)	1,6 (3)	TB	16 (27)	12,9 (25)	15,6 (30)
DF	6,7 (11)	2,1 (4)	5,3 (10)	IR	5,9 (10)	3,1 (6)	2,6 (5)
AS	0,0 (0)	0,5 (1)	0,0 (0)	AV	4,1 (7)	3,1 (6)	3,6 (7)
KO	8,5 (14)	9,8 (19)	16,9 (32)	KP	3,6 (6)	0,0 (0)	0,0 (0)
IP	10,4 (17)	6,2 (12)	5,8 (11)	RS	0,0 (0)	3,1 (6)	0,0 (0)
KR	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	RK-Pa	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
RK-Th	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	PA-Pa	1,2 (2)	3,6 (7)	1,0 (2)
PA-Th	1,2 (2)	8,3 (16)	2,1 (4)	ZH-Pa	6,5 (11)	3,6 (7)	4,2 (8)
ZH-Th	5,5 (9)	1,0 (2)	1,6 (3)	Gesamt-N	169	194	192
Gesamt-N	164	193	189				

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Beim Patienten zeigt sich für die Häufigkeit der längeren Redebeiträge der Verlauf 155 – 163 – 172. Der Vergleich der drei Blöcke ergibt, dass der Anteil von Kurzantworten im 2. Block höher ist als im 1. ($z = 14,86$; $p < 0,001$) und der Anteil an Änderungsberichte im 3. Block größer ist als im 1. ($z = 4,81$; $p < 0,001$) und 2. Block ($z = 4,04$; $p < 0,001$).

Auch bei Therapie 4TFP müssen die im Folgenden dargelegten Übergangswahrscheinlichkeiten aufgrund der geringen Anzahl an Codierungen vorsichtig interpretiert werden, wobei die gleichmäßigere Verteilung etwas bessere Möglichkeiten bietet.

Auf die insgesamt 115 als Unterstützung codierten Redebeiträge des Therapeuten reagiert der Patient überzufällig häufig mit Änderungsberichten ($N = 42$; $z = 3,83$; $p < 0,001$). Nach Explorationen ($N = 42$) sind Problembeschreibungen überzufällig häufig ($N = 22$; $z = 6,42$; $p < 0,001$) und nach Klassifikationen ($N = 103$) zeigte der Patient überzufällig häufig hemmendes Verhalten ($N = 15$; $z = 4,24$; $p < 0,001$).

Nach einer Problembeschreibung ($N = 92$) des Patienten sind beim Therapeuten überzufällig häufig Explorationen ($N = 22$; $z = 6,36$; $p < 0,001$) beobachtbar. Auf einen Änderungsbericht ($N = 129$) reagiert der Therapeut überzufällig häufig mit Unterstützung ($N = 41$; $z = 3,29$; $p = 0,001$) und auf Klärung ($N = 100$) überzufällig häufig mit Erklärung ($N = 17$; $z = 5,21$; $p < 0,001$).

In Tabelle 19 ist die Verteilung der zusätzlichen Beurteilungen mit dem M-CIP dargestellt. Beim Therapeuten sind 27% und beim Patienten 12% der CIP-Codierungen nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt. Hinsichtlich der vorgenommenen Beurteilungen des Fokus zeigt sich sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten eine Dominanz der Thematisierung einer gewissen Art von Interaktion, entweder mit einer Situation oder mit anderen bedeutsamen Personen.

Der Summenwert für die Fokusverschiebungen ist für den Therapeuten 440 und für den Patienten 705, was ein Verhältnis von 0,62 ergibt. Dieser Wert liegt höher als bei den drei anderen bisher analysierten Fälle, d.h. die thematische Dominanz ist hier etwas ausgeglichener, wobei der Patient noch immer den deutlich höheren Wert hat. Für die längeren Redebeiträge, bei denen eine Beurteilung mit dieser Skala vorgenommen wurde, ergibt sich beim Therapeuten ein Durchschnittswert von 1,1 und beim Patienten von 1,4.

Hinsichtlich des Zeitbezugs ist beim Therapeuten die Gegenwart die mit Abstand häufigste Kategorie, die bezogen auf die längeren Redebeiträge 74% ausmacht. Auch beim Patienten sind die mit Abstand meisten Kommunikationen auf die Gegenwart bezogen (55%). Hier zeigt sich jedoch auch ein relativ hoher Anteil an Kommunikationen, die sowohl auf die Gegenwart als auch auf die Zukunft bezogen sind (21%). Dieser Anteil ist damit signifikant höher als bei 3TFP ($z = 7,67$; $p < 0,001$) und 1PA ($z = 4,18$; $p < 0,001$).

Für die Beurteilungen nach den Wirkprinzipien ergibt sich beim Therapeuten ein deutliches Übergewicht problemorientierter gegenüber ressourcenorientierter Kommunikationen (Wert = 2,5). Ähnlich wie bei den vorher analysierten Therapien, fällt beim Therapeuten die relativ häufige Verwendung der Kategorie ‚unbestimmt‘ auf, die bei 27% der vorgenommenen

Beurteilungen vorliegt. Beim Patienten dominieren die problemorientierten Kommunikationen weniger, hier fällt der relativ hohe Anteil an der Kategorie ‚gemischt‘ auf (Wert = 2,3).

Tabelle 19: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 4TFP

		Therapeut		Patient	
		%	N	%	N
Fokus	Patient	5,5	22	5,3	26
	Situation	6,5	26	2,2	11
	Andere Personen	3,0	12	0,6	3
	Interaktion mit Situation	50,0	201	56,7	278
	Interaktion mit anderen	35,1	141	35,1	172
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Fokusver- schiebung	Keine Fokusveränderung	14,4	58	0,2	1
	Ausweitung des Fokus	64,7	260	65,1	319
	Leichte Fokusverschiebung	18,4	74	28,4	139
	Starke Fokusverschiebung	2,0	8	3,3	16
	Fokuswechsel	0,5	2	3,1	15
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Zeitbezug	Vergangenheit	3,5	14	3,1	15
	Gegenwart	74,4	299	55,3	271
	Zukunft	4,2	17	1,8	9
	Vergangenheit/Gegenwart	6,2	25	13,7	67
	Gegenwart/Zukunft	10,9	44	21,0	103
	Sonstige Kombinationen	1,0	4	4,9	24
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Ress. vs. Problem	Ressourcenorientiert	9,7	39	14,5	71
	Gemischt	16,2	65	37,8	185
	Problemorientiert	46,8	188	38,6	189
	Unbestimmt	27,4	110	9,2	45
Klär. vs. Bewältig.	Klärungsorientiert	45,0	181	16,7	82
	Gemischt	44,5	179	74,1	363
	Bewältigungsorientiert	10,4	42	9,0	44
	Unbestimmt	0,0	0	0,2	1
Anzahl beurteilter CIP-Kategorien		402		490	

Anmerkung: Beim Therapeuten sind 144 und beim Patienten 65 CIP-Codierungen mit den Erweiterungen des M-CIP nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt.

Mit der zweiten Skala wird beim Therapeuten zu etwa gleichen Anteilen ‚klärungsorientiert‘ und ‚gemischt‘ codiert (Wert = 1,7). Der Anteil an gemischten Kommunikationen ist signifikant höher als bei 4TFP ($z = 19,77$; $p < 0,001$) und 1PA ($z = 19,64$). Beim Patienten dominieren deutlich die als ‚gemischt‘ codierten Kommunikationen (Wert = 1,9), deren Anteil damit signifikant höher ist als bei 4TFP ($z = 28,68$; $p < 0,001$) und 1PA ($z = 8,81$; $p < 0,001$).

Auch bei Therapie 4TFP soll mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen eine vertiefende Betrachtung der Einsichten des Patienten und der Klassifikationen des Therapeuten vorgenommen werden. Von den 54 als Einsicht codierten Sprechhandlungen des Patienten sind 12 (22%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 30 (57%) auf die Gegenwart und 12 (22%) auf die Zukunft (und Gegenwart) bezogen. Der Therapeut bezieht sich bei seinen 105 Klassifikationen 17-mal (16%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 77-mal (73%) auf die Gegenwart und 11-mal (11%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Die Klassifikationen sind in 60% der Fälle (N = 63) problemorientiert und 26% (N = 27) sind ressourcenorientiert oder gemischt. Des Weiteren sind 35% (N = 37) klärungsorientiert und 65% (N = 68) bewältigungsorientiert oder gemischt. Für die Einsichten des Patienten zeigt sich, dass 41% entweder ressourcenorientiert oder gemischt (N = 22) sowie 57% (N = 31) rein problemorientiert sind und dass 87% (N = 47) bewältigungsorientiert oder gemischt und 13% (N = 7) rein klärungsorientiert sind.

5.4.3 Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 4TFP

Die Anzahl der Codierungen ist im Vergleich zu den in Kapitel 2.3.3 dargelegten Einzelfallanalysen wiederum relativ niedrig. Da die Häufigkeit und die Dauer der Pausen jedoch deutlich geringer ist als bei den vorher analysierten Fällen, erscheint die Interaktion etwas lebhafter und der Therapeut nimmt scheinbar eine weniger zurückhaltende, abstinente Haltung ein. Der Vergleich mit dem Verhalten des Therapeuten in Therapie 3TFP zeigt für alle Überkategorien signifikante Unterschiede. Mit 1PA bestehen insgesamt ähnliche, entgegen der Erwartung jedoch eher etwas geringere Unterschiede. Mit Ausnahme des höheren Anteils an Klassifikationen in Therapie 4TFP entsprechen die Unterschiede den Erwartungen, die im Hinblick auf den Vergleich von Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien formuliert wurden. Mit anderen Worten, das Therapeutenverhalten von 4TFP erfüllt die Erwartungen an eine tiefenpsychologische Therapie deutlicher als 3TFP.

Auch für den Patienten offenbaren sich beim Vergleich mit 1PA etwas weniger Unterschiede als beim Vergleich mit 3TFP. Wenn man berücksichtigt, dass sich das Verhalten des Patienten auch zwischen 1PA und 3TFP deutlich unterscheidet, kann zunächst nicht davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede zwischen den Patienten durch das unterschiedliche Therapeutenverhalten bedingt sind.

Beim Vergleich der drei Stundenblöcke ergeben sich für den Therapeuten und den Patienten nur wenige Unterschiede, die keine systematischen Veränderungen erkennen lassen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der anderen Fälle.

Aufgrund der geringen Anzahl an Codierungen sind der Untersuchung der wechselseitigen Beeinflussung von Therapeut und Patient (Markoff-Analysen) bisher leider bei allen Fällen deutliche Grenzen gesetzt. Die Voraussetzungen sind bei 4TFP aufgrund des relativ ausgeglichenen Verhältnisses an längeren Redebeiträgen zwischen Therapeut und Patient allerdings noch am besten. Es zeigt sich wie schon bei 3TFP, dass der Patient auf Unterstützungen kontingent mit Änderungsberichten und auf Exploration kontingent mit Problembeschreibungen reagiert, was sich mit den Befunden anderer Studien deckt (siehe Kapitel 2.3.3).

Für die Zusatzbeurteilungen mit dem M-CIP zeigen sich einige Unterschiede zwischen den drei Fällen, diese scheinen jedoch im Hinblick auf die unterschiedlichen Therapiemethoden kaum systematisierbar zu sein. Bei den vertiefenden Analysen zeigt sich, dass die Klassifikationen des Therapeuten und die Einsichten des Patienten im Vergleich zu den anderen Fällen relativ stark bewältigungsorientiert sind.

5.5 Analyse des fünften Falls – Psychoanalyse 5PA

Therapie 5PA ist eine Psychoanalyse, die mit 168 Sitzungen etwas umfangreicher ist als 1PA (131) und sich mit 30 Monaten über einen doppelt so langen Zeitraum erstreckte (bei 1PA 14). D.h. die Sitzungsfrequenz war bei 5PA durchschnittlich deutlich niedriger als bei 1PA, wobei der Patient bei beiden Therapien in der Regel auf einer Couch lag. Die Therapie kann ebenfalls als erfolgreich bezeichnet werden, da bei Therapieende keine psychische Störung mehr vorliegt und alle drei Therapieziele in zufrieden stellendem Ausmaß erreicht wurden. Der Patient hat sich mit einer mittleren ES von 1,5 quantitativ jedoch etwas weniger ausgeprägt verändert als der Patient der Psychoanalyse 1PA (ES = 2,7).

Der 33-jährige Patient hat bei Therapiebeginn keine Partnerin und arbeitet in einem kaufmännischen Lehrberuf. Er leidet mit einem BDI von 21 und einem GSI von 1,6 unter einer ausgeprägten depressiven und psychosomatischen Symptomatik. Auffallend ist der relativ hohe IIP-Gesamtwert von 2,3, der für massive interpersonelle Probleme spricht. Mit seinem Leben ist er insgesamt ‚eher unzufrieden‘ (FLZ: 2). Die Überschriften seiner drei persönlichen Therapieziele lauten folgendermaßen: (1) Lebensfreude, Lebensmut; (2) Gefühle wahrnehmen und mitteilen; (3) Abgrenzung. Bei Therapieende liegt mit einem BDI von 7 und einem GSI von 0,4 weiterhin eine leichte depressive und psychosomatische Symptomatik vor und der Patient ist mit seinem Leben lediglich ‚eher zufrieden‘ (FLZ: 3). Auffallend ist der weiterhin hohe IIP-Gesamtwert von 1,9.

Neben dem etwas schlechter zu beurteilenden Therapieerfolg ist der Hauptunterschied zu 1PA die Person des Therapeuten. Therapie 5PA wurde von einer 57-jährigen Therapeutin mit 25 Jahren Berufserfahrung durchgeführt. Wie der Therapeut von 1PA, führt die Therapeutin von 5PA sowohl Psychoanalysen als auch tiefenpsychologische Psychotherapien durch.

5.5.1 Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 5PA

Im Rahmen des Vergleichs mit 1PA wird die Frage untersucht, ob die gleiche Therapiemethode von unterschiedlichen Therapeuten in gleicher oder in verschiedener Art und Weise umgesetzt wird. Ähnlich wie bei dem vorherigen Fall kann im Hinblick auf den Vergleich mit den Fällen 1PA und 3TFP folgende allgemeine Erwartung formuliert werden: Die Therapie

5PA sollte sich stärker von 3TFP als von 1PA unterscheiden, da bei 3TFP die Therapiemethode und die Person des Therapeuten unterschiedlich ist, und bei 1PA lediglich die Person des Therapeuten eine andere ist. Ergänzend soll über einen Vergleich mit 4TFP überprüft werden, ob sich mit dieser von einem anderen Therapeuten als 3TFP durchgeführten Therapie andere Unterschiede zeigen. Somit kann der Frage nachgegangen werden, ob Unterschiede zwischen den Therapiemethoden über verschiedene Therapeuten hinweg eher konstant oder variabel sind.

5.5.2 Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 5PA

Bei 5PA wurden insgesamt 1.555 CIP-Codierungen vorgenommen (Tabelle 20). Damit ergibt sich für die 15 analysierten Sitzungen ein Durchschnitt von 104 Codierungen. Im Vergleich zu den in Tabelle 8 dargestellten Werten der von einem anderen Therapeuten durchgeführten Psychoanalyse (1PA: 869 bzw. 58) ist dies relativ viel. Dieser Unterschied zeigt sich noch deutlicher, wenn man die Häufigkeiten von längeren Redebeiträgen vergleicht. Bei 5PA wurden insgesamt 1.343 längere Redebeiträge codiert (vs. 565 bei 1PA), 644 bei der Therapeutin (vs. 182 bei 1PA) und 699 beim Patienten (vs. 565 bei 1PA). Der Umfang der Redebeiträge ist also im Gegensatz zu 1PA bei 5PA relativ ausgeglichen ($Th/Pa = 0,92$).

Auch bei den Auswertungen bzgl. der Gesprächspausen zeigen sich deutliche Unterschiede zu 1PA. Die insgesamt 41 Gesprächspausen dauerten zusammen ca. 20 Minuten, d.h. ca. 3% der Zeit wurde geschwiegen. Bei der Therapeutin nehmen die Pausen-Codierungen mit 5% und beim Patienten mit 3% lediglich einen relativ geringen Anteil ein.

Von den 644 längeren Redebeiträgen der Therapeutin nehmen die 241 Reformulierungen den mit Abstand größten Anteil ein, gefolgt von 65 Konfrontationen, 65 Informationsfragen, 54 Gefühlsansprachen, 50 Interpretationen, 38 direktiven Führungen und 19 Erklärungen.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Therapeuten bei 1PA zeigt für vier Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 7): Bei 5PA ist der Anteil an Einfühlungen ($z = 17,87$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 5,56$; $p < 0,001$) und Direktiven ($z = 12,28$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an den zusätzlichen Kategorien ($z = 29,41$; $p < 0,001$) niedriger (Z -Summe = 73).

Beim Vergleich mit 3TFP ergeben sich für alle Überkategorien signifikante Unterschiede: Bei 5PA ist der Anteil an Einfühlungen ($z = 10,11$; $p < 0,001$), Unterstützungen ($z = 5,61$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 6,62$; $p < 0,001$), Direktiven ($z = 15,81$; $p < 0,001$) und Klassifikatio-

nen ($z = 5,24$; $p < 0,001$) höher, der Anteil an Explorationen ($z = 5,44$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 34,65$; $p < 0,001$) dagegen niedriger (Z -Summe = 84).

Tabelle 20: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 5PA

Therapeutin		%	N	Patient		%	N
EF	GA	7,0	54	EO	PG	2,7	21
	RF	31,2	241		NG	16,1	126
	VE	2,1	16	PB	SB	3,2	25
UN	ZP	1,6	12		SP	23,6	185
	PR	4,3	33	KA		6,3	49
	MU	11,4	88	ÄB	SK	4,5	35
EX	IF	8,4	65		EB	5,8	45
	ZF	0,1	1		ES	11,9	93
EK	SF	1,8	14	MI	WZ	5,5	43
	ST	0,4	3		ZV	0,5	4
	EK	2,5	19		AN	2,9	23
	SO	1,7	13	KL	TB	6,9	54
DT	DF	4,9	38		IR	3,2	25
	AS	2,3	18	HV	AV	0,9	7
KL	KO	8,4	65		KP	1,3	10
	IP	6,5	50		RS	0,4	3
	KR	0,3	2	ZK-Pa	RKPa	0,0	0
ZK-Th	RK-Th	0,0	0		PAPa	3,3	26
	PA-Th	5,1	39		ZHPa	1,2	9
	ZH-Th	0,1	1				
	Gesamt	100,0	772	Gesamt	100,0	783	

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Ein anderes Bild ist beim Vergleich mit dem Therapeuten von 4TFP beobachtbar. Lediglich der Anteil an Einfühlung ist bei 5PA signifikant höher ($z = 3,35$; $p < 0,001$) (Z -Summe = 15).

Beim Patienten nehmen von den 699 längeren Redebeiträgen die 185 spezifischen Problembeschreibungen den größten Anteil ein, gefolgt von 126 negativen Gefühlsbeschreibungen, 93 Einsichten, 54 Ansprachen der therapeutischen Beziehung und 45 Erfolgsberichten.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 1PA zeigt vier signifikante Unterschiede (Abbildung 7): Bei 5PA ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 10,83$; $p < 0,001$) und Klärung ($z = 11,84$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 4,27$; $p < 0,001$) und Änderungsberichten ($z = 4,17$; $p < 0,001$) niedriger (Z -Summe = 38).

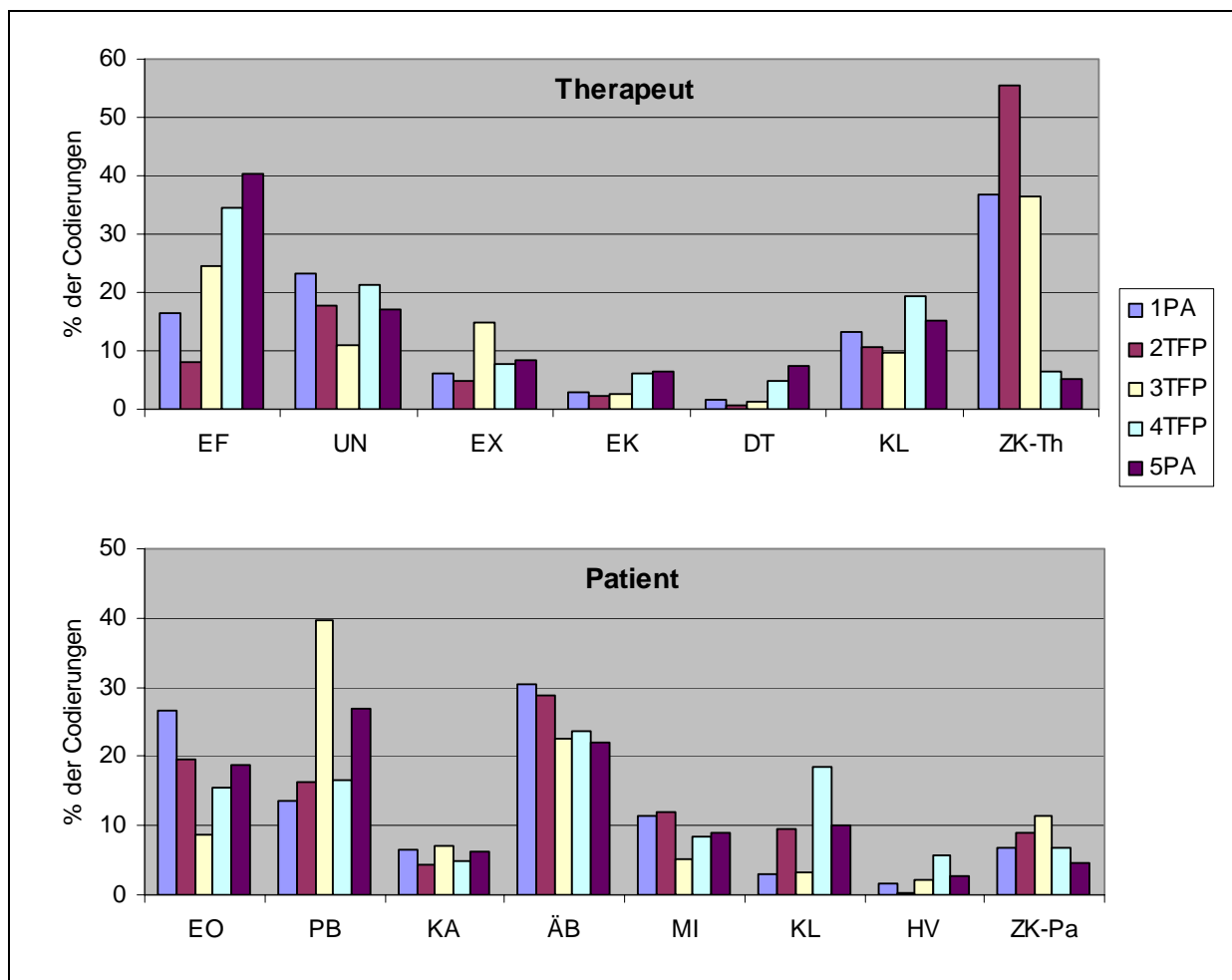


Abbildung 7: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFP, 3TFP, 4TFP und 5PA

Beim Vergleich mit 3TFP zeigt sich ein anderes Bild. Der Anteil an emotionalen Öffnungen ($z = 9,97$; $p < 0,001$), Mitarbeit ($z = 4,88$; $p < 0,001$) und Klärung ($z = 10,67$; $p < 0,001$) ist bei 5PA höher und der Anteil an Problembereichten ($z = 7,13$; $p < 0,001$) und zusätzlichen Kategorien ($z = 8,21$; $p < 0,001$) niedriger als bei 3TFP (Z-Summe = 42; $p < 0,001$).

Gegenüber 4TFP sind nochmals andere Unterschiede zu beobachten. Der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 7,70$; $p < 0,001$) ist bei 5PA höher und der Anteil an Klärung ($z = 6,62$; $p < 0,001$) und hemmendem Verhalten ($z = 4,81$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 28).

In Tabelle 21 ist die Verteilung der CIP-Codierungen getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke dargestellt. Die Gesamtzahl der Codierungen ist im mittleren Block etwas geringer als in den beiden anderen: 545 – 474 – 536. Bezogen auf die Häufigkeit von längeren Redebeiträgen der Therapeutin ist der Verlauf 207 – 202 – 235. Der Vergleich der drei Blöcke zeigt für die Therapeutin einige signifikante Unterschiede. Im 1. Block ist der Anteil an Direktiven und Klassifikationen niedriger als im 2. ($z = 4,65$ und $8,62$; $p < 0,001$) und 3. ($z = 7,67$ und $10,49$;

$p < 0,001$) Block. In den Sitzungen des 1. Blocks sind von den längeren Redebeiträgen 8% Interpretationen oder Konfrontationen. Im 2. ist dieser Anteil 22% und im 3. Block 23%. Der Anteil an zusätzlichen Kategorien ist im 1. Block größer als im 2. ($z = 9,35$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 7,92$; $p < 0,001$). Im 3. Block ist der Anteil an Erklärung größer als im 1. ($z = 3,39$; $p < 0,001$) und 2. Block ($z = 4,45$; $p < 0,001$). Des Weiteren machen Einfühlungen im 3. Block einen geringeren Anteil aus als im 1. ($z = 8,18$; $p < 0,001$) und 2. Block ($z = 4,60$; $p < 0,001$).

Tabelle 21: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 5PA, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke

Therapeutin	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)	Patient	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
GA	7,4 (20)	5,1 (12)	8,3 (22)	PG	4,7 (13)	2,5 (6)	0,7 (2)
RF	42,8 (116)	33,6 (79)	16,9 (45)	NG	19,7 (54)	11,3 (27)	16,7 (45)
VE	0,4 (1)	3,0 (7)	3,0 (8)	SB	1,8 (5)	6,7 (16)	1,5 (4)
ZP	0,7 (2)	0,9 (2)	3,0 (8)	SP	27,7 (76)	20,1 (48)	22,6 (61)
PR	1,1 (3)	4,7 (11)	7,1 (19)	KA	3,3 (9)	2,9 (7)	12,2 (33)
MU	13,3 (36)	11,9 (28)	9,0 (24)	SK	5,5 (15)	3,8 (9)	4,1 (11)
IF	10,0 (27)	6,8 (16)	8,3 (22)	EB	5,5 (15)	8,4 (20)	3,7 (10)
ZF	0 (0)	0,4 (1)	0,0 (0)	ES	8,4 (23)	18,0 (43)	10,0 (27)
SF	1,8 (5)	0,0 (0)	3,8 (10)	WZ	6,6 (18)	5 (12)	4,8 (13)
ST	0,4 (1)	0,9 (2)	0,0 (0)	ZV	0,4 (1)	0,8 (2)	0,4 (1)
EK	3 (8)	3,4 (8)	1,1 (3)	AN	1,1 (3)	2,9 (7)	4,8 (13)
SO	0,0 (0)	0,0 (0)	4,9 (13)	TB	4,7 (13)	6,7 (16)	9,3 (25)
DF	2,6 (7)	4,7 (11)	7,5 (20)	IR	2,2 (6)	3,3 (8)	4,1 (11)
AS	0,4 (1)	3,4 (8)	3,4 (9)	AV	0,0 (0)	2,9 (7)	0,0 (0)
KO	3,3 (9)	8,1 (19)	13,9 (37)	KP	1,5 (4)	1,7 (4)	0,7 (2)
IP	2,6 (7)	11,1 (26)	6,4 (17)	RS	0,4 (1)	0,0 (0)	0,7 (2)
KR	0,0 (0)	0,0 (0)	0,8 (2)	RK-Pa	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
RK-Th	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	PA-Pa	5,8 (16)	2,1 (5)	1,9 (5)
PA-Th	10,3 (28)	1,7 (4)	2,6 (7)	ZH-Pa	0,7 (2)	0,8 (2)	1,9 (5)
ZH-Th	0,0 (0)	0,4 (1)	0,0 (0)	Gesamt-N	274	239	270
Gesamt-N	271	235	266				

Beim Patienten zeigt sich für die Häufigkeit der längeren Redebeiträge folgender Verlauf: 247 - 225 - 227. Der Vergleich der drei Blöcke ergibt, dass der Anteil an emotionalen Öffnungen und an zusätzlichen Kategorien im 1. größer ist als im 2. Block ($z = 5,11$ und $3,57$; $p < 0,001$). Änderungsberichte sind im 2. Block anteilmäßig häufiger als im 1. ($z = 4,22$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 4,99$; $p < 0,001$). Kurzantworten sind im 3. Block anteilmäßig häufiger als im 1. ($z = 8,25$; $p < 0,001$) und 2. Block ($z = 9,05$; $p < 0,001$). Des Weiteren unterschei-

det sich der 3. Block vom 1. durch mehr Klärung ($z = 4,14$; $p < 0,001$) und vom 2. durch weniger hemmendes Verhalten ($z = 4,00$; $p < 0,001$).

Die Voraussetzungen zur Berechnung von Übergangswahrscheinlichkeiten sind bei Therapie 5PA besser als bei den vorhergehenden Fällen, da deutlich mehr Codierungen vorliegen und das Verhältnis der längeren Redebeiträge zwischen Therapeut und Patient ausgeglichener ist.

Auf die insgesamt 309 als Einfühlung codierten Redebeiträge der Therapeutin reagiert der Patient überzufällig häufig mit emotionaler Öffnung ($N = 77$; $z = 3,42$; $p < 0,001$) und unterzufällig häufig mit Klärung ($N = 17$; $z = -3,43$; $p < 0,001$). Nach Unterstützungen ($N = 133$) sind Problembeschreibungen unterzufällig häufig ($N = 9$; $z = -5,66$; $p < 0,001$), Änderungsberichte ($N = 48$; $z = 4,36$; $p < 0,001$) und Mitarbeit ($N = 23$; $z = 3,60$; $p < 0,001$) hingegen überzufällig häufig. Auf Exploration ($N = 66$) reagiert der Patient überzufällig häufig mit Problembeschreibung ($N = 38$; $z = 6,00$; $p < 0,001$), auf die Erklärungen ($N = 48$) überzufällig häufig mit Klärung ($N = 14$; $z = 4,56$; $p < 0,001$). Nach Klassifikationen ($N = 117$) folgen unterzufällig häufig emotionale Öffnungen ($N = 8$; $z = -3,64$; $p < 0,001$).

Nach einer Problembeschreibung ($N = 210$) des Patienten ist bei der Therapeutin überzufällig häufig Exploration ($N = 30$; $z = 3,48$; $p < 0,001$) beobachtbar. Nach Änderungsberichten ($N = 172$) folgte überzufällig häufig Unterstützung ($N = 54$; $z = 5,58$; $p < 0,001$) und nach Klärung ($N = 74$) überzufällig häufig Erklärung ($N = 15$; $z = 5,07$; $p < 0,001$).

