

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren

Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich

Markus Frauchiger, Bern

<http://www.psychologische-beratung-bern.ch>

Diese Forschungs-Studie über spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie wird Ihnen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Damit sich trotzdem ein „Geben-und-Nehmen“, also ein Austausch zwischen Ihnen als LeserIn und dem Autor ergibt, sind einige Links zu Beginn und ein paar Buchwerbungen im Text integriert, um auf diesem Wege eine kleine Re-Finanzierung zu ermöglichen.

Das Kaufen von Büchern über Amazon per Direktlink aus diesen PDF-Files heraus oder aus einem der Angebote auf u.a. www.integrative-therapie.ch, ermöglicht dem Autor eine kleine Beteiligung von 5% des Verkaufspreises.

Das sog. „LIKEN“ auf Facebook erhöht die Popularität des Gedankenguts und der Tätigkeiten des Autors (Psychotherapeut in Bern), was Folgeaufträge zur Folge haben kann.

Die Linkliste am Anfang der vier Teile erhöht das „Verlinkungs-Ranking“ bei den einschlägigen Suchmaschinen. Möchten Sie statt „Likes und Links“ lieber auf freiwilliger Basis etwas spenden, dann steht Ihnen das folgende Postcheque-Konto zur Verfügung: 30-108269-3, M. Frauchiger, CH-3097 Liebfeld bei Bern

Vielen Dank für Ihre aktive Unterstützung!

Markus Frauchiger

Links zu den Wirkfaktoren der Psychotherapie:

[Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich](#) - Theorieteil - PDF Version

[Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Fragestellungen](#) - PDF Version

[Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Ergebnisse](#) - PDF Version

[Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Schlussteil](#) - PDF Version

[Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich](#) - Online Version

[Forschung und Metatheorie - Anmerkungen zu wissenschaftstheoretischen Positionen](#)

[Psychotherapie zwischen Wertkritik und Narzissmus](#) - Online Materialsammlung 2012

[Literatur zur Forschungsarbeit "Wirkfaktoren der Psychotherapie" von Markus Frauchiger, Bern](#)

[Psychotherapie Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP](#)

[Psychotherapie Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP](#) - Facebook

[Psychotherapie Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP](#)

[Integrative Therapie Online - Alles zu Prof. Hilarion Petzold und Psychotherapie](#)

[Integrative Therapie Online - Bücher](#)

[Coaching und Supervision in Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP](#)

Materialien zur Integrativen Therapie nach Prof. Hilarion Petzold - IT Schweiz:

[Integrative Therapie Online - Volltextsammlung zur Psychotherapie](#)

[Integrative Therapie Online - Zeitschrift, herausgegeben von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold](#)

[Integrative Therapie Online - Physische Soziale Netzwerke](#)

[Integrative Therapie Online - Praxeologien in der körperorientierten Psychotherapie](#)

[Emotionsregulation in der Integrativen Gestalttherapie nach Leslie Greenberg, Toronto](#)

[SASB - eine Forschungsmethode für das menschliche Sozialverhalten](#)

[Forschung in der Gestalttherapie und Integrativen Therapie](#)

[Krisenintervention aus Sicht der Integrativen Therapie](#)

[Stationäre integrative Gruppenpsychotherapie](#)

Materialien zur Integrativen Therapie nach Prof. Hilarion Petzold - IT Deutschland:

[Materialien zur Integrativen Therapie nach Prof. Hilarion Petzold](#)

[Integrative Therapie Online Schweiz](#)

[Integrative Therapie Online - Entwicklung, Wachstum und Spiritualität](#)

[Integrative Therapie Online - Methoden der Psychotherapie](#)

Diverse Themen:

[Integrative Therapie Online Schweiz](#)

[Gestalttherapie Online Schweiz](#)

[Krisenintervention im Gruppensetting - Markus Frauchiger, Bern](#)

[Bücher aus allen Bereichen der Psychologie und Psychotherapie](#)

[Integrative Therapie und Psychotherapie Online - Prof. Hilarion Petzold und lic.phil. Markus Frauchiger](#)

[Verlag Petzold & Sieper](#)

[25 Jahre DJ Markus F in Bern](#)

[25 Jahre DJ Markus F in Bern - Facebook](#)

[Tanzvirus Bern - DIE Berner Barfussdisco!](#)

3 Fragestellungen und Hypothesen

Das Ziel dieser Untersuchung ist, basierend einerseits auf den im ersten Teil dargelegten theoretischen Überlegungen und andererseits aus Beobachtungen aus der Praxis, einen Vergleich hinsichtlich verbaler Interventionen von sechs verschiedenen Psychotherapie-Verfahren vorzunehmen.

Es folgen nun die Hypothesen über diese postulierten Zusammenhänge. Einer Besprechung des methodischen Vorgehens folgen Angaben zu Material, Datenerhebung usw., gefolgt von den Ergebnissen (Kapitel 4) und einer Besprechung des Ganzen im Ergebnis- und Schlussteil (Kapitel 5 und 6).

3.1 Allgemeine Hypothesen

a) Eine erste Gruppe von Hypothesen befasst sich mit der **Verteilung** und der **Häufigkeit** der Wirkfaktoren sowohl bei Psychotherapieverfahren wie auch bei Psychotherapeuten:

Hypothese 1: Gemeinsame Wirkfaktoren

*Es gibt **Gemeinsamkeiten** zwischen den verbalen Interventionen verschiedener Therapeuten verschiedener Schulen, d.h. es kommen bei unterschiedlichen Therapieverfahren neben schulspezifischen auch gleiche Wirkfaktoren vor.*

Diese Hypothese bezieht sich auf die in Kapitel 2.2. vorgestellten zahlreichen Modelle, welche diese Hypothese stützen (z.B. Frank, Karasu, Textor etc.). Statistisch gesehen, wird der gemeinsame „Flächenanteil“ in Prozenten erhoben (siehe Kap. 4). Es wird angenommen, dass dieser gemeinsame Anteil 50 % bei weitem übersteigt (→ Hypothese 1a).

Hypothese 1a: Spezifische versus unspezifische Wirkfaktoren

*Die Häufigkeit der gemeinsamen, allgemeinen Wirkfaktoren ist bei verschiedenen **Therapieverfahren** grösser als die Häufigkeit der verfahrens-spezifischen Wirkfaktoren; kurz: **die Gemeinsamkeiten sind grösser als die Divergenzen**.*

Hypothese 1 wird hier verschärft formuliert: es wird nicht nur das Vorhandensein allgemeiner Wirkfaktoren postuliert, sondern ein gegenüber den verfahrens-spezifischen Wirkfaktoren grösserer Anteil ihrer Häufigkeit. Dies entspreche ebenfalls den Postulaten, wie sie von Frank, Blaser, Textor und anderen aufgestellt wurden (Kap. 2.2) sowie meinen subjektiven Eindrücken aus der Therapie-Praxis.

Hypothese 2: Wirkfaktoren im Psychotherapieverfahrens-Vergleich

*Die **Verteilung** (Häufigkeit und Ausprägung) der hier erhobenen Wirkfaktoren ist bei verschiedenen **Therapieverfahren** ähnlich (d.h. es gibt keine signifikanten Unterschiede der Häufigkeiten).*

Einen Schritt weitergehend wird nicht nur das Vorhandensein und die grössere Häufigkeit allgemeiner Wirkfaktoren postuliert, sondern angenommen, dass die Verteilung (Profil, Muster, Figuration, Ausprägung etc.) der Wirkfaktoren in den einzelnen Kategorien bei verschiedenen Verfahren in etwa gleich sei. Dies würde bedeuten, dass die verschiedenen Psychotherapieverfahren auf der Handlungs-Ebene sich nicht signifikant unterscheiden.

Hypothese 3: Therapeuten versus Therapieverfahren

*Die Ausprägungen der einzelnen Wirkfaktoren („Profile“) sind bei verschiedenen **Therapeuten** auch gleicher Provenienz unterschiedlicher, als dieselben über die Psychotherapieverfahren hinweg. Kurz: **Therapeutenvarianz ist grösser als Verfahrensvarianz**.*

Was bisher auf der Ebene der Therapie-Verfahren (welche sich hier zusammensetzen aus den Mittelwerten aller zugehörigen Psychotherapeuten) betrachtet wurde, sieht (so diese Hypothese) auf der Ebene der Therapeuten gerade umgekehrt aus: diese sollen sich unterscheiden untereinander, d.h. die **Varianz** zwischen den Personen ist grösser als dieselbe zwischen den Schulen (welche sich zusammensetzen aus der Summe aller ihr „verschriebenen“ Therapeuten). Es gäbe demnach Therapeuten, welche verfahrens-spezifischer arbeiten als andere, bzw. welche andere Wirkfaktoren einsetzen als andere. Dies würde zeigen, dass für die Wahl einer bestimmten Intervention in erster Linie andere Variablen als die Zugehörigkeit zu einer bestimmten „Schule“ leitend sind: **Therapeuten- aber auch Klienten- und Interaktions-Variablen**. Näheres zu den Therapeuten-Variablen findet sich in Kapitel 3.2.