Damit wird die Interaktion von 5PA unter anderem von folgender Interaktionssequenz geprägt: Nach einer emotionalen Öffnung oder einer Problembeschreibung reagiert die Therapeutin mit Einfühlung woraufhin der Patient wiederum mit einer emotionalen Öffnung oder einer Problembeschreibung reagiert (EO/PB - EF - EO/PB). Diese Abfolge konnte insgesamt 123-mal beobachtet werden. Nach den ersten beiden Schritten (EO/PB - EF) folgt in 70% der Fälle auch der dritte Schritt (EO/PB).

In Tabelle 22 ist die Verteilung der zusätzlichen Beurteilungen mit dem M-CIP dargestellt. Bei der Therapeutin sind 17% und beim Patienten 11% der CIP-Codierungen nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt. Hinsichtlich der vorgenommenen Beurteilungen des Fokus zeigt sich sowohl bei der Therapeutin als auch beim Patienten eine Dominanz der Thematisierung einer gewissen Art von Interaktion, entweder mit einer Situation oder mit anderen bedeutsamen Menschen.

Der Summenwert für die Fokusverschiebungen ist für die Therapeutin 679 und für den Patienten 988, was ein Verhältnis von 0,69 ergibt. Für die längeren Redebeiträge ergibt sich bei der Therapeutin ein Durchschnittswert von 1,1 und beim Patienten von 1,4.

Tabelle 22: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 5PA

		Therapeutin		Patient	
		%	N	%	N
Fokus	Patient	5,3	34	6,4	45
	Situation	2,3	15	0,9	6
	Andere Personen	2,6	17	1,7	12
	Interaktion mit Situation	47,4	305	47,1	329
	Interaktion mit anderen	42,1	271	43,8	306
	Unbestimmt	0,3	2	0,1	1
Fokusver- schiebung	Keine Fokusveränderung	11,6	75	0,3	2
	Ausweitung des Fokus	72,4	466	79,0	552
	Leichte Fokusverschiebung	14,9	96	16,6	116
	Starke Fokusverschiebung	1,1	7	1,7	12
	Fokuswechsel	0,0	0	2,4	17
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Zeitbezug	Vergangenheit	1,1	7	0,9	6
	Gegenwart	82,6	532	79,1	553
	Zukunft	3,6	23	2,3	16
	Vergangenheit/Gegenwart	1,9	12	4,1	29
	Gegenwart/Zukunft	10,7	69	12,7	89
	Sonstige Kombinationen	0,2	1	0,9	6
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Ress. vs. Problem	Ressourcenorientiert	17,5	113	12,2	85
	Gemischt	22,7	146	38,2	267
	Problemorientiert	43,6	281	44,3	310
	Unbestimmt	16,1	104	5,3	37
Klär. vs. Bewältig.	Klärungsorientiert	34,8	224	20,2	141
	Gemischt	48,6	313	63,7	445
	Bewältigungsorientiert	16,6	107	16,2	113
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Anzahl beurteilter CIP-Kategorien		644		699	

Anmerkung: Bei der Therapeutin sind 128 und beim Patienten 84 CIP-Codierungen mit den Erweiterungen des M-CIP nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt.

Hinsichtlich des Zeitbezugs ist bei der Therapeutin und dem Patienten die Gegenwart die mit Abstand häufigste Kategorie, die bezogen auf die längeren Redebeiträge 83 bzw. 79% ausmacht. Auffallend ist die relativ seltene Thematisierung der Vergangenheit. Bei Therapeutin und Patient hat die gemischte Thematisierung von Gegenwart und Zukunft den zweitgrößten

Anteil (11 und 13%). Für die Therapeutin ist dieser Anteil signifikant höher als bei 1PA ($z = 13,25$; $p < 0,001$) und 3TFP ($z = 11,50$; $p < 0,001$). Kein Unterschied besteht hingegen zu 4TFP ($z = 0,93$; $p < 0,001$).

Für die Beurteilungen nach den Wirkprinzipien zeigt sich bei der Therapeutin ein deutliches Übergewicht problemorientierter gegenüber ressourcenorientierter Kommunikationen (Wert = 2,3). Ähnlich wie bei den zuvor analysierten Therapien fällt für die Therapeutin die relativ häufige Verwendung der Kategorie ‚unbestimmt‘ auf, die bei 16% der vorgenommenen Beurteilungen vorliegt. Beim Patienten dominieren ebenfalls die problemorientierten Kommunikationen, hier fällt der relativ hohe Anteil an der Kategorie ‚gemischt‘ auf (Wert = 2,3).

Für die zweite Skala liegt sowohl bei der Therapeutin als auch beim Patienten am häufigsten die Kategorie ‚gemischt‘ und am zweithäufigsten ‚klärungorientiert‘ vor (Wert = 1,8 und 2,0).

Auch bei Therapie 5PA soll mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen eine vertiefende Betrachtung der Einsichten des Patienten und der Klassifikationen der Therapeutin vorgenommen werden. Von den 93 als Einsicht codierten Sprechhandlungen des Patienten sind 7 (8%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 82 (88%) auf die Gegenwart und 4 (4%) auf die Zukunft (und Gegenwart) bezogen. Die Therapeutin bezieht sich bei ihren 117 Klassifikationen 3-mal (3%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 108-mal (92%) auf die Gegenwart und 6-mal (5%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Die Klassifikationen sind in 70% der Fälle ($N = 82$) problemorientiert und 26% ($N = 30$) sind ressourcenorientiert oder gemischt. Des weiteren sind 22% ($N = 26$) klärungsorientiert und 78% ($N = 91$) bewältigungsorientiert oder gemischt. Für die Einsichten des Patienten zeigt sich, dass 74% entweder ressourcenorientiert oder gemischt ($N = 69$) und 25% ($N = 23$) rein problemorientiert sind sowie dass 91% ($N = 85$) bewältigungsorientiert oder gemischt und 9% ($N = 8$) rein klärungsorientiert sind.

5.5.3 Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 5PA

Die Anzahl der Codierungen ist im Vergleich zu den vorher dargelegten Einzelfallanalysen bei 5PA relativ hoch. Dies und die geringere Häufigkeit und Dauer der Pausen sprechen für eine lebhaftere Interaktion. Das Verhältnis von längeren Redebeiträgen ist zwischen Therapeutin und Patient fast ausgeglichen. Die Therapeutin nimmt scheinbar eine aktivere und weniger abstinente Haltung ein.

Die Vergleiche hinsichtlich des Therapeutenverhaltens mit 1PA und 3TFP zeigen zwar für 1PA weniger Unterschiede als für 3TFP, aber mit Ausnahme des höheren Anteils von Exploration bei 3TFP widersprechen die Unterschiede den Erwartungen. Die Psychoanalytikerin von 5PA zeigt mehr Einfühlung, Unterstützung, Erklärung, Direktiven und Klassifikationen als der Therapeut von 3TFP. Dies spricht für eine weniger zurückhaltende, abstinentere Haltung der Psychoanalytikerin als sie der Therapeut in der tiefenpsychologischen Psychotherapie praktiziert.

Auch hinsichtlich des Therapieverlaufs zeigt sich bei 5PA ein deutlich anderes Bild als bei 1PA. Die Therapeutin von 5PA wird im Verlauf der Therapie dahingehend aktiver, dass sie mehr Direktiven, Klassifikationen und Erklärungen gibt. Bei 1PA bleibt der Therapeut konstant zurückhaltend und abstinent, wobei diese Haltung im 2. Block am stärksten ausgeprägt ist.

Die Möglichkeiten der Berechnung von Markoff-Analysen waren bei 5PA deutlich besser als bei den vier vorher analysierten Fällen. Es zeigen sich eine Reihe von signifikanten Übergangswahrscheinlichkeiten, die im Sinne einer dominanten Interaktionssequenz zusammengefasst werden können: Die Therapeutin reagiert auf emotionale Öffnung und Problembeschreibung mit Einfühlung, worauf der Patient wiederum mit emotionaler Öffnung und Problembeschreibung reagiert. Des Weiteren reagiert die Therapeutin auf Änderungsberichte kontingent mit Unterstützung. Auch diese Interaktionsmerkmale sind eher bei einer tiefenpsychologischen Therapie als bei einer Psychoanalyse zu erwarten.

Bei den vertiefenden Analysen zeigt sich, dass die Klassifikationen des Therapeuten und die Einsichten des Patienten im Vergleich zu den anderen Fällen nur sehr selten auf die Vergangenheit und ganz überwiegend auf die Gegenwart bezogen sind. Hinsichtlich der Ressourcen- vs. Problemorientierung fällt die starke Diskrepanz zwischen Therapeutin und Patient auf, die Klassifikationen sind primär problemorientiert und die Einsichten primär bewältigungsorientiert oder gemischt. Bei den Klassifikationen besteht ein deutlicher Unterschied mit 1PA darin, dass bei 5PA eine Dominanz der Bewältigungsorientierung und bei 1PA eine Dominanz der Klärungsorientierung vorliegt.

5.6 Analyse des sechsten Falls – kognitive Verhaltenstherapie 6KVT

Bei 6KVT handelt es sich um eine 66 Sitzungen umfassende kognitive Verhaltenstherapie, die in einem Zeitraum von 32 Monaten durchgeführt wurde. Die 45-jährige Therapeutin hat sieben Jahre Berufserfahrung. Der 47-jährige Patient hat bei Therapiebeginn keine Partnerin und arbeitet als Fachhochschulabsolvent in einem kaufmännischen Beruf. Er leidet mit einem BDI von 21 und einem GSI von 1,4 unter einer ausgeprägten depressiven und psychosomatischen Symptomatik und ist mit seinem Leben insgesamt eher unzufrieden (FLZ: 2). Die Überschriften seiner drei persönlichen Therapieziele sprechen alle den sozialen Bereich an: (1) Privater Lebensplan; (2) Selbstwertgefühl im beruflichen Bereich; (3) Beziehungsfähigkeit.

Die über die berücksichtigten Instrumente gemittelte Effektstärke beträgt 1,3. Bei Therapieende liegt mit einem BDI von 6 und einem GSI von 0,4 weiterhin eine leichte depressive und psychosomatische Symptomatik vor und der Patient ist mit seinem Leben lediglich ‚eher zufrieden‘ (FLZ: 3). Auffallend ist der weiterhin hohe IIP-Gesamtwert von 1,7. Es handelt sich jedoch nicht um einen erfolglosen Fall, da keine psychische Störung mehr vorliegt und die drei Therapieziele in zufrieden stellendem Ausmaß erreicht wurden.

5.6.1 Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 6KVT

Therapie 6KVT unterscheidet sich von allen vorher analysierten Fällen sowohl hinsichtlich der Person des Therapeuten als auch hinsichtlich der Therapiemethode. Um beide Variablen zu berücksichtigen, sollen mit Ausnahme von 2TFP mit allen bisher dargestellten Fällen Vergleiche durchgeführt werden. In Bezug auf alle Vergleiche wird erwartet, dass das Verhalten der Verhaltenstherapeutin stärker von richtig formulierten Unterstützungen, Explorationen, Erklärungen und Direktiven geprägt wird und weniger von Klassifikationen und einer zurückhaltenden, Pausen tolerierenden Haltung. Insgesamt wird eine lebhaftere Interaktion erwartet, bei der das Verhältnis der längeren Redebeiträge von Therapeutin und Patient relativ ausgeglichen ist. Vom theoretischen Standpunkt aus würde man erwarten, dass diese Unterschiede beim Vergleich mit den beiden Psychoanalysen deutlich stärker ausgeprägt sind als beim Vergleich mit den drei tiefenpsychologischen Psychotherapien. Da die vorhergehenden Analysen die an den

Vergleich von PA und TFP gerichteten Erwartungen nicht bestätigen konnten und sich deutliche Unterschiede zwischen Therapien der gleichen Methode zeigen, kann diese spezifische Erwartung hier nicht aufrechterhalten werden. Aufgrund der bisherigen Ergebnisse kann dagegen erwartet werden, dass die Unterschiede mit den vom gleichen Therapeuten durchgeführten Therapien 1PA und 3TFP deutlicher ausfallen als mit 4TFP und 5PA. Damit wird der Einfluss des Therapeuten auf die Unterschiede zwischen den Therapien untersucht.

5.6.2 Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 6KVT

Bei 6KVT wurden insgesamt 1.985 CIP-Codierungen vorgenommen (Tabelle 23), was im Durchschnitt einen Wert von 132 pro Sitzung ergibt. Wenn man die rein technischen Kategorien (ZH, PA) und die kurzen verbalen Einwürfe (MU, KA) bei Therapeutin und Patient abzieht, wurden 1.833 längere Redebeiträge codiert, 973 bei der Therapeutin und 860 beim Patienten. Diese Werte liegen deutlich höher als bei den zuvor analysierten Fällen. Der Umfang der Redebeiträge ist leicht zu Gunsten der Therapeutin verteilt ($Th/Pa = 1,13$), was ein deutlicher Unterschied zu der Dominanz des Patienten bei den PAs und TFPs darstellt.

Die Anzahl der Gesprächspausen ist bei Therapie 6KVT mit 2 und der zeitliche Umfang mit 35 Sekunden fast bedeutungslos.

Von den 973 längeren Redebeiträgen der Therapeutin nehmen die 378 Reformulierungen den mit Abstand größten Anteil ein, gefolgt von 106 Aufgabenstellungen, 99 Informationsfragen, 66 positiven Rückmeldungen, 62 direktiven Führungen, 58 Zusprüchen, 53 Gefühlsansprachen und 40 Erklärungen.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Therapeuten bei 1PA zeigt für alle Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 8). Bei 6KVT ist der Anteil an Einfühlungen ($z = 25,10$; $p < 0,001$), Explorationen ($z = 5,11$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 7,88$; $p < 0,001$) und Direktiven ($z = 37,84$; $p < 0,001$) höher, der Anteil an Unterstützungen ($z = 5,10$; $p < 0,001$), Klassifikationen ($z = 7,16$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 137,63$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 226). Bezüglich der Unterstützungen ist jedoch zu beachten, dass dieser Unterschied ausschließlich durch weniger MU zustande kommt und bei 6KVT letztlich mehr richtig formulierte Unterstützungen (z für ZP = 15,97; z für PR = 13,96; $p < 0,001$) beobachtbar sind.

Tabelle 23: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 6KVT

Therapeutin		%	N	Patient		%	N
EF	GA	5,3	53	EO	PG	1,9	19
	RF	38,0	378		NG	7,6	75
	VE	2,5	25	PB	SB	7,5	74
UN	ZP	5,8	58		SP	43,0	425
	PR	6,6	66	KA		6,8	67
	MU	2,0	20	ÄB	SK	4,7	46
EX	IF	9,9	99		EB	8,3	82
	ZF	0,0	0		ES	5,9	58
EK	SF	2,0	20	MI	WZ	0,9	9
	ST	1,0	10		ZV	1,5	15
	EK	4,0	40		AN	4,8	47
	SO	0,3	3	KL	TB	0,1	1
DT	DF	6,2	62		IR	0,0	0
	AS	10,6	106	HV	AV	0,4	4
KL	KO	2,3	23		KP	0,2	2
	IP	3,0	30		RS	0,1	1
	KR	0,0	0	ZK-Pa	RKPa	0,2	2
ZK-Th	RK-Th	0,0	0		PAPa	0,2	2
	PA-Th	0,2	2		ZHPa	6,1	60
	ZH-Th	0,1	1		Gesamt	100,0	989
	Gesamt	100,0	996				

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Der Vergleich mit 3TFP zeigt für die meisten Überkategorien vergleichbare signifikante Unterschiede. Bei 6KVT ist der Anteil an Einfühlungen ($z = 15,62$; $p < 0,001$), Unterstützungen ($z = 3,57$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 9,19$; $p < 0,001$) und Direktiven ($z = 46,30$; $p < 0,001$) höher sowie der Anteil an Klassifikationen ($z = 4,69$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 162,33$; $p < 0,001$) niedriger. Ein gegensätzlicher Unterschied besteht darin, dass der Anteil an Explorationen bei 6KVT niedriger ist ($z = 3,94$; $p < 0,001$) (Z-Summe = 246).

Beim Vergleich mit 5PA ergeben sich weniger signifikante Unterschiede, die jedoch alle in die gleiche Richtung weisen (z für EF = 3,62; z für DT = 11,70; z für KF = 12,18; z für ZK-Th = 24,80; $p < 0,001$) (Z-Summe = 57). Der Vergleich für die Überkategorie Unterstützung wird zwar nicht signifikant, aber bei den Einzelkategorien zeigt sich, dass die Therapeutin in 6KVT mehr Zuspruch ($z = 10,92$; $p < 0,001$) und positive Rückmeldungen ($z = 3,68$; $p < 0,001$) gibt.

Der Vergleich mit 4TFP zeigt die gleichen Unterschiede wie der Vergleich mit 5PA (z für EF = 7,54; z für DT = 17,95; z für KF = 14,48; z für ZK-Th = 26,89; $p < 0,001$) (Z-Summe = 76). Auch hier zeigt sich, dass die Therapeutin in 6KVT mehr Zuspruch ($z = 22,50$; $p < 0,001$) und

positive Rückmeldungen ($z = 16,72$; $p < 0,001$) gibt als in 4TFP. Für die Überkategorie ‚Unterstützung‘ ist der Anteil jedoch bei 6KVT niedriger ($z = 4,51$; $p < 0,001$).

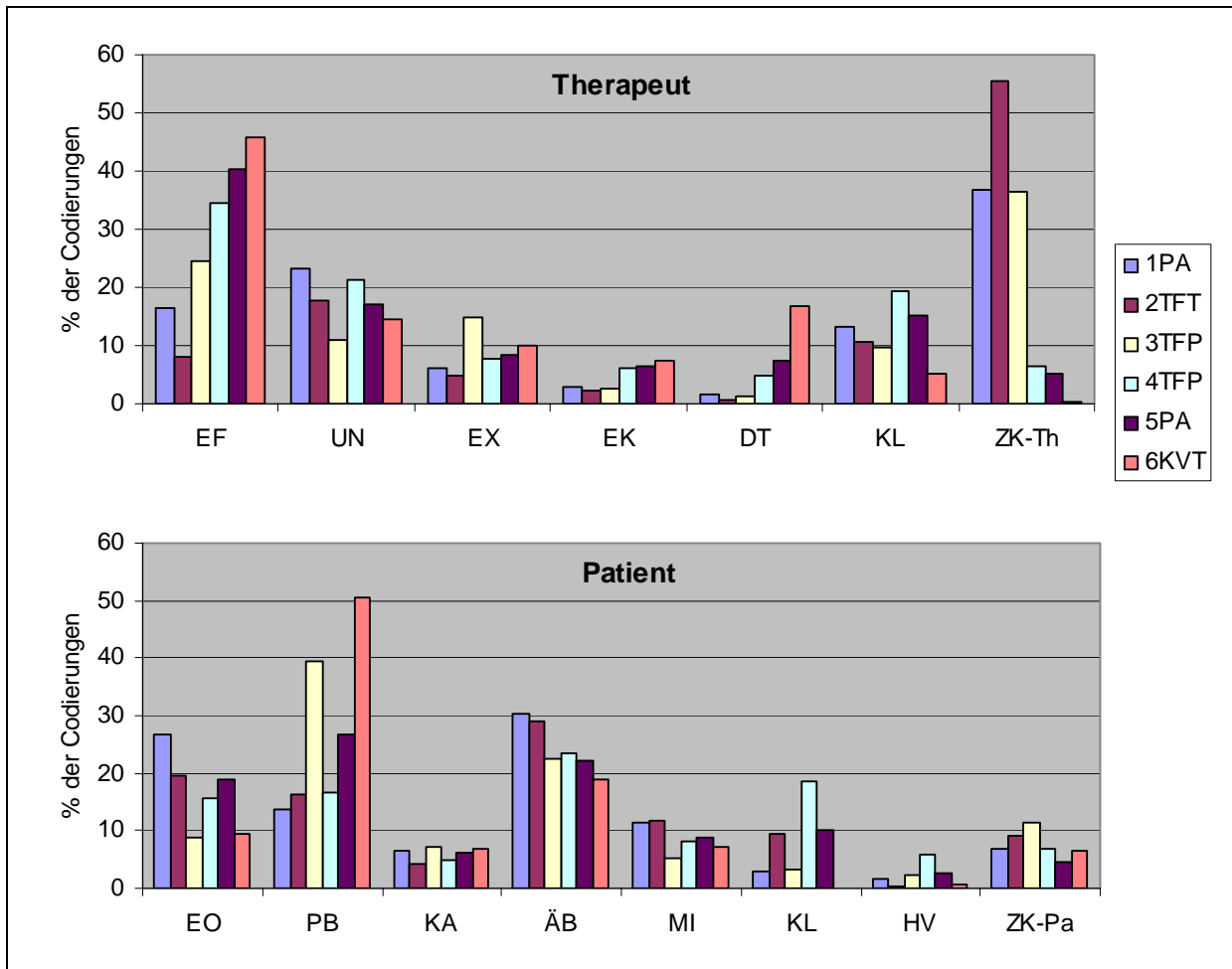


Abbildung 8: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien von 1PA, 2TFT, 3TFP, 4TFP, 5PA und 6KVT

Beim Patienten nehmen von den 860 längeren Redebeiträgen die 425 spezifischen Problembeschreibungen den mit Abstand größten Anteil ein, gefolgt von 82 Erfolgsberichten, 75 negativen Gefühlsbeschreibungen, 75 sachlichen Berichten und 58 Einsichten. Der im Vergleich zu den vorher analysierten Fällen hohe Anteil an spezifischen Problembeschreibungen, kommt vermutlich dadurch zustande, dass die Therapeutin solche Beschreibungen häufiger durch eigene Redebeiträge unterbrochen hat (z.B. Reformulierungen oder Fragen).

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 1PA ergibt für vier Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 8). Bei 6KVT ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 33,87$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 12,33$; $p < 0,001$),

Änderungsberichten ($z = 6,19$; $p < 0,001$) und Mitarbeit ($z = 3,55$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 78).

Beim Vergleich mit 3TFP ergeben sich für vier Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 6KVT ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 6,95$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an Klärung ($z = 24,88$; $p < 0,001$), hemmendem Verhalten ($z = 4,68$; $p < 0,001$) und zusätzlichen Kategorien ($z = 4,89$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 48).

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 5PA zeigt ebenfalls für vier Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 6KVT ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 16,78$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an emotionalen Öffnungen ($z = 8,85$; $p < 0,001$), Klärung ($z = 88,44$; $p < 0,001$) und hemmendem Verhalten ($z = 6,15$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 128).

Beim Vergleich mit 4TFP ergeben sich dieselben vier signifikanten Unterschiede wie beim Vergleich mit 5PA. Bei 6KVT ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 28,65$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an emotionalen Öffnungen ($z = 4,82$; $p < 0,001$), Klärung ($z = 137,58$; $p < 0,001$) und hemmendem Verhalten ($z = 14,19$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 192).

In Tabelle 24 ist die Verteilung der CIP-Codierungen getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke dargestellt. Die Gesamtzahl der Codierungen fällt im Verlauf leicht ab: 730 - 637 - 618. Bezogen auf die Häufigkeit von längeren Redebeiträgen der Therapeutin ist der Verlauf 355 - 317 - 301. Der Vergleich der drei Blöcke zeigt für die Therapeutin, dass der Anteil an Klassifikationen im 1. Block höher ist als im 2. ($z = 5,28$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 5,09$; $p < 0,001$). Des Weiteren ist im 1. Block der Anteil an Erklärungen höher und der Anteil an Unterstützungen niedriger als im 2. Block ($z = 3,63$ und $3,77$; $p < 0,001$) und der Anteil an Exploration niedriger als im 3. Block ($z = 3,50$; $p < 0,001$).

Beim Patienten zeigt sich für die Häufigkeit der längeren Redebeiträge der Verlauf 300 - 290 - 268. Der Vergleich der drei Blöcke zeigt für den 1. Block einen höheren Anteil an emotionalen Öffnungen und zusätzlichen Kategorien als im 2. ($z = 4,49$ und $4,82$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 17,50$ und $4,21$; $p < 0,001$). Des Weiteren ist im 1. Block der Anteil an Änderungsberichten niedriger als im 2. und 3. Block ($z = 8,34$ und $4,36$; $p < 0,001$) und der Anteil an Problembeschreibungen niedriger als im 3. Block ($z = 4,16$; $p < 0,001$). Im 2. Block ist der Anteil an emotionalen Öffnungen höher und der Anteil an Kurzantworten niedriger als im 3. Block ($z = 8,22$ und $3,56$; $p < 0,001$).

Tabelle 24: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 6KVT, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke

Therapeutin	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
GA	6,6 (24)	4,7 (15)	4,5 (14)
RF	36,1 (132)	40,9 (131)	37,1 (115)
VE	1,6 (6)	1,6 (5)	4,5 (14)
ZP	6,0 (22)	5,9 (19)	5,5 (17)
PR	2,5 (9)	10,6 (34)	7,4 (23)
MU	2,5 (9)	0,9 (3)	2,6 (8)
IF	7,4 (27)	10,3 (33)	12,6 (39)
ZF	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
SF	0,5 (2)	2,8 (9)	2,9 (9)
ST	1,9 (7)	0,3 (1)	0,6 (2)
EK	6,6 (24)	2,2 (7)	2,9 (9)
SO	0,5 (2)	0,0 (0)	0,3 (1)
DF	8,7 (32)	5,9 (19)	3,5 (11)
AS	10,1 (37)	10,3 (33)	11,6 (36)
KO	2,2 (8)	2,2 (7)	2,6 (8)
IP	6,3 (23)	1,3 (4)	1,0 (3)
KR	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
RK-Th	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
PA-Th	0,3 (1)	0,0 (0)	0,3 (1)
ZH-Th	0,3 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)
Gesamt-N	366	320	310

Patient	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
PG	2,5 (9)	2,8 (9)	0,3 (1)
NG	13,5 (49)	6,3 (20)	1,9 (6)
SB	2,2 (8)	6,3 (20)	14,9 (46)
SP	43,1 (157)	43,5 (138)	42,2 (130)
KA	8,0 (29)	4,1 (13)	8,1 (25)
SK	2,7 (10)	6,9 (22)	4,5 (14)
EB	4,1 (15)	13,2 (42)	8,1 (25)
ES	4,7 (17)	6,3 (20)	6,8 (21)
WZ	0,8 (3)	1,6 (5)	0,3 (1)
ZV	1,4 (5)	2,2 (7)	1,0 (3)
AN	5,8 (21)	1,9 (6)	6,5 (20)
TB	0,3 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)
IR	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
AV	1,1 (4)	0,0 (0)	0,0 (0)
KP	0,3 (1)	0,0 (0)	0,3 (1)
RS	0,0 (0)	0,3 (1)	0,0 (0)
RK-Pa	0,3 (1)	0,3 (1)	0,0 (0)
PA-Pa	0,3 (1)	0,0 (0)	0,3 (1)
ZH-Pa	9,1 (33)	4,1 (13)	4,5 (14)
Gesamt-N	364	317	308

Bei Therapie 6KVT basieren die im Folgenden dargelegten Übergangswahrscheinlichkeiten auf einer deutlich umfangreicheren Datenbasis als bei den bisher analysierten Fällen. Auf die insgesamt 452 als Einfühlung codierten Redebeiträge der Therapeutin reagiert der Patient überzufällig häufig mit emotionaler Öffnung ($N = 63$; $z = 4,39$; $p < 0,001$) und Problembeschreibung ($N = 274$; $z = 5,83$; $p < 0,001$) und unterzufällig häufig mit Kurzantworten ($N = 18$; $z = -3,29$; $p = 0,001$). Nach Unterstützungen ($N = 139$) zeigt der Patient unterzufällig häufig Problembeschreibungen ($N = 36$; $z = -6,28$; $p < 0,001$) und überzufällig häufig Änderungsberichte ($N = 57$; $z = 7,24$; $p < 0,001$). Nach Explorationen ($N = 99$) sind Problembeschreibungen überzufällig häufig ($N = 67$; $z = 3,59$; $p < 0,001$) und nach Direktiven ($N = 161$) ist Mitarbeit ($N = 22$; $z = 3,67$; $p < 0,001$) überzufällig häufig.

Nach einer Problembeschreibung ($N = 496$) des Patienten sind bei der Therapeutin überzufällig häufig Einfühlung ($N = 294$; $z = 8,14$; $p < 0,001$) und unterzufällig häufig Unterstützung ($N = 29$; $z = -7,80$; $p < 0,001$) und Direktiven ($N = 62$; $z = -3,77$; $p < 0,001$) beobachtbar. Nach

Kurzantworten (N = 65) gibt der Therapeut überzufällig häufig eine Erklärung (N = 15; $z = 5,09$; $p < 0,001$) oder eine Direktive (N = 27; $z = 5,47$; $p < 0,001$) und zeigt unterzufällig häufig Einfühlung (N = 9; $z = -5,46$; $p < 0,001$). Auf Änderungsberichte (N = 185) und Mitarbeit (N = 68) reagiert der Therapeut überzufällig häufig mit Unterstützung (N = 58 bzw. 23; $z = 7,23$ bzw. $4,69$; $p < 0,001$).

Damit wird die Interaktion von 6KVT unter anderem von folgender Interaktionssequenz geprägt: Nach einer emotionalen Öffnung oder einer Problembeschreibung reagiert die Therapeutin mit Einfühlung woraufhin der Patient wiederum mit einer emotionalen Öffnung oder einer Problembeschreibung reagiert (EO/PB - EF - EO/PB). Diese Abfolge konnte insgesamt 288-mal beobachtet werden. Nach den ersten beiden Schritten (EO/PB - EF) folgt in 83% der Fälle auch der dritte Schritt (EO/PB).

In Tabelle 25 ist die Verteilung der zusätzlichen Beurteilungen mit dem M-CIP dargestellt. Bei der Therapeutin sind 2% und beim Patienten 13% der CIP-Codierungen nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt. Hinsichtlich der vorgenommenen Beurteilungen des Fokus zeigt sich sowohl bei der Therapeutin als auch beim Patienten eine Dominanz der Thematisierung einer gewissen Art von Interaktion, entweder mit einer Situation oder mit anderen bedeutsamen Personen.

Der Summenwert für die Fokusverschiebungen ist für die Therapeutin 1.025 und für den Patienten 1004, was ein Verhältnis von 1,02 ergibt. Dieser Wert unterscheidet sich deutlich von denen der vorher analysierten Fälle, bei denen der Wert des Patienten deutlich höher lag als bei der Therapeutin. Für die längeren Redebeiträge, bei denen eine Beurteilungen mit dieser Skala vorgenommen wurde, ergibt sich bei der Therapeutin ein Durchschnittswert von 1,1 und beim Patienten von 1,2.

Hinsichtlich des Zeitbezugs ist beim Therapeuten die Gegenwart die mit Abstand häufigste Kategorie, die bezogen auf die längeren Redebeiträge 66% ausmacht. Auch beim Patienten sind die mit Abstand meisten Kommunikationen auf die Gegenwart bezogen (72%). Den zweithöchsten Anteil machen sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten Kommunikationen aus, die sich sowohl auf die Gegenwart als auch die Zukunft beziehen (22 bzw. 20%).

Für die Beurteilungen nach den Wirkprinzipien zeigt sich bei der Therapeutin und beim Patienten ein deutliches Übergewicht problemorientierter gegenüber ressourcenorientierter Kommunikationen (Wert = 2,2 und 2,4). Der Anteil der Kategorie ‚unbestimmt‘ ist im Unterschied zu den vorher analysierten Fällen bei der Therapeutin sehr gering.

Tabelle 25: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 6KVT

		Therapeutin		Patient	
		%	N	%	N
Fokus	Patient	6,5	63	3,6	31
	Situation	7,0	68	3,0	26
	Andere Personen	3,6	35	2,8	24
	Interaktion mit Situation	56,4	549	60,7	520
	Interaktion mit anderen	26,5	258	29,9	256
	Unbestimmt	0,1	1	0,0	0
Fokusver- schiebung	Keine Fokusveränderung	17,7	172	0,1	1
	Ausweitung des Fokus	63,3	617	83,4	715
	Leichte Fokusverschiebung	16,0	156	15,3	131
	Starke Fokusverschiebung	1,6	16	0,6	5
	Fokuswechsel	1,2	12	0,4	3
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Zeitbezug	Vergangenheit	3,2	31	3,3	28
	Gegenwart	66,2	645	71,5	613
	Zukunft	5,7	56	1,6	14
	Vergangenheit/Gegenwart	2,4	23	2,7	23
	Gegenwart/Zukunft	22,0	214	20,1	172
	Sonstige Kombinationen	0,4	4	0,8	7
	Unbestimmt	0,1	1	0,0	0
Ress. vs. Problem	Ressourcenorientiert	25,6	249	13,9	119
	Gemischt	25,4	247	31,5	270
	Problemorientiert	45,1	439	53,2	456
	Unbestimmt	4,0	39	1,4	12
Klär. vs. Bewältig.	Klärungsorientiert	45,7	445	46,1	395
	Gemischt	27,3	266	45,7	392
	Bewältigungsorientiert	26,8	261	7,9	68
	Unbestimmt	0,2	2	0,2	2
Anzahl beurteilter CIP-Kategorien		974		857	

Anmerkung: Bei der Therapeutin sind 22 und beim Patienten 132 CIP-Codierungen mit den Erweiterungen des M-CIP nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt.

Für die zweite Dimension ist bei der Therapeutin und beim Patienten der größte Anteil der Kommunikationen ‚klärungsorientiert‘ (Wert = 1,8 und 1,6).

Auch bei Therapie 6KVT soll mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen eine vertiefende Betrachtung der Einsichten des Patienten und der Klassifikationen des Therapeuten vorgenommen werden. Von den 58 als Einsicht codierten Sprechhandlungen des Patienten sind 4 (7%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 42 (72%) auf die Gegenwart und 12 (21%) auf die Zukunft (und Gegenwart) bezogen. Der Therapeut bezieht sich bei seinen 53 Klassifikationen 7-mal (13%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 36-mal (68%) auf die Gegenwart und

10-mal (19%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Die Klassifikationen sind in 60% der Fälle (N = 32) problemorientiert und 38% (N = 20) sind ressourcenorientiert oder gemischt. Des Weiteren sind 51% (N = 27) klärungsorientiert und 49% (N = 26) bewältigungsorientiert oder gemischt. Für die Einsichten des Patienten zeigt sich, dass 52% entweder ressourcenorientiert oder gemischt (N = 30) und 48% (N = 28) rein problemorientiert sind sowie dass 64% (N = 37) bewältigungsorientiert oder gemischt und 36% (N = 21) rein klärungsorientiert sind.

5.6.3 Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 6KVT

Die dargelegten Interaktionsmerkmale von 6KVT unterscheiden sich in vielfältiger Hinsicht von denen der vorher analysierten Therapien, was den Erwartungen entspricht. Die Interaktion ist insgesamt lebhafter und es gibt deutlich mehr Sprecherwechsel, was primär durch das aktivere Verhalten der Therapeutin bedingt ist. Die Unterschiede sind so deutlich, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Therapeutin von 6KVT grundlegend andere Wirkmechanismen umzusetzen versucht als die zuvor analysierten Therapeuten. Im Unterschied zu allen vorher analysierten Fällen dominiert die Therapeutin im Hinblick auf die Anzahl der längeren Redebeiträge (Gesprächs-Dominanz) und auch der Summenwert der Fokusverschiebungen ist für die Therapeutin etwas höher als beim Patienten (thematische Dominanz). Die Therapeutin scheint hinsichtlich dieses Dominanzaspekts ein anderes Verständnis von ihrer Rolle zu haben als die Therapeuten der übrigen Fälle.

Die theoretische Erwartung, dass sich 6KVT stärker von den beiden PAs als von den beiden TFPs unterscheiden sollte, wurde schon im Vorfeld aufgrund der Ergebnisse der anderen Analysen verworfen. Dies hat sich als richtig herausgestellt. Insgesamt unterscheidet sich 6KVT hinsichtlich der Lebhaftigkeit, der Art des Therapeutenverhaltens und der Verhaltenssequenzen am geringsten von 5PA. Beim Therapeutenverhalten bestehen die deutlichsten Unterschiede mit 3TFP und 1PA, die beide vom selben Therapeuten durchgeführt wurden. Damit konnte die mit den vorhergehenden Analysen begründete Erwartung bzgl. des Einflusses der Therapeutenvariablen auf die Unterschiede bestätigt werden.

Beim Vergleich der drei Stundenblöcke zeigen sich auch bei 6KVT relativ wenige Unterschiede, die keine systematische Entwicklung erkennen lassen. Einige Unterschiede erscheinen verständlich (der Anteil an Erklärungen ist im 1. höher als im 2. Block), andere jedoch nicht (der Anteil an Explorationen ist im 3. höher als im 1. Block).

Die Möglichkeiten der Berechnung von Markoff-Analysen waren bei 6KVT noch besser als bei 5PA. Es zeigen sich eine Reihe von signifikanten Übergangswahrscheinlichkeiten, die im Sinne einer dominanten Interaktionssequenz zusammengefasst werden konnten: Nach einer emotionalen Öffnung oder einer Problembeschreibung reagiert die Therapeutin mit Einfühlung, woraufhin der Patient wiederum mit einer emotionalen Öffnung oder einer Problembeschreibung reagiert. Des Weiteren zeigt sich in beiden Richtungen eine Kontingenz zwischen Änderungsberichten des Patienten und Unterstützungen der Therapeutin.

Bei den vertiefenden Analysen zeigt sich, dass die Klassifikationen der Therapeutin im Vergleich zu den anderen Fällen relativ häufig auf die Zukunft bezogen sind. Die anderen Merkmale der Klassifikationen widersprechen den Erwartungen eher, so sind z.B. mit 51% relativ viele der Klassifikationen rein klärungsorientiert. Bei 5PA waren dies nur 22%. Auch für die Einsichten des Patienten ergeben sich kaum systematische Unterschiede.

5.7 Analyse des siebten Falls – kognitive Verhaltenstherapie 7KVT

Bei Therapie 7KVT handelt es sich um eine 75 Sitzungen umfassende kognitive Verhaltenstherapie, die in einem Zeitraum von 33 Monaten durchgeführt wurde. Die 42-jährige Therapeutin besitzt 17 Jahre Berufserfahrung. Der 35-jährige Patient hat bei Therapiebeginn eine feste Partnerin, mit der er ein Kind hat. Er arbeitet als Fachhochschulabsolvent in einem technischen Beruf. Der BDI-Werte von 29 und der GSI von 2,1 sprechen für eine sehr ausgeprägten depressive und psychosomatische Symptomatik. Mit seinem Leben ist der Patient insgesamt unzufrieden (FLZ: 1). Die drei persönlichen Therapieziele haben folgende Überschriften: (1) Klarheit über den eigenen Lebensstil und die Wünsche/Bedürfnisse; (2) Ruhe, Ausgeglichenheit und Selbstvertrauen; (3) Verbesserung der psychosomatischen Schmerzen.

Die über die berücksichtigten Instrumente gemittelte Effektstärke beträgt 1,3, was mit dem Wert von 6KVT identisch ist. Bei Therapieende liegt mit einem BDI von 6 und einem GSI von 0,7 weiterhin eine leichte depressive und psychosomatische Symptomatik vor und der Patient ist mit seinem Leben weiterhin ‚eher unzufrieden‘ (FLZ: 2). Auffallend ist der weiterhin hohe IIP-Gesamtwert von 1,6. Im Unterschied zu 6KVT muss 7KVT als erfolglos bezeichnet werden, da bei Therapieende weiterhin eine diagnostizierbare psychische Störung vorliegt (Dysthymia, ICD-10 F34.1) und von den drei Therapiezielen lediglich eins in zufrieden stellendem Ausmaß erreicht wurde (siehe dazu die in Kapitel 4.5.2 dargelegten Kriterien der Erfolgsbestimmung).

5.7.1 Erwartungen und Fragen der Interaktionsanalysen von 7KVT

Die zentralen Unterschiede zwischen Therapie 6KVT und 7KVT sind die Person der Therapeutin und der unterschiedliche Therapieerfolg. Beim Patienten von 7KVT werden weniger Änderungsberichte, mehr hemmendes Verhalten und ein geringerer Anteil an ressourcen- und bewältigungsorientierten Kommunikationen erwartet als bei 6KVT. Für die Therapeutinnen lassen sich weniger klare Erwartungen formulieren, da sie ja beide das gleiche Therapiekonzept umsetzen sollten und hinsichtlich des unterschiedlichen Therapieerfolgs lediglich allgemein erwartet werden kann, dass Interaktionsmerkmale beobachtbar sind, die den Misserfolg erklären können. Ähnlich wie bei dem Vergleich zwischen 3TFP und 4TFP kann deshalb im Sinne

einer Idealvorstellung erwartet werden, das sich das Verhalten der Therapeutinnen von 6KVT und 7KVT zum überwiegenden Teil nicht unterscheidet. Wenn man jedoch die empirischen Befunde zu dieser Fragestellung bzw. der Therapeutenvariable betrachtet (Beutler et al., 2004; Elkin, 1999), dann können durchaus Unterschiede erwartet werden, wobei die Befunde keine konkreten Erwartungen ermöglichen.

Im Sinne einer Replikation werden auch Vergleiche mit den PAs und TFPs vorgenommen, wobei dieselben Erwartungen gelten wie beim Vergleich von 6KVT mit diesen Therapien.

5.7.2 Ergebnisse der Interaktionsanalysen von 7KVT

Bei 7KVT wurden insgesamt 2.525 CIP-Codierungen vorgenommen (Tabelle 26), was im Durchschnitt einen Wert von 168 pro Sitzung ergibt. Diese Werte liegen über den von 6KVT und damit noch deutlicher über denen der PAs und TFPs. Sie sind mit den in Tabelle 1 (S. 69) dargestellten Werten von KVTs vergleichbar. Wenn man die rein technischen Kategorien (ZH, PA) und die kurzen verbalen Einwürfe (MU, KA) bei Therapeut und Patient abzieht, dann wurden 1.993 längere Redebeiträge codiert, 1.091 beim Therapeuten und 902 beim Patienten, womit die Werte nahe bei denen von 6KVT liegen. Der Unterschied zwischen den beiden KVTs bei der Gesamtzahl an Codierungen war also primär durch mehr ZH, PA, MU und KA bedingt. Der Umfang der Redebeiträge ist bei 7KVT deutlich zu Gunsten der Therapeutin verteilt ($Th/Pa = 1,21$), was ein deutlicher Unterschied gegenüber den PAs und TFPs ist, bei denen der Patient dominierte.

Bei Therapie 7KVT sind 136 Gesprächspausen beobachtbar, die zusammen ca. 50 Minuten dauern. D.h. es wurde ca. 7% der Zeit geschwiegen. Sowohl bei der Therapeutin als auch beim Patienten beträgt der Anteil der Pausen ca. 9%. Diese Werte liegen deutlich über denen von 6KVT. Von den 108 Pause-Codierungen des Patienten erfolgten lediglich 22 (20%) nach einer Pause-Codierung des Therapeuten. Demnach sind die Pausen meistens (86-mal) so zustande gekommen, dass der Therapeut etwas gesagt hat und der Patient wenn überhaupt erst nach einer Pause mit einem eigenen Gesprächsbeitrag reagiert hat. Eine genauere Betrachtung zeigt, dass von den 86 Sprechhandlungen der Therapeutin vor einer Pause 35 als Direktive, 17 als Erklärung und 11 als Klassifikation codiert wurden. Die Pausen sind hier also in anderer Form in die Interaktion eingebunden als bei 1PA, 2TFP und 3TFP, wo der Patient in der Regel vor und nach den Pausen gesprochen hat.

Tabelle 26: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 7KVT

Therapeutin		%	N	Patient		%	N
EF	GA	1,6	20	EO	PG	0,8	10
	RF	6,5	82		NG	3,2	40
	VE	0,6	8	PB	SB	11,6	146
UN	ZP	2,2	28		SP	26,1	328
	PR	2,9	37	KA		13,0	164
	MU	1,3	16	ÄB	SK	3,8	48
EX	IF	12,6	159		EB	2,0	25
	ZF	0,6	8		ES	7,1	89
EK	SF	5,3	67	MI	WZ	1,4	18
	ST	1,3	16		ZV	0,6	8
	EK	9,4	119		AN	2,8	35
	SO	2,0	25	KL	TB	0,8	10
DT	DF	14,0	177		IR	6,2	78
	AS	9,5	120	HV	AV	4,1	52
KL	KO	13,0	164		KP	0,7	9
	IP	3,0	38		RS	0,5	6
	KR	1,8	23	ZK-Pa	RK-Pa	0,0	0
ZK-Th	RK-Th	0,1	1		PA-Pa	8,6	108
	PA-Th	8,9	113		ZH-Pa	6,8	85
	ZH-Th	3,6	45		Gesamt	100,0	1259
	Gesamt	100,0	1266				

Anmerkung: Die kompletten Kategorienbezeichnungen sind in Tabelle 2 auf Seite 110 dargelegt.

Von den 1.091 längeren Redebeiträgen der Therapeutin nehmen die 177 direktiven Führungen den größten Anteil ein, gefolgt von 164 Konfrontationen, 159 Informationsfragen, 120 Aufgabenstellungen, 119 Erklärungen, 82 Reformulierungen und 67 sachlichen Feststellungen.

Der Vergleich mit dem Verhalten der Therapeutin bei 6KVT zeigt für alle Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 9). Bei 7KVT ist der Anteil an Explorationen ($z = 3,87$), Erklärungen ($z = 14,47$), Direktiven ($z = 6,26$), Klassifikationen ($z = 19,74$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 79,76$) höher, der Anteil an Einfühlungen ($z = 41,56$) und Unterstützungen ($z = 10,39$) niedriger (Z-Summe = 176).

Auch der Vergleich mit dem Verhalten des Therapeuten bei 1PA ergibt für alle Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 7KVT ist der Anteil an Explorationen ($z = 10,61$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 30,86$; $p < 0,001$), Direktiven ($z = 61,13$; $p < 0,001$) und Klassifikationen ($z = 4,95$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an Einfühlungen ($z = 5,63$; $p < 0,001$), Unterstützungen ($z = 14,14$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 15,06$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 142). Bezüglich der Unterstützungen ist jedoch zu beachten, dass der Unter-

schied ausschließlich durch weniger MU zustande kommt und bei 7KVT mehr richtig formulierte Unterstützungen (z für ZP = 4,69; z für PR = 4,56; $p < 0,001$) beobachtbar sind.

Beim Vergleich mit 5PA zeigen sich mit Ausnahme für Klassifikationen ebenfalls für alle Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 7KVT ist der Anteil an Explorationen ($z = 5,91$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 16,55$; $p < 0,001$), Direktiven ($z = 22,24$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 11,85$; $p < 0,001$) höher und der Anteil an Einfühlungen ($z = 31,04$; $p < 0,001$) und Unterstützungen ($z = 12,29$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 103). Im Gegensatz zum Vergleich mit 1PA ergeben sich keine Unterschiede für Zuspruch oder positive Rückmeldungen.

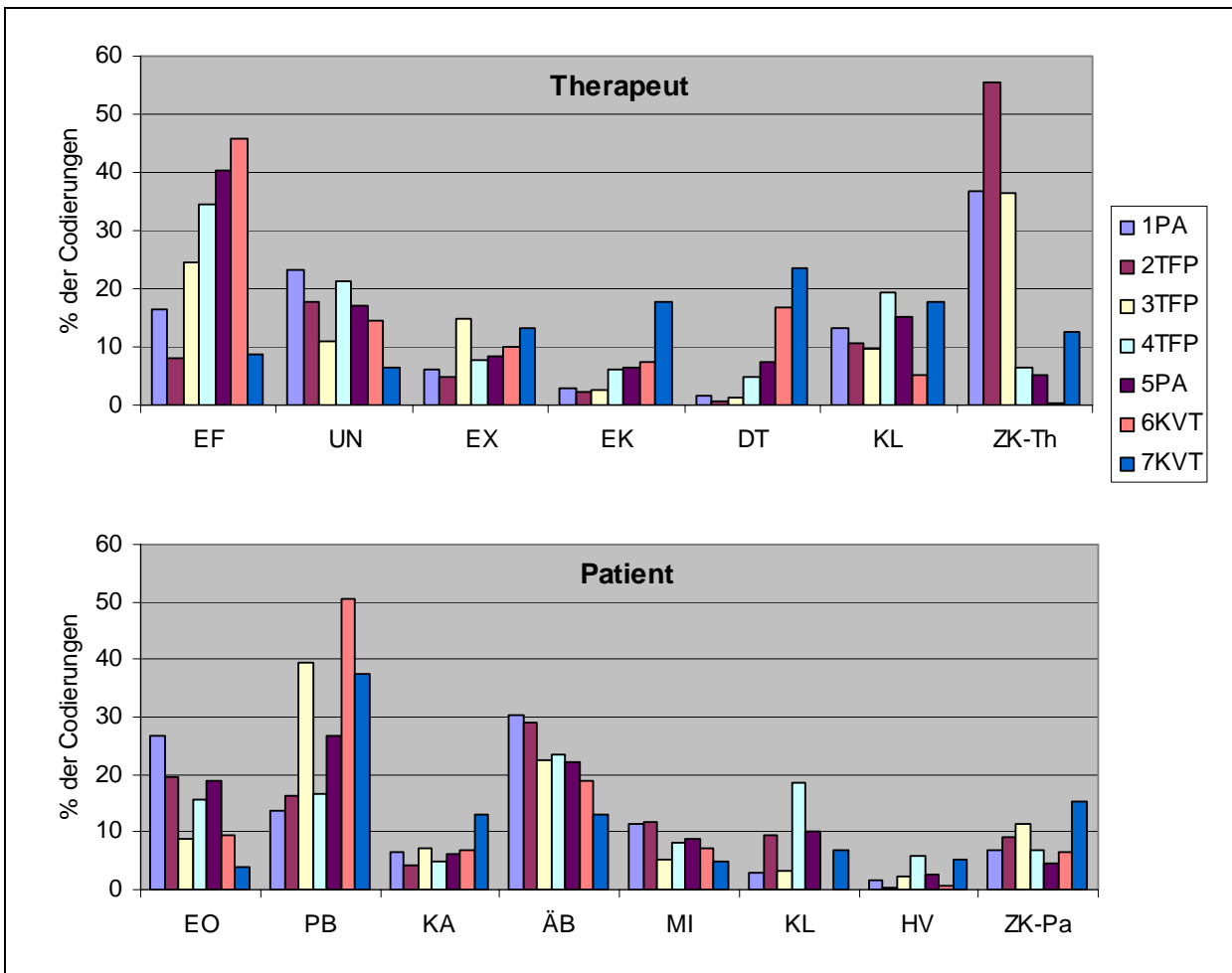


Abbildung 9: Prozentuale Verteilung der CIP-Überkategorien für die sieben analysierten Fälle

Beim Vergleich mit 3TFP zeigen sich mit Ausnahme für Explorationen wiederum für alle Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 7KVT ist der Anteil an Erklärungen ($z = 33,85$; $p < 0,001$), Direktiven ($z = 74,10$; $p < 0,001$) und Klassifikationen ($z = 9,87$; $p < 0,001$) höher

sowie der Anteil an Einfühlungen ($z = 13,80$; $p < 0,001$), Unterstützungen ($z = 4,55$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 17,70$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 155). Hinsichtlich der richtig formulierten Unterstützungen zeigt sich nur für Zuspruch ein signifikanter Unterschied, hier ist der Anteil bei 7KVT höher ($z = 6,82$; $p < 0,001$).

Beim Vergleich mit 4TFP zeigen sich mit Ausnahme für Klassifikationen wiederum für alle Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 7KVT ist der Anteil an Explorationen ($z = 7,35$; $p < 0,001$), Erklärungen ($z = 17,76$; $p < 0,001$), Direktiven ($z = 31,25$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 8,56$; $p < 0,001$) höher sowie der Anteil an Einfühlungen ($z = 21,35$; $p < 0,001$) und Unterstützungen ($z = 14,17$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 101). Bezüglich der Unterstützungen zeigt sich, dass der Unterschied ausschließlich durch weniger MU zustande kommt und bei 7KVT letztlich mehr richtig formulierte Unterstützungen (z für ZP = 7,99; z für PR = 6,22; $p < 0,001$) beobachtbar sind.

Von den 902 längeren Redebeiträgen des Patienten nehmen die 328 spezifischen Problembeschreibung den mit Abstand größten Anteil ein, gefolgt von 146 sachlichen Berichten, 89 Einsichten, 78 Informationsfragen, 52 Ablehnungen und 48 Selbstkontrollversuchen.

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 6KVT ergibt für alle Überkategorien signifikante Unterschiede (Abbildung 9). Bei 7KVT ist der Anteil an Kurzantworten ($z = 8,84$; $p < 0,001$), Klärung ($z = 77,34$; $p < 0,001$), hemmendem Verhalten ($z = 19,49$; $p < 0,001$) und an den zusätzlichen Kategorien ($z = 12,78$; $p < 0,001$) größer sowie der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 8,91$; $p < 0,001$), Problembeschreibungen ($z = 8,31$; $p < 0,001$), Änderungsberichten ($z = 5,58$; $p < 0,001$) und Mitarbeit ($z = 3,41$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 145).

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 1PA zeigt ebenfalls für alle Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 7KVT ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 24,95$; $p < 0,001$), Kurzantworten ($z = 9,27$; $p < 0,001$), Klärung ($z = 8,51$; $p < 0,001$), hemmendem Verhalten ($z = 10,65$; $p < 0,001$) und an den zusätzlichen Kategorien ($z = 12,04$; $p < 0,001$) größer sowie der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 24,47$; $p < 0,001$), Änderungsberichten ($z = 10,95$; $p < 0,001$) und Mitarbeit ($z = 6,55$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 107).

Beim Vergleich mit 5PA zeigen sich wiederum für alle Überkategorien signifikante Unterschiede. Bei 7KVT ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 8,67$; $p < 0,001$), Kurzantworten ($z = 9,91$; $p < 0,001$), hemmendem Verhalten ($z = 6,24$; $p < 0,001$) und den zusätzlichen Kategorien ($z = 18,65$; $p < 0,001$) größer und der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 21,22$;

$p < 0,001$), Änderungsberichten ($z = 7,71$; $p < 0,001$), Mitarbeit ($z = 5,33$; $p < 0,001$) und Klärung ($z = 3,40$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 81).

Der Vergleich mit dem Verhalten des Patienten bei 3TFP ergibt für die Problembeschreibungen und die Mitarbeit keine Unterschiede. Es zeigen sich aber folgende signifikante Unterschiede: Bei 7KVT ist der Anteil an Kurzantworten ($z = 8,25$; $p < 0,001$), Klärung ($z = 7,36$; $p < 0,001$), hemmendem Verhalten ($z = 7,15$; $p < 0,001$) und an den zusätzlichen Kategorien ($z = 4,45$; $p < 0,001$) größer sowie der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 5,99$; $p < 0,001$) und Änderungsberichten ($z = 7,12$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 42).

Beim Vergleich mit 4TFP zeigt sich lediglich für hemmendes Verhalten kein signifikanter Unterschied. Bei 7KVT ist der Anteil an Problembeschreibungen ($z = 20,10$; $p < 0,001$), Kurzantworten ($z = 12,92$; $p < 0,001$), und den zusätzlichen Kategorien ($z = 12,32$; $p < 0,001$) größer sowie der Anteil an emotionaler Öffnung ($z = 13,91$; $p < 0,001$), Änderungsberichten ($z = 7,55$; $p < 0,001$), Mitarbeit ($z = 3,77$; $p < 0,001$) und Klärung ($z = 10,69$; $p < 0,001$) niedriger (Z-Summe = 82).

In Tabelle 27 ist die Verteilung der CIP-Codierungen getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke dargestellt. Für die drei Blöcke ergibt sich eine Gesamtzahl der Codierungen von 857 – 793 – 875. Bezogen auf die Häufigkeit von längeren Redebeiträgen der Therapeutin ist der Verlauf 386 – 314 – 391. Der Vergleich der drei Blöcke zeigt für die Therapeutin, dass der Anteil an Explorationen im 1. höher ist als im 2. Block ($z = 6,05$; $p < 0,001$). Für Erklärungen ist der Anteil im 1. und im 3. Block höher als im 2. Block ($z = 5,09$ und $6,36$; $p < 0,001$). Dagegen ist der Anteil an Klassifikationen und zusätzlichen Kategorien im 2. Block höher als im 1. ($z = 6,82$ und $7,94$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 5,50$ und $7,40$; $p < 0,001$). Des weiteren ist der Anteil an Direktiven im 1. größer als im 2. Block ($z = 3,89$; $p < 0,001$) und der Anteil an Unterstützungen im 3. höher als im 2. Block ($z = 3,79$; $p < 0,001$). Zwischen dem 1. und dem 3. Block liegen keine signifikanten Unterschiede vor. Dies zeigt sich auch bei den Pausen: Die 29 im 1. Block dauern ca. 10 Minuten, die 71 im 2. ca. 28 Minuten und die 36 im 3. Block ca. 12 Minuten.

Beim Patienten zeigt sich für die Häufigkeit der längeren Redebeiträge der Verlauf 286 – 288 – 328. Der Vergleich der drei Blöcke ergibt, dass der Anteil an hemmendem Verhalten im 2. Block niedriger und der Anteil an emotionaler Öffnung höher ist als im 1. ($z = 4,60$ und $7,22$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 9,60$ und $5,56$; $p < 0,001$). Der Anteil an Mitarbeit ist im 1. Block niedriger als im 2. ($z = 4,22$; $p < 0,001$) und 3. Block ($z = 3,40$; $p < 0,001$). Des weiteren

ist der Anteil an zusätzlichen Kategorien im 3. Block geringer als im 1. ($z = 6,35$; $p < 0,001$) und 2. Block ($z = 3,82$; $p < 0,001$).

Tabelle 27: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der CIP-Codierungen von 7KVT, getrennt für die drei 5-Stunden-Blöcke

Therapeutin	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)	Patient	1. Block % (N)	2. Block % (N)	3. Block % (N)
GA	0,7 (3)	1,0 (4)	3,0 (13)	PG	0,9 (4)	1,0 (4)	0,5 (2)
RF	7,7 (33)	7,3 (29)	4,6 (20)	NG	1,2 (5)	6,3 (25)	2,3 (10)
VE	0,0 (0)	1,5 (6)	0,5 (2)	SB	9,6 (41)	10,4 (41)	14,7 (64)
ZP	1,2 (5)	2,3 (9)	3,2 (14)	SP	26 (111)	25,3 (100)	26,8 (117)
PR	3,0 (13)	1,8 (7)	3,9 (17)	KA	13,3 (57)	11,1 (44)	14,5 (63)
MU	1,4 (6)	0,8 (3)	1,6 (7)	SK	5,9 (25)	2,8 (11)	2,8 (12)
IF	15,6 (67)	9,1 (36)	12,8 (56)	EB	1,4 (6)	2,3 (9)	2,3 (10)
ZF	1,9 (8)	0,0 (0)	0,0 (0)	ES	6,3 (27)	8,6 (34)	6,4 (28)
SF	2,1 (9)	5,0 (20)	8,7 (38)	WZ	0,7 (3)	3,0 (12)	0,7 (3)
ST	2,8 (12)	0,3 (1)	0,7 (3)	ZV	0,7 (3)	1,0 (4)	0,2 (1)
EK	14,4 (62)	4,5 (18)	8,9 (39)	AN	1,4 (6)	2,3 (9)	4,6 (20)
SO	0,5 (2)	2,0 (8)	3,4 (15)	TB	0,9 (4)	1,5 (6)	0,0 (0)
DF	14,7 (63)	15,4 (61)	12,1 (53)	IR	6,8 (29)	6,3 (25)	5,5 (24)
AS	11,9 (51)	3,8 (15)	12,3 (54)	AV	4,7 (20)	1,5 (6)	6,0 (26)
KO	7,9 (34)	19,1 (76)	12,3 (54)	KP	0,2 (1)	0,5 (2)	1,4 (6)
IP	3,3 (14)	5,0 (20)	0,9 (4)	RS	0,2 (1)	0,0 (0)	1,1 (5)
KR	2,3 (10)	1,0 (4)	2,1 (9)	RK-Pa	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
RK-Th	0,2 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	PA-Pa	6,8 (29)	13,1 (52)	6,2 (27)
PA-Th	5,3 (23)	14,6 (58)	7,3 (32)	ZH-Pa	12,9 (55)	3,0 (12)	4,1 (18)
ZH-Th	3,3 (14)	5,5 (22)	2,1 (9)	Gesamt-N	427	396	436
Gesamt-N	430	397	439				

Bei Therapie 7KVT basieren die im Folgenden dargelegten Übergangswahrscheinlichkeiten auf einer deutlich umfangreicheren Datenbasis als bei den vorher analysierten Fällen. Auf die insgesamt 79 Unterstützungen der Therapeutin reagiert der Patient überzufällig häufig mit Änderungsberichten ($N = 21$; $z = 3,76$; $p < 0,001$). Nach Explorationen ($N = 167$) zeigt der Patient überzufällig häufig Problembeschreibungen ($N = 105$; $z = 7,24$; $p < 0,001$). Nach einer zusätzlichen Kategorie ($N = 159$) folgen emotionale Öffnungen überzufällig häufig ($N = 23$; $z = 7,24$; $p < 0,001$).

Nach einer Problembeschreibung ($N = 472$) des Patienten ist bei der Therapeutin überzufällig häufig Exploration ($N = 101$; $z = 6,52$; $p < 0,001$) und unterzufällig häufig eine zusätzliche Kategorie ($N = 29$; $z = -5,42$; $p < 0,001$) beobachtbar. Nach Kurzantworten ($N = 163$) gibt der Therapeut überzufällig häufig eine Direktive ($N = 62$; $z = 4,92$; $p < 0,001$). Auf Änderungsbe-

richte (N = 160) folgt überzufällig häufig eine zusätzliche Kategorie (N = 36; $z = 3,99$; $p < 0,001$) und auf Klärungen (N = 88) überzufällig häufig Erklärungen (N = 38; $z = 6,42$; $p < 0,001$).