Während sich die Therapeuten also unterscheiden sollen (grosse Streuung in den Profilen), ähneln sich verblüffenderweise die Therapie-Richtungen untereinander (H2), gerade auch solche, deren Therapietheorien gänzlich verschieden sind (z.B. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie) in der Häufigkeit als auch im Profil (Ausprägung) der Interventionen (siehe Kap. 4.3). In Kapitel 3.2 werden deshalb die therapietheoretisch abgeleiteten Interventions-Hypothesen für jedes Verfahren einzeln dargestellt (H2spez).

Für diese Hypothese waren nebst den theoretischen Überlegungen auch Beobachtungen aus der Praxis massgebend, wonach dieselben Klienten oft von grossen Unterschieden im Stil bei verschiedenen Therapeuten (gerade auch solchen derselben Richtung) berichten. Da bei einem Therapeutenwechsel der Klient in etwa derselbe bleibt, kann davon ausgegangen werden, dass Therapeutenvariablen für dieses Phänomen ausschlaggebend sind.

b) Eine zweite Gruppe von Hypothesen befasst sich mit dem Verhältnis von Theorie und Praxis, mit dem Theorie-Praxis-Bezug oder dem Transfer theoretischer Modelle in die psychotherapeutische Praxis:

Hypothese 4: Therapietheorie und Praxis

*Die **Therapie-Theorien** der verschiedenen Psychotherapieverfahren räumen diesen gemeinsamen Faktoren in der Regel wenig Platz ein und postulieren stattdessen ausschliessliche (d.h. verfahrens-spezifische) Faktoren.*

Der Theorie-Praxis-Bezug wäre gemäss dieser Hypothese eher schlecht bei den klassischen Therapie-Verfahren (hier: PSA, IVT und GT), weil entgegen der Therapie-Theorie unspezifische Faktoren das Gros der Interventionen ausmachen (Hypothesen 1 und 2).

Diese Hypothese basiert auf Beschreibungen (z.B. Kriz 1992) der einzelnen Therapie-Theorien.

Empirisch gesehen hängt die Beantwortung davon ab, ob Hypothese 2 (der gemeinsame Anteil ist grösser als der spezifische), bejaht werden kann.

Hypothese 5: Integrative Psychotherapien

*Die **Therapie-Theorien** der sogenannten integrativen Psychotherapieformen legen grösseres Gewicht auf diese gemeinsamen Faktoren. Deshalb sollte die Verteilung der einzelnen Wirkfaktoren hier besser mit den Aussagen der jeweiligen Theorie übereinstimmen, als bei den herkömmlichen Verfahren.*

Anders als in den „klassischen“ Verfahren wird in den „Integrativen“ Richtungen explizit auf die Dominanz allgemeiner Wirkfaktoren hingewiesen (z.B. Blaser et al. 1992). Demnach sollte die Anwendung von Interventionen konformer mit der Therapie-Theorie sein als bei den klassischen Verfahren.

Dies sollte sich auch empirisch zeigen in einem eventuell noch grösseren Anteil „unspezifischer“ Faktoren als bei den Verfahren der ersten Generation.

Hypothese 6: Theorie - Praxis - Bezug

*Psychotherapeuten arbeiten in der **Praxis** vorwiegend mit allen Therapierichtungen gemeinsamen **Interventionen/Wirkfaktoren** und eklektisch bzw. **integrativ**, obwohl sie in der Ausbildung meist schulspezifische Werkzeuge in die Hand bekamen.*

In Kapitel 2.3 und 2.4 haben wir verschiedene psychotherapeutische Modelle kennengelernt. Obwohl sich diese theoretisch teilweise stark unterscheiden (und konkurrenzieren) wird hier postuliert, dass deren Umsetzung in die Therapie-Praxis **nicht stringent** geschieht.

Die in den Therapie-Theorien gewonnenen Spezifitäten, d.h. Schwerpunktsetzungen auf bestimmten Interventionen, können bei Bestätigung der Hypothesen, in der (hier beforschten) Praxis nicht gefunden werden; es werden vielmehr auch andere (in der Theorie oft sogar als schädlich bezeichnete) Interventionen angewendet.

Dies wirkt sich m.E. durchaus zum Vorteil der so behandelten Klienten aus, weil diese durch die Anwendung „abweichender“, „unerlaubter“ Interventionen in den Genuss einer breiteren Palette von Methoden kommen. Zur „Breite des therapeutischen Interventionsrepertoires“ beachte den Diskussionsteil.

Hypothese/Frage 7: Gemeinsame Wirkfaktoren

*Welche **gemeinsamen** (~ unspezifischen) **Wirkfaktoren** (~ „Kommunikationsmodi“, verbale Interventionen) gibt es überhaupt?*

Diese allgemeine, inhaltliche Frage nach den gemeinsamen Faktoren kann natürlich im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht erschöpfend beantwortet werden. Es handelt sich um Beobachtungen der Rater, welche neben den zehn hier berücksichtigten Wirkfaktoren noch andere „entdeckten“. Diese Vorschläge zu einer Erweiterung des Kategoriensystems werden in Kapitel 4.1.1. besprochen. Die Hypothese sollte dazu dienen, weitere Forschungsbemühun-

gen anzuregen. Sie sollte hypothesengenerierend wirken.

c) Eine letzte Hypothese bezieht sich auf den Vergleich der Vorstudie mit der Hauptstudie. Da die Vorstudie („Gloria“-Studie) aber nur auf je einer Therapiesitzung basiert, können hierzu keine statistisch gültigen Aussagen gemacht werden:

Hypothese/Frage 8: Entwicklung der Therapie-Theorien

Historisch gesehen sollten Therapie-Praxis und -Theorie immer breiter und umfassender werden, sich von ihren Ursprüngen immer mehr wegbewegen: Sind die klassischen „Gloria“-Profile von anno 1965 demnach theorienaher als heutige Erhebungen derselben Verfahren ?

Die Beobachtung, dass über die Jahrzehnte gesehen, Psychotherapeuten zu Eklektizismus und Integration neigen, entspreche dem entwicklungspsychologischen Prinzip von Differenzierung (Schulbildung) und Integration (z.B. allgemeine Wirkfaktoren). Was heute als integrativ gilt, würde in Zukunft aber erneut differenziert und erweitert (Grawe 1995c; Kap. 2.4.1). Gemäss dieser Betrachtungsweise würde die Zukunft eindeutig den integrativen Psychotherapierichtungen gehören.

3.2 Spezifische Hypothesen

Die Hypothese 2 (Haupthypothese H2) können wir statt allgemein (s.o.) auch für jedes therapeutische Verfahren einzeln formulieren. Dazu haben wir eine Tabelle der „zu erwartenden Interventionshäufigkeiten“ erstellt. Sie wurde angefertigt aufgrund des Studiums der Grundkonzepte, wie sie bei Kriz (1991), Corsini (1982) u.v.a. dargestellt sind; also aus theoretischen Ueberlegungen, aber auch aufgrund von Gesprächen mit Psychotherapeuten verschiedener Provenienz.

Bei den Therapeuten, deren Videoaufzeichnungen ich geratet habe, kam es teilweise zu erstaunten Gesichtern, wenn sie ihre eigene Interventions-Verteilung sahen und mit ihrer Einschätzung verglichen. Ein erster Hinweis für die vermutete Theorie-Praxis-Diskrepanz ?

Folgende Tabelle fusst auf unseren Ableitungen der Therapie-Theorien des jeweiligen Verfahrens. Sie wird hier als Hypothese **H2spez** bezeichnet und wird in Kapitel 4 empirisch überprüft und ausgewertet:

	Kognitiv Verstehen	Emotional Verstehen	Aktivieren	Informieren	Lernen	Stützen	Konfrontieren	Suggestieren*	Affektiv erleben	Körper erleben
PSA	XXX	XX						XX		
IVT	XX		XXX	XX	XXX	XXX	X	XX		
GT	XXX	XX				XXX			X	X
POT	XX	X	XX	X	X	X		X	X	X
APT	XXX	X	XX	XX	XX			X		
IT	X	XX	X		X	X	XX		XX	XXX
GST	X	X	X				XXX		XXX	XX

* die Kürzel und deren Inhalte werden in Kapitel 4.1.1. erläutert. Insbesondere unser Verständnis von „Suggestion“ unterscheidet sich von herkömmlichen Definitionen (Deutungen und Interpretationen zählen wir zur Suggestion)

Tabelle 7: Erwartete Werte (3 Stufen) für die Interventionshäufigkeiten in den einzelnen Therapieverfahren (Hypothese2spez)

4 Durchführung

Wir haben im ersten Teil dieser Arbeit gesehen, dass die nun folgende empirische Ueberprüfung unserer Hypothesen einen „**mittleren**“ **Auflösungsgrad** hat, d.h. sie liegt methodisch zwischen einerseits den mikroanalytisch zu erhebenden Wirkfaktoren der Ebene V (siehe z.B. die derzeit laufenden Arbeiten der Grawe-Gruppe mittels Kubus Modell, Figurationsanalyse etc.) und andererseits den unter Makro-Perspektive zu betrachtenden Meta- und Therapietheorien der Ebene I und II (siehe dazu z.B. Petzold 1993, Petzold/Sieper 1993).