Damit wird die Interaktion von 7KVT unter anderem von folgender Interaktionssequenz geprägt: Die Therapeutin stellt eine Informationsfrage, woraufhin der Patient ein Problem beschreibt und die Therapeutin wiederum eine Informationsfrage stellt (EX - PB - EX). Diese Abfolge konnte insgesamt 81-mal beobachtet werden. Nach den ersten beiden Schritten (EX - PB) folgt in 77% der Fälle auch der dritte Schritt (EX).

Tabelle 28: Prozentuale Verteilung und Häufigkeit der Zusatz-Codierungen von 7VT

		Therapeutin		Patient	
		%	N	%	N
Fokus	Patient	6,6	72	9,0	81
	Situation	7,2	79	3,9	35
	Andere Personen	4,2	46	1,7	15
	Interaktion mit Situation	52,5	573	54,0	487
	Interaktion mit anderen	29,2	319	31,4	283
	Unbestimmt	0,2	2	0,1	1
Fokusver- schiebung	Keine Fokusveränderung	1,6	17	0,7	6
	Ausweitung des Fokus	67,6	738	70,2	633
	Leichte Fokusverschiebung	26,6	290	26,9	243
	Starke Fokusverschiebung	2,2	24	2,0	18
	Fokuswechsel	2,0	22	0,2	2
	Unbestimmt	0,0	0	0,0	0
Zeitbezug	Vergangenheit	4,5	49	3,8	34
	Gegenwart	60,5	660	61,3	553
	Zukunft	2,8	31	2,1	19
	Vergangenheit/Gegenwart	1,6	18	6,4	58
	Gegenwart/Zukunft	30,2	330	26,1	235
	Sonstige Kombinationen	0,2	2	0,3	3
	Unbestimmt	0,1	1	0,0	0
Ress. vs. Problem	Ressourcenorientiert	20,0	218	13,3	120
	Gemischt	31,4	343	28,0	253
	Problemorientiert	32,8	358	50,7	457
	Unbestimmt	15,8	172	8,0	72
Klär. vs. Bewältig.	Klärungsorientiert	44,4	484	44,1	398
	Gemischt	41,3	451	48,1	434
	Bewältigungsorientiert	13,8	151	7,6	69
	Unbestimmt	0,5	5	0,1	1
Anzahl beurteilter CIP-Kategorien			1091		902

Anmerkung: Bei der Therapeutin sind 175 und beim Patienten 357 CIP-Codierungen mit den Erweiterungen des M-CIP nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt.

In Tabelle 28 ist die Verteilung der zusätzlichen Beurteilungen mit dem M-CIP dargestellt. Bei der Therapeutin sind 14% und beim Patienten 28% der CIP-Codierungen nicht beurteilbar, da es sich um PA, ZH, MU oder KA handelt. Hinsichtlich der vorgenommenen Beurteilungen des Fokus zeigt sich sowohl bei der Therapeutin als auch beim Patienten eine Dominanz der Thematisierung einer gewissen Art von Interaktion, entweder mit einer Situation oder mit anderen bedeutsamen Menschen.

Der Summenwert für die Fokusverschiebungen ist für die Therapeutin 1.478 und für den Patienten 1.181, was ein Verhältnis von 1,25 ergibt. Für die längeren Redebeiträge, bei denen eine Beurteilung mit dieser Skala vorgenommen wird, ergibt sich bei der Therapeutin ein Durchschnittswert von 1,4 und beim Patienten von 1,3.

Hinsichtlich des Zeitbezugs ist sowohl bei der Therapeutin als auch beim Patienten die Gegenwart die mit Abstand häufigste Kategorie, die bezogen auf die längeren Redebeiträge jeweils 61% ausmacht. Beide thematisieren am zweithäufigsten gleichzeitig die Gegenwart und die Zukunft (30 bzw. 26%).

Für die Beurteilungen nach den Wirkprinzipien ergeben sich bei der Therapeutin zu etwa gleichen Anteilen problemorientierte und gemischte Kommunikationen (Wert = 2,2). Beim Patienten dominieren die problemorientierten Kommunikationen, die gemischten folgen klar an zweiter Stelle (Wert = 2,5).

Für die zweite Skala zeigen sich sowohl bei der Therapeutin als auch beim Patienten zu etwa gleichen Anteilen klärungsorientierte und gemischte Kommunikationen (Wert = 1,7 und 1,6).

Auch bei Therapie 7KVT soll mit Hilfe der M-CIP-Beurteilungen eine vertiefende Betrachtung der Einsichten des Patienten und der Klassifikationen der Therapeutin vorgenommen werden. Von den 89 als Einsicht codierten Sprechhandlungen des Patienten sind 19 (21%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 45 (51%) auf die Gegenwart und 25 (28%) auf die Zukunft (und Gegenwart) bezogen. Der Therapeut bezieht sich bei seinen 225 Klassifikationen 23-mal (10%) auf die Vergangenheit (und Gegenwart), 143-mal (64%) auf die Gegenwart und 59-mal (26%) auf die Zukunft (und Gegenwart). Die Klassifikationen sind in 58% der Fälle (N = 131) problemorientiert und 36% (N = 81) sind ressourcenorientiert oder gemischt. Des Weiteren sind 47% (N = 105) klärungsorientiert und 53% (N = 120) bewältigungsorientiert oder gemischt. Für die Einsichten des Patienten zeigt sich, dass 63% entweder ressourcenorientiert oder gemischt (N = 56) und 36% (N = 32) rein problemorientiert sind und dass 61% (N = 54) bewältigungsorientiert oder gemischt und 39% (N = 35) rein klärungsorientiert sind.

5.7.3 Zusammenfassung der Interaktionsanalysen von 7KVT

Das Verhalten der Therapeutin von 7KVT zeichnet sich insbesondere durch den großen Anteil an Erklärungen und Direktiven und den niedrigen Anteil an Einfühlung aus. Hinsichtlich dieser Überkategorien ergeben sich für alle Vergleiche mit den anderen Fällen entsprechende Unterschiede. Unerwartet fällt vor allem der Vergleich zwischen den beiden KVTs aus – es zeigten sich für alle Therapeuten- und alle Patienten-Überkategorien signifikante Unterschiede. In den beiden Therapien scheinen grundlegend andere Interaktionsprozesse abzulaufen. Die Unterschiede zu den beiden PAs und den beiden TFPs entsprechen teilweise den Erwartungen. Therapie 7KVT ist deutlich lebhafter, die Therapeutin gibt dem Patienten deutlich mehr Erklärungen und Direktiven bzgl. seines Verhaltens in und außerhalb der Sitzungen. Eher unerwartet ist der relativ geringe Anteil an Unterstützung bei 7KVT und der relativ hohe Anteil an Klassifikationen, insbesondere Konfrontationen.

Bei 7KVT kann eindeutig gesagt werden, dass die Therapeutin dominanter ist als der Patient. Sie hat deutlich mehr längere Redebeiträge und einen deutlich höheren Fokussummenwert als der Patient. Insbesondere im Vergleich zu dem Therapeuten von 1PA und 3TFP scheint die Therapeutin von 7KVT eine grundlegend anderes Verständnis von der Therapeutenrolle zu haben.

Im Einklang mit der Bezeichnung als erfolglose Therapie zeichnet sich das Verhalten des Patienten durch einen relativ geringen Anteil an Änderungsberichten und Mitarbeit aus.

Auch bei 7KVT können über Markoff-Analysen eine Reihe von signifikanten Übergangswahrscheinlichkeiten bestimmt werden, die sich teilweise im Sinne einer dominanten Interaktionssequenz zusammenfassen lassen: Die Therapeutin stellt eine Informationsfrage, woraufhin der Patient ein Problem beschreibt und die Therapeutin wiederum eine Informationsfrage stellt. Anders als bei 6KVT und den meisten anderen Fällen reagiert die Therapeutin nicht kontingent mit Unterstützung auf Änderungsberichte des Patienten. Der Patient reagiert jedoch wie bei 6KVT auf Unterstützungen der Therapeutin kontingent mit Änderungsberichten.

Die Ergebnisse zu den drei Stundenblöcken und den vertiefenden Analysen erscheinen wenig systematisch und schwer interpretierbar. Es kann jedoch vermutet werden, dass sich die Interaktion schon in den ersten Stunden ungünstig entwickelt und dann im weiteren Verlauf nicht entscheidend verbessert hat. Darauf weist im 1. und im 3. 5-Stunden-Block der relativ hohe Anteil an hemmendem Patientenverhalten und an Kritik der Therapeutin hin.

6 Integration der Ergebnisse: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der sieben Einzelfälle

Für die Erkenntnisgewinnung mit einer Sequenz von Einzelfallanalysen ist es von zentraler Bedeutung, die im Rahmen der einzelnen Analysen verteilt dargelegten Ergebnisse zu integrieren, um so zu generalisierbaren Aussagen zu gelangen. Die im Folgenden dargelegte Integration der Ergebnisse erfolgt mit Bezug auf die zwei Hauptfragestellungen der Untersuchung (siehe Kapitel 4.1) in zwei Schritten: Zunächst werden im Hinblick auf die deskriptive Fragestellung die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den sieben analysierten Fällen betrachtet. Anschließend werden im Sinne der hypothesengeleiteten Fragestellung die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen sowie jene innerhalb der Therapiemethoden herausgearbeitet.

Bei dieser integrativen Ergebnisdarstellung wird noch kein Bezug zu anderen Studien oder allgemeinen Forschungsfragen hergestellt und auch der methodische Ansatz wird nicht thematisiert. Von seinem Inhalt und der Konzeption her handelt es sich hier um ein Kapitel, welches eine Mittelstellung zwischen Ergebnisdarstellung und Diskussion einnimmt. Ein solches für empirische Studien ungewöhnliches Kapitel erscheint notwendig, da die unmittelbare Diskussion der verteilt dargelegten einzelfallanalytischen Ergebnisse schwer zu lesen gewesen wäre. Die Diskussion der Ergebnisse und der Methodik im engeren Sinne erfolgt in den anschließenden Kapiteln 7 und 8.

6.1 Deskriptive Betrachtung

Die Lebhaftigkeit der Interaktion ist in den Therapien ausgesprochen unterschiedlich. Bei den Häufigkeiten der insgesamt codierten Sprechhandlungen schwanken die Werte zwischen 869 (1PA) und 2.525 (7KVT). Im Verhältnis noch deutlicher ist der Unterschied bei der Häufigkeit der längeren Redebeiträge vom Therapeuten (Anzahl der Codierungen ohne minimale Unterstützungen und Zusatzkategorien) – der Wert schwankt zwischen 144 (2TFP) und 1.091 (7KVT). D.h. der Therapeut von 2TFP liefert in den 15 analysierten Therapiestunden im Durchschnitt knapp 10 längere Redebeiträge pro Stunde und die Therapeutin von 7KVT derer 73. Auch beim Umfang der geschwiegenen Zeit ergibt sich eine enorme Bandbreite die von 181 (2TFP) Minuten bis 35 Sekunden (6KVT) reicht. Diese grundlegenden Unterschiede müssen

bei allen folgenden Analysen und vor allem den Vergleichen mit Bezug auf prozentuale Verteilungen und Häufigkeiten berücksichtigt werden.

Im Hinblick auf die CIP-Codierungen ergeben sich weder für die Therapeuten- noch die Patienten-Überkategorien Gemeinsamkeiten aller Fälle. Wenn man bei jedem Fall die Überkategorien entsprechend ihrer absoluten oder prozentualen Häufigkeit in eine Rangreihe bringt, dann gibt es sowohl beim Therapeuten- als auch beim Patientenverhalten keine Überkategorie, die bei allen Fällen den gleichen Platz einnimmt (Abbildung 10; die prozentuale Verteilung ist in Abbildung 9 auf Seite 188 dargestellt). Dies gilt auch, wenn man die zusätzlichen Kategorien (ZK-Th und ZK-Pa) unberücksichtigt lässt. Zur weiteren Verdeutlichung der Unterschiede zwischen den Fällen, sind in Tabelle 29 die Häufigkeiten der CIP-Überkategorien auf die Gesamtzahl der Therapiestunden hochgerechnet worden. Dabei wird davon ausgegangen, dass die analysierten Therapiestunden repräsentativ für die Therapie sind.

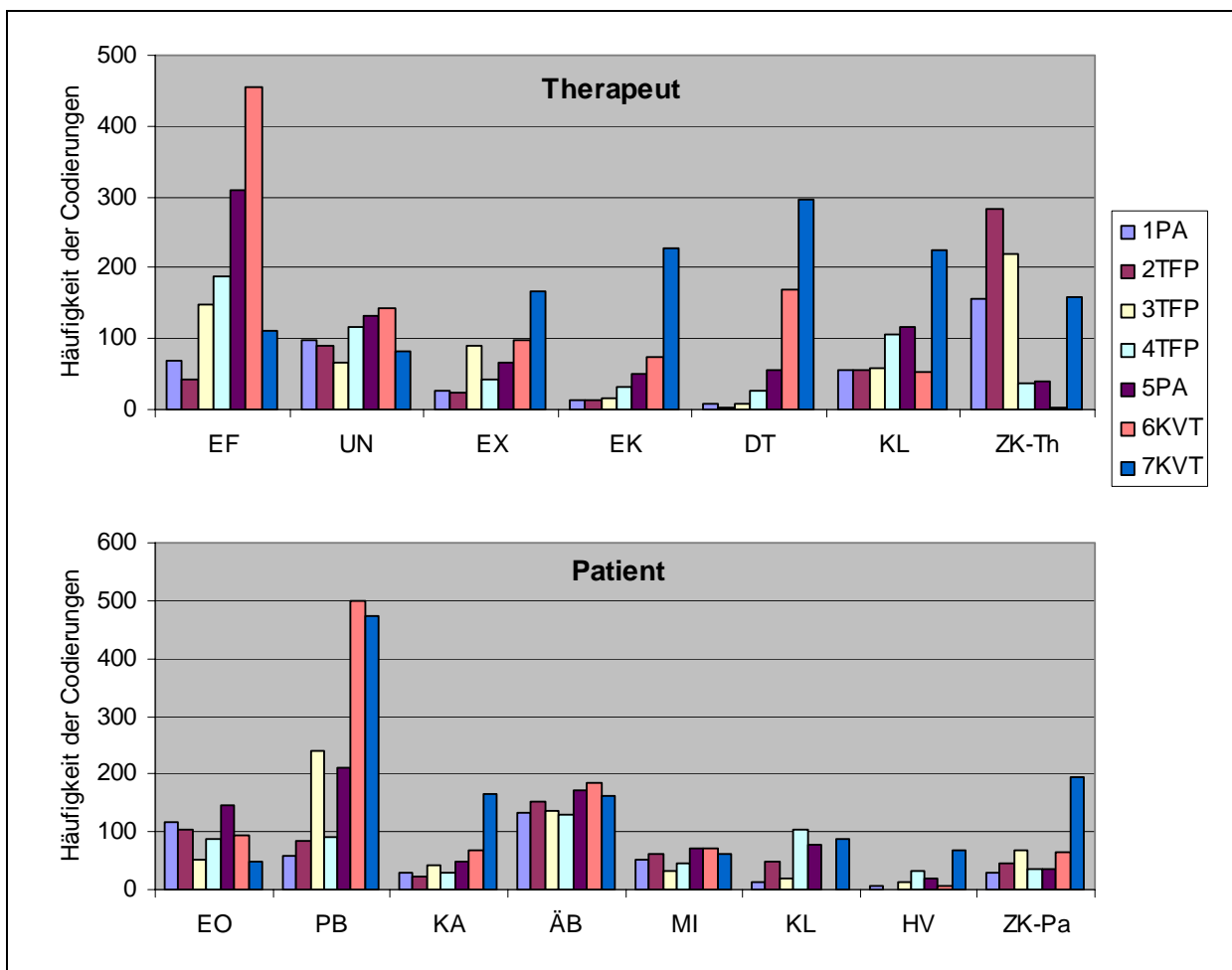


Abbildung 10: Häufigkeit der CIP-Überkategorien für die sieben analysierten Fälle

An einigen Beispielen soll die Dominanz der Unterschiede verdeutlicht werden: Das Verhalten der Therapeutin von 7KVT wird stark von Direktiven dominiert. In den 15 analysierten Therapiesitzungen gibt sie dem Patienten 297-mal (23,5%) eine Direktive, d.h. sie fordert den Patienten auf, über etwas zu berichten oder etwas zu tun oder sie gibt ihm Empfehlungen, Ratschläge oder Instruktionen, die sich auf Übungen oder Vorhaben außerhalb der Therapiesitzungen beziehen. Hochgerechnet auf die 75 Therapiestunden sind dies 1.485 Direktiven. Im Gegensatz dazu gibt der Therapeut von 2TFP in den 15 analysierten Therapiestunden nur ganze 3-mal (0,6%) eine Direktive, was hochgerechnet auf die 51 Therapiestunden eine Anzahl von ungefähr 10 ergibt.

Tabelle 29: Hochrechnung der Häufigkeiten der CIP-Überkategorien auf die Gesamtzahl der Therapiestunden

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Stundenanzahl	131	51	35	31	168	66	75
Therapeut							
Einfühlung	611	143	345	389	3.472	2.006	550
Unterstützung	856	309	154	240	1.490	634	405
Exploration	227	85	208	87	739	436	835
Erklärung	114	44	37	68	560	321	1.135
Direktiven	61	10	16	54	627	739	1.485
Klassifikation	489	187	135	217	1.310	233	1.125
Zusatz-Kat.	1.371	966	513	74	448	13	795
Gesamt-Th.	3.729	1.741	1.407	1.128	8.646	4.382	6.330
Patient							
Emotionale Ö.	1.031	350	124	178	1.646	414	250
Problembesch.	524	289	562	190	2.352	2.196	2.370
Kurzantworten	253	78	100	58	549	295	820
Änderungsber.	1.170	513	320	271	1.938	818	810
Mitarbeit	445	211	72	95	784	312	305
Klärung	114	170	47	213	885	4	440
Hemmendes V.	61	3	33	66	224	31	335
Zusatz-Kat.	262	160	161	77	392	282	965
Gesamt-Pat.	3.860	1.775	1.419	1.147	8.770	4.352	6.295
Zeit der Pausen in Minuten	528	616	288	19	224	3	250

Bei 6KVT wird das Verhalten der Therapeutin von Einfühlungen dominiert – diese Überkategorie macht mit einer Häufigkeit von 456 insgesamt ca. 46% der Codierungen aus. Es han-

delt sich dabei vor allem um Reformulierungen, d.h. die Sprechhandlungen der Therapeutin sind stark von dem Versuch geprägt, sich in die Erlebniswelt des Patienten hineinzusetzen, indem sie die Äußerungen des Patienten in leicht abgewandelter Form wiedergibt. Hochgerechnet auf die insgesamt 66 Therapiestunden zeigt die Therapeutin 2.006 Einfühlungen. Im Gegensatz dazu zeigt der Therapeut von 2TFP nur 42 (8,2%) Einfühlungen, was hochgerechnet für die 51 Therapiestunden eine Anzahl von 143 ergibt.

Nun noch zwei Beispiele zu den teilweise ebenfalls deutlichen Unterschieden zwischen den Patienten. In Therapie 6KVT berichtet der Patient in den 15 analysierten Therapiestunden 499-mal (51%) von Problemen und Schwierigkeiten, ohne dabei auf seine Gefühle einzugehen. Es handelt sich nämlich um eine Gefühlsbeschreibung, falls auf die positiven oder negativen emotionalen Aspekte von Erlebnissen eingegangen wird, was bei dem Patienten von 6KVT 94-mal (10%) der Fall war. Hochgerechnet auf die 66 Therapiesitzungen ergibt dies 2.196 Problembeschreibungen und 414 Gefühlsbeschreibungen. Im Gegensatz dazu zeigen sich beim Patienten von 1PA lediglich 60 (14%) Problembeschreibungen, dafür aber 118 (27%) Gefühlsbeschreibungen. Hochgerechnet auf die 131 Therapiestunden von 1PA ergibt dies 524 Problem- und 1.031 Gefühlsbeschreibungen.

Der Patient von 7KVT strebt 88-mal (7,0%) eine Klärung an, d.h. er stellt eine Informationsfrage zu seiner Problematik bzw. dem therapeutischen Vorgehen, bittet um einen Ratschlag oder spricht die therapeutische Beziehung an. Hochgerechnet auf die 75 Therapiesitzungen ergibt dies insgesamt 440 Klärungen. Im Gegensatz dazu liegt bei 6KVT nur eine (0,1%) Klärung vor, was für die 66 Therapiestunden eine Anzahl von ungefähr 4 ergibt.

Neben diesen Unterschieden, soll auch noch kurz auf die Frage nach Gemeinsamkeiten eingegangen werden, die sich zumindest bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zeigen. Mit Ausnahme von 7KVT, nehmen Erklärungen bei den Therapeuten einen relativ geringen Raum ein. Klassifikationen (Konfrontationen und Interpretationen) nehmen mit Ausnahme von 6KVT einen mittleren Raum ein. Dies sind die einzigen Gemeinsamkeiten der Therapeuten, für die es lediglich eine Ausnahme gibt. Bei den Patienten gibt es nicht eine solche Gemeinsamkeit. Selbst die Problembeschreibungen, die bei den bisherigen Studien mit dem CIP fast immer die häufigste Kategorie waren (siehe Kapitel 2.3.3), nehmen hier in den Häufigkeits-Rangreihen (ohne Zusatzkategorien) lediglich 4-mal den ersten Platz und 3-mal den dritten Platz ein.

Für die Vergleiche zwischen den verschiedenen Stundenblöcken bzw. Phasen der Therapie zeigen sich zwar einige Unterschiede bei den einzelnen Therapien, aber diese fallen sowohl für die Therapeuten als auch die Patienten recht unterschiedlich aus. Es gibt keinen Verlauf, der sich bei allen Therapien oder der Mehrzahl gleichermaßen zeigt. Am häufigsten ist der Unterschied beim Anteil der Änderungsberichte, der bei vier Fällen (1PA, 3TFP, 4TFP, 6KVT) im 3. Stundenblock höher ist als im 1. Block. Ansonsten zeigen sich die meisten Unterschiede nur bei ein bis zwei Fällen und eine Reihe von Verläufen sind bei verschiedenen Fällen sogar gegenläufig – z.B. zeigt die Therapeutin von 5PA im 3. Block mehr Klassifikationen als im 1. Block, während der Therapeut von 2TFP im 1. mehr zeigt als im 3. Block. Für den Verlauf der relativen Häufigkeiten der CIP-Kategorien zeigen sich über die verschiedenen Fälle hinweg also keine systematischen Unterschiede zwischen den Phasen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die geringe Anzahl an codierten Sprechhandlungen und die Dominanz der zusätzlichen Kategorien bei einigen Fällen für eine Reihe von Kategorien keine Vergleichsberechnungen zulassen.

Aus diesem Grund sind auch die Möglichkeiten der Berechnung von Markoff-Analysen auf der Ebene der CIP-Überkategorien bei 1PA, 2TFP, 3TFP und 4TFP stark eingeschränkt. Für die drei anderen Fälle sind die Ergebnisse eher uneinheitlich. Auch hinsichtlich der wechselseitigen Beeinflussung von Patient und Therapeut dominieren also die Unterschiede zwischen den Therapien. Es zeigen sich jedoch zumindest bei der Mehrzahl der Fälle einige Zusammenhänge: Auf Änderungsberichte des Patienten reagiert der Therapeut bei vier Fällen kontingent mit Unterstützung (2TFP, 4TFP, 5PA, 6KVT). Auch in der anderen Richtung – auf Unterstützung reagiert der Patient mit Änderungsbericht – zeigt sich bei vier Fällen (3TFP, 4TFP, 6KVT, 7KVT) eine signifikante Beeinflussung. Ebenfalls bei vier Fällen besteht ein negativer bzw. unterzufälliger Zusammenhang nach Unterstützung für Problembeschreibung (1PA, 3TFP, 5PA, 6KVT). Mit fünf Fällen am häufigsten zeigt sich der Zusammenhang, dass auf eine Exploration des Therapeuten überzufällig häufig eine Problembeschreibung des Patienten folgt (3TFP, 4TFP, 5PA, 6KVT, 7KVT).

In den weiteren Ausführungen dieses Unterkapitels soll noch auf die das CIP ergänzenden Beurteilungen mit dem M-CIP eingegangen werden. Es sei daran erinnert, dass diese Beurteilung nur bei längeren Redebeiträgen vorgenommen wird (nicht bei minimalen Unterstützungen, Kurzantworten und den CIP-Zusatzkategorien) und sich die prozentualen Angaben in den Tabellen deshalb auf sehr unterschiedliche Häufigkeiten beziehen.

Beim inhaltlichen Fokus zeigt sich bei allen Therapien, dass sowohl die Therapeuten als auch die Patienten überwiegend eine Interaktion mit einer Situation oder mit anderen Personen thematisieren. Die Verteilung zwischen diesen beiden Themen weist jedoch deutliche Unterschiede auf: Bei manchen Therapien überwiegt die Interaktion mit einer Situation (6KVT, 7KVT, 4TFP), bei manchen ist das Verhältnis relativ ausgeglichen (5PA, 3TFP, 2TFP) und bei einer Therapie überwiegt die Interaktion mit anderen Personen (1PA). Der Anteil der anderen drei Kategorien (Patient, Situation, andere Personen) ist im Vergleich dazu relativ gering, wobei bei Therapie 1PA noch relativ häufig ausschließlich der Patient fokussiert wird (ca. 20% beim Therapeut und 21% beim Patienten), was zumindest für den Therapeuten auch bei 2TFP gilt (ca. 15% beim Therapeuten und 8% beim Patienten).

Tabelle 30: Werte zur Gesprächsdominanz und zur thematischen Dominanz (die Werte werden in Kapitel 4.4 auf Seite 117 definiert)

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Längere Redebeiträge: Therapeut / Patient	0,48	0,32	0,68	0,82	0,92	1,13	1,21
Summenwert der Fokusverschiebungen-Therapeut	235	172	326	440	679	1025	1478
Summenwert der Fokusverschiebungen-Patient	584	789	651	705	988	1004	1181
Summenwert der Fokusverschieb. Therapeut / Patient	0,40	0,22	0,50	0,62	0,69	1,02	1,25
Mittelwert der Fokusverschiebung Therapeut	1,3	1,2	1,0	1,1	1,1	1,1	1,4
Mittelwert der Fokusverschiebung Patient	1,5	1,7	1,3	1,4	1,4	1,2	1,3

Im Hinblick auf die Fokusverschiebung ist bei allen Fällen sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten die Kategorie ‚Ausweitung des Fokus‘ die mit Abstand häufigste. Demnach liefern die meisten Sprechhandlungen erwartungsgemäß eine neue Information bzw. einen neuen Beitrag zu einem Thema, welches schon bei den vorausgegangenen Sprechhandlungen im Fokus stand. Der Anteil dieser Kategorie liegt beim Therapeuten zwischen ca. 54% (2TFP) und 72% (5PA) und beim Patienten zwischen ca. 46% (2TFP) und 79% (5PA). Diese Zahlen weisen auf deutliche Unterschiede hin, die sich auch bei den in Tabelle 30 dargelegten Werten zur Gesprächsdominanz und zur thematischen Dominanz zeigen. So liefert der Therapeut bei einigen Therapien deutlich weniger und bei anderen deutlich mehr längere Redebeiträge als der Patient. Die deutlichen Unterschiede im Umfang an längeren Redebeiträgen zei-

gen sich auch in eindeutigen Unterschieden im Verhältnis der Summenwerte der Fokusverschiebungen zwischen Therapeut und Patient (zur Berechnung der Werte siehe Kapitel 4.4). Diese Werte bedeuten, dass in den Therapien der thematische Inhalt der Kommunikation unterschiedlich stark vom Therapeuten oder Patienten bestimmt wird. Dabei treten alle Möglichkeiten auf – von starker Dominanz des Patienten bis zu starker Dominanz des Therapeuten (Rangreihe nach Dominanz des Patienten: 2TFP, 1PA, 3TFP, 4TFP, 5PA, 6KVT, 7KVT). Auch beim Mittelwert der Fokusverschiebungen für den Therapeuten und Patienten zeigen sich Unterschiede zwischen den Therapien, d.h. die Therapeuten unterscheiden sich dahingehend, wie stark sie den thematischen Fokus bei ihren Sprechhandlungen durchschnittlich verschieben. Dies gilt auch für die Patienten, wobei mit Ausnahme von 7KVT die Fokusverschiebungen durchschnittlich etwas stärker sind als bei den Therapeuten.

Tabelle 31: Prozentualer Anteil der Kategorien des Zeitbezugs

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Therapeut							
Vergangenheit	17,4	6,9	2,4	3,5	1,1	3,2	4,5
Gegenwart	59,8	62,5	68,3	74,4	82,6	66,2	60,5
Zukunft	8,7	11,1	17,5	4,2	3,6	5,7	2,8
Vergangenheit/Gegenwart	9,2	7,6	3,3	6,2	1,9	2,4	1,6
Gegenwart/Zukunft	4,9	4,2	4,4	10,9	10,7	22,0	30,2
Patient							
Vergangenheit	9,5	6,4	1,8	3,1	0,9	3,3	3,8
Gegenwart	40,6	49,9	66,4	55,3	79,1	71,5	61,3
Zukunft	4,0	13,5	10,9	1,8	2,3	1,6	2,1
Vergangenheit/Gegenwart	27,2	13,7	5,6	13,7	4,1	2,7	6,4
Gegenwart/Zukunft	14,8	11,3	11,3	21,0	12,7	20,1	26,1

Der Zeitbezug ‚Gegenwart‘ tritt bei allen Therapien sowohl beim Therapeuten als auch beim Patienten mit Abstand am häufigsten auf (Tabelle 31). Der Anteil schwankt jedoch beim Therapeuten zwischen ca. 60 und 83% und beim Patienten zwischen ca. 41 und 79%. Auch bei den anderen Kategorien, vor allem den gemischten, gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Therapien. Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen: Bei 7KVT sind 30% der längeren Redebeiträge gleichzeitig auf Gegenwart und Zukunft bezogen und bei 2TFP nur 4%. Bei 1PA sind 27% der längeren Redebeiträge des Patienten gleichzeitig auf Vergangenheit und Gegenwart bezogen und bei 6KVT nur 4%.

Bei der Ressourcen- vs. Problemorientierung sind bei allen Fällen die meisten längeren Redebeiträge des Therapeuten primär auf Probleme fokussiert (Tabelle 32). Ähnlich wie beim Zeitbezug schwankt der prozentuale Anteil dieser Kategorie jedoch stark – zwischen ca. 31 (2TFP) und 47% (4TFP). Der Anteil der primär ressourcenorientierten Redebeiträge schwankt etwas weniger, hier weicht lediglich der Anteil bei 4TFP mit ca. 10% von ansonsten relativ ähnlichen Anteilen ab (23 +/- 4,5). Hinsichtlich dem Anteil an sowohl ressourcen- als auch problemorientierten Redebeiträgen zeigt sich ebenfalls eine starke Schwankung von ca. 31 bis 10%. Die Dominanz der Problemorientierung kommt auch darin zum Ausdruck, dass der Skalenwert bei allen Fällen über 2 liegt. Bei 4TFP zeigt sich diese Dominanz am deutlichsten. Auffallend ist bei einigen Therapien der relativ hohe Anteil der Kategorie ‚unbestimmt‘, mit Ausnahme von 6KVT ist bei allen Therapeuten ein bedeutsamer Anteil der Redebeiträgen weder auf Probleme noch auf Ressourcen fokussiert – sie sind in dieser Hinsicht neutral.