Uns interessiert hier also das **Meso-System** (sensu Bronfenbrenner) der direkt beobachtbaren verbalen Interventionen. Einschränkend kommt hinzu, dass nur die Therapeuten-Seite untersucht wird. Interaktionales Geschehen und die interessanten daraus ableitbaren Muster (**Merkmalsvariation**, Grawe 1990) bleiben hier noch unberücksichtigt, sollen in einer weiteren Arbeit jedoch auch einbezogen werden.

Der **Fokus** ist damit zugegebenermassen ziemlich eng (z.B. keine Klienten-Variablen), dafür unseres Erachtens umso näher an den **Phänomenen** (direkte Beobachtung und Kategorisierung ohne Zwischenschritte) und relativ frei von Interpretationen. Wirkfaktoren an sich (Ebene V) müssten m.E. jeweils auf irgend eine Weise ins Geschehen hineininterpretiert werden, wie z.B. das neueste Forschungsprojekt „Figurationsanalyse“ der Grawe-Gruppe zeigt (mdl. Mitteilungen am „Forschungsseminar“, Grawe et al. 1996). Dies kann das beste System nicht verhindern. Es liegt m.E. in der Natur der Sache, weil die Wirkfaktoren (als Elemente der Interventionen gemäss unserer Definition) nicht direkt beobachtbar sein können.

Verbleiben wir also (bescheiden und ohne Anspruch auf Vollständigkeit) auf der **Ebene der konkreten verbalen Aussagen** des Psychotherapeuten. Gemäss unserem 5-Ebenen-Modell untersuchen wir hier also die Ebene III, die Handlungsebene. Dass ich dabei nicht gänzlich naiv, sondern **theorie- und hypothesengeleitet** vorgehen, habe ich in Kapitel 3 bereits aufgezeigt.

Wenn wir uns nun nochmals das „**Generic model**“ (Abb. 1, S. 15) vor Augen führen, werden die Grenzen, aber auch der „Ort“ unserer Erhebung gut sichtbar. Deshalb erwähnen wir hier dieses Modell „noch einmal“ (zit. Or-linsky, Grawe, Parks 1994), diesmal mit den Stellen des psychotherapeutischen **Prozesses**, an denen wir ansetzen (Kreuz) bzw. direkt beobachten (Doppelkreuz; Abbildung 1).

Das **Setting** ist ausnahmslos eine dyadische Einzeltherapie in einer ambulanten Einrichtung der psychosozialen Versorgung (X1), welche sich mindestens über 15 Sitzungen hin erstreckte.

Der **Stil des Therapeuten** (Kap. 3.2.) fliesst als Hypothese 3, 3a und 6 in die Untersuchung ein (X2), wird aber nicht direkt erhoben. Der professionelle Status (personale Variable nach Tscheulin 1992) ist ebenfalls eine unabhängige Variable in Form der therapeutischen (schulen-) Orientierung (Hypothese 2 und X3) etc.

Im „treatment model“ sind für uns die **Techniken** von Bedeutung (X4), weil diese mitbestimmen, wie ein Psychotherapeut interveniert. Die therapeutische **Beziehung** spielt natürlich eine wichtige Rolle, sie bestimmt die Wahl der Interventionen ebenfalls mit (X5), wird aber hier nicht direkt gemessen.

Direkter **Beobachtungsfokus** ist die „therapeutische Intervention“ (XX). Diese ist Dreh- und Angelpunkt unseres Vorgehens, unserer Ueberlegungen und unserer Hypothesen.

Die wissenschaftstheoretische Einbettung dieser Untersuchung erfolgt erst in Kapitel 6.1 ff., weil ich dort explizit auf die verschiedenen Forschungs-Paradigmen eingehen werde (vgl. auch Anhang C).

4.1 Methodisches Vorgehen

Für die Erhebung der Daten habe ich mich für eine **Verhaltensbeobachtung** (vgl. Kap. 2.1.2) entschieden. Dies, weil so eine unmittelbarere „Messung“ anhand **natürlicher Therapie-Situationen** möglich wurde (statt experimenteller Settings und Designs). Fragebogen hätten m.E. Tatsachen entstellt, weil wir ja gerade auch Ueberzeugungen („ich gehöre der Therapie-Schule X an“) mit praktischer Anwendung vergleichen und deren Bezug aufzeigen wollen.

Wir beobachteten also **verbales Therapeutenverhalten** auf Video, Tonband oder Transkript anhand eines Rating-Systems, welches zehn Kategorien zu den gemeinsamen Wirkfaktoren beinhaltet.

Eine Vorgänger-Untersuchung (Darbellay 1986, Blaser 1989, Kap. 4.4) zeigte bereits die Nützlichkeit und klinische Relevanz dieses Verfahrens. Zudem gibt es zahlreiche Untersuchungen zu den „Primary Therapist Response Modes“ (Elliott et al. 1987 als Ueberblick).

Unsere **Bestandsaufnahme** des therapeutischen Gesprächsgeschehens auf der Ebene von Gedanken- oder **Sinneinheiten** hat einen eher **deskriptiven** Charakter. Bei dieser methodischen Herangehensweise handelt es sich um eine Form der „**Inhaltsanalyse**“: „Inhaltsanalyse ist ein Verfahren zur Klassifikation des bedeutungsvollen Inhaltes (im Gegensatz zu grammatikalischen oder anderen formalen Qualitäten des Textes)“ (Anastasi 1973, S. 501). Es geht hier um eine **Differenzierung** des Untersuchungsgegenstandes (Unterscheidung von Interventionsar-

ten).

Nach Merten (1983) sollte ein solches inhaltsanalytisches **Kategoriensystem** folgenden Forderungen gerecht werden:

- 1) Theoretisch begründbare Ableitung und Validität: wird der Untersuchungsgegenstand inhaltlich exakt erfasst?
- 2) Vollständigkeit: werden alle möglichen relevanten Inhalte erfasst ?
- 3) Exklusivität und Unabhängigkeit: schliessen die Kategorien einander aus oder konfundieren sie ?
- 4) Die Kategorien müssen einem einheitlichen Klassifikationsprinzip genügen
- 5) Die Kategorien müssen eindeutig definiert sein

Um mögliche hochfliegende Erwartungen etwas zu dämpfen und in einen realistischen Rahmen zu stellen, erwähne ich hier die **Grenzen dieses Vorgehens** („was diese Untersuchung nicht zu leisten vermag“):

Der deskriptive, beschreibende Charakter dieser Methodik erlaubt lediglich eine **Bestandesaufnahme** der **Phänomene** „psychotherapeutische Interventionen“ und keine Wertung der Kategorien in Bezug auf Qualität oder Effektivität.

Die Resultate sind **rein quantitativer** und **deskriptiver** Natur (absolute und prozentuale Häufigkeiten), obwohl sie auch gewisse statistische Berechnungen zulassen.

Da explizit auf einen Bezug zum **Outcome** verzichtet wird (siehe Kapitel 2.1.2, reine Beobachtungsstudie) können keine qualitativen Aussagen im Sinne eines „welche Therapie ist die beste/wirksamste o.ä.“ gemacht werden.

Ebenfalls sind in den meisten Fällen die Klienten- und Therapeutenvariablen nicht verfügbar. Es können somit keine Bezüge von Interventionsarten zu Diagnose, Erfahrung etc. gemacht werden.

Da die Zahl der pro Therapierichtung untersuchten Therapiesequenzen genügend gross ist (N=15) und zudem sehr gut über den ganzen Therapieverlauf **gestreut** sind (Kap. 4.2.1), ist es möglich, allgemeine Aussagen über das **Verhältnis der Wirkfaktoren zueinander** („Profil der gemeinsamen Wirksamkeit“) in den sechs Therapierichtungen zu machen.

Diese im obigen Sinne „bescheidene“, deskriptive Untersuchung entspricht der von Greenberg und Pinsof (1986) aufgestellten Forderung, „sich um eine **rigorosere Beschreibung** des Geschehens zu bemühen, damit Heuristiken für therapeutisches Handeln abgeleitet werden können“ (vgl. 728 pp.).

4.1.1 Unser Messinstrument

In der bisherigen Forschung zu unseren Themen wurde bereits eine Vielzahl verschiedener Klassifikationssysteme angewendet (Kap. 4.5). Es bestand also eine „Qual der Wahl“. Wir entschieden uns für ein an der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Bern entwickeltes und erprobtes Rating-System: Das **10-Faktoren-Codierungssystem von A. Blaser** (Darbellay 1986; Blaser et al. 1992).

Es bezieht sich im wesentlichen auf die von Sol Garfield postulierten Wirkfaktoren (Garfield 1995 und Kapitel 4.4).

Die Kategorien werden nun einzeln besprochen, weil es uns sehr wichtig erscheint, genau zu beschreiben, wie sie **definiert** sind, wie die **Abgrenzungen** untereinander aussehen und welche Unterkategorien **subsummiert** werden. Wir wollen damit versuchen, den Kriterien von Merten (1983 und oben) gerecht zu werden. Beispiele veranschaulichen zusätzlich diese Methodik. In Kapitel 4.5 erfolgt zudem ein **Vergleich mit anderen Systemen** zu ähnlichen Fragestellungen.

Kognitiv Verstehen KV:

„Interventionen, die zur Klärung von Denkinhalten, Analysieren von Strukturen, Erwirken von Einsichten führen. Es geht um die Förderung von analytischem Denken, was häufig zu Introspektion führt. Auch das Entstehen von Emotionen kann diesen Prozeß begleiten“ (Blaser et al. 1992).

Diese Interventionen sind eher abstrakt und wollen in Abgrenzungen zum Lernen nicht direkt Verhalten ändern, auch wenn dies längerfristig dazu führen kann. Wenn sich Äusserungen des Therapeuten auf allgemeingültige Sachverhalte beziehen, wird die Kategorie „Informieren“ gegeben. Die Abgrenzung zum emotionalen Verstehen ist manchmal schwierig; wenn Gefühle im Vordergrund stehen wird EV vergeben, bei Kognitionen KV.

Diese Kategorie hat sich beim raten der Video-Mittschnitte als „Super-Kategorie“ herausgestellt, d.h. sehr viele Interventionen führten zu einer Codierung auf diesem Wirkfaktor. Da wir nur verbale Äusserungen untersuchen, scheint uns dies verständlich zu sein.

Es ergaben sich die folgenden Sub-Kategorien, welche in einer nächsten Untersuchung eventuell differenziert codiert werden könnten, hier jedoch unter KV subsummiert wurden:

- Klären und aufdecken von Problemen, Situationen, Ereignissen oder Denkinhalten
- Analysieren von Strukturen (z.B. Herausarbeiten von sog. Schemata oder Mustern)
- Erwirken von Einsichten (Klärungsaspekt nach Grawe)
- Förderung von analytischem Denken (Differenzierungsarbeit)
- Steigern der Introspektionsfähigkeit
- Bewusstmachen von Motivationen, Zielen u.s.w.
- Erfragen oder nachfragen von Sachverhalten oder Tatbeständen
- Zusammenfassen von Klientenäußerungen
- Zusammenhänge herstellen
- Wiederholen von Klientenäußerungen („paraphrasieren“)
- Self-disclosure des Therapeuten (Schilderung eigenes Erlebens oder Verhaltens)

Beispiele:

„Mir scheint, daß Ihre jetzige Reaktion Ähnlichkeiten hat mit einer Ihnen altbekannten Erfahrung, die Sie in ähnlicher Situation immer wieder anwenden“ (Schema herausarbeiten)

„Ja es scheint mir auch, daß Sie hier eigentlich zwei Personen miteinander verwechseln“ (Analyse)

„Was ging Ihnen genau durch den Kopf, als sie ihn gesehen haben?“ (Differenzierung)

„Dies war also eine sehr wichtige Erfahrung für sie“ (Paraphrasierung)

„Ich denke, dass Ihnen diese Reaktion hilft, diese Räume nicht mehr betreten zu müssen“ (Bewusstmachen von Motivationen)

Emotional Verstehen EV:

„Hier geht es um das Klären, Analysieren, Verdeutlichen und Aufzeigen von Gefühlen, von Gefühlsqualitäten und Nuancen. Diese Dimension grenzt sich von dem „Erleben von Emotionen,“ (AF) ab, indem hier nicht der emotionale Ausdruck gefördert, sondern analysiert und kognitiv (!) geklärt wird. Nicht der Inhalt des Gefühles wird gedeutet, sondern nur die Präsenz“ (Blaser et al. 1992). Es ist mehr ein „Reden über“ als ein „Erleben von“ Gefühlen. Die Kategorie „Stützen“ ST ist gefühlsbetonter und empathischer als diese eher „kühle“ Klärung emotionalen Geschehens.

Es geht darum, die Situationen, in welchen bestimmte Emotionen auftreten, zu analysieren, die Ursachen und die begleitenden Denkinhalte zu erfassen (z.B. mittels „Aufdecken negativer emotionaler Schemata“ gemäss Grawe). Für eine weitergehende Differenzierung möchte ich verweisen auf Kemmler et al. (1991) und Greenberg/Safran (1987).

Subsummiert werden folgende Interventionsarten:

- Klären von Gefühlen
- Fragen nach Gefühlen („Reden über“)
- Analysieren, beschreiben und benennen von Gefühlen
- Aufzeigen und Verdeutlichen von Gefühlen und Emotionsqualitäten
- Differenzieren und Abgrenzen von Gefühlen und Gefühlsnuancen
- Aufdecken (negativer) emotionaler Schemata (Muster, Wiederholungszwänge o.ä.)

Beispiele:

„Können Sie jetzt besser sagen, welches Gefühl Sie gerade vorhin hatten?“ (Benennen von Gefühlen)

„War es eher Wut oder Trauer?“ (Emotionale Differenzierung)

„Der Lift löst in Ihnen also ein Gefühl der Enge und Uebelkeit aus“ (Schema/Assoziation aufdecken)

„Wie fühlten Sie sich damals ihrer Mutter gegenüber?“ (Fragen nach Gefühlen)

Aktivieren AK:

Hierunter werden Interventionen gezählt, welche entweder eine eigene Aktivität des Patienten fördern oder aber einen nichtaktiven Klienten zum Handeln (meist sprechen) auffordern. Dies sind eher unspezifische Aufforderungen zu irgendwelchen Tätigkeiten

Die meisten Fragen sowie die erste Intervention einer Therapiesequenz fallen oft hierunter. Es handelt sich hier um eine Intervention, die sich nicht auf den Inhalt der Aktivität, sondern nur auf das Formale (die quantitative Dimension) bezieht. Inhalte können aber zusätzlich codiert werden (s.u. Mehrfachcodierungen). Lernen, Emotionales erleben oder Konfrontationen sind auch aktivierend, betonen in Abgrenzung aber die qualitative, inhaltliche Dimension. Zusammengefasst ergeben sich folgende Sub-Kategorien:

- Auffordern zu irgendeiner Tätigkeit
- Fördern eigener Aktivität des Patienten
- Aktivierende Fragen stellen
- Aufgabe stellen (während der Sitzung)
- Fördern von Differenzierungen

Beispiele:

- „Erzählen Sie doch einmal, was Sie in der Zwischenzeit erlebt haben“ (zum Erzählen auffordern)
- „Denken Sie mal darüber nach, wie Sie antworten möchten. Was meinen Sie dazu?“ (Aktivierende Frage stellen)
- „Versuchen Sie bei der nächsten Übung, sich ganz auf ihren Atem zu konzentrieren“ (Aufgabenstellung)
- „Versuchen Sie einmal, genau darauf zu achten, an welcher Stelle Sie mit Ihren Gedanken „abdriften“ (Fördern von Differenzierungen)

Informieren IN:

„Vermitteln von Sachinformationen, Orientieren. Es geht hier rein um Sachinformationen und nicht um „Verständnis im weitesten Sinne“ (Blaser et al. 1992). Es geht um Sachverhalte und Tatbestände, welche nichts mit dem inneren Erleben des Klienten zu tun haben, sondern allgemeine, „objektive“, unpersönliche Aspekte betreffen. KV ist ähnlich, aber mit individuellem, konkreten Bezug zum Klienten.

Dies ist eine der klarsten, eindeutigsten Kategorien, ihre Erkennung dementsprechend einfach:

- Vermitteln von Sachinformationen
- Erklären theoretischer Zusammenhänge
- Erklären und Begründen therapeutischen Vorgehens

Beispiele:

- „Die Wirkungen dieses Medikamentes werden Sie erst etwa in zwei Wochen spüren“
- „In der Psychologie wird dieses Phänomen mit „Arousal,, bezeichnet“
- „Wenn Sie in mir immer wieder Ihre eigene Mutter „sehen“, wird dies in der Psychoanalyse als Uebertragung bezeichnet, (Erklären theoretischer Zusammenhänge)
- „Diese Übungen für zu Hause sind deshalb wichtig, weil Ihnen so die gewonnenen Erkenntnisse in Fleisch und Blut übergehen können“ (Begründen therapeutischen Vorgehens)

Lernen LP:

„Fördern von erwünschten oder Mindern von nicht erwünschten Verhaltensweisen nach Modell, Bestätigung, Hypothesenbildung, Anweisung oder didaktische Aussagen“ (ebenda). Hier wird eine aktive Verhaltensänderung angestrebt, durch direktive Anweisung, Aufgabenstellung oder durch Modellfunktion des Therapeuten. In Abgrenzung zu KV oder EV besteht hier kein analysierendes, deskriptives Element, es wird nicht nach Motiven etc. gesucht sondern direkt Verhaltensänderungen induziert; eine „belehrende“, pädagogische, bewertende Haltung ist meistens deutlich erkennbar. Die Kategorie „Suggestieren“ SU ist subtiler, weniger direktiv und auch schwerer erkennbar. „Aktivieren“ andererseits ist unspezifischer und ohne „belehrende“ Absicht.