Tabelle 32: Prozentuale Verteilung der Ressourcen- vs. Problemorientierung und der Skalenwerte (siehe dazu Kapitel 4.4 auf Seite 117)

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Therapeut							
Ressourcenorientiert (1)	23,4	23,6	24,3	9,7	17,5	25,6	20,0
Gemischt (2)	10,3	18,8	18,6	16,2	22,7	25,4	31,4
Problemorientiert (3)	35,9	30,6	34,0	46,8	43,6	45,1	32,8
Unbestimmt	30,4	27,1	23,1	27,4	16,1	4,0	15,8
Skalen-Wert	2,2	2,1	2,1	2,5	2,3	2,2	2,2
Patient							
Ressourcenorientiert (1)	27,2	31,1	22,1	14,5	12,2	13,9	13,3
Gemischt (2)	26,1	34,7	32,0	37,8	38,2	31,5	28,0
Problemorientiert (3)	42,2	28,5	40,4	38,6	44,3	53,2	50,7
Unbestimmt	4,5	5,7	5,4	9,2	5,3	1,4	8,0
Skalen-Wert	2,2	2,0	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5

Für die Dimension Ressourcen- vs. Problemorientierung zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Patient und Therapeut. Bei 2TFP ist der Anteil an gemischten Redebeiträgen beim Patienten ca. 35% und beim Therapeuten lediglich 19%. Die Redebeiträge des Patienten bei 7KVT sind in 51% der Fälle problemorientiert, beim Therapeuten sind dies nur 33%. Ein, mit Ausnahme von 6KVT, für alle Therapien geltender Gegensatz ist der deutlich geringere Anteil an unbestimmten Redebeiträgen beim Patienten.

Der Aspekt der Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung konnte bei allen Fällen fast immer bestimmt werden (Tabelle 33). Beim Therapeuten gibt es keine Kategorie, die bei allen Fällen den größten Anteil einnimmt. Beim Therapeuten von 1PA dominieren mit 72% eindeutig die klärungsorientierten Redebeiträgen und bei 5PA haben die gemischten mit 49% den größten Anteil. Eine gewisse Übereinstimmung besteht beim Skalen-Wert, der bei allen Therapeuten unter 2 liegt, was für eine Dominanz der Klärungsorientierung spricht. Auch bei den Patienten überwiegt tendenziell die Klärungsorientierung, wobei zwei Fälle (2TFP, 5PA) mit einem Skalen-Wert von 2,0 in dieser Hinsicht ausgeglichen sind. Die Unterschiede bei den Anteilen der verschiedenen Kategorien sind bei den Patienten noch größer als bei den Therapeuten - für gemischte Redebeiträge schwankt der Anteil zwischen ca. 23 (3TFP) und 64% (5PA), für klärungsorientierte zwischen ca. 17 (4TFP) und 46% (6KVT) und für bewältigungsorientierte Redebeiträge zwischen ca. 9 (4TFP) und 38% (2TFP).

Tabelle 33: Prozentuale Verteilung der Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung und der Skalen-Wert (siehe dazu Kapitel 4.4 auf Seite 117)

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Therapeut							
Klärungsorientiert (1)	72,3	56,3	55,0	45,0	34,8	45,7	44,4
Gemischt (2)	20,7	19,4	15,7	44,5	48,6	27,3	41,3
Bewältigungsorientiert (3)	7,1	23,6	28,4	10,4	16,6	26,8	13,8
Unbestimmt	0,0	0,7	0,9	0,0	0,0	0,2	0,5
Skalen-Wert	1,3	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7
Patient							
Klärungsorientiert (1)	35,4	35,3	42,3	16,7	20,2	46,1	44,1
Gemischt (2)	54,6	26,5	22,5	74,1	63,7	45,7	48,1
Bewältigungsorientiert (3)	10,0	38,2	35,0	9,0	16,2	7,9	7,6
Unbestimmt	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1
Skalen-Wert	1,8	2,0	1,9	1,9	2,0	1,6	1,6

Abschließend wird noch kurz auf die vertiefenden Analysen der Klassifikationen des Therapeuten und der Einsichten des Patienten eingegangen (Tabelle 34 und Tabelle 35). Es gibt lediglich zwei Gemeinsamkeiten aller Fälle: Die Therapeuten beziehen sich mit ihren Klassifikationen mit Abstand am häufigsten auf die Gegenwart und die Einsichten der Patienten sind am häufigsten bewältigungsorientiert oder gemischt. Ansonsten dominieren teilweise deutliche Unterschiede: So sind z.B. die Klassifikationen des Therapeuten bei Therapie 1PA primär prob-

lemorientiert und bei 3TFP primär ressourcenorientiert oder gemischt. Der Patient bezieht sich bei seinen Einsichten bei 6KVT in 7% der Fälle auf die Vergangenheit (und Gegenwart) und bei 1PA in 60% der Fälle.

Tabelle 34: Vertiefende Analysen der Klassifikationen des Therapeuten

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Klassifikationen des Therapeuten N	56	55	58	105	117	53	225
Vergangenheit (und Gegenwart)	34%	20%	9%	16%	3%	13%	10%
Gegenwart	63%	67%	69%	73%	92%	68%	64%
Zukunft (und Gegenwart)	4%	8%	16%	11%	5%	19%	26%
Ressourcenorientiert / Gemischt	29%	51%	62%	26%	26%	38%	36%
Problemorientiert	61%	44%	36%	60%	70%	60%	58%
Klärungsorientiert	66%	53%	50%	35%	22%	51%	47%
Gemischt / Bewältigungsorientiert	34%	47%	50%	65%	78%	49%	53%

Tabelle 35: Vertiefende Analysen der Einsichten des Patienten.

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT	7KVT
Einsichten des Patienten N	65	63	39	54	93	58	89
Vergangenheit (und Gegenwart)	60%	40%	13%	22%	8%	7%	21%
Gegenwart	34%	44%	51%	57%	88%	72%	51%
Zukunft (und Gegenwart)	6%	5%	20%	22%	4%	21%	28%
Ressourcenorientiert / Gemischt	52%	64%	64%	41%	74%	52%	63%
Problemorientiert	48%	33%	33%	57%	25%	48%	36%
Klärungsorientiert	38%	36%	28%	13%	9%	36%	39%
Gemischt / Bewältigungsorientiert	62%	64%	72%	87%	91%	64%	61%

Zusammenfassend zeigt sich bei dem Vergleich ein klares Übergewicht der Unterschiede zwischen den dargelegten Einzelfallanalysen. Weder für das Therapeuten- noch das Patientenverhalten ergeben sich Interaktionsmerkmale, die für Depressionsbehandlungen von männlichen Patienten schulenübergreifende als charakteristisch angesehen werden könnten. Auch wenn die dargelegte Sequenz an Einzelfallanalysen primär auf die Identifikation von Unterschieden angelegt war, erstaunt das Ausmaß der Differenzen. Alle analysierten Fälle können ja unter der Überschrift ‚kassenfinanzierte psychotherapeutische Behandlungen von männlichen depressiven Patienten in einer deutschen Großstadt‘ zusammengefasst werden.

6.2 Vergleiche innerhalb und zwischen den Therapiemethoden

In diesem Kapitel soll nun die spezifische Fragestellung diskutiert werden, ob sich die Unterschiede im Hinblick auf die Therapierichtung der Fälle systematisieren lassen und ob sie den theoretisch erwartbaren Unterschieden entsprechen (siehe Kapitel 4.2.4 und 4.6). Die Erwartungen hinsichtlich der Vergleiche innerhalb und zwischen den Therapiemethoden beziehen sich primär auf das Therapeutenverhalten und allgemeine Interaktionsmerkmale sowie erst sekundär auf das Patientenverhalten. Schließlich erwartet man von dem Therapeuten, dass er sein Verhalten dem Patienten gegenüber an einer bestimmten Therapiemethode ausrichtet. Das Verhalten des Patienten sollte dann erst vermittelt durch den Therapeuten von der Therapiemethode beeinflusst werden. Damit dieser Einfluss möglichst gut erkennbar wird, wurde bei den Patienten angestrebt, die zentralen soziodemographischen und medizinischen Variablen möglichst konstant zu halten.

Beim Einstieg in die Sequenz von Einzelfallanalysen wurden die Erwartungen an die Interaktionsmerkmale der Psychoanalyse 1PA vor allem mit theoretischen Überlegungen begründet. Die Analysen und die Vergleichsberechnungen mit einer erfolgreichen KVT (aus einer Studie von Kaimer et al., 1989) bestätigen den Großteil der Erwartungen und es zeigt sich das Bild einer Psychoanalyse ‚wie sie im Lehrbuch steht‘. Bei den weiteren Einzelfallanalysen dominieren jedoch zunehmend Ergebnisse, die den Erwartungen widersprechen. Dies betrifft zum einen die deutlichen Unterschiede zwischen Therapien der gleichen Therapiemethode und zum anderen unerwartete bzw. fehlende Unterschiede zwischen Methoden unterschiedlicher Therapiemethoden.

Die folgende Aufzählung gibt einen Überblick über die CIP-Therapeuten-Überkategorien, für die ein signifikanter Unterschied innerhalb der Therapiemethoden besteht.

- 2TFP vs. 3TFP: Einfühlung, Exploration, Unterstützung, zusätzliche Kategorien.
- 3TFP vs. 4TFP: Einfühlung, Unterstützung, Exploration, Erklärung, Direktiven, Klassifikationen, zusätzliche Kategorien.
- 1PA vs. 5PA: Einfühlung, Erklärung, Direktiven, zusätzliche Kategorien.
- 6KVT vs. 7KVT: Einfühlung, Unterstützung, Exploration, Erklärung, Direktiven, Klassifikationen, zusätzliche Kategorien.

Diese Vielzahl an Unterschieden zwischen Therapien der gleichen Methode zeigt sich auch bei den in Tabelle 36 aufgeführten Z-Summenwerten. Diese Werte sind ein Indikator für die Unterschiedlichkeit hinsichtlich des mit den CIP-Überkategorien beobachteten Verhaltens von zwei Therapeuten bzw. zwei Patienten. Bei den Therapeuten zeigt sich, dass deren Verhalten bei Therapien mit der gleichen Methode teilweise deutlichere Unterschiede aufweist als bei Therapien mit unterschiedlicher Methode. Damit ist es kaum möglich, systematisch Unterschiede zwischen den Therapiemethoden zu identifizieren. Wenn sich die Therapien der gleichen Methode deutlich voneinander unterscheiden, können sie sich nur eingeschränkt in gleicher Art und Weise von Therapien anderer Methoden unterscheiden.

Tabelle 36: Überblick über die Z-Summenwerte der Fall-Vergleiche: Therapeut / Patient

	1PA	2TFP	3TFP	4TFP	5PA	6KVT
2TFP	24 / 17					
3TFP	26 / 49	43 / 60				
4TFP	53 / 46	97 / 49	70 / 58			
5PA	73 / 38	125 / 38	84 / 42	15 / 28		
6KVT	226 / 78	364 / 125	246 / 48	76 / 192	57 / 128	
7KVT	142 / 107	205 / 124	155 / 42	101 / 82	103 / 81	176 / 145

Anmerkung: Vergleiche von Therapien der gleichen Methode sind fett geschrieben. Die Korrelation zwischen den Z-Summenwerten von Therapeut und Patient beträgt 0,36.

Für den Vergleich zwischen Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wurden folgende Erwartungen formuliert: In den TFPs sollte die Interaktion lebhafter sein, es sollte mehr CIP-Codierungen geben, die Häufigkeit der längeren Redebeiträge zwischen Therapeut und Patient sollte ausgeglichener sein und bezogen auf die CIP-Überkategorien sollte die relative Häufigkeit an zusätzlichen Kategorien (Zuhören und Pause) und Klassifikationen (vor allem Interpretationen) geringer sein und der Anteil an Explorationen (Informationsfragen), Unterstützungen (vor allem Zuspruch und positive Rückmeldungen) und Direktiven sollte eher größer sein.

Diese Erwartungen können in Ansätzen nur bei den Vergleichen zwischen 1PA und 3TFP sowie 1PA und 4TFP bestätigt werden. In den beiden TFPs zeigen die Therapeuten etwas mehr längere Redebeiträge, die Interaktion ist damit etwas lebhafter und die Unterschiede bei der Verteilung und Häufigkeit der CIP-Überkategorien entsprechen vor allem beim Vergleich 1PA und 4TFP überwiegend den Erwartungen. Für den Vergleich zwischen 5PA und 4TFP zeigen

sich jedoch nur relativ wenig Unterschiede und diese widersprechen den Erwartungen (der Z-Summenwert für den Therapeutenvergleich ist mit 15 der niedrigste, siehe Tabelle 36). Noch gegenläufiger zu den Erwartungen fallen die Vergleiche zwischen der Psychoanalyse 5PA und den beiden Psychotherapien 2TFP und 3TFP aus. Hier gibt es deutliche Unterschiede, die alle den Erwartungen zuwider laufen. Die Interaktion ist bei 5PA deutlich lebhafter, es gibt weniger Pausen und die Verteilung der CIP-Codierungen entsprechen deutlich stärker den an einen TFP-Therapeuten gerichteten Erwartungen als dies bei 2TFP und 3TFP der Fall ist. Die unerwarteten Interaktionsmerkmale von 5PA zeigen sich auch bei den deutlichen Unterschieden mit dem Verhalten des Therapeuten von 1PA (Z-Summenwert = 73). Auch beim Vergleich zwischen 2TFP und 1PA widersprechen die wenigen Unterschiede den Erwartungen - 2TFP erfüllt noch stärker die an eine Psychoanalyse gerichteten Erwartungen als 1PA.

Für die Patienten zeigen sich ebenfalls keine systematischen Unterschiede zwischen Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Die geringsten Differenzen zeigen sich bei den Vergleichen der Patienten von 1PA und 2TFP (Z-Summenwert = 17) sowie 4TFP und 5PA (Z-Summenwert = 28), was im Einklang mit den ebenfalls relativ geringen Unterschieden bei den Therapeuten steht. Dagegen zeigen sich die deutlichsten Unterschiede bei Therapien der gleichen Methode: 2TFP und 3TFP (Z-Summenwert = 60) sowie 3TFP und 4TFP (Z-Summenwert = 58).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für den Vergleich zwischen den Psychoanalysen und den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien mit den hier verwendeten Methoden kein systematischer Unterschied bei den Interaktionsmerkmalen beobachtbar ist. Die unterschiedliche Therapiekonzeption und das grundlegend unterschiedliche Interaktionssetting (liegender vs. sitzender Patient) scheint sich nicht systematisch auszuwirken. Für das Therapeutenverhalten in den Therapien 1PA, 2TFP und 3TFP (bei denen die Person des Therapeuten identisch ist) zeigen sich insgesamt eher geringe Unterschiede und die Vergleiche mit den anderen Therapien sprechen für eine relativ stark ausgeprägte psychoanalytische Haltung des Therapeuten, die unabhängig von der Unterscheidung PA und TFP zum Ausdruck kommt. Entgegen der Erwartung ist der Z-Summenwert für den Vergleich 1PA vs. 2TFP niedriger als der für 2TFP vs. 3TFP. Der Therapeut verhält sich also in zwei Therapien mit der offiziell gleichen Methode unterschiedlicher als in zwei Therapien mit offiziell unterschiedlicher Methode. Der Befund, dass sich Therapie 5PA deutlich stärker von den vom gleichen Therapeuten durchgeführten

Therapien 1PA und 3TFP unterscheidet als von 4TFP, unterstützt die Vermutung, dass die Person des Therapeuten bedeutsamer ist als die Therapiemethode.

Bei den Vergleichen zwischen den beiden kognitiven Verhaltenstherapien und den anderen Therapien zeigen sich einige Unterschiede, die den Erwartungen entsprechen. Die Interaktion ist in den beiden KVTs hinsichtlich der Häufigkeit der Sprecherwechsel deutlich lebhafter und mit einer Gesamtzahl von 996 und 1.266 weisen sie deutlich mehr CIP-Therapeuten-Codierungen auf als alle anderen Therapien. Auch die Unterschiede bei der Verteilung auf die CIP-Überkategorien entsprechen überwiegend den Erwartungen (Abbildung 9). Des Weiteren sind die KVT-Therapeutinnen im Hinblick auf die längeren Redebeiträge und die Fokusverschiebungen gegenüber den Patienten dominant, wohingegen sich bei den anderen Fällen eine Dominanz der Patienten gezeigt hat. Im Einklang damit steht der Befund, dass sich die beiden KVTs von allen übrigen Therapien hinsichtlich des prozentualen Anteils und der Häufigkeit an Direktiven deutlich unterscheiden. Die Therapeutinnen der KVTs sind also erwartungsgemäß direkter als die Therapeuten der PAs und TFPs.

Ein weiterer erwartbarer Unterschied ergibt sich beim Zeitbezug. Die Therapeutinnen der KVTs thematisieren deutlich stärker gleichzeitig die Gegenwart und die Zukunft.

Ergänzend sei erwähnt, dass sich auch beim Vergleich zwischen 1PA und der KVT aus der Studie von Kaimer et al. (1989) fast alle Erwartungen bestätigt haben.

Neben diesen gleich gerichteten Unterschieden zwischen den KVTs und den anderen Therapien zeigen sich jedoch auch deutliche Unterschiede zwischen den beiden KVTs, die auch in einem relativ hohen Z-Summenwert von 176 zum Ausdruck kommen (der 5. höchste Wert von 21). Für alle CIP-Überkategorien konnte ein signifikanter Unterschied ermittelt werden.

Im Hinblick auf die Besonderheiten der KVTs sei noch erwähnt, dass von den fünf anderen Therapien 5PA den beiden KVTs scheinbar am ähnlichsten ist. Zusammen mit dem Befund, dass 5PA die geringsten Unterschiede mit 4TFP aufweist, ergibt sich der Eindruck, dass 5PA im Unterschied zu 1PA eine ‚untypische‘ Psychoanalyse ist. In diese Richtung weitergedacht, kann aufgrund der beobachtbaren Unterschiede 2TFP im Unterschied zu 4TFP als ‚untypische‘ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie betrachtet werden.

Für die Patienten von 6KVT und 7 KVT zeigt sich ein ähnliches Bild wie für die Therapeuten – sie unterscheiden sich überwiegend sehr deutlich von den Patienten der anderen Therapien. Wenn man die Z-Summenwerte der 21 Vergleiche in eine Rangreihe bringt, dann liegen 9

der 11 Vergleiche mit einer KVT in der oberen Hälfte. Ebenfalls wie bei den Therapeuten zeigt sich auch ein relativ hoher Z-Summenwert (145) für den Vergleich zwischen den beiden KVTs. Dieser wird nur von dem Vergleich zwischen 4TFP und 6KVT übertroffen. Die geringsten Unterschiede bestehen zu 3TFP (Z-Summenwert = 48 bzw. 42), was bemerkenswert ist, da bei den Therapeuten deutliche Unterschiede bestehen.

Die bisherigen Ausführungen beziehen sich primär auf die allgemeinen Interaktionsmerkmale und die CIP-Codierungen von Therapeut und Patient. Für die Zusatzbeurteilungen mit dem M-CIP sei zusammenfassend erwähnt, dass sich außer dem erwähnten Zeitbezug der KVTs keine systematischen Unterschiede zwischen den Therapiemethoden herausarbeiten lassen.

Den Vergleich innerhalb und zwischen den Therapiemethoden abschließend kann gesagt werden, dass es nur sehr eingeschränkt möglich ist, die im vorangegangenen Kapitel herausgearbeitete Dominanz der Unterschiede zwischen den Therapien mit Bezug auf die Therapiemethoden zu systematisieren. Im Ansatz ist dies noch am besten für den Vergleich der KVTs mit den anderen Therapien gelungen. Vom theoretischen Ansatz her wird postuliert, dass es sich bei PA und TFP um unterschiedliche Therapiemethoden handelt, die bei den Patienten unterschiedliche Veränderungen bewirken. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Therapeuten in den Sitzungen unterschiedlich verhalten und es mehr Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen gibt als die unterschiedliche Stundenanzahl, Sitzungsfrequenz und Position des Patienten (liegen vs. sitzen). Mit dieser Annahme kann zum nächsten Kapitel übergeleitet werden, in dem die Ergebnisse mit Bezug zu grundlegenden Fragen der Psychotherapieforschung und den Befunden anderer Studien diskutiert werden.

7 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse gliedert sich in zwei Fragestellungen: (1) Wie können die Ergebnisse in Bezug zu grundlegenden Fragestellungen der Psychotherapieforschung und den Befunden aus anderen Studien interpretiert und diskutiert werden? (2) Welche Anregungen, Fragen, Erwartungen und Hypothesen ergeben sich aufgrund der Ergebnisse für zukünftige Studien? Im anschließenden Kapitel 8 erfolgt dann eine kritische Auseinandersetzung mit dem Forschungsansatz und dem Beobachtungssystem M-CIP.

7.1 Bezug zu grundlegenden Fragen der Psychotherapieforschung und den Befunden anderer Studien

Eine zentrale Unterscheidung der differentiellen Psychotherapieforschung und der selektiven Indikationsstellung ist die Abgrenzung verschiedener Therapiemethoden. In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass in unterschiedlich bezeichneten Therapien Unterschiedliches geschieht und in gleich bezeichneten Therapien Vergleichbares geschieht. Diese pauschale Annahme wurde in den 60er Jahren von Kiesler (1966) als ein Mythos bezeichnet, der gezielt untersucht werden sollte, was in der Folge auch in verschiedenen Studien geschehen ist. Die in Kapitel 2.3.2 dargelegten Befunde zeigen, dass sich die erwarteten Unterschiede in kontrollierten Studien mit manualisierten Therapien überwiegend nachweisen ließen. Für unkontrollierte Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis waren die Befunde uneinheitlich, es überwogen eher die Gemeinsamkeiten bzw. die Unterschiede entsprachen nicht den theoretischen Erwartungen.

Bei den hier analysierten Therapien dominieren klar die Unterschiede und diese lassen sich nur sehr eingeschränkt mit Bezug auf die unterschiedlichen Therapiemethoden systematisieren. Aufgrund der offiziellen Therapiemethode gab es Erwartungen bzgl. spezifischer Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen bestimmten Therapien. Vergleiche, bei denen die Ergebnisse den Erwartungen deutlich zuwider laufen, können im Sinne einer mangelhaften Adherence (Befolgung der vorgesehenen bzw. offiziellen Therapiemethode) interpretiert werden (Hill & Lambert, 2004). Damit bestätigen die Ergebnisse Strupp (1983), der im Hinblick auf die ‚normale‘ psychotherapeutische Praxis die Meinung vertritt, dass sich die Therapeuten kaum an die

theoretischen Ausführungen halten und sich folglich die damit begründeten Unterschiede auch nicht beobachten lassen. Im Sinne der in Kapitel 1.2 dargelegten Beobachtungstheorie stellt sich damit die Frage nach der Berechtigung dieser Unterscheidung bzw. den Merkmalen, die für die Unterscheidung relevant sind. Wenn sich für eine theoretisch postulierte unterschiedliche Bezeichnung keine systematischen, reproduzierbaren Unterschiede empirisch beobachten lassen, dann sollte diese Unterscheidung verworfen oder hinsichtlich der relevanten Merkmale gezielt modifiziert werden. Im Folgenden sollen die hier erzielten Ergebnisse im Detail mit anderen Studien in Zusammenhang gebracht werden.

Für die Ergebnisse zum Vergleich von PA und TFP zeigen sich primär Übereinstimmungen mit anderen Studien. So konnten auch in der Menninger-Studie (Wallerstein, 1989) trotz eines sehr aufwendigen Untersuchungsdesigns kaum systematische, den theoretischen Erwartungen entsprechende Unterschiede zwischen Psychoanalysen (N = 22) und analytischen Psychotherapien (N = 20) beobachtet werden. In der Überblicksarbeit von Henry und Mitarbeitern (1994) werden die Befunde zum Vergleich von verschiedenen Formen psychoanalytischer Therapien dahingehend zusammengefasst, dass sich die theoretisch postulierten Unterscheidungen in der Praxis nicht nachweisen lassen und deshalb anzuzweifeln sind. Da es meines Wissens keine empirische Studie mit klar gegensätzlichen Befunden gibt, kann hier von einer sich durchsetzenden Erkenntnis gesprochen werden, die große Auswirkungen auf die psychoanalytische Therapiekonzeption und die Strukturierung der psychotherapeutischen Versorgung haben sollte. Autoren, die an dieser Unterscheidung (wie in Kapitel 4.2.2 dargelegt) festhalten, geraten zunehmend in einen Rechtfertigungsdruck.

Die Unterschiede zwischen den beiden KVTs und den anderen Therapien erfüllen in Ansätzen die theoretischen Erwartungen und es bestehen einige Übereinstimmungen mit den Befunden aus anderen Studien. So zeigt sich auch bei der Studie von Sloane und Mitarbeitern (1975), dass Verhaltenstherapeuten im Unterschied zu analytischen Therapeuten aktiver und direkter sind und mehr explizite Ratschläge geben. Die in der Überblicksarbeit von Blagys und Hilsenroth (2002) herausgearbeiteten spezifischen Merkmale der kognitiven Verhaltenstherapie scheinen überwiegend auch auf die beiden hier untersuchten Therapien zuzutreffen: Häufiger Bezug auf Aktivitäten zwischen den Therapiesitzungen, Direktiven bzgl. des Patientenverhaltens in den Sitzungen und der explizite Bezug auf die zukünftige Bewältigung der Symptome. In Kapitel 2.3.2 werden jedoch auch einige Studien dargelegt, die kaum spezifische Unterschiede zwischen kognitiven Verhaltenstherapien und tiefenpsychologischen Therapien beo-

bachten konnten. Hinsichtlich dieser Frage scheinen die Befunde uneinheitlich, wobei sich in der Mehrzahl der Arbeiten spezifische Unterschiede zeigen. Für die beiden hier analysierten KVTs sei jedoch nochmals kritisch erwähnt, dass diese sich auch deutlich voneinander unterscheiden, was die Aussage eines systematischen Unterschieds mit den anderen Therapien einschränkt.

Der kaum erkennbare Zusammenhang zwischen Therapiemethode und Interaktionsgeschehen könnte auch ein Hinweis auf den in der Praxis verbreiteten integrativen und pragmatischen Ansatz sein. In einer Reihe von Befragungen von in ‚normalen‘ Praxen tätigen Therapeuten hat sich gezeigt, dass sich diese in der Regel nur ‚offiziell‘ einer Therapierichtung zuordnen lassen und ihre tatsächlich durchgeführten Therapien als integrativ bezeichnen (Butollo et al., 1996; Lambert, Garfield et al., 2004). D.h. die Therapeuten wenden je nach Eigenart und Störung des Patienten Techniken aus unterschiedlichen Therapierichtungen an.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die hier untersuchten Therapeuten über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen und die Therapieausbildung teilweise schon sehr lange zurückliegt. Es gab im Rahmen der Studie keine konkreten Anweisungen, wie die Therapien auf der hier analysierten Interaktionsebene durchgeführt oder welche spezifischen Techniken eingesetzt werden sollten. Lediglich im Hinblick auf die Unterscheidung von PA und TFP gab es die Anweisung, die eine Therapieart im Liegen und dreimal wöchentlich und die andere im Sitzen und einmal wöchentlich durchzuführen. Es kann vermutet werden, dass sich bei den Therapeuten im Laufe ihrer Berufstätigkeit ein individueller therapeutischer Stil herausgebildet hat, der primär von den eigenen klinischen Erfahrungen und nur noch sekundär von der ursprünglich gelernten therapeutischen Orientierung beeinflusst ist. Eine solche Erklärung stünde im Einklang mit den Befunden der Studie von Goldfried und Mitarbeitern (1998), die hinsichtlich des therapeutischen Fokus bei erfahrenen Therapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen kaum erwartbare, systematische Unterschiede finden konnten.

Damit im Einklang steht auch die These von Sandler (1983), wonach die meisten Psychoanalytiker in der klinischen Praxis individuelle Theorien und Konzepte entwickeln, die von den offiziellen und anerkannten Lehrmeinungen abweichen. Er sieht eine große Kluft zwischen offizieller Theorie und klinischer Praxis der Psychoanalyse. Diese Position hat vermutlich auch für die Verhaltenstherapie Gültigkeit. Darüber hinausgehend kann angenommen werden, dass Therapeuten ihre Behandlungen in Abhängigkeit von spezifischen Patientenmerkmalen indivi-

duell konzipieren und bei unterschiedlichen Patienten auf unterschiedliche Theorien und Konzepte zurückgreifen. D.h. der einzelne Therapeut ließe sich nicht pauschal einer bestimmten Therapiekonzeption zuordnen. Demgemäß könnte an der vorliegenden Untersuchung kritisiert werden, dass der theoretisch-konzeptionelle Hintergrund der Therapien mit der offiziellen Bezeichnung zu ungenau beschrieben wird.

In diesem Zusammenhang ist bei dem hier vorgenommenen Vergleich von PA und TFP außerdem zu berücksichtigen, dass die zwei untersuchten Therapeuten und die Therapeutin in ihrer täglichen Praxis sowohl Psychoanalysen als auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien durchführen. Es kann vermutet werden, dass sie dabei normalerweise keine strikte Trennung der beiden Ansätze vornehmen und es eher gewohnt sind, ihr therapeutisches Vorgehen fall- und situationsbezogen zu variieren.

Die Unterscheidung in verschiedene Therapieschulen ist in der BRD für die psychotherapeutische Ausbildung und die gesundheitspolitische Regelung der Versorgung von zentraler Bedeutung. Maßgeblich ist dafür die Ansicht, wonach ein Therapeut, der eine tiefenpsychologische Therapie durchführt, etwas anderes tut, als wenn er eine Psychoanalyse oder eine Verhaltenstherapie durchführen würde. Sollten sich die hier erzielten Ergebnisse in weiteren Studien bestätigen, dann hätte dies auch eine Bedeutung für die bestehende zentrale Strukturierung des Versorgungssystems. So fordert Grawe (2005b; Grawe et al., 1994) schon seit längerem, die überholte Unterscheidung in verschiedene Therapieschulen aufzuheben, da diese einer Weiterentwicklung der Psychotherapie und einer Verbesserung der Therapieausbildung im Wege stünden. Grawe untermauert seine Position bisher primär mit dem Argument, dass alle Therapieschulen zentrale Schwachpunkte haben und eine Therapie im Hinblick auf die möglichst optimale Entfaltung von empirisch validierten Wirkfaktoren geplant werden sollte.