Diese in erster Linie mit kognitiv-behavioralen Therapien assoziierte Interventionsart findet sich als zentrale Kategorie in den meisten Therapiesequenzen aller Therapieformen.

- „Belohnen“ (z.B. loben, bestätigen, positiv bewerten) erwünschter Verhaltens- oder Erlebensweisen (klassisch oder operantes Konditionieren)
- „Bestrafen“ (z.B. kritisieren, problematisieren, negativ bewerten) unerwünschter Verhaltens- oder Erlebensweisen
- Anweisen von neuen Verhaltensweisen (Aufgabenstellung, Hausaufgaben etc.)
- Lernen am Modell (oder andere Lernformen)

Beispiele:

- „Das haben Sie gut gemacht“ (loben)
- „Sie haben auch bemerkt, daß Ihr Partner diesmal positiv reagiert hat“ (bestätigen)
- „Ihre frühere Reaktionsweise war schwierig zu akzeptieren“ (problematisieren)
- „Dieses mal wirkten Sie viel überzeugender auf mich. Wenn Sie immer so deutlich sprechen, nimmt man Sie sehr ernst“ (positiv bewerten)
- „Wenn Sie so mit mir reden würden, würde ich auch ärgerlich“ (kritisieren)

Stützen ST:

„Interventionen, die Unterstützung, Bestärkung, Trost vermitteln; die Hoffnungen und positive Erwartungen fördern, Schuld mindern, Verständnis vermitteln“ (ebenda). Rogers' Konzept der Empathie als Basisvariable umschreibt diese Kategorie sehr gut: Die Identifikation, das „Sich einfühlen“ in den Klienten, das „Mitschwingen“, das Erleben auch, dass man mit seinen Problemen nicht alleine dasteht (Solidaritätserfahrung nach Petzold); „Self-disclosure“, falls sie stützt, wird auch mit ST codiert (sonst KV). Die Abgrenzung zu EV ist schwierig: ST ist aber deutlicher emotional gefärbt als die emotional verständnisvollen (kognitiven) Interventionen der EV.

- unterstützen, bestätigen, trösten, Hoffnung fördern
- mitfühlen, „empathieren“, emotional mitschwingen
- sich solidarisch zeigen, identifizieren, „exzentrische Position“ (Petzold)
- sich öffnen des Therapeuten (Self Disclosure)

Beispiele:

„Ich verstehe Sie gut, es muß sehr schwer sein“ (sich solidarisch zeigen, mitfühlen)
„Ich kenne dies auch von mir, wenn es mal nicht so rund läuft“ (self disclosure des Therapeuten)
„Da haben Sie aber schon gewaltige Fortschritte gemacht“ (bestätigen, unterstützen)
„Ich habe vorhin ganz stark Ihre Freude über diesen Erfolg gespürt“ (emotional mitschwingen)

Konfrontieren KO:

Interventionen, die darauf zielen, den Patienten mit altem, gegenwärtigem, oder bisher vermiedenem Verhalten, Denken oder Fühlen zu konfrontieren oder dieses Verhalten durch Spiegeln deutlich machen oder in Frage stellen. Auch die meisten paradoxen Interventionen gehören hierher. Im Unterschied zu KV oder EV enthalten diese Interventionen kein analytisches Element; obschon KO Einsicht erwirken kann, liegt diese hier ganz beim Klienten, der Therapeut gibt keine Deutungen, er fordert lediglich den Klienten heraus.

- Konfrontieren mit Verhalten, Denken oder Fühlen
- Spiegeln von (ungünstigem) Verhalten, Denken oder Fühlen
- in Frage stellen von (ungünstigem) Verhalten, Denken oder Fühlen
- Aufmerksam machen auf Verdrängtes/Unbewusstes (blinde Flecken)
- Herausfordern zu neuen Erfahrungen
- paradox intervenieren
- Verantwortung zuweisen
- auf Widersprüche aufmerksam machen

Beispiele:

„Immer, wenn Sie darüber sprechen, machen Sie einen geknickten Eindruck“ (Spiegeln von Verhalten)
„Sehen Sie, genau diese Antwort geben Sie immer wieder“ (Konfrontieren mit Verhalten)
„Wenn Sie in der Weise auf ihn zugehen, müssen Sie sich im klaren sein, dass er sie ablehnen könnte“ (in Frage stellen)
„Ich denke halt schon, dass es da noch einiges zu entdecken gäbe“ (Herausfordern zu neuen Erfahrungen)

Erleben von Emotionen (Affektivität) AF:

Gemeint sind hier Interventionen, in denen der Umgang mit Affekten von Bedeutung ist. Es geht um Förderung des emotionalen Ausdrucks bis hin zur Katharsis. Vom Klienten angetönte Emotionen werden vertieft und konkretisiert. Das nachträgliche Analysieren und Einordnen der erlebten Gefühle gehört zur Interventionsgruppe EV. Statt einem „Reden über“ ist hier das „Ausagieren“ von gefühlsgetöntem Verhalten oder Erleben gefragt. Oft ergibt sich eine Verbindung mit der Kategorie „Erleben des Körpers“ EK. Der direkte Kontakt mit den eigenen Gefühlen ist gemeint, die Grawe'sche Problemaktivierung.

Diese aus der Gestalttherapie bekannte Vorgehensweise wird mittlerweile in den meisten Therapien angewendet (m.E. jedoch oft zuwenig, siehe Kapitel 6.1.4).

- Fördern, unterstützen und anregen des emotionalen Ausdrucks
- Kathartische „Entladung“ fördern und zulassen
- Vertiefen, verstärken emotionaler Inhalte (im Erleben wie im Ausdruck)
- Erlebnisaktivierung
- Ausagieren von vermiedener Emotionalität (z.B. „alte Szenen“ im Rollenspiel nacherleben)
- Suche nach dem adäquaten emotionalen Ausdruck und Kontakt („Stimmigkeit“)

Beispiele:

- „Lassen Sie doch dieses Gefühl zu“ (Verstärken emotionalen Erlebens)
- „Könnten Sie diesen Satz noch einmal lauter sagen“ (Verstärken emotionalen Ausdrucks)
- „Ja, zeigen Sie mir mal so richtig, wie wütend Sie sein können“ (Katharsis fördern und zulassen)
- „Irgendwie kam das bei mir noch nicht so ganz an“ (Hinweisen auf Unstimmigkeit)

Suggestieren SU:

„Interventionen, die Beeinflussung, Ueberzeugung oder gar Ueberreden der KlientIn bezwecken. Sie beziehen sich inhaltlich (in Abgrenzung zu LP und KV) stark auf persönliche oder schulspezifische Ansichten der TherapeutIn. Sie sind weniger auf die Aussage der KlientIn bezogen als auf die Meinungen der TherapeutIn gestützt. Es handelt sich um dogmatische Interpretationen [und Behauptungen], die oft auch aus der Reaktion der KlientIn abzulesen sind“ (Blaser et al. 1992). Hypnosemethoden gehören hierher, aber auch Ueberredungsstrategien im Sinne der R.E.T. (Ellis) und anderer kognitiver Ansätze. Obwohl hier meist Lernprozesse angestrebt werden, geschieht dies subtil und indirekt. Es handelt sich um bewusste, gewollte therapeutische Manipulationen.

In Erweiterung des ursprünglichen Verständnisses (s.o.) wurde diese Kategorie ergänzt durch die v.a. in der Psychoanalyse angewendeten Interventionen „**Deuten**“ und „**Interpretieren**“, weil deren suggestiver Charakter („Expertenmeinung“) mir eindeutig scheint.

- Ueberzeugen oder Ueberreden des Klienten
- Beeinflussen oder manipulieren
- Interpretieren oder Deuten von Inhalten
- Behaupten von Sachverhalten oder Tatbeständen

Beispiele:

- „Das kennen sie doch gut aus Ihrer Kindheit, nicht wahr“ (Suggestieren einer Erinnerung)
- „Beim schwarzen Vogel in Ihrem Traum handelt es sich um Ihre Grossmutter,“ (Deuten von Inhalten)
- „Dieses Verhaltensmuster wird Ihnen immer im Wege stehen, wenn Sie anderen Menschen begegnen möchten,“ (Ueberzeugen und Interpretieren)
- „Sehen Sie, diesen Gedanken müssen wir ein für allemal einen Riegel schieben,“ (Ueberzeugen)

Erleben des Körpers EK:

Interventionen, die Bewegung, körperlichen Ausdruck oder Entspannung fördern, Konzentration auf Körpergefühle, Körperteile, Atmung etc. ansprechen, kurz: die Wahrnehmung des Körpers fördern. Die Einheit von Körper und Seele sind eigentlich unbestritten. Dennoch erfährt diese Gruppe von Interventionen in der Praxis eine erschreckend geringe Beachtung. Die „Integrative Therapie“ von Petzold hat u.a. diese Dimension (bei ihm „Thymopraktik“, Petzold 1992e) explizit für die Psychotherapie fruchtbar gemacht. Interessant zu schauen, wie denn die Praxis aussieht...