Wie lassen sich die hier erzielten Ergebnisse auf die Unterscheidung von spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren beziehen (siehe Kapitel 2.1.6)? Da sich kaum Gemeinsamkeiten aller Therapien identifizieren lassen, scheint auf der hier analysierten konkreten Verhaltensebene kein Anhaltspunkt für allgemeine Wirkfaktoren vorzuliegen. Es kann selbstverständlich keine grundlegende Aussage über den Aspekt allgemeiner Wirkfaktoren wie z.B. Behandlungserwartung oder Zuwendung getroffen werden. Bezogen auf die konkrete Verhaltensebene spricht die Dominanz der Unterschiede zwischen den Fällen jedoch eher dafür, dass in den Therapiesitzungen eine unterschiedliche Interaktion abläuft und damit auf dieser Ebene auch unterschiedliche Wirkfaktoren realisiert werden. Da diese Unterschiede jedoch kaum mit Bezug auf die

Therapiemethoden spezifiziert werden konnten, können sie nicht mit spezifischen Wirkfaktoren in Zusammenhang gebracht werden. Die nur sehr eingeschränkt mögliche Unterscheidung der untersuchten Therapiemethoden stellt auch die Differenzierung von methodenspezifischen Wirkfaktoren in Frage. Wenn sich beispielsweise zwei Psychoanalysen oder zwei Verhaltenstherapien auf der konkreten Verhaltensebene derart deutlich unterscheiden, erscheint die Realisierung von spezifischen Wirkfaktoren zumindest auf dieser Ebene sehr unwahrscheinlich.

Beim prozentualen Anteil der verschiedenen Sprechhandlungen fällt bei der Mehrzahl der hier untersuchten Fälle auf, dass der Anteil an Klassifikationen, denen in Verbindung mit den therapeutischen Wirkmechanismen eine besondere Bedeutung zugesprochen wird, im Vergleich zu anderen Studien relativ hoch ist (Schindler, 1991). Bei den in Tabelle 1 (Seite 69) dargestellten fünf Einzelfallanalysen beträgt der Anteil an Klassifikationen zwischen 1 und 6%. Die hier ermittelten Werte liegen im Durchschnitt bei 13% – nur bei 6KVT liegt der Wert mit 5% deutlich niedriger. Für die psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Therapien könnte dies ein Hinweis auf deren klärungsorientierte Schwerpunktsetzung sein. Vergleichswerte aus anderen Studien mit dem CIP liegen nicht vor. Für 7KVT muss der Anteil von 18% jedoch als ungewöhnlich hoch bezeichnet werden, da er deutlich von den bei anderen Verhaltenstherapien ermittelten Befunden abweicht.

Der Befund, dass es keine therapieübergreifenden systematischen Unterschiede zwischen den Therapiephasen gibt, steht im Einklang mit der Studie von Connolly Gibbons et al. (2002). Diese zeigt bei einem Vergleich von kognitiver und interpersoneller Therapie von Depressionen auf der Ebene von konkreten Sprechhandlungen nur sehr geringfügige systematische Unterschiede zwischen den verschiedenen Therapiephasen.

Die Dominanz der unsystematischen Unterschiede zwischen den Therapien soll abschließend mit Bezug auf den konkreten Kontext der Therapien kritisch betrachtet werden. Alle Patienten haben sich aufgrund einer depressiven Symptomatik an eine universitäre Poliklinik gewandt, um dort eine Psychotherapie vermittelt zu bekommen. Hinsichtlich der Therapiemethode waren alle Patienten ‚offen‘ und haben die empfohlene und vermittelte Therapie begonnen. Ausgehend von diesen gleichen Voraussetzungen erhalten sie nach den hier ermittelten Befunden dann jedoch eine grundlegend unterschiedliche Behandlung. Für die professionelle Empfehlung einer bestimmten Therapiemethode wäre es im Sinne einer selektiven Indikation eigentlich notwendig, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussagen zu können, was in der Therapie geschehen wird. Nur so kann ein Berater einem Patienten mit einer bestimmten

Problematik die seinem Eindruck nach angemessene Therapiemethode empfehlen. Die dargelegten Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass die Person des Therapeuten für eine Prognose des Geschehens in den Therapiesitzungen bedeutsamer ist als die Therapiemethode. Für den Berater stellt sich jedoch das Problem, dass er in der Regel keine Kenntnis von dem konkreten Vorgehen eines bestimmten Therapeuten hat. Bei der Frage eines Patienten, worin sich das Angebot verschiedener Therapeuten unterscheidet, muss sich der Berater letztlich auf die von den Therapeuten offiziell angewendete Therapiemethode stützen.

Die Ausführungen in diesem und dem vorhergehenden Kapitel sollten deutlich gemacht haben, dass sich mit dem hier gewählten einzelfallanalytischen Untersuchungsansatz Aussagen zu grundlegenden Fragen der Psychotherapieforschung herausarbeiten lassen und vielfältige Bezüge zu anderen Studien hergestellt werden können. Das Ziel, über die Analyse einer Reihe von gezielt ausgewählten Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis Erkenntnisse zu allgemein relevanten Fragestellungen zu gewinnen, ist damit erreicht worden. Bevor die Methodik des Ansatzes gezielt diskutiert wird, soll im folgenden Kapitel noch auf die Frage nach Anknüpfungspunkten für weiterführenden Studien eingegangen werden.

7.2 Ausblick auf weiterführende Studien

Es sind vor allem jene Ergebnisse, die den theoretischen Erwartungen und den Befunden anderer Studien widersprechen, aus denen sich Anknüpfungspunkten für weiterführende Studien herausarbeiten lassen.

Für die Rahmenstudie der hier vorgestellten Einzelfallanalysen – die Münchner Psychotherapiestudie – können die dargelegten Ergebnisse im Sinne einer Adherence-Prüfung interpretiert werden (vgl. Hill et al., 1992). Der vorgesehene Gruppenvergleich geht davon aus, dass in den drei Gruppen unterschiedliche Arten von Therapien durchgeführt werden. Die hier vorgelegten Ergebnisse unterstützen jedoch die Vermutung, dass bei den Therapien der MPS die Person des Therapeuten für das beobachtbare Therapeutenverhalten und damit die Interaktionsmerkmale bedeutsamer ist als die Therapiemethode. Zur weiteren Klärung dieser Hypothese könnte ein Design mit insgesamt zwölf Einzelfallanalysen beitragen: Aus jeder Therapiemethode vier Fälle, von denen jeweils zwei vom gleichen Therapeuten durchgeführt wurden. Die Unterschiede zwischen verschiedenen Therapiemethoden und verschiedenen Therapeuten könnten dann gezielt verglichen werden. Für den Vergleich von PA und TFP sollten außerdem weitere Fälle miteinander verglichen werden, bei denen die Person des Therapeuten identisch und die Therapiemethode unterschiedlich ist. Erweitern ließe sich dieser Ansatz noch, indem man auch bestimmte Patientenmerkmale systematisch variiert. Auf diese Weise könnte der Frage nachgegangen werden, ob sich Therapeuten unterschiedlichen Patienten gegenüber eher konstant oder eher unterschiedlich verhalten.

Die Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Erwartungen und die Vergleichsanalysen legen den Schluss nahe, einige Fälle als ‚typischer‘ für ihre Therapiemethode zu bezeichnen als andere. Im Hinblick auf diese Unterscheidung könnte der interessanten Frage nachgegangen werden, ob ‚typische‘ und ‚untypische‘ Therapien unterschiedliche Therapieergebnisse erzielen. Theoretisch könnte erwartet werden, dass die ‚typischen‘ Therapien in stärkerem Ausmaß auch die therapieschulenspezifischen Veränderungen (z.B. strukturelle Veränderungen bei der Psychoanalyse) erreichen (Luborsky et al., 1990). Bei der Planung einer entsprechenden Studie sollten die Ergebnisse von Ablon und Jones (1998) berücksichtigt werden. In deren Untersuchung zeigt sich sowohl bei psychodynamischen Therapien als auch bei kognitiven Verhal-

tenstherapien ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß, in dem die Therapien einem psychodynamischen Prototyp ähnlich waren, und dem Therapieergebnis.

Ausgehend von der Kritik an der nur ungenau beschriebenen theoretischen und methodischen Konzeption der untersuchten Therapien sollten in zukünftigen Studien die Therapeuten gezielt gefragt werden, nach welchen Theorien, Konzepten und individuellen Erfahrungen sie ihr Handeln in der betreffenden Therapie ausgerichtet haben. So ließen sich spezifische Erwartungen und Hypothesen für einzelne Therapien formulieren und im Sinne der Adherence prüfen. Im Mittelpunkt stände dann die Frage, ob sich Therapeuten in der konkreten Interaktion tatsächlich so verhalten, wie es aufgrund der von ihnen selbst formulierten Konzeption zu erwarten ist. Dieser Frage könnte auch in einer weiterführenden Analyse der hier untersuchten Fälle nachgegangen werden.

Im Sinne einer vertiefenden Analyse könnte Fall 7KVT zudem mit Blick auf mögliche Gründe bzw. Bedingungen für den Misserfolg untersucht werden. Auffallend ist an diesem Fall der relativ hohe Anteil an Konfrontationen beim Therapeuten (13%; N=164) und der relativ hohe Anteil an Ablehnung (4%; N = 52) und Informationsfragen (6%; N = 78) beim Patienten. Die Interaktion könnte in Anlehnung an Hartung (Kosfelder & Hartung, 2005) hinsichtlich der Handlungs- und Lageorientierung der Sprachäußerungen von Therapeut und Patient untersucht werden. Die Analyse könnte sich dabei an der Frage ausrichten, ob die Therapeutin im Hinblick auf diese Unterscheidung eine konfrontative Strategie verfolgt, bei der sie auf lageorientierte Äußerungen des Patienten gezielt handlungsorientiert antwortet. In einer Studie zur Angstbehandlung (Schulte et al., 1997) hatte sich für kognitive Therapien gezeigt, dass diese Strategie wenig Ziel führend ist und sich eher negativ auf den Therapieerfolg auswirkt. In diesem Zusammenhang sollte auch der Befund von Hill (1988) berücksichtigt werden, demgemäß Konfrontationen von Patienten häufig als wenig hilfreich beurteilt und mit einer negativen Reaktion beantwortet werden, wenn sie zu massiv auftreten und nicht in eine gute Therapiebeziehung eingebettet sind.

Grawe (Caspar, 2005; Grawe, 1992a, 1998) vertritt in seinem Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung (siehe Kapitel 2.3.5.2) die Position, dass am Anfang einer Therapie auf konfrontative Strategien verzichtet werden sollte, da das allgemeine Wohlbefinden des Patienten sich dadurch weiter verschlechtert und es zu einer negativen Entwicklung der Therapiebeziehung kommen kann. Vor allem in den ersten Sitzungen sollte die Gestaltung der Beziehung zum Patienten vom Therapeuten so vorgenommen werden, dass der Patient nach Möglichkeit

primär bedürfnisbefriedigende Erfahrungen macht. Der relativ hohe Anteil an Klassifikationen (14%) im ersten 5-Stunden-Block kann so gedeutet werden, dass die Therapeutin von 7KVT diesen Aspekt nicht beachtet hat. Mit dem aus der Theorie von Grawe abgeleiteten Beobachtungsinstrument zur Wirkfaktorenanalyse (Grawe et al., 1999) könnte gezielt überprüft werden, ob diese Erklärung angemessen ist.

Mit diesen Ausführungen zur Einzelfallanalyse von 7KVT wird die Diskussion der Ergebnisse abgeschlossen. Es ergeben sich zwei Arten von Anknüpfungspunkten für weiterführende Studien: Zum einen könnten ausgehend von den hier erzielten Ergebnissen weitere Fälle für eine Sequenz von Einzelfallanalysen gezielt ausgewählt werden und zum anderen könnten die schon hier analysierten Fälle aus einer anderen Blickrichtung und mit anderen Instrumenten weiterführend untersucht werden. Mit dem Aufzeigen von verschiedenen Möglichkeiten, an denen der Erkenntnisprozess in zukünftigen Studien weiterverfolgt werden könnte, ist die explorative Zielsetzung der Studie erreicht worden.

8 Diskussion des Forschungsansatzes

In diesem Kapitel soll vor dem Hintergrund der erzielten Ergebnisse und Erkenntnisse zunächst das Beobachtungssystem sowie anschließend der einzelfallanalytische Forschungsansatz und dessen konkrete Umsetzung diskutiert werden.

8.1 Das Beobachtungssystem M-CIP

Im Rahmen der Entwicklung des M-CIP zeigte sich, dass es bei den drei hier untersuchten Therapiemethoden mit einer guten Inter-Rater-Reliabilität eingesetzt werden kann. Eine spezifische Validitätsprüfung wurde im Vorfeld nicht durchgeführt und konnte aufgrund der vorhandenen Ergebnisse nur für den CIP-Teil und die Verhaltenstherapie angenommen werden. Wie fällt die Beurteilung nun nach den vorliegenden Ergebnissen aus?

Bei den ersten drei analysierten Fällen, die alle vom gleichen Therapeuten durchgeführt wurden, zeigt sich beim Therapeuten ein sehr hoher Anteil an Pausen und minimalen Unterstützungen. Die eigentlichen, inhaltlich und intersubjektiv definierten Kategorien des CIP treten nur relativ selten auf. Aufgrund des sehr zurückhaltenden Verhaltens des Therapeuten wird der Patient in seinem Redefluss kaum unterbrochen und folglich werden auch bei ihm relativ wenige CIP-Codierungen vorgenommen. Dabei kommt folgende Codier-Regel zum Tragen: Kurzantworten und Problembeschreibungen werden nur codiert, wenn keine andere Kategorie zutrifft. D.h. wenn ein Patient lange über ein Problem berichtet und am Ende der Ausführungen noch kurz auf eine erfolgreiche Bewältigung eingeht, dann wird nur Erfolgsbericht codiert, obwohl dieser Aspekt im Vergleich zur Problemschilderung wesentlich weniger Umfang hatte. Durch die Kategorie Zuhören getrennt werden nur zwei ‚primäre‘ Kategorien wie z.B. Mitarbeit und emotionale Öffnung.

Ein zentrales Ziel des CIP, Daten für die Berechnung von Interaktions- bzw. Markoff-Analysen zu produzieren, wird deshalb nicht erreicht. Auch die Erweiterungen zum M-CIP kommen nur eingeschränkt zu Geltung, da aufgrund der CIP-Kategorie (MU, PA, ZH, KA) keine Beurteilung vorgenommen werden konnte. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den Fällen 1PA, 2TFP und 3TFP die Passung zwischen Interaktion und Beobachtungssystem nur eingeschränkt gegeben ist. Das M-CIP wurde im Hinblick auf Interaktionen kon-

struiert, bei denen regelmäßig ein Sprecherwechsel erfolgt und die Beteiligten sich relativ gleichmäßig durch richtige Redebeiträge einbringen, was in diesen Therapien nicht der Fall ist und einen grundlegenden Unterschied zu den bisher mit dem CIP untersuchten Therapien darstellt. Eine am psychoanalytischen Therapieverständnis angelehnte vertiefende Analyse des Geschehens war nicht möglich.

Es kann vermutet werden, dass ein spezifisch für die psychoanalytische Psychotherapie entwickeltes System für die Interaktion in diesen Therapien angemessener ist. Mit dem ‚Therapist Intervention Rating System‘ (TIRS) von Piper (1987) werden Interventionen nach ihrem interpretativen Gehalt unterschieden (siehe Kapitel 2.2.5.2.3). Mit diesem Instrument hätte beispielsweise untersucht werden können, ob der interpretative Gehalt in der Psychoanalyse höher ist als in den beiden tiefenpsychologischen Psychotherapien. Da solche spezifischen Fragen mit dem M-CIP nicht bearbeitet werden konnten, müssen die hier dargelegten Ergebnisse zur Unterscheidung von Psychoanalyse und tiefenpsychologischer Psychotherapie mit Vorsicht interpretiert werden.

Ein Beobachtungssystem verfolgt in der Regel das Ziel, Unterschiede zwischen verschiedenen Therapien aufzuzeigen. Wenn nun von einem System bestimmte Merkmale bei fast allen Therapien in gleicher Art und Weise identifiziert werden, stellt dies eine nicht weiter bearbeitbare Information da. Im Sinne der oben dargelegten Beobachtungstheorie ergeben sich dann keine erkenntnisproduzierenden Unterscheidungen, auf die sich weiterführenden Fragen beziehen könnten. Dies zeigt sich in Ansätzen bei der Beurteilung des inhaltlichen Fokus der Sprechhandlungen, für den sich kaum Unterschiede zwischen den Therapien beobachten lassen. In zukünftigen Studien sollte dieser Aspekt mit Bezug auf die Fragestellung in anderer Form differenziert werden. Für alle weiteren mit dem M-CIP erfassten Interaktionsmerkmale zeigen sich eine Vielzahl an Unterschieden zwischen den Therapien. Diese Beobachtung unterstützt eine positive Bewertung des M-CIP, auch wenn eine Systematisierung der Unterschiede nicht möglich war.

Die exemplarisch dargelegten vertiefenden Analysen der Klassifikationen des Therapeuten und der Einsichten des Patienten haben aufgezeigt, dass mit der multidimensionalen Erfassung der Interaktion durch das M-CIP sehr differenzierte Analysen durchführbar sind. Ob sich über solche Analysen auch generalisierbare Befunde ermitteln lassen, muss in weiteren Studien untersucht werden.

8.2 Validität des Erkenntnisgewinns mit einer Sequenz von Einzelfallanalysen

Der in der vorliegenden Arbeit herausgearbeitete und exemplarisch umgesetzte Forschungsansatz nimmt grundsätzlich eine mittlere Stellung zwischen explorativer und theoriegeleiteter Prozessforschung ein. Nach Hill (1990) wird bei der explorativen Prozessforschung das Ziel verfolgt, aus der wiederholten, detaillierten Beobachtung von klinischen Phänomenen zu generalisierbaren Aussagen zu gelangen, die sich als Hypothesen formulieren lassen und dann gezielt getestet werden können. Vor allem mit Bezug auf die explorative, aber auch auf die theoriegeleitete Prozessforschung wird häufig die Einzelfallanalyse als Methode der Wahl bezeichnet (Brähler & Adler, 1996; Elliott, 2002; Hilliard, 1993; Hoglend, 2003; Morgan & Morgan, 2001; K. J. Schneider, 1999; Strauß, 1996).

Bei einem Überblick über die in Fachzeitschriften veröffentlichten Studien der Psychotherapieforschung lässt sich jedoch auch im Bereich der Prozessforschung ein klares Übergewicht von Gruppenstudien gegenüber Einzelfallstudien beobachten. Es scheint implizit die Meinung vorzuherrschen, dass Erkenntnisse um so bedeutsamer sind, je mehr Personen die untersuchte Stichprobe umfasst. Da in Einzelfallstudien die kleinstmöglichen Stichproben untersucht werden, wird ihnen folglich auch der geringste wissenschaftliche Wert zugesprochen. Wenn man im Kreis von Kollegen mit Erkenntnissen aus Einzelfallanalysen argumentiert oder wie mit der vorliegenden Arbeit ein größeres wissenschaftliches Projekt auf Einzelfallanalysen aufbaut, dann sieht man sich häufig einem gewissen Rechtfertigungsdruck ausgesetzt, den man mit einer Gruppenstudie weit weniger erfährt. Mit einigen der häufig vorgebrachten Kritikpunkte wird sich im Folgenden zunächst allgemein auseinandergesetzt, bevor anschließend der eigene Ansatz und seine Umsetzung diskutiert werden.

Ein zentraler Kritikpunkt an den Erkenntnissen einzelfallanalytischer Forschung bezieht sich auf die mangelnde Validität für andere Fälle, d.h. die sehr begrenzte Generalisierbarkeit. Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Resultate jeder humanwissenschaftlichen Studie erst einmal nur für die konkret untersuchten Personen gilt und die Generalisierbarkeit eine zunächst offene Frage ist, die in Replikationsstudien überprüft werden muss. In seiner Arbeit zu den wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Einzelfallanalyse arbeitet Westmeyer (1996) diesen Punkt für die Gegenüberstellung von Einzelfall- und Gruppenstudie im Bereich

der Psychotherapieforschung heraus und vertritt dabei die Meinung, dass Einzelfallanalysen die Methode der Wahl bei der Prüfung aller Hypothesen sind, die direkte Aussagen über einzelne Individuen machen (siehe auch Leichsenring, 1987). Zur Frage, warum Einzelfallstudien sich nicht als Methode der Wahl im Bereich der Psychotherapieforschung durchgesetzt haben, schreibt Westmeyer (1996):

Ich glaube, einer der Gründe ist in der weitgehenden Methodenbestimmtheit großer Teile psychologischer Forschung zu sehen. Die Erkenntnismethoden haben sich vielfach verselbständigt und verstellen den Blick auf die Erkenntnisinhalte und -ziele. Eine Untersuchung zieht die andere nach sich, die Frage nach der Funktionalität wird nicht gestellt. Dazu tritt eine unpräzise Wissenschaftssprache, die ein Erkennen der mit diesem Vorgehen verbundenen Probleme erschwert. (S. 22-23)

Der Generalisierungskritik kann entgegengehalten werden, dass sich der klinische Wert der Psychotherapieforschung (soweit sie als Anwendungsforschung verstanden wird) daran bemessen lässt, ob die Erkenntnisse auf den konkreten Einzelfall bezogen werden können. D.h. wenn sich die primär im Rahmen von Gruppenstudien gewonnenen Erkenntnisse in der Regel nicht auf den Einzelfall beziehen lassen bzw. in Einzelfallstudien überwiegend nicht bestätigt werden können, dann stellt sich für diese Erkenntnisse die Frage der Zielsetzung und damit der externen Validität. Falls der Forschungsgegenstand Psychotherapie Strukturen und Gesetzmäßigkeiten aufweist, dann sollten sie sich auch am Einzelfall beobachten lassen. Wo sonst? Die im Rahmen von Gruppenstudien ermittelten Strukturen und Gesetzmäßigkeiten können letztlich als hypothetische Konstrukte aufgefasst werden, die mit einer gezielten Operationalisierung am Einzelfall empirisch beobachtbar sein sollten.

Wie schon angesprochen, sind auch bei Gruppenstudien Replikationen notwendig, um zu generalisierbaren Aussagen zu gelangen. Wie schwierig dies auch für Gruppenstudien ist, zeigt z.B. die Metaanalyse von Grawe und Mitarbeitern (1994) und die sich daran anschließende Diskussion. Obwohl die zentralen Aussagen der Arbeit mit Bezug auf 897 klinische Therapiestudien formuliert werden, wurde ihnen im Kern vielfach widersprochen (Kächele, 1995; Kaiser, 1995; Mertens, 1994; Rüger, 1994; Tschuschke, 1998).

Im Hinblick auf den Aspekt der Validität können die dargelegten Befunde zunächst lediglich für die untersuchten Fälle als valide angesehen werden. Mit anderen Worten, die hier bzgl. der einzelnen Therapien und deren Unterschiede getroffenen Aussagen erheben den Anspruch, gültig zu sein. So z.B. die Feststellung: Das Verhalten der Therapeutin 7KVT ist stark

geprägt von Erklärungen und Direktiven, womit es sich deutlich von dem Verhalten des Therapeuten von IPA unterscheidet. Davon ausgehend würde eine Verallgemeinerung bedeuten, dass man die Aussagen auf vergleichbare andere Therapien überträgt, beispielsweise: Verhaltenstherapeutische Depressionsbehandlungen bei männlichen Patienten zeichnen sich im Gegensatz zu psychoanalytischen Behandlungen durch häufige Erklärungen und Direktiven des Therapeuten aus. Für eine solche Verallgemeinerung (bzw. die externe Validität) ist von entscheidender Bedeutung, ob die untersuchten Fälle typisch bzw. repräsentativ sind. Dabei sollten zwei Aspekte unterschieden werden: Zum einen kann mit Bezug auf das offizielle therapeutische Konzept bzw. Label der untersuchten Therapie (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) gefragt werden, ob die Handlungsanweisungen des offiziellen Konzepts von dem Therapeuten umgesetzt wurden und somit das offizielle Label berechtigt ist. Zum anderen stellt sich die Frage, ob die untersuchte Therapie für die Grundgesamtheit (z.B. die in Deutschland durchgeführten, kassenfinanzierten Verhaltenstherapien mit depressiven Patienten), auf die die Ergebnisse verallgemeinert werden sollen, repräsentativ ist.

Die Klärung des ersten Punkts wird in der vorliegenden Arbeit in Ansätzen bearbeitet. Mit Bezug auf die offiziellen Bezeichnungen der Therapien werden Erwartungen bzgl. der Interaktionsmerkmale und der Unterschiede zwischen den Therapien formuliert. Einige Therapien stimmen mit diesen Erwartungen mehr überein als andere und können deshalb als typischer bzw. repräsentativer für den offiziellen Ansatz bezeichnet werden. Wollte man diese Fragestellung in nachfolgenden Studien weiter vertiefen, sollte neben der offiziellen Bezeichnung auch unmittelbar von den untersuchten Therapeuten erfasst werden, welche konkreten Konzepte, Theorien und Methoden sie ihrer Therapieplanung bei dem betreffenden Fall zugrunde legen. Dies erscheint notwendig, da die groben Bezeichnungen Psychoanalyse, tiefenpsychologische Psychotherapie und kognitiv Verhaltenstherapie eine Vielzahl an internen Differenzierungen aufweisen, die sich teilweise deutlich voneinander unterscheiden. Eine solche Konkretisierung ist auch für eine konkretere und differenziertere Beschreibung der Grundgesamtheit notwendig.

Die Frage, ob eine einzelne untersuchte Therapie repräsentativ für eine Grundgesamtheit ist, wird in den meisten Studien mit Bezug auf die soziodemographischen und medizinischen Merkmale der untersuchten Stichprobe bestimmt. Dazu werden Statistiken der Grundgesamtheit mit denen der Stichprobe verglichen und auf signifikante Unterschiede überprüft. Für Einzelfallanalysen kann gesagt werden, dass die Merkmalsausprägungen des Patienten mit möglichst vielen Patienten der Grundgesamtheit übereinstimmen sollte. Bezogen auf die Grundge-

samtheit der männlichen depressiven Patienten, die in Deutschland eine von der Krankenkasse finanzierte Psychotherapie machen, kann für die Fälle der vorliegenden Studie eine gewisse Repräsentativität angenommen werden (vgl. Linden, 2003). Auch für die soziodemographischen Merkmale der Therapeuten trifft dies zu. Schwierig ist diese Frage jedoch mit Bezug auf das konkrete therapeutische Vorgehen zu beantworten. Um sagen zu können, ob sich die Therapeuten in den Therapien typisch bzw. repräsentativ für Therapien mit der gleichen offiziellen Bezeichnung verhalten, müsste man letztlich über die Erkenntnis verfügen, die mit der zentralen Fragestellung der vorliegenden Studie angesprochen wird. Man müsste wissen, wie die Interaktionsmerkmale in der Grundgesamtheit sind und wenn man das weiß, dann bräuchte man auch keine Studie mehr zu der betreffenden Frage durchführen. Hier helfen nur weitere direkt und systematisch variierte Replikationsstudien, mit denen der Anspruch der Generalisierung weiter untermauert oder widerlegt werden könnte. Was im Rahmen einer typischen Psychoanalyse, tiefenpsychologischen Therapie oder Verhaltenstherapie in der ‚normalen‘ Praxis in Deutschland tatsächlich geschieht bzw. welche Durchschnittswerte diese Therapieformen hinsichtlich bestimmter Merkmale aufweisen, ist eine offene Frage, zu der kaum Erkenntnisse vorliegen.

An dieser Stelle kann kritisch angemerkt werden, dass die beiden Verhaltenstherapien mit einem Umfang von 66 und 75 Stunden relativ lang sind, wenn man dies mit Angaben in der Literatur vergleicht (Beck et al., 1996; Hautzinger, 1998). Für die drei tiefenpsychologisch fundierten Therapien kann dagegen gesagt werden, dass sie mit einem Umfang von 51, 35 und 31 Stunden relativ kurz sind (Thomä & Kächele, 1996b).

Da nur ein begrenzter Teil der durchgeführten Therapiestunden untersucht wurde, stellt sich auch auf dieser Ebene die Frage der Repräsentativität. Sind die ausgewählten Therapiestunden für die Gesamtheit aller Sitzungen der betreffenden Therapie repräsentativ? Da sich die Therapien hinsichtlich der Gesamtzahl an Therapiestunden deutlich unterscheiden, stellt sich diese Frage differenziert für die einzelnen Therapien. Bei Therapie 4TFP stellen die 15 analysierten Stunden fast 50% aller 31 Therapiestunden dar, bei Therapie 5PA sind es dagegen nur ca. 9% der 168 Therapiestunden. Die Frage der Repräsentativität könnte nur beantwortet werden, wenn man einen Vergleich mit 15 anderen Therapiestunden der gleichen Therapie vornehmen würde – was jedoch für keine Therapie gemacht wurde. Mit der Auswahl der ersten (nach den probatorischen Sitzungen), mittleren und letzten fünf Therapiestunden sollte der gesamte Therapieverlauf abgedeckt werden, wobei die Blöcke möglichst weit auseinander liegen

sollten. Die Entscheidung, die Auswahl der Stundenblöcke in Bezug zur Gesamtzahl der Stunden vorzunehmen, sollte die Vergleichbarkeit zwischen den Therapien gewährleisten, da die Definition von Anfang, Mitte und Ende rein relational bei allen gleich vorgenommen werden konnte. Unberücksichtigt blieben dabei konkrete Aspekte bzgl. der in diesen Sitzungen thematisierten Problematik bzw. Zielsetzung. Es kann beispielsweise vermutet werden, dass in Therapie 5PA, in der vor den fünf mittleren Therapiestunden schon ca. 80 Therapiestunden stattgefunden hatten, andere Themen besprochen wurden, als in Therapie 4TFP, bei der dies nur ca. 13 Therapiestunden waren. Diese Problematik hätte nur verringert werden können, wenn Therapien mit ähnlicher Stundenanzahl ausgewählt worden wären. Aber Psychoanalyse und tiefenpsychologische Psychotherapie unterscheiden sich ja insbesondere in der Stundenanzahl. Aus ökonomischen Gründen kann man in der Prozessforschung das Ideal, alle Stunden einer Therapie zu analysieren, häufig nicht mal annäherungsweise erreichen. Der Zeitaufwand nur für die Erfassung aller 557 Therapiestunden der hier untersuchten sieben Fälle hätte bei ca. 1.671 Stunden gelegen (drei Stunden Beobachtungszeit pro Therapiestunde). Dementsprechend umfangreich wäre der Zeitaufwand für die Dateneingabe und -analyse gewesen.

Der Versuch, die Ergebnisse der sieben Einzelfallanalysen zusammenzufassen und integrativ zu diskutieren, hat sich als sehr schwierig herausgestellt. Es imponieren klar die Unterschiede zwischen den Therapien, die sich auch nur sehr eingeschränkt systematisieren lassen. Viele Erwartungen werden nicht bestätigt und es ergeben sich vor allem neue, ungeklärte Fragen. Dies sollte jedoch als eine eigenständige, sehr wichtige Erkenntnis verstanden werden. Wenn man im Rahmen von Einzelfallanalysen Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis untersucht, dann zeigt sich eine enorme Variabilität, die mit den offiziellen Bezeichnungen kaum systematisiert werden kann und nur eingeschränkt mit den Befunden aus kontrollierten Studien im Einklang steht. Insgesamt wird der hier gewählte einzelfallanalytische Untersuchungsansatz positiv beurteilt und für nachfolgende Studien empfohlen. Beim gegenwärtigen Stand der Psychotherapieforschung erscheint es im Hinblick auf die Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis dringend notwendig, verstärkt solche, auf die ‚normale‘ Praxis und den Einzelfall fokussierte, Forschung zu betreiben.

9 Zusammenfassung

In der Einleitung wird zunächst der systemtheoretische Beobachtungs- und Erkenntnisbegriff des Soziologen Niklas Luhmann dargelegt. Beobachtung wird definiert als die erkenntnisproduzierende Aktivität eines Systems, die aus den beiden Operationen des Unterscheidens und des Bezeichnens besteht. Der im Theorieteil gegebene Überblick über die Psychotherapieforschung wird dann mit Bezug auf verschiedene Arten von Beobachtung bzw. Unterscheidungen in drei Fragestellungen gegliedert: (1) Inhaltliche Unterscheidungen (Was wird untersucht?), (2) methodische Unterscheidungen (Wie wird untersucht?) und (3) empirisch bestimmte Unterscheidungen (Welche Befunde liegen vor?). Die Psychotherapieforschung wird dabei als ein sehr heterogenes Feld beschrieben, dessen meist in Gruppenstudien erzielten Erkenntnisse nur schwer zu integrieren und auf den konkreten Einzelfall in der Praxis zu beziehen sind.

Vor diesem Hintergrund wird als eigentlicher Kern der Arbeit ein Untersuchungsansatz herausgearbeitet, bei dem eine Sequenz von Einzelfallanalysen durchgeführt wird. Dabei werden im Hinblick auf eine bzw. mehrere Fragestellungen und Hypothesen eine Reihe von Psychotherapien nacheinander gezielt untersucht. Die Umsetzung dieser Art der Erkenntnisgewinnung wird dann exemplarisch anhand von sieben psychotherapeutischen Depressionsbehandlungen vorgenommen, die im Rahmen der ‚Münchener Psychotherapiestudie‘ durchgeführt wurden. Es handelt sich um kassenfinanzierte Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis, von denen zwei nach dem Konzept einer Psychoanalyse, drei nach dem einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und zwei nach dem einer kognitiven Verhaltenstherapie durchgeführt wurden. Die Fragestellung fokussiert den Vergleich zwischen den Therapiemethoden. Es wird überprüft, ob sich die unterschiedlichen therapeutischen Konzepte und die dazu vorliegenden empirischen Erkenntnisse auch auf der Ebene der konkreten Interaktion als Unterschiede zwischen den Einzelfällen widerspiegeln. Als Beobachtungssystem wird das ‚Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie‘ (CIP) verwendet, welches multidimensional erweitert wurde. Das CIP unterscheidet Sprechhandlungen primär nach dem intersubjektiven Aspekt von Sprechhandlungen, wobei für Therapeut und Patient unterschiedliche Kategorien verwendet werden. Die Erweiterung besteht darin, dass bei jeder Sprechhandlung noch zusätzlich der inhaltliche Fokus, die Fokusverschiebung, der Zeitbezug, die Ressourcen- vs. Problemorientierung und die Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung bestimmt werden.

Die Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen, dass sich sowohl beim Patientenverhalten als auch in noch deutlicherem Ausmaß beim Therapeutenverhalten teilweise extreme Unterschiede zwischen den Fällen zeigen. Entgegen der Erwartung lassen sich diese Unterschiede nur sehr eingeschränkt mit den unterschiedlichen Therapiemethoden systematisieren. Zwischen Therapien der gleichen Methode bestehen z.T. größere Unterschiede als zwischen Therapien unterschiedlicher Methode. Vor allem die vom therapeutischen Konzept her zu erwartenden Unterschiede zwischen Psychoanalyse und tiefenpsychologischer Psychotherapie spiegeln sich auf der Ebene der konkreten Interaktion nicht wider. So zeigt sich bei einem Therapeuten, von dem drei Fälle analysiert werden, deutlichere Unterschiede zwischen zwei tiefenpsychologischen Psychotherapien als zwischen einer tiefenpsychologischen Psychotherapie und einer Psychoanalyse. Der Vergleich dieser drei von einem Therapeuten durchgeführten Therapien mit den anderen Therapien unterstützt die Vermutung, dass die Person des Therapeuten für die konkreten Interaktionsmerkmale bedeutsamer ist als die offizielle Therapiemethode. Für die beiden kognitiven Verhaltenstherapien lassen sich einige spezifische Merkmale bestimmen, die den theoretischen Erwartungen entsprechen. Aber auch hier zeigen sich große Unterschiede zwischen den beiden Therapien. Beim gegenwärtigen Stand der Psychotherapieforschung erscheint es dringend notwendig, verstärkt solche auf die ‚normale‘ Praxis fokussierte Forschung zu betreiben.

Das multidimensional erweiterte CIP hat sich wie schon in anderen Studien als reliables Beobachtungssystem erwiesen, mit dem bedeutsame Unterschiede zwischen Therapien herausgearbeitet werden können. Für einige der hier untersuchten Therapien muss jedoch festgestellt werden, dass die Passung zwischen Beobachtungsinstrument und zu beobachtender Interaktion nur unzureichend gegeben ist. Das CIP wurde für Interaktionen konstruiert, bei denen regelmäßig ein Sprecherwechsel erfolgt und die Verteilung der Sprechanteile zwischen den Beteiligten relativ ausgeglichen ist, was bei diesen Therapien nicht der Fall ist.

10 Literaturverzeichnis

- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 64-75.
- Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1417-1424.
- Ambühl, H. (1993). Was ist therapeutisch an Psychotherapie? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 41, 285-303.
- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 308-327.
- Ambühl, H. & Orlinsky, D. E. (1997). Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42, 290-298.
- American Psychiatric Association, A. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (4. Revision) (DSM-IV - deutsche Ausgabe)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Arbeitskreis-OPD (Ed.). (1998). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bakeman, R. & Quera, V. (1995). *Analyzing interaction. Sequential analysis with SDIS und GSEQ*. New York: Cambridge University Press.
- Barber, J. P., Liese, B. S. & Abrams, M. J. (2003). Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy Research*, 13(2), 205-221.
- Bastine, R. (1988). Psychotherapeutische Prozesse - von der Verlegenheit, psychotherapeutische Veränderungen zu erklären. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 296-307.

- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1996). *Kognitive Therapie der Depression* (1. Aufl. 1979). Weinheim: Beltz.
- Beevers, C. G. & Miller, I. W. (2005). Unlinking negative cognition and symptoms of depression: Evidence of a specific treatment effect for cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 68-77.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994). Overview, trends and future issues. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 821-830). New York: John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E. (1990). Introduction to the special series on advances in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 263-264.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (1995). Das Gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot. In H.-J. Schwartz (Ed.), *Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167-188.
- Blagys, M. D. & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy. A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671-706.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Berlin: Springer Verlag.
- Brähler, E. & Adler, C. (Eds.). (1996). *Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren*. Gießen: Psychosozial Verlag.

- Brandl, T. & Kammer, D. (1999). Interaktionsmerkmale unterschiedlich erfolgreicher Kurzzeittherapien - zwei Einzelfallanalysen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47(3), 292-306.
- Bühning, G. & Hahlweg, K. (1986). Kosten-Nutzen Aspekte psychologischer Behandlung. *Psychologische Rundschau*, 37, 1-19.
- Butollo, W., Piesbergen, C. & Höfling, S. (1996). Ausbildung und Methodische Ausrichtung Psychologischer Psychotherapeuten - Ergebnisse einer Umfrage. *Report Psychologie*, 21(2), 126-137.
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7, 105-125.
- Caspar, F. (2005). Therapeut/Therapeutin und die Therapiebeziehung. In U. Willutzki (Ed.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 265-280). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, 15(1), 91-102.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13-16.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. 194-226). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, L. H. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 1-9.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Levinson, J. & Barber, J. (2003). Flexibility in manual-based psychotherapies: Predictors of therapist interventions in interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 13(2), 169-185.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Levinson, J., Gladis, M., Siqueland, L., Barber, J. & Elkin, I. (2002). Therapist interventions in the interpersonal and cognitive therapy sessions of the treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychotherapy*, 56(1), 3-26.

- Crits-Christoph, P., Barber, J. P. & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 25-35.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A. & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.
- Czogalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. In D. Czogalik (Ed.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (pp. 7-30). Berlin: Springer.
- Czogalik, D. (1991). Eine Strategie der Interaktions-Prozeßforschung. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 2, 173-186.
- Czogalik, D. & Hettinger, R. (1990). Stochastische Aspekte des psychotherapeutischen Prozesses. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 19, 18-31.
- Davison, G. C. & Neal, J. M. (1996). *Klinische Psychologie* (4th ed.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Dilling, H, Mombour, W. & Schmidt. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V. Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dobson, K. S. & Nokolaos, K. (2003). The therapist in cognitive-behavioral therapie: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 13(2), 131-134.
- Eifert, G. H. (2005). Individuelle versus standardisierte Therapie: Erkenntnisse und neue Fragestellungen. In U. Willutzki (Ed.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 197-216). Göttingen: Hogrefe.
- Elkin, I. (1999). A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(1), 10-32.
- Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12, 1-21.
- Elliott, R., Stiles, W. B., Mahrer, A. R., Hill, C. L., Friedlander, M. L. & Margison, F. R. (1987). Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218-223.
- Fiedler, P. & Rogge, K.-E. (1990). Veränderung durch Beziehung? Studien über Empathie und Lenkung in der kognitiven Therapie. In D. Czogalik (Ed.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (pp. 134-154). Berlin: Springer.
- Fischer, H. R. (1995). Abschied von der Hinterwelt? Zur Einführung in den Radikalen Konstruktivismus. In H. R. Fischer (Ed.), *Die Wirklichkeit des Konstruktivismus* (pp. 11-34). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

- Fliegel, S. (1997). Eine Reise durch die Verhaltenstherapie. In H.-G. Zapotoczky (Ed.), *Klinische Psychotherapie* (pp. 47-55). Wien: Springer Verlag.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2004). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen, Teil 1. *Psychotherapeutenjournal*, 3(3), 204-218.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz-Verlag.
- Freud, S. (1992). *Zur Dynamik der Übertragung. Behandlungstechnische Schriften (1911-1913)*. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. ed., Vol. 190-228). New York: John Wiley & Sons.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (1994). Introduction and historical overview. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. ed., Vol. 3-18). New York: John Wiley & Sons.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G. & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.
- Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Hayes, A. M., Drozd, J. F. & Shapiro, D. A. (1997). A comparative analysis of the therapeutic focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 740-748.
- Goldfried, M. R., Raue, P. J. & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 803-810.
- Goldsamt, L. A., Goldfried, M. R., Hayes, A. M. & Kerr, S. (1992). Beck, Meichenbaum, and Strupp: A comparison of three therapies on the dimension of therapist feedback. *Psychotherapy*, 29(2), 167-176.
- Grawe, K. (1976). *Differentielle Psychotherapie. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie*. Bern: Hans Huber.

- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17, 1-7.
- Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozeßanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 23-34.
- Grawe, K. (1992a). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In C. Brengelmann (Ed.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 215-244). München: G. Röttger Verlag.
- Grawe, K. (1992b). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1995a). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1995b). Welchen Sinn hat Psychotherapieforschung? Eine Erwiderung auf Tschuschke et al. *Psychotherapeut*, 40, 96-106.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Grawe, K. (1999). Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 185-199.
- Grawe, K. (2005a). Eine konsistenztheoretische Interpretation des dualen Therapiemodells. In U. Willutzki (Ed.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 281-305). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005b). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4(1), 4-11.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlußfolgerung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 362-376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grawe, K., Regli, D., Smith, E. & Dick, A. (1999). Wirkfaktorenanalyse - ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 201-225.
- Greenberg, L. S. & Newman, F. L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 435-438.

- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). Process research: Current trends and future perspectives. In W. M. Pinsof (Ed.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Greve, W. (1993). Ziele therapeutischer Intervention: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22, 347-373.
- Groebe, N. & Westmeyer, H. (1975). *Kriterien psychologischer Forschung*. München: Juventa Verlag.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 36(1), 9-21.
- Gunzelmann, T., Schiepek, G. & Reinecker, H. (1987). Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung: Meta-Analyse zur differentiellen Effektivität von Laien und professionellen Helfern. *Gruppendynamik*, 18, 361-384.
- Hafters Gray, S. (2002). Evidence-based psychotherapeutics. *Journal of the American academy of psychoanalysis*, 30(1), 3-16.
- Hahlweg, K., Fliegenbaum, W., Schröder, B., Frank, M. & Witzleben, I. v. (2004). Klinische Brauchbarkeit der Konfrontationstherapie für agoraphobische Patienten: Einfluss von syndromaler Komorbidität und therapeutischer Erfahrung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(2), 130-138.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Hartung, J. (1990). *Psychotherapie phobischer Störungen: Zur Handlungs und Lageorientierung im Therapieprozeß*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hautzinger, M. (2000). Depression. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2 Störungen* (2. ed., pp. 123-135). Berlin: Springer-Verlag.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Göttingen: Hogrefe.

- Henrich, G. & Herschbach, P. (2000). Questions on life satisfaction (FLZM) - A short questionnaire for assessing subjective quality of life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 150-159.
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. S. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. ed., Vol. 467-508). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: The best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Psychotherapy Research*, 15(1), 9-23.
- Hill, C. E. (1986). An overview of the Hill counselor and client verbal response modes category systems. In W. M. Pinsof (Ed.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (pp. 131-159). New York: The Guilford Press.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E. & Perry, E. S. (1988). Effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 3, 222-233.
- 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* (5. ed., pp. 84-135). New York: John Wiley & Sons.
- Hill, C. E., Nutt, E. & Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: Samples, measures, researchers, and classic publications. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 364-377.
- Hill, C. E., O'Grady, K. E. & Elkin, I. (1992). Applying the collaborative study psychotherapy rating scale to rate adherence in cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 73-79.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 373-380.
- Hoffmann, S. O. (2000). Psychodynamische Therapie und psychodynamische Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen und international gebräuchlichen Begriffs. *Psychotherapeut*, 45, 52 - 54.

- Hoglund, P. (2003). Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13(3), 271-292.
- Hollon, S. D. (1999). Allegiance effects in treatment research: A commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 107-112.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Hoyt, F. M., Marmar, C. R., Horowitz, M. J. & Alvarez, W. F. (1981). The therapist action scale and the patient action scale: Instruments for the assessment of activities during dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 18, 109-116.
- Huber, D., Brandl, T. & Klug, G. (2004). The Scales of Psychological Capacities (SPC): Measuring Beyond Symptoms. *Psychotherapy Research*, 14(1), 89-106.
- Huber, D., Henrich, G. & Brandl, T. (2005). Working relationship in a psychotherapeutic consultation. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 129-139.
- Huber, D., Klug, G. & von Rad, M. (1997). Münchner Psychotherapie Studie. In U. Stuhr (Ed.), *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnese-forschung* (pp. 454-469). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Huf, A. (1992). *Psychotherapeutische Wirkfaktoren*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Hunsley, J. & Rumstein-McKean, O. R. (1999). Improving psychotherapeutic services via randomized clinical trials, treatment manuals and component analysis designs. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1507-1517.
- Jacobson, N. S. (1999). The role of the allegiance effect in psychotherapy research: Controlling and accounting for it. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 116-119.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jaeggi, E. (1994). Die problematische Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In U. Streeck (Ed.), *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung* (pp. 107-120). Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Jaeggi, E., Rohner, R. & Wiedemann, P. M. (1990). *Gibt es auch Wahnsinn, hat es doch Methoden ... Eine Einführung in die klinische Psychologie aus sozialwissenschaftlicher Sicht*. München: Piper.
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-set*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Jones, E. E. (1993). Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 371-372.
- Jones, E. E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.
- Kächele, H. (1995). Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. *Psyche*, 49(1), 481-492.
- Kächele, H. & Buchheim, P. (1996). Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft. *Psychotherapie*, 1, 12-21.
- Kaimer, P., Reinecker, H. & Schindler, L. (1989). Interaktionsmuster von Klient und Therapeut bei zwei unterschiedlich erfolgreich behandelten Fällen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 80-92.
- Kaiser, E. (1995). Der psychotherapeutische Weltgeist zu Bern: Klaus Grawe et al. *Psyche*, 49(1), 493-507.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement Therapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 183-192.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 143-151.
- Kernberg, O. F. (1999). Psychoanalyse, psychoanalytische Psychotherapie und supportive Psychotherapie: Aktuelle Kontroversen. *PPmP*, 49, 90-99.
- Kerr, S., Goldfried, M. R., Hayes, A. M., Castonguay, L. G. & Goldsamt, L. A. (1992). Interpersonal and intrapersonal focus in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies: A preliminary analysis of the sheffield project. *Psychotherapy Research*, 2(4), 266-276.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.

- Kirchner, F.-T., Kissel, E., Petermann, F. & Böttger, P. (1977). Interne und Externe Validität empirischer Untersuchungen in der Psychotherapieforschung. In F. Petermann (Ed.), *Psychotherapieforschung* (pp. 51-102). Weinheim: Beltz Verlag.
- Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo, J. E. (Eds.). (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kolden, G. G. (1996). Change in early sessions of dynamic therapy: Universal processes and the generic model of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 489-496.
- Kosfelder, J. & Hartung, J. (2005). Volition und Handlungskontrolle in der Psychotherapie. In U. Willutzki (Ed.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 232-252). Göttingen: Hogrefe.
- Kratochwill, T. R. (1992). Single-case research design and analysis: An overview. In J. R. Levin (Ed.), *Single-case research design and analysis* (pp. 1-14). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Kratochwill, T. R. & Levin, J. R. (Eds.). (1992). *Single-case research design and analysis*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Kriz, J. (1994). *Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Kriz, J. (1996). Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 3, 128-146.
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In M. Cargo (Ed.), *Psychotherapy research* (pp. 1-11). Washington DC: APA.
- Lambert, M. J. (2004a). Preface. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. v-vi). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2004b). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. 3-15). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (2004). Overview, trends, and future issues. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. 805-821). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. ed., pp. 72-113). New York: John Wiley & Sons.

- 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 behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Donald.
- Leichsenring, F. (1987). Einzelfallanalyse und Strenge der Prüfung. *Diagnostica*, 33(2), 93-109.
- Leichsenring, F. (2002). Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 139-162.
- Leichsenring, F. (2004). "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52(3), 209-222.
- Levant, R. F. (2004). The empirically validated treatments movement: A practitioner/educator perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11.
- Linden, M. (2003). Epidemiologie und Therapie depressiver Störungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 333-345.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner & Mazel.
- Luborsky, L. (1995). *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Luborsky, L., Barber, J. & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy alliances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- Luborsky, L. & Luborsky, E. (1995). The era of measures of transference: The CCRT and other measures. In R. N. Emde (Ed.), *Research in psychoanalysis* (pp. 329-351). Madison: International Universities press.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12.

- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Luhmann, N. (1992). *Die Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Luhmann, N. (1995). *Soziologische Aufklärung* (Vol. 6). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Margraf, J. (Ed.). (2000a). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1 Grundlagen* (2. ed.). Berlin: Springer-Verlag.
- Margraf, J. (Ed.). (2000b). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2 Störungen* (2. ed.). Berlin: Springer-Verlag.
- Margraf, J. & Brengelmann, C. (Eds.). (1992). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: G. Röttger Verlag.
- Mergenthaler, E. (1997). *Emotions-/Abstraktions-Muster in Verbatimprotokollen. Ein Beitrag zur computergestützten lexikalischen Beschreibung des psychotherapeutischen Prozesses*. Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Mertens, W. (1994). Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Zur empirisch verkleideten Berufspolitik von Klaus Grawe. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 40, 353-367.
- Meyer, A.-E. (1992). Psychoanalyse als Wissenschaft: Eine Dauerkrise? In W. Tress (Ed.), *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland* (pp. 95-107). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Michalak, J., Grosse Holtforth, M. & Veith, A. (2005). Wo soll's denn nun eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In U. Willutzki (Ed.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 54-88). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Morgan, D. L. & Morgan, R. K. (2001). Single-participant research design. Bringing science to managed care. *American Psychologist*, 56(2), 119-127.
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Orlinsky, D. E. (1994). Learning from many masters. *Psychotherapeut*, 39, 2-9.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. ed., pp. 270-276). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. H. (1987). A generic model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. H. (1988). Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie*, 4, 281-308.

- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. ed., pp. 307-389). New York: John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Willutzki, U., Meyerberg, J., Cierpka, M., Buchheim, P. & Ambühl, H. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung: Entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *PPmP*, 102-110.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109-118.
- Peterson, D. R. (2004). Science, scientism, and professional responsibility. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11.
- Piper, W. E., Debbane, E. G., de Carufel, F. L. & Bienvenu, J. P. (1987). A system for differentiating therapist interpretations from other interventions. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 532-550.
- Reinecker, H. (1982). Grundlagen, Versuchsplanung und Auswertungsmöglichkeiten von Einzelfallanalysen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 30, 120-140.
- Reinecker, H. (1984). Prozeßtheorien: Verhaltensorientierte Modelle. In U. Baumann (Ed.), *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive* (pp. 159-176). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Reinecker, H., Schiepek, G. & Gunzelmann, T. (1989). Integration von Forschungsergebnissen: Meta-Analysen in der Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 101-116.
- Revenstorf, D. (1979). *Zeitreihenanalysen für klinische Daten. Methodik und Anwendung*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Revenstorf, D., Hahlweg, K., Schindler, L. & Kunert, H. (1984). The use of time series analysis in marriage counseling. In N. S. Jacobson (Ed.), *Marital interaction. Analysis and modification* (pp. 197-231). New York: The Guilford Press.
- Revenstorf, D., Hahlweg, K., Schindler, L. & Vogel, B. (1984). Interaction analysis of marital conflict. In N. S. Jacobson (Ed.), *Marital interaction. Analysis and modification* (pp. 197-231). New York: The Guilford Press.
- Revenstorf, D. & Vogel, B. (1996). Zur Analyse qualitativer Verlaufsdaten - ein Überblick. In F. Petermann (Ed.), *Einzelfallanalyse* (3. ed., pp. 235-256). München: Oldenbourg Verlag.

- Rief, W. (1994). Ein Plädoyer für eine Praxisorientierte Psychotherapieforschung. *Report Psychologie*, 19, 16-19.
- Rief, W., Stock, C., Geissner, E. & Fichter, M. M. (1993). Wenn Patient und Therapeut unterschiedlicher Meinung sind - Diskrepanzen in Veränderungsbeurteilungen. *PPmP*, 44, 235-239.
- Rogers, C. R. (1983). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie (1. Aufl. 1977)*. Frankfurt a.M.: Fischer Verlag.
- Rogers, C. R. (1991). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie (1957). In P. F. Schmidt (Ed.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (pp. 165-184). Mainz: Matthias Grunewald-Verlag.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Rounsavill, B. J. & Carroll, K. M. (2002). Commentary on Dodo bird revisited: Why aren't we dodos yet? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 17-20.
- Rounsavill, B. J., Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 133-142.
- Rounsavill, B. J., Chevron, E. S., Prusoff, B. A., Elkin, I., Imber, S., Sotsky, S. & Watkins, J. (1987). The relation between specific and general dimensions of the psychotherapy process in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 379-384.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Berlin: Springer Verlag.
- Rudolf, G. (2003). Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 363-376.
- Rüger, B. (1994). Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 40, 368-383.
- Russell, R. L. (1988). A new classification scheme for studies of verbal behavior in psychotherapy. *Psychotherapy*, 25, 51-58.
- Russell, R. L. & Stiles, W. B. (1979). Categories for classifying language in psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 86, 404-419.

- Sachse, R. (1998). Spezifische Wirkweise unterschiedlicher Therapieformen: Ein Vergleich der Therapieprozesse in Heuristischer Therapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Zielorientierter Gesprächspsychotherapie. *ZKPP*, 46, 132-151.
- Sachse, R. (2005). Motivklärung durch Klärungsorientierte Psychotherapie. In U. Willutzki (Ed.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 217-231). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sampson, H. & Weiss, J. (1986). Testing hypotheses: The approach of the Mount Zion psychotherapy research group. In W. M. Pinsof (Ed.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 591-613). New York: The Guilford Press.
- Sandler, J. (1983). Die Beziehungen zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. *Psyche*, 37, 577-595.
- Scheier, C. & Tschacher, W. (1994). Nichtlineare Analyse dynamischer psychologischer Systeme. I: Konzepte und Methoden. *System Familie*, 1, 133-144.
- Schiepek, G. (1994). Ist eine systemische Psychotherapieforschung möglich? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 297-318.
- Schiepek, G. & Schulte, A. (2001). Die Interaktion zwischen Therapeut und Patientin in einer systemisch-lösungsorientierten Kurzzeittherapie - Einzelfallanalyse und explorativer Vergleich mit einer verhaltenstherapeutisch orientierten Kurzzeittherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49(1), 49-71.
- Schiepek, G., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K. & Strunk, G. (1995). Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse. Teil 1. *Psychotherapieforum*, 3, 1-17.
- Schindler, L. (1989). Das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP): Ein Instrument zur systematischen Beobachtung des Verhaltens von Therapeut und Klient im Therapieverlauf. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 68-79.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung*. Berlin: Springer Verlag.
- Schindler, L. (1996). Prozeßforschung. In K. Hahlweg (Ed.), *Grundlagen der klinische Psychologie* (pp. 267-296). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schindler, L., Hohenberg-Siebert, E. & Hahlweg, K. (1989). Observing client-therapist interaction in behaviour therapy: Development and first application of an observational system. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 213-226.

- Schindler, L., Müller, U., Sieber, E. & Hahlweg, K. (1988). *Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP): Manual für den Beobachter*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung.
- Schneider, K. J. (1999). Multiple-case depth research: Bringing experience-near closer. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1531-1540.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2000). Fragebogen, Ratingskalen und Tagebücher für die verhaltenstherapeutische Praxis. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1 Grundlagen* (2. ed., pp. 301-312). Berlin: Springer Verlag.
- Schulte, D. (1992). Direktivität und Kontrolle therapeutischer Gespräche. In C. Brengelmann (Ed.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 185-214). München: G. Röttger Verlag.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schulte, D. (1996). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse? In F. Caspar (Ed.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (pp. 45-64). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Schulte, D. (1998). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schulte, D., Hartung, J. & Wilke, F. (1997). Handlungskontrolle der Angstbewältigung. Was macht Reizkonfrontationsverfahren so effektiv? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 118-128.
- Shoham-Salomon, V. (1990). Interrelating research process of process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 295-303.
- Simon, F. B. (1993). *Unterschiede, die Unterschiede machen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Simon, F. B. (1995). *Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Slife, B. D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: The constraint of naturalism. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 44-83). New York: John Wiley & Sons.
- Sloane, R. B., Staples, F. R. & Cristol, A. H. (1975). *Psychoanalysis versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Stevens, S. E., Hynan, M. T. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 273-290.
- Stierlin, H. (1989). *Individuation und Familie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Stiles, W. B. (1986). Development of a taxonomy of verbal response modes. In W. M. Pinsof (Ed.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 161-199). New York: The Guilford Press.
- Stiles, W. B., Startup, M., Hardy, G., Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A. & Reynolds, S. (1996). Therapist session intentions in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 402-414.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 127-135.
- Strauß, B. (1996). Quantitative Einzelfallanalyse - Grundlagen und Möglichkeiten. In C. Adler (Ed.), *Quantitative Einzelfallanalyse und qualitative Verfahren* (pp. 15-45). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Strauß, B. & Kächele, H. (1998). The writing on the wall - comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8, 158-170.
- Strauß, B., Strupp, H. H., Burgmeier-Lohse, M., Wille, H. & Storm, S. (1992). Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 40, 411-429.
- Strotzka, H. (Ed.). (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Strupp, H. H. (1957). A multidimensional system for analyzing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry*, 20, 293-306.
- Strupp, H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy. A Systematic comparison of two cases: comparison 1. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, 595-603.
- Strupp, H. H. (1983). Are psychoanalytic therapists beginning to practice cognitive behavior therapy or is behavior therapy turning psychoanalytic. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 17-27.
- Strupp, H. H., Schacht, T. E. & Henry, W. P. (1988). Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In H. Kächele (Ed.), *Psychoanalytic process strategies* (pp. 1-14). New York / Berlin: Springer Verlag.

- Suh, C. S., Samples O'Malley, S., Strupp, H. H. & Johnson, M. E. (1989). The Vanderbilt psychotherapy process scale (VPPS). *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 123-153.
- Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 704-714.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996a). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Grundlagen* (2. ed.). Berlin: Springer Verlag.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1996b). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Praxis* (2. ed.). Berlin: Springer Verlag.
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R. K., Claiborn, C. D. & Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13(4), 401-413.
- Tschacher, W. & Grawe, K. (1996). Selbstorganisation in Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 55-60.
- Tschuschke, V. (1998). Psychotherapieforschung - wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. (1994). *PPmP*, 48, 430-444.
- von Glasersfeld, E. (1992). Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In H. Meier (Ed.), *Einführung in den Konstruktivismus* (pp. 9-40). München: Piper.
- Wagner, R. F. & Becker, P. (Eds.). (1999). *Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wallerstein, R. S. (1989). The psychotherapy research projekt of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K. & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Wampold, B. E. (1992). The intensive examination of social interaction. In J. R. Levin (Ed.), *Single-case research design and analysis* (pp. 93-131). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Westmeyer, H. (1996). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Einzelfallanalyse. In F. Petermann (Ed.), *Einzelfallanalyse* (3. ed., pp. 18-35). München: Oldenbourg Verlag.
- Westmeyer, H. (2000). Wissenschaftstheoretische Aspekte. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1 Grundlagen* (2. ed., pp. 31-48). München: Oldenbourg Verlag.
- Will, H. (1994). Zur Phänomenologie der Depression aus psychoanalytischer Sicht. *Psyche*, 361-385.

- Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G. (1998). *Depression. Psychodynamik und Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Willke, H. (1994). *Systemtheorie II. Interventionstheorie: Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme*. Stuttgart: G. Fischer Verlag.
- Willutzki, U., Koban, C. & Neumann, B. (2005). Zur Diagnostik von Ressourcen. In U. Willutzki (Ed.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (pp. 37-53). Göttingen: Hogrefe.
- Wittmann, L. (1990). Therapeutische Konzepte, Basisvariablen der Konversation und Forschungsmethoden. In D. Czogalik (Ed.), *Psychotherapie - Welche Effekte verändern?* (pp. 222-239). Berlin: Springer Verlag.
- World Health Organization, W. (1995). *ICD-10 Symptom Checkliste für Psychische Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. T. (1992). Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und Gestaltungsmöglichkeiten. In C. Brengelmann (Ed.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (pp. 11-37). München: G. Röttger Verlag.