- Inneres Erlebens körperlich ausdrücken
- Erfragen körperlichen Erlebens und Empfindens
- Entspannung ermöglichen und fördern
- Körperteile, Körpergefühle, Atmung etc. fokussieren und erleben lassen
- Wahrnehmung des Körpers anregen
- Körperlichen Ausdruck fördern

Beispiele:

- „Atmen Sie tief und ruhig und fühlen Sie, wie Sie dabei ganz schwer werden“ (entspannen)
- „Was haben Sie jetzt für Empfindungen in Ihrem Magen?“ (Körperwahrnehmung)
- „Versuchen Sie einmal, diesen Konflikt in einer Bewegung darzustellen“ (Körperausdruck fördern)
- „Konzentrieren Sie sich einmal nur auf Ihre linke Schulter während Sie das sagen,“ (Fokussieren)

„Es ergibt sich für jeden Therapeuten oder jede Gruppe von Therapeuten ein Profil solcher Kommunikationsmodi. So ließe sich z.B. zeigen, daß ein Therapeut vor allem mit Konfrontation und Aktivierung und kognitivem Verstehen interveniert, ein anderer Therapeut mehr mit emotionalem Verstehen, Stützung und Information geben und nur in geringem Maße mit kognitivem Verstehen und Konfrontation. Wenn man die beiden Profile übereinander legen würde, ersähe man die gemeinsamen oder „unspezifischen“ bzw. die nicht-gemeinsamen oder „spezifischen“ Anteile der Therapeuten an diesen Kommunikationsmodi“ (Blaser et al. 1992).

Diese Sichtweise der „Spezifität als Profil unspezifischer Faktoren“ (Blaser 1989) wurde in Kapitel 2.2.1.1 bereits ausführlich dargelegt.

Als **Kodierungseinheit** gilt jede Gedankeneinheit, d.h. jede in sich abgeschlossene, sinnhaltige Äusserung des Therapeuten (**Sinneinheit**). Die Analyseeinheit muss so gross gewählt werden, dass sie die Benennung einer der zehn Interventionsarten umfassen kann. Diese „optimale Breite“ wird auch „Korngrösse“ genannt (Fischer 1982, S. 187). Ich entschied mich zur Vergabe von zwei gleichwertigen Codierungen je Sinneinheit. Bei „eindimensionalen“, eindeutigen Interventionen vergab ich jeweils nur eine Codierung.

4.1.2 Inter- und Intra-Rater-Reliabilität

Als „Trainingseinheit“ diente im wesentlichen eine **Voruntersuchung** (s.u.), wo im „interpersonalen Diskurs“ (Petzold) die Kategorien eingeübt wurden und somit die Reliabilität (zwischen dem Verfasser und A. Blaser) auf ungefähr drei Viertel (3 von 4 Codierungen gleich) **Uebereinstimmung** gesteigert werden konnte.

Anhand der in der Voruntersuchung codierten weiter unten dargestellten „Gloria“-Videos wurde auch die Inter-Reliabilität geprüft. Es ergab sich dabei eine Uebereinstimmung der Ratings von 72%. Es wurde dabei jede einzelne Intervention verglichen und entweder als übereinstimmend oder nicht übereinstimmend taxiert. Schlussendlich wurden gleiche und ungleiche Codierungen zusammengezählt und verglichen. Dass durchschnittlich einer von vier Codes nicht übereinstimmte, scheint mir vertretbar. Vergleichbare Studien kommen ebenfalls nicht über 80 % hinaus (z.B. Hill 1978, Hill/Thames 1979 oder Kemmler/Schelp/Mecheril 1991).

Ein Teil der Daten (etwa ein Viertel) wurde zu einem früheren Zeitpunkt mit demselben Kategoriensystem bereits einmal von Barbara Tschirren codiert. Mit diesen Codierungen besteht eine 68%-ige Uebereinstimmung im Vergleich zur Gruppe Verfasser und Betreuer.

Ich hätte sehr gerne noch weitere Kontroll-Codierungen vornehmen lassen, musste mich aber schlussendlich v.a. mangels Bezahlungsmöglichkeiten mit den vorhandenen Ratings begnügen.

Im Intra-Rater-Test (des Verfassers) ergab sich eine Reliabilität von 91 %.

4.2 Versuchsplan, Material und Zeitberechnung

4.2.1 Versuchsplan und Material

Psychotherapieverfahren:

- Psychoanalyse (Freud) **PSA**
- Interaktionelle Verhaltenstherapie (Grawe)

IVT

- Gesprächspsychotherapie (Rogers) **GT**
- Problemorientierte Therapie **POT** (Blaser et al. 1992)
- Allgemeine Psychotherapie **APT** (Grawe 1995)
- Integrative Therapie **IT** (Petzold 1993) und Gestalttherapie **GST** (Perls)

Datenquelle:

Ulmer Datenbank (Transkripte und Video-Bänder)
Praxisstelle Bern (Video-Bänder)

Praxisstelle Bern, PUPK Bern, SGGT (Video-Bänder, Transkripte)
PUPK Bern (Video-Bänder)

Praxisstelle Bern (Video-Bänder)

Fritz Perls Institut, Düsseldorf (Video-Bänder, Transkripte)

Tabelle 8: Versuchsplan und Material

Je 15 verschiedene Therapien verschiedener Therapeuten desselben psychotherapeutischen Verfahrens wurden zufällig zum Codieren ausgewählt.

Von diesen 15 Therapien werden drei Sitzungen (z.B. 5., 10., 15. bei total 20 Sitzungen) codiert, davon wiederum jeweils die Minuten 5-10; 25-30; 35-40. So wurde sichergestellt, dass keine Extremsitzungen (Erstgespräch, Abschluss) codiert wurden bzw. innerhalb der Sitzung die Anfangs- und Schlussphase umgangen werden können.

4.2.2 Zeitplan

Dies ergibt diesen Aufwand pro Richtung: 45 Videotapes à 15 Minuten Codierung. Bei einem Verhältnis Codierung zu Echtzeit von 3 zu 1 ergibt dies ca. 33 Stunden Codieraufwand je Verfahren.

Der Netto-Gesamtaufwand (= Codieraufwand) der Datenerhebung umfasst somit ca. 200 Stunden. Hinzu kommen die langwierige Beschaffung des Materials (z.B. zahlreiche Briefe und Telefonate nach Düsseldorf) sowie die Reisezeit nach Ulm für die Psychoanalyse und nach Düsseldorf für die Integrative Therapie.

4.3 Gloria-Voruntersuchung

Eine Ursache für das Zustandekommen dieses Forschungsprojektes ist u.a. der Lehrfilm „Three Approaches to Psychotherapy“ von Shostrom. Dieser wurde bereits 1965 produziert. In einer (damals sowieso) einmaligen Aktion wurden drei führende Therapeuten Amerikas (Rogers, Perls und Ellis) mit derselben Klientin (Gloria) interagierend auf Videoband aufgenommen.

Dass daraus keine Folgerungen für z.B. die Effektivität der drei Therapierichtungen geschlossen werden können, liegt auf der Hand (v.a. wegen des Reihenfolge- und Lerneffektes beim zweiten und dritten Interview).

Typische Interventionsmuster und -Häufigkeiten können aber durchaus erkannt werden.

Es blieben denn auch diverse Forschungsbemühungen (z.B. Hill/Thames 1979, Essig 1990, Kiesler/Goldston 1988, Gustavson 1981, Stoten/Goos 1974, Weinrach 1986, Zimmer/Cowles 1972) über „Gloria“ nicht aus.

Clara Hill (1979) hat alle drei Therapeuten ähnlich wie hier mit einem eigenen Messinstrument nach Interventionen (siehe Kap. 4.5) codiert. Die Ergebnisse ihrer Studie sind mit den hier erhobenen in etwa vergleichbar.

Wir hatten nun die Idee, diese drei Therapiestunden als **Pilotstudie** auf Interventionsarten hin einzuschätzen. Die Ergebnisse daraus dienten auch zur Generierung der Fragestellungen und als Reliabilitätskontrolle für den Verfasser als Rater der meisten Daten der Hauptuntersuchung.

Wichtig ist zu diesen Videoaufnahmen zu erwähnen, dass diese, nebst journalistischem und gesellschaftlichem Wert auch als Lehrmaterial für Auszubildende dienen sollten. Man merkt den drei Therapeuten gut an, wie sie versuchen, ihre eigene Therapieform möglichst prägnant und spezifisch darzustellen. Unterschiede wurden solchermaßen hervorgehoben, dass der Betrachter tatsächlich den Eindruck bekommt, dass diese den grössten Teil der Interventionen ausmachen. Dass dies nicht einmal bei diesen drei aus der Kinder- und Jugendzeit („erste und zweite Generation“) der Psychotherapie stammenden Sitzungen der Fall ist (vgl. Kap. 5.5), erstaunt umso mehr; bestätigt aber die Hypothese, dass „common factors,“ das Gros der Wirksamkeit ausmachen.

Die Resultate dieser Vorstudie sind wie auch alle anderen deskriptiven sowie statistischen Analysen aus dem nächsten Hauptteil ersichtlich (Kapitel 5.5).