Anhang A: Kurz-Definitionen der Kategorien des M-CIP

CIP-Therapeuten-Kategorien

Gefühlsansprache: Umfasst Fragen nach oder Anbieten von Gefühlen und Empfindungen. „Wie haben Sie sich gefühlt, als das passiert ist?“

Reformulierung: Drückt den Versuch des Therapeuten aus, sich in das Erleben bzw. die Situation des Patienten hineinzusetzen. „Sie sind also zur Zeit sehr belastet.“

Verständnis: Der Therapeut äußert, dass er selbst das Verhalten des Patienten nachvollziehen kann bzw. dass es allgemein verständlich ist. „Es ist klar, dass Sie diesen Zustand beenden wollen.“

Zuspruch: Darunter sind Äußerungen des Therapeuten zu verstehen, die beim Patienten Hoffnung auf Verbesserung wecken sollen oder ihn zu bestimmten Verhaltensweisen ermutigen. „Ich sehe für Sie gute Chancen, dass Sie diese Schwierigkeit meistern werden.“

Positive Rückmeldung: Der Therapeut sagt dem Patienten, was er gut gemacht hat, lobt ihn oder bestärkt ihn in einem bestimmten Vorhaben. „Ich finde es sehr gut, dass Sie die Sache jetzt aktiv angepackt haben.“

Minimale Unterstützung: Besteht aus pralinguistischen Einwüfen oder kurzen Äußerungen, die Aufmerksamkeit ausdrücken. „Ah ja“, „Hm“.

Informationsfrage: Darunter fallen alle Fragen, mit denen eine bestimmte Information über den Patienten oder seine Situation eingeholt oder etwas geklärt werden soll. „Wie lange arbeiten Sie schon bei dieser Firma?“

Zusammenfassung: Der Therapeut gibt Informationen, die er vom Patienten erhalten hat, wiederholend oder in gekürzter Form wieder. „Wir haben jetzt einen typischen Tagesablauf erarbeitet.“

Sachliche Feststellung: Therapeutenäußerung, die nur wenig Information enthält oder eine kurze Antwort auf eine Frage des Klienten darstellt. „Ja, davon habe ich gehört.“

Strukturierung: Der Therapeut informiert über den Ablauf der Therapie, der Stunde oder seine Absichten. „Ich würde zuerst gerne hören, wie es Ihnen mit den Übungen erging, dann werden wir gemeinsam über Lösungsmöglichkeiten in Ihrer Arbeitssituation sprechen.“

Erklärung: Darunter fallen alle Äußerungen, mit denen der Therapeut den Patienten über theoretische und empirische Arbeiten zu seinem Beschwerdebild oder die einzelnen therapeutischen Maßnahmen informiert. „Ich frage Sie das deshalb, weil es möglicherweise einen Zusammenhang zwischen diesem Problem und Ihrer Lebenssituation gibt.“

Selbstöffnung: Dazu zählen Beschreibungen des Therapeuten über seine Person oder seine Erfahrungen. „Ich freue mich, dass Sie weitermachen wollen.“

Direktive Führung: Aufforderungen oder Ratschlägen, die sich auf das Verhalten des Patienten in der Therapiestunde beziehen. „Setzen Sie sich jetzt bitte in den Entspannungsstuhl.“

Aufgabenstellung: Beinhaltet alle Instruktionen oder Empfehlungen, die sich auf das Verhalten außerhalb der Therapiesitzungen beziehen. „Notieren Sie sich bis zum nächsten Mal mindestens drei Situationen, die Sie besonders belastet haben.“

Konfrontation: Der Therapeut spricht Diskrepanzen zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten des Patienten oder Widersprüche in seinen Handlungen an. „Sie weichen meinen Fragen aus“.

Interpretation: Der Therapeut gibt einer Äußerung bzw. dem Verhalten des Patienten eine Deutung, die dieser selbst nicht angeboten hat. „Das deutet sehr auf eine Medikamentenabhängigkeit hin.“

Kritik: Der Therapeut äußert direkt Kritik am Patienten oder kündigt negative Sanktionen an. „Unter diesen Voraussetzungen scheint mir eine weitere Zusammenarbeit nicht sinnvoll.“

Pause: Schweigen das sich über mehr als zehn Sekunden erstreckt.

Restkategorie: Alle Äußerungen die keinen Bezug zur Therapie aufweisen fallen unter diese Kategorie. „Hier bei uns ist es immer schwierig, einen Parkplatz zu finden.“

CIP-Patienten-Kategorien

Beschreibung positiver Gefühle: Der Patient benennt direkt positive Erlebnisse bzw. emotional positive Zustände. „Ich bin sehr stolz darauf, dass mir das gelungen ist.“

Beschreibung negativer Gefühle: Dabei handelt es sich um die direkte Benennung negativer Erlebnisse oder Zustände. Diese Kategorie tritt häufig in Zusammenhang mit der Beschreibung von Problemen auf. „Ich war vom Verlauf dieses Gesprächs sehr enttäuscht.“

Sachlicher Bericht/Situationsbeschreibung: Der Patient äußert sich zu seiner Lebenssituation. „Ich bin verheiratet und habe zwei Kinder.“

Spezifisches Problem: Der Patient spricht von seinem Problemverhalten oder Bedingungen, unter denen er leidet. „Ich weiß nicht, wie lange ich diese Belastungen noch aushalten kann.“

Kurzantworten: Kurze Äußerungen des Patienten, die lediglich die Antwort auf eine Therapeutenfrage darstellen. „Ich glaube, es war vor einem Jahr.“

Selbstkontrollversuche: Sind Berichte des Patienten über bereits durchgeführte Versuche, sein problematisches Verhalten in den Griff zu bekommen. „Vor einem unangenehmen Telefongespräch versuche ich mich immer zu entspannen.“

Erfolgsbericht: Beschreibt gelungene Veränderungen im Verhalten oder Erleben des Patienten. „Es fällt mir immer leichter, meine Wünsche zu äußern.“

Einsicht: Der Patient entdeckt neue Erkenntnisse über Zusammenhänge, die sein Problem verursachen oder aufrechterhalten könnten. „Ich glaube, ich schlucke viel zu viel runter und irgendwann bricht es dann aus mir raus.“

Wunsch-/Zielvorstellung: Der Patient beschreibt Zustände bzw. Verhaltensweisen, die er mit Hilfe der Therapie erreichen will. „Ich hätte gerne eine kameradschaftliche Beziehung zu meinen Kindern.“

Zuversicht: Äußerungen des Patienten, in denen er Zutrauen auf das Erreichen seiner Ziele ausdrückt. „Ich bin ziemlich sicher, dass ich dieses Gespräch schaffen werde.“

Änderungsvorschläge: Der Patient entwickelt konkrete Vorstellungen oder Pläne zur Erreichung seiner Ziele. „Ich werde in Zukunft für Arbeiten wie Aufräumen oder Post erledigen entsprechende Zeiträume vorsehen.“

Ansprechen der therapeutischen Beziehung: Der Patient spricht die Person des Therapeuten oder die gemeinsame Beziehung an. „Ich würde gerne wissen, was Sie jetzt von mir denken.“

Informationsfrage/Ratsuche: Der Patient bittet um Information bezüglich seines Problems oder der Therapie. „Wie oft soll ich die Übungen machen?“

Ablehnung/Verweigerung: Der Patient äußert sich klar, dass er auf Vorschläge oder Aufgaben des Therapeuten nicht eingeht. „Darüber möchte ich nicht sprechen.“

Kritik/Provokation: Der Patient kritisiert oder ironisiert die Person des Therapeuten, sein Vorgehen oder das Konzept der Therapie. „Das meinen Sie doch nicht im Ernst!“

Resignation: Der Patient zweifelt an seinen Veränderungsmöglichkeiten und stellt den Sinn der Therapie in Frage. „Es wird einfach nicht besser. Ich muss mich damit abfinden.“

Pause und *Restkategorie* sind in ihrer Definition identisch mit den entsprechenden Therapeutenkategorien.

Kategorien des inhaltlichen Fokus

Patient: Der Fokus der Kommunikation liegt beim Patienten und die Situation oder andere Personen bleiben unerwähnt bzw. werden lediglich am Rande erwähnt. Es handelt sich in der Regel um Beschreibungen (Gefühle, Gedanken, Fähigkeiten etc.), mit denen der Patient allgemein charakterisiert wird.

Situation/Aufgabe: Der Fokus der Kommunikation liegt auf einer Situations- oder Aufgabenbeschreibung und der Patient oder andere Personen bleiben unerwähnt bzw. werden nur am Rande erwähnt. Es handelt sich dabei z.B. um die Beschreibung von Lebensumständen wie Wohnsituation oder Aufgaben im Beruf.

Andere Personen: Der Fokus der Kommunikation liegt auf einer Beschreibung von anderen Personen und der Patient und die Situation bleiben unerwähnt bzw. werden nur am Rande erwähnt. Wenn sowohl andere Personen als auch die Situation fokussiert werden und keine Schwerpunktsetzung erkennbar ist, wird „Andere Personen“ codiert.

Interaktion mit einer Situation: Der Fokus der Kommunikation liegt auf einer Beschreibung der Interaktion des Patienten mit bestimmten Situationen. Dies ist der Fall, wenn sowohl der Patient als auch die Situation thematisiert werden bzw. wenn sich der Patient bei einer Selbstbeschreibung eindeutig auf ganz bestimmte, vorher beschriebene Situationen bezieht

Interaktion mit Anderen: Der Fokus der Kommunikation liegt auf einer Beschreibung der Interaktion des Patienten mit bestimmten anderen Personen liegt. Dies ist der Fall, wenn sowohl der Patient als auch andere Personen thematisiert werden. Wenn sowohl andere Personen als auch die Situation beschrieben werden, wird „Interaktion mit anderen“ codiert.

Kategorien der Fokusverschiebung

Keine Fokusveränderung: Der Inhalt der vorausgegangene Kommunikation wird lediglich in anderen Worten wiederholt oder das gleiche Thema wird in anderen Worten behandelt, ohne neue Informationen mitzuteilen. Es handelt sich um Kommunikationen, die für den externe Beobachter keine neuen Informationen enthalten.

Ausweitung des Fokus: Das Thema bleibt gleich, es wird jedoch ein neuer Aspekt hinzugefügt. Der externe Beobachter erhält bei diesen Kommunikationen eine neue Information zum gleichen Thema. Die Kategorie wird auch verwendet, wenn der Therapeut den Fokus in Reaktion auf eine längere Ausführung des Patienten gezielt verengt.

Leichte Fokusverschiebung: Es wird zwar an die vorausgegangene Kommunikation angeknüpft, das Thema wird jedoch verändert und der Fokus verschoben. Der externe Beobachter erhält bei diesen Kommunikationen Informationen zu einem teilweise neuen Thema, das in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem vorher behandelten Thema steht.

Starke Fokusverschiebung: Die Kommunikation schließt zwar noch erkennbar an das Thema der vorausgegangenen Kommunikation an, jedoch erfolgt eine so starke Verschiebung des thematischen Fokus, dass lediglich ein übergeordnetes abstraktes Thema den Bezug herstellt.

Fokuswechsel / Gesprächseröffnung: Es ist kein thematischer Bezug zur vorausgegangenen Kommunikation erkennbar oder das Gespräch wird eröffnet.

Kategorien des zeitlichen Bezugs

Vergangenheit: Das angesprochene Geschehen ereignete sich mehr als drei Monat vor dem Zeitpunkt der Therapiestunde.

Gegenwart: Das angesprochene Geschehen hat sich höchstens drei Monate vor der aktuellen Therapiesitzung ereignet oder es werden allgemeine Themen oder Probleme angesprochen, die in den letzten drei Monaten relevant waren.

Zukunft: Es werden primär zukünftige Ereignisse bzw. Vorhaben angesprochen.

Vergangenheit und Gegenwart: Die Vergangenheit und die Gegenwart werden angesprochen.

Gegenwart und Zukunft: Die Gegenwart und die Zukunft werden angesprochen.

Sonstige Kombinationen: Es werden andere Zeit-Kombinationen angesprochen.

Kategorien der Ressourcen- vs. Problemorientierung

Ressourcenorientierung: Der Patient, bestimmte Ereignisse oder die Umwelt werden im weitesten Sinne primär ‚positiv‘ thematisiert.

Gemischt – sowohl ressourcen- als auch problemorientiert: Es werden sowohl die Ressourcen als auch die Probleme des Patienten thematisiert, d.h. im Hinblick auf den Patient, bestimmte Ereignisse oder die Umwelt werden sowohl ‚positive‘ als auch ‚negative‘ Aspekte angesprochen. Dies ist z.B. der Fall, wenn im Rahmen der Schilderung einer problematischen Situation positiv bewertete Bewältigungsversuche beschrieben werden.

Problemorientierung: Der Patient, bestimmte Ereignisse oder die Umwelt werden im weitesten Sinne primär ‚negativ‘ bzw. problematisch thematisiert.

Kategorien der Klärungs- vs. Bewältigungsorientierung

Klärungsorientierung: Die Kommunikation verfolgt scheinbar das Ziel, eine Klärung der vergangenen, gegenwärtigen oder zukünftigen Situation des Patienten zu bewirken. Es werden vor allem die Gefühle, Wahrnehmungen, Gedanken, Wünsche und Ziele des Patienten thematisiert, reflektiert und hinterfragt, um so ein vertieftes Verständnis zu erreichen.

Gemischt – sowohl klärungs- als auch bewältigungsorientiert: Die Kommunikation verfolgt scheinbar das Ziel, sowohl eine Klärung als auch eine Bewältigung der Situation des Patienten zu bewirken. Es wird z.B. eine erfolgreiche Veränderung beschrieben und mit früheren Zeiten verglichen oder es werden Einsichten in Veränderungsvorgänge bzw. -absichten thematisiert.

Bewältigungsorientierung: Die Kommunikation verfolgt scheinbar das Ziel, die konkrete Situationsbewältigung zu thematisieren. Es werden vor allem das konkrete Verhalten zur Situationsbewältigung oder die Einfluss- und Veränderungsmöglichkeiten angesprochen.

Zusätzliche Restkategorien für alle fünf Dimensionen

Nicht codierbar: Diese Kategorie wird bei folgenden CIP-Kategorien verwendet: ‚Minimale Unterstützung‘, ‚Kurzantworten‘, ‚Zuhören‘ und ‚Pause‘. Diese Kategorien beinhalten zu wenig Information, für eine sinnvolle Codierung mit den Dimensionen des M-CIP.

Unbestimmt: Falls bei den anderen CIP-Kategorien keine Entscheidung für eine Kategorie möglich ist, sollte unbestimmt codiert werden.

Anhang B: Übergangswahrscheinlichkeiten

Fall: 1PA

Tabelle A-1: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EÖ	PB	KA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	,32 1,22	,20 2,05	,10 1,18	,28 -0,67	,04 -2,10	,03 -0,09		,03 -1,42
UN	,25 -0,19	,02 -3,54	,02 -2,08	,43 2,92	,19 2,44	,04 0,73	,02 0,39	,02 -2,08
EX	,19 -0,81	,35 3,45	,15 1,78	,04 -3,09	,23 1,84	,04 0,24		,00 -1,43
EK	,15 -0,89		,31 3,47	,15 -1,23	,00 -1,34	,15 2,61		,23 2,35
DT	,29 0,16		,14 0,78	,43 0,69	,00 -0,98	,00 -0,48		,14 0,78
KL	,16 -1,82	,20 1,66	,16 2,93	,30 -0,11	,04 -2,05	,02 -0,60	,05 2,33	,07 0,09
ZK-Th	,29 1,19	,11 -0,62	,01 -3,49	,31 -0,14	,13 0,76	,02 -1,06	,01 -0,47	,11 2,48
Grundrate	,27	,14	,07	,30	,12	,03	,02	,07
Häufigkeit	118	60	29	134	51	13	7	30

Tabelle A-2: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KL	ZK-Th
EÖ	,10 -2,30	,25 0,71	,05 -0,33		,01 -0,75	,08 -1,95	,51 3,60
PB	,28 2,46	,07 -3,14	,09 0,95			,10 -0,69	,47 1,63
KA	,21 0,63	,10 -1,68	,10 1,06	,03 0,21		,24 1,81	,31 -0,68
ÄB	,19 0,78	,32 2,82	,05 -0,71	,02 -1,05	,02 0,73	,11 -0,94	,30 -1,89
MI	,09 -1,51	,35 2,00	,07 0,20	,04 0,66	,02 0,30	,09 -0,95	,35 -0,32
KL	,15 -0,11	,31 0,67		,38 7,88		,15 0,24	
HV						,29 1,21	,71 1,91
ZK-Pa	,24 1,15	,03 -2,60	,07 0,24	,07 1,37	,07 2,30	,41 4,65	,10 -3,07
Grundrate	,16	,23	,06	,03	,16	,13	,37
Häufigkeit	70	99	26	13	7	56	157

Fall: 2TPT**Tabelle A-3: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.**

	EÖ	PB	KA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	,17 -0,49	,17 0,13	,17 3,94	,42 -0,42	,07 -1,02	,12 0,56		,05 -1,05
UN	,24 1,07	,04 -3,26	,01 -1,70	,20 2,88	,19 2,26	,10 0,23		
EX	,20 0,06	,20 0,56	,16 2,82	,27 -1,02		,20 1,84		,04 -0,93
EK			,09 0,73	,50 -0,13	,09 -0,30	,09 -0,04		,45 4,18
DT			,50 3,10	,31 0,66				
KL	,20 0,09	,11 -1,09	,16 4,46	,26 0,33	,05 -1,59	,07 -0,59		,07 -0,54
ZK-Th	,19 -0,06	,21 3,37		,42 -1,78	,13 0,81	,08 -0,85		,12 2,70
Grundrate	20	16	4	29	12	10	0	9
Häufigkeit	103	85	23	151	62	50	1	47

Tabelle A-4: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KL	ZK-Th
EÖ	,04 -1,71	,19 0,36	,01 -2,01		,01 0,60	,05 -2,07	,70 3,26
PB	,07 -0,42	,07 -2,83	,07 1,02	,01 -0,78		,06 -1,58	,72 3,31
KA	,09 0,16	,14 -0,52	,05 -0,08	,09 2,14		,36 3,97	,27 -2,72
ÄB	,09 0,28	,30 4,46	,01 -2,38	,01 -1,60		,05 -2,83	,55 -0,13
MI	,05 -0,93	,15 -0,54	,05 0,08	,02 -0,35		,07 -1,04	,66 1,75
KL	,08 -0,01	,14 -0,67	,10 1,82	,08 2,83	,02 1,40	,10 -0,13	,47 -1,26
HV							
ZK-Pa	,21 3,43	,06 -2,14	,15 3,34	,06 1,92	,02 1,45	,43 7,39	,06 -7,10
Grundrate	,08	,18	,05	,02	,01	,11	,56
Häufigkeit	42	91	25	12	3	55	284

Fall: 3TPT**Tabelle A-5: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.**

	EÖ	PB	KA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	,10 0,88	,50 2,93	,10 1,67	,20 -0,94	,04 -0,67	,01 -1,80	,01 -0,89	,03 -3,52
UN	,12 1,14	,08 -5,53	,05 -0,86	,49 5,37	,15 3,91	,06 1,69	,02 -0,46	,03 -2,27
EX	,01 -2,70	,64 5,06	,19 4,75	,09 -3,33	,03 -0,82	,02 -0,36	,01 -0,82	,00 -3,68
EK	,07 -0,19	,29 -0,83	,14 1,03	,21 -0,13	,07 0,33	,07 0,97	,00 -0,59	,14 0,32
DT	,43 3,26				,14 1,09	,14 1,83	,14 2,10	,14 0,22
KL	,09 0,01	,31 -1,36	,05 -0,64	,40 3,21	,02 -1,26	,05 1,11	,05 1,49	,03 -2,04
ZK-Th	,08 -0,21	,36 -1,17	,01 -4,19	,19 -1,79	,04 -0,90	,02 -0,63	,03 0,49	,26 8,43
Grundrate	,09	,40	,07	,23	,05	,03	,02	,11
Häufigkeit	53	241	43	137	31	20	14	69

Tabelle A-6: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KL	ZK-Th
EÖ	,23 -0,36	,25 3,30	,08 -1,53	,04 0,62		,04 -1,52	,38 0,20
PB	,27 1,07	,06 -2,95	,18 1,95	,01 -2,10		,05 -2,80	,42 2,17
KA	,24 -0,04	,05 -1,30	,22 1,37	,07 2,05	,02 0,96	,10 0,02	,29 -1,00
ÄB	,23 -0,52	,12 0,36	,11 -1,33	,01 -0,86		,09 -0,35	,44 1,97
MI	,23 -0,28	,19 1,53	,19 0,76			,06 -0,62	,32 -0,50
KL		,20 1,31	,15 0,04	,15 3,64	,05 1,83	,05 -0,72	,40 0,33
HV	,21 -0,28	,21 1,26				,07 -0,32	,50 1,06
ZK-Pa	,30 1,18	,10 -0,24	,12 -0,77	,04 1,05	,04 2,97	,33 7,07	,06 -5,63
Grundrate	,25	,11	,15	,03	,01	,10	,36
Häufigkeit	148	66	89	16	7	58	220

Fall: 4TPT**Tabelle A-7: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.**

	EÖ	PB	KA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	,18 1,16	,19 0,78	,06 0,58	,19 -1,60	,09 0,09	,17 -0,67	,03 -2,19	,10 2,38
UN	,20 1,50	,08 -2,91	,01 -2,37	,37 3,83	,11 1,17	,19 0,20	,03 -1,20	,01 -2,72
EX	,10 -1,12	,52 6,42	,12 2,02	,10 -2,18	,10 0,22	,07 -1,98		
EK	,06 -1,44	,03 -2,09	,16 2,81	,23 -0,08	,03 -1,10	,26 1,08	,03 -0,63	,19 3,06
DT	,12 -0,57	,15 -0,20	,08 0,58	,23 -0,01	,04 -0,89	,27 1,13	,00 -1,30	,12 1,11
KL	,11 -1,51	,14 -0,98	,03 -1,18	,25 0,55	,06 -1,12	,23 1,39	,15 4,24	,04 -1,14
ZK-Th	,20 0,76	,17 0,05	,03 -0,65	,11 -1,70	,14 1,24	,11 -1,12	,17 2,97	,06 -0,16
Grundrate	,16	,17	,05	,24	,08	,19	,06	,07
Häufigkeit	86	92	28	131	46	103	32	37

Tabelle A-8: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KL	ZK-Th
EÖ	,44 1,91	,28 1,67		,01 -2,01	,02 -1,15	,18 -0,39	,07 0,25
PB	,37 0,54	,14 -1,87	,24 6,36	,03 -1,18	,05 0,31	,12 -1,93	,04 -0,90
KA	,23 -1,26	,00 -2,73	,12 0,74	,23 3,81	,12 1,65	,19 0,01	,12 1,08
ÄB	,40 1,59	,32 3,29	,05 -1,51	,02 -2,40	,01 -2,45	,16 -1,22	,05 -0,55
MI	,26 -1,26	,33 1,94	,09 0,25	,02 -1,12	,04 -0,15	,22 0,46	,04 -0,61
KL	,26 -1,98	,18 -0,92	,06 -0,72	,17 5,21	,08 1,66	,22 0,79	,03 -1,56
HV	,33 -0,14	,10 -1,57	,03 -0,93	,03 -0,61	,07 0,49	,40 2,98	,03 -0,72
ZK-Pa	,29 -0,64	,06 -2,28		,03 -0,76	,09 1,13	,26 1,11	,26 4,90
Grundrate	,34	,21	,08	,06	,05	,19	,07
Häufigkeit	188	116	42	33	26	105	36

Fall: 5PA**Tabelle A-9: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.**

	EÖ	PB	KA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	,25 3,42	,32 2,89	,06 -0,82	,18 -2,06	,08 -1,06	,06 -3,43	,02 -1,41	,05 -0,03
UN	,23 1,39	,07 -5,66	,04 -1,36	,36 4,36	,17 3,60	,10 -0,11	,02 -0,88	,02 -1,86
EX	,14 -1,16	,58 6,00	,06 -0,11	,15 -1,38	,06 -0,90	,02 -2,41		
EK		,17 -1,58	,17 3,01	,13 -1,62	,04 -1,23	,29 4,56	,08 2,57	,13 2,73
DT	,18 -0,16	,16 -1,76	,11 1,43	,20 -0,35	,05 -0,98	,18 2,09	,07 2,26	,04 -0,34
KL	,07 -3,64	,28 0,47	,07 0,22	,25 0,83	,10 0,47	,15 1,76	,03 0,60	,05 0,32
ZK-Th	,28 1,41	,18 -1,32	,03 -1,03	,20 -0,29	,05 -0,93	,13 0,54	,03 -0,04	,13 2,47
Grundrate	,19	,27	,06	,22	,09	,10	,03	,05
Häufigkeit	147	210	49	173	70	79	20	35

Tabelle A-10: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KL	ZK-Th
EÖ	,51 3,07	,16 -0,28	,11 1,16	,01 -3,16	,03 -2,34	,13 -0,80	,05 -0,23
PB	,48 2,59	,10 -3,04	,14 3,48	,05 -0,85	,06 -1,01	,15 -0,19	,02 -2,51
KA	,19 -3,12	,17 -0,11		,21 4,17	,15 2,02	,25 1,96	,04 -0,33
ÄB	,37 -0,89	,31 5,58	,06 -1,15	,03 -2,16	,06 -0,83	,14 -0,50	,02 -1,92
MI	,47 1,22	,19 0,43	,09 0,08	,04 -0,72	,10 1,01	,07 -1,88	,03 -0,87
KL	,30 -1,92	,14 -0,89	,03 -1,89	,20 5,07	,14 2,18	,18 0,61	,03 -1,01
HV	,20 -1,86	,10 -0,87		,25 3,41	,15 1,35	,30 1,88	
ZK-Pa	,12 -3,45		,03 -1,20		,09 0,36	,21 0,90	,56 13,64
Grundrate	,40	,17	,09	,07	,07	,15	,05
Häufigkeit	310	133	66	50	56	117	40

Fall: 6KVT**Tabelle A-11: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.**

	EÖ	PB	KA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	,14 4,39	,61 5,83	,04 -3,28	,15 -2,95	,04 -3,13			,02 -5,07
UN	,04 -2,56	,26 -6,28	,06 -0,19	,41 7,24	,12 2,65		,01 0,01	,10 1,82
EX	,07 -0,87	,68 3,59	,09 0,93	,12 -1,79	,03 -1,62			,01 -2,35
EK	,01 -2,44	,39 -2,06	,14 2,46	,15 -0,79	,07 0,00		,04 3,61	,19 4,60
DT	,07 -1,26	,43 -2,14	,07 0,34	,15 -1,38	,14 3,67		,01 0,87	,12 3,30
KL	,11 0,46	,36 -2,20	,17 3,01	,23 0,74	,04 -0,93			,09 0,88
ZK-Th								
Grundrate	,10	,51	,07	,19	,07	,00	,01	,07
Häufigkeit	94	499	67	186	71	1	7	64

Tabelle A-12: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KL	ZK-Th
EÖ	,58 2,36	,14 -0,15	,06 -0,93	,02 -1,99	,12 -1,39	,06 0,46	
PB	,59 8,14	,06 -7,80	,12 3,09	,06 -1,96	,13 -3,77	,05 -0,81	
KA	,14 -5,46	,12 -0,52	,03 -1,75	,23 5,09	,42 5,47	,06 0,27	
ÄB	,38 -2,45	,31 7,23	,06 -1,37	,04 -2,02	,16 -0,52	,04 -0,73	
MI	,31 -2,67	,34 4,69	,12 0,80	,07 0,03	,12 -1,18	,04 -0,38	
KL							
HV	,14 -1,71			,14 0,72	,57 2,84	,14 1,04	
ZK-Pa	,08 -6,41	,17 0,63	,03 -1,72	,19 3,67	,39 4,87	,11 2,02	
Grundrate	,46	,15	,10	,07	,17	,05	,00
Häufigkeit	456	144	99	73	168	53	3

Fall: 7KVT**Tabelle A-13: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Therapeut (t) – Patient (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.**

	EÖ	PB	KA	ÄB	MI	KL	HV	ZK-Pa
EF	,09 2,88	,43 1,16	,14 0,20	,17 1,44	,06 0,77	,01 -2,62		,10 -1,63
UN	,03 -0,68	,32 -1,13	,11 -0,45	,27 3,76	,05 0,09	,06 -0,24	,04 -0,62	,13 -0,68
EX	,02 -1,55	,63 7,24	,19 2,28	,05 -3,10	,02 -1,59	,01 -3,15	,01 -2,92	,07 -3,14
EK		,31 -2,27	,17 2,08	,15 0,85	,04 -0,33	,10 1,78	,04 -1,32	,19 1,90
DT	,03 -1,23	,35 -1,07	,10 -1,60	,10 -1,91	,07 2,13	,08 0,94	,07 1,03	,21 2,82
KL	,02 -1,86	,31 -2,37	,16 1,68	,11 -0,87	,02 -2,37	,09 1,52	,14 6,23	,15 -0,11
ZK-Th	,14 7,24	,35 -0,84	,02 -4,47	,17 1,65	,07 1,30	,08 0,62	,03 -1,31	,14 -0,56
Grundrate	,04	,38	,13	,13	,05	,07	,05	,15
Häufigkeit	50	474	164	162	61	88	67	193

Tabelle A-14: Übergangswahrscheinlichkeiten für die Abfolge Patient (t) – Therapeut (t+1); bedingte Wahrscheinlichkeit / z-Wert.

	EF	UN	EX	EK	DT	KL	ZK-Th
EÖ	,24 3,88	,04 -0,72	,12 -0,28	,06 -2,24	,08 -2,56	,14 -0,73	,32 4,18
PB	,12 2,79	,06 -0,13	,21 6,52	,15 -2,35	,21 -1,55	,19 1,00	,06 -5,42
KA	,04 -2,17	,02 -2,23	,13 -0,18	,23 1,94	,38 4,92	,17 -0,47	,02 -4,21
ÄB	,11 1,18	,11 2,63	,08 -2,33	,13 -1,68	,14 -2,75	,20 0,75	,23 3,99
MI	,12 0,86	,15 2,81	,15 0,44	,17 -0,19	,20 -0,48	,10 -1,59	,10 -0,60
KL	,02 -2,24	,13 2,39	,03 -2,84	,43 6,42	,17 -1,36	,15 -0,79	,07 -1,72
HV	,03 -1,72	,06 -0,17	,09 -1,08	,22 0,99	,21 -0,41	,31 2,95	,07 -1,32
ZK-Pa	,04 -2,75	,02 -3,02	,05 -3,85	,16 -0,93	,31 2,93	,14 -1,54	,30 7,64
Grundrate	,09	,06	,13	,18	,24	,18	,13
Häufigkeit	110	81	167	227	297	225	159