4.4 Die Häufigkeit verbaler Kommunikationsmodi

Da es sich bei der vorliegenden Studie im wesentlichen um eine Replikation und Weiterführung handelt, möchte ich an dieser Stelle die erste Studie kurz besprechen, welche mit diesem Kategoriensystem durchgeführt wurde. Dies, obwohl der Hauptunterschied das Gruppensetting mit 2 weiteren Kategorien bildet. Blaser (1989) schreibt dazu folgendes:

„Darbellay (1986) hat die verbalen Interventionen mehrerer Psychotherapeuten codiert. Die Codierung erfolgte so, dass jede verbale Intervention mittels **12 Kommunikationsmodi** verschlüsselt wurde, ähnlich wie dies Garfield (1980) vorgeschlagen hat. Diese Kommunikationsmodi sind ubiquitär und daher nicht spezifisch“. Mittels dieser 12 Interventionsmodi wurde derselbe Therapeut mit jeweils denselben Klienten in zwei verschiedenen Therapieformen registriert. Als Kontrollgruppe diente „derselbe Therapeut und dieselben Patienten, indem ihre Plauderei während des gemeinsamen Essens auf dieselbe Weise codiert wurden“.

Dies ergab Interventionsprofile, deren kleinster gemeinsamer Nenner (d.h. die gemeinsame überlappende Fläche) immerhin 76 % ergibt. Wesentlich verschieden davon sind die verbalen „Interventionen“ im nichttherapeutischen Setting des Essens.

Psychotherapie scheint sich also vom Alltagsgespräch zu unterscheiden (siehe z.B. die Forschung zu den Lientherapien in Kap. 2.1.4), obwohl es im Vergleich verschiedener Verfahren nur geringe Unterschiede gibt.

Die deskriptiven Resultate („Profile“) dieser Studie sind in der Abbildung 4 auf Seite 17 dieser Arbeit dargestellt.

Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass aus diesen wenigen Daten natürlich keine allgemeinen Schlüsse zulässig sind. Dies soll Aufgabe der vorliegenden Arbeit sein.

Es wird jedoch aufgezeigt, „die Operationalisierbarkeit eines theoretischen Modells, das die **Spezifität einer Psychotherapie im Einsatzprofil der unspezifischen Kommunikationsmodi** sieht. (...) Die Sichtweise der Spezifität als Profil unspezifischer Wirkfaktoren entschärft nicht nur die alte Polemik [mit H.H. Strupp v.a.], sondern macht sie überflüssig.

Prämisse dazu ist die Hypothese, dass alle Psychotherapeuten **mit einer „endlichen Menge von Mitteln kommunizieren**, von denen sie einen **grossen Teil gemeinsam verwenden**. Spezielle Techniken und Prozeduren [Ebene 3 in unserem Ebenen-Modell] lassen sich wiederum als Gesamt von gemeinsamen Teilkomponenten [Handlungsebene der Interventionen, Ebene IV] betrachten. Dadurch entfällt der scheinbar polare Gegensatz spezifisch-unspezifisch“ (Blaser 1989, S. 18). Auf die angesprochenen Diskussionsthemen bin ich in Kapitel 2.2 bereits ausführlich eingegangen.

4.5 Ueberblick über verschiedene Messinstrumente

Mir ist es wichtig, einen möglichst umfassenden Ueberblick über bestehende und meist auch vielfach erprobte Kategoriensysteme, die sich mit verbalen Interventionen befassen, zu geben. Dadurch kann belegt werden, dass unser Kategoriensystem in einer langen Forschungs-Tradition steht.

Deshalb erfolgt an dieser Stelle eine Aufstellung verschiedener Systeme mit jeweils einer kurzen Darstellung. Am Schluss folgt dann noch ein grosser Ueberblick (Tabellen 9 und 9a), wo ich die Kategorien einander gegenüberstelle. Hingewiesen sei auf die erstaunliche Uebereinstimmung der Kategorien in ganz unterschiedlichen Systemen (oberer Teil der Tabelle 9 und 9a). Die (gegenüber unserem System) neuen Kategorien sind unter dem Strich angeführt.

1. Bastine (1975) stellte als einer der ersten Europäer ein Set von neun Interventionsstrategien und zugehörigen Vorgehensweisen vor:

- a) **Amplifizieren:** Der Therapeut erweitert das Problembewußtsein des Klienten. Probleme werden definiert und Lösungswege gesucht.
- b) **Unterbrechen von Handlungsketten:** Anhalten und Verändern von gewohnten Handlungs- und Gedankenmustern („Verhaltensketten“) zur Neustrukturierung „eingefahrener“ Problembereiche.
- c) **Vereinfachen:** Re-Definieren und Reduzieren von komplexen Situationen und Erlebnissen in einfache, für den Klienten überschau- und lösbare Situationen.
- d) **Konfrontieren:** Der Therapeut stellt den Klienten seinen Schwierigkeiten gegenüber und verhindert ein Ausweichen.
- e) **Selbstaktivieren:** Erhöhen der Eigenbeteiligung des Klienten bei der Analyse und der Bewältigung von Problemen.
- f) **Modellieren:** Beeinflussendes Aktivieren durch andere Personen (z. B. Kollegen, Familienangehörige), Normen und Vorbilder.
- g) **Attribuieren:** Zuweisen der Erklärungen über die Entstehung und Veränderung von Schwierigkeiten durch den Therapeuten.
- h) **Rückmelden:** Der Therapeut vermittelt Informationen über das Verhalten des Klienten, einschließlich von Bewertungen.
- i) **Akzentuieren:** Schwerpunktmässiges Auswählen verschiedener Verhaltensaspekte durch den Therapeuten (wie des beobachtbaren Verhaltens der subjektiven Erlebnisse oder situativer Merkmale) in der Analyse und Bewältigung von Schwierigkeiten.

2. Benjamin (1974/1994): Structural Analysis of Social Behavior SASB

Dieses auf interpersonale Stile spezialisierte Codierungssystem wurde bereits in Kapitel 2.1.2 (Abbildung 2) besprochen (vgl. auch Kapitel 6.2). Da unser System einseitig Therapeutenaussagen codiert, ist es nicht direkt mit SASB damit vergleichbar. SASB stellt aber m.E. eine potentielle methodische Zugangsweise für eine „Zukunft der Psychotherapieforschung“ dar, weil damit ganze Muster oder „Figurationen von Merkmalsvariationen“ (Grawe 1990b) grafisch und numerisch abgebildet werden können. Zur Wissenschafts- und Erkenntnistheorie vgl. den Schlussteil dieser Arbeit sowie Anhang C.

3. Blaser et al. (1992), Darbellay (1986):

dieses auch hier verwendete System wurde in Kapitel 4.1.1 bereits ausführlich besprochen. In den Tabellen 9 und 9a erfolgt ein Vergleich mit anderen Codierungs-Systemen.

4. Bloch / Crouch (1985): ähnlich dem System von Yalom beziehen sich diese Kategorien auf gruppentherapeutische Settings. Der Fokus liegt hierbei primär bei den Klienten:

- Akzeptanz	- Altruismus	- Anleitung
- Einsicht	- Einflössen von Hoffnung	- Identifizieren
- Interpersonales Lernen	- Katharsis	- Selbst-Oeffnung

5. Elliott (1987): „Primary Response Mode System“

Sein „Primary Response Mode System“ umfasst folgende Kategorien (vgl. Tabelle 9 als Vergleich):

- Question (closed or open)	- Information	- Advisement (process or general)
- Reflection	- Interpretation	- Self-Disclosure
- Reassurance	- Disagreement	- other

Darüberhinaus haben Elliott et al. (1987) sechs Rating-Systeme (Elliott, Friedlaender, Goldberg, Hill, Mahrer, Stiles) auf gemeinsame, reliable Kategorien hin untersucht und sechs Hauptkategorien gefunden:

- QUESTION	- ADVISEMENT	- INFORMATION
- REFLECTION	- INTERPRETATION	- SELF-DISCLOSURE

6. Frank (1971/1981):

bekannt aus Kapitel 2.2.2.2 wiederhole ich hier lediglich die vier allgemeinen Komponenten der Psychotherapie. Dies ist kein Rating-System, sondern ein konzeptübergreifendes Modell:

- emotional involvierende, vertrauensvolle Beziehung
- Rahmenbedingungen und Rollenbeschreibungen
- geordnete und gesellschaftlich legitimierte Bedingungen
- Kompetenz eines Berufsstandes

7. Garfield (1980/1995):

in Franks Nachfolge stehend, explizierte Sol Garfield seine klassischen Interventionsformen:

-Catharsis	-Cognitive Modification	-Confrontation
-Desensitization	-Emotional Expression	-Expectancies
-Exposure	-Information	-Insight
-Interpretation	-Reassurance	-Reinforcement
-Relaxation	-Release	-Self-Disclosure
-Support	-Understanding	

8. Grawe (1995/1997):

Klaus Grawes vier Wirkfaktoren haben wir schon mehrfach kennengelernt. Da sie sich auf Ebene V unseres Modells befinden, sind sie nicht direkt codierbar, sondern müssen erschlossen werden aus den Interventionen der Handlungsebene IV. Es sind dies:

- Klärung	- Ressourcenorientiertheit
- Problemaktivierung	- Problembewältigung

9. Hill (1978/1986): „Hill’s Verbal Response Category System“

Clara Hill unterscheidet insgesamt 14 Kategorien, welche sich in acht Gruppen einordnen lassen:

- Minimal Encourager
- Silence
- Directives: - Approval/Reassurance - Information - direct Guidance
- Questions: - open Question - closed Question
- Paraphrases: - Restatement - Reflection - nonverbal Referent
- Interpretives: - Interpretation – Confrontation
- Self-Disclosure
- Other

10. Rahm et al. (1993): Techniken der Integrativen Therapie IT

Spezifisch für die verschiedenen Verfahren der Integrativen Therapie nach Hilarion Petzold führen Rahm et al. (1993) die folgenden Techniken (Ebene III unseres Ebenen-Modells) auf, welche typischerweise aufeinander aufbauend zur Anwendung kommen, weil sie den entsprechenden Graden der therapeutischen Tiefung entsprechen sollten:

1. Aufmerksam machen
2. Wiederholen
3. Uebertreiben
4. Assoziieren
5. Aushalten
6. Umkehren ins Gegenteil
7. Arbeit an der Sprache
8. Beispiele

9. Vergegenwärtigen von Vergangenheit und Zukunft
10. Imagination / Phantasiearbeit
11. Identifikation
12. Dialoge / Rollenspiele
13. Verhalten und Rollen ändern
14. Kreative Medien
15. Uebergangs- und Intermediärobjekte
16. Leibliche Interventionen

Die 14 therapeutischen Wirkfaktoren gemäss Petzold (1982/1993) habe ich in Kapitel 2.4.2.3 bereits ausführlich besprochen.

11. Revenstorf (1988): Tübinger Codiersystem

die wichtigsten Kategorien aus seinen insgesamt 41 Codes sind:

- Frage: nach Affekt, Kognition, Verhalten, Ereignissen, (Lern-) Mustern
- Anweisung (incl. Suggestion)
- Wiederholung (z.B. Paraphrasierung)
- Stellungnahme (Zustimmung / Ablehnung)
- Hinweis und Provokation
- Interpretation, Umdeutung, Argumentation
- Elaboration: Affektive, Kognitive und Verhaltens-Ebene
- Unterstützung, Zuhören, Pause, Konversation (Beziehungsebene)

12. Roger's Basisvariablen:

Diese von uns als universale Wirkfaktoren bezeichneten drei therapeutischen Basisvariablen wurden bereits in Kapitel 2.2.2.1 besprochen.

- Empathie
- Echtheit / Kongruenz
- Wertschätzung

13. Sachse 1992: Bearbeitungstiefe.

Rainer Sachse, welcher die Gesprächspsychotherapie erheblich erweitert und „vertieft“ hat, unterscheidet in seinem Hauptwerk vier Interventionsformen: a) Paraphrasieren, b) Implizites explizieren, c) explizite Fragen und d) Prozessdirektiven (d.h. Auffordern zur Bearbeitung).

Interessanter sind eigentlich seine Ausführungen zur Bearbeitungstiefe. Seine Bearbeitungsangebots-Skala (verwendbar als Rating-System) sieht so aus:

1. keine Bearbeitung persönlich relevanter Inhalte anregen
2. Intellektualisierung anregen
3. Bericht (über Inhalte) anregen
4. Bewertung (dieser Inhalte) anregen
5. Persönliche Bewertung (der Inhalte) anregen
6. Persönliche Bedeutung (Gefühl) anregen
7. Repräsentationsbildung anregen (inneres Bezugssystem explizieren)
8. Integration (anderer Aspekte und Konzepte) anregen

14. Schindler et al. (1988): CIP vom MPI, München

Diese Münchner Forschergruppe hat ein Kategoriensystem entwickelt, welches Klient und Therapeut separat erfasst. Ich stelle eine Uebersicht der Kategorien zum Therapeuten-Verhalten dar:

- Einfühlung: Gefühlsansprache, Reformulierung, Verständnis
- Unterstützung: Zuspruch, positive Rückmeldung, „minimal encourager“(Hill)
- Exploration: Informationsfrage, Zusammenfassung
- Erklärung: sachliche Feststellung, Strukturierung, Erklärung, Selbstöffnung („self disclosure,,)
- Direktiven: direktive Führung, Aufgabenstellung
- Klassifikation: Konfrontation, Interpretation, Kritik
- (Zuhören, Pause, Restkategorie)

15. Sponzel (1995): „Heil-Wirk-Faktoren“

Von Rudolf Sponzel (1995) stammt die meines Wissens umfassendste Auflistung psychotherapeutischer „Heil-Wirk-Faktoren“, wie er sie nennt. Seine Integrative Psychologische Psychotherapie (IPPT) ist ein enormer Versuch, weitgehend alle bisherigen Erkenntnisse aus der Psychotherapie in einem Monumentalsystem zu integrieren. Eine Darstellung dieser Leistung würde den Rahmen dieser Arbeit bei weitem sprengen ! Deshalb hier lediglich sein „Heilmittel-Katalog“ (für Therapeut wie Klient gleichermaßen gültig):

- | | | |
|-------------|-------------|-------------------|
| - Abwehren | - Empfinden | - Fühlen / Spüren |
| - Lenken | - „Stellen“ | - Tun |
| - Vermeiden | - Werten | - Wünschen |

16. Stiles (1979/1986): Rollendimensionen (Taxonomy of Verbal Response Modes)

a) Zugewandtheit vs. Selbstbezogenheit (Uebersetzung Kemmler st al. 1992)

b) Hypothese vs. Lenkung

c) Vor-Hypothesen vs. Vor-Hypothesenfreiheit

Unterschieden werden ferner folgende Antwortmodalitäten: (mit Schulen-Hypothesen!)

- | | |
|---|---------------|
| - persönliche Mitteilung | GST |
| - Anweisung | RET, GST |
| - objektive Darstellung | RET, GT |
| - Uebereinstimmung vs. Abgrenzung | GT |
| - Fragen | PSA, RET, GST |
| - Interpretation | PSA, RET, GST |
| - Aufnahme und Akzeptanz | PSA, GT |
| - Verbalisierung und einführendes Verstehen | PSA, GT |

17. Tscheulin (1992): Zwischenziele von Psychotherapie

Sechs Hauptkategorien umfassen (in Anlehnung an Beutler 1983):

- 1) Einsichtsgewinn
- 2) Emotionales Gewährsein
- 3) Gefühlsintensivierung
- 4) Affektmilderung
- 5) Verhaltenskontrolle
- 6) Wahrnehmungsänderung

Jedes dieser sechs Ziele kann grundsätzlich in evokativer Weise oder anleitender Weise technisch verwirklicht werden.

Evokatives Verhalten des Therapeuten umfasst : Deuten der Uebertragung, Umformulieren (Reframing), Fragen; Spiegeln oder Reverbalisieren der Gefühle; Konfrontation, paradoxe Instruktion, Spiegeln; Beruhigen, Lehren, Informieren; Klären etc.

Anleitendes Verhalten umfasst: Freie Assoziation, Traumarbeit, Rollenspiel, Stuhl-Dialoge, Feedback (Audio, Video, Gruppe); Fokussieren, Hausaufgaben, Uebersteigern; Implosion, Sensibilisierung/Löschung, Konditionieren; Exponieren, Autogenes Training, Hypnose, Selbstsicherheitstraining; Verhaltensformung, Selbstbeobachtung; Alternatives Denken, Beweise sammeln etc.

18. Yalom (1995): Gruppentherapie-Faktoren

Sehr bekannt sind die zwölf allgemeinen Kategorien zur Gruppenpsychotherapie. Yalom selbst gewichtet diese in absteigender Reihenfolge folgendermassen:

1. Interpersonales Lernen, Input
2. Katharsis
3. Kohäsion
4. Selbstverständnis
5. Interpersonales Lernen, Output
6. Existentielle Faktoren
7. Universalität des Leidens
8. Hoffungeinflüssen
9. Altruismus
10. Wiederdurchleben der Familiensituation
11. Anleitung
12. Identifizierung

KOMMUNIKATIONS - MODI: ein Vergleich verschiedener Kategoriensysteme für die Interaktion in der Psychotherapie

Blaser 92 / 96:	Garfield 82 / 95:	Elliott 81:	Hill 79:	Stiles
Kognitives Verstehen (KV)	-Interpretation, Insight, Understanding,	- Closed/open Question	- Closed/open Question	- Question
Emotionales Verstehen (EV)	-Expectancies, Release			
Aktivieren (AK)		- Open Question	- Open Question, (Direct Guidance)	- Question
Informieren (IF)	-Information	- Information	- Information	- Edification
Lernprozess fördern (LP)	-Cognitive Modificat., Reinforcement	- Reflection	- Restatement/Reflection/Reference	- Reflection
Stützen (ST)	-Reassurance, Support, Reinforcement	- Reassurance, (Self-Discl.)	- Reassurance/Encourage	-Ackn/Encr/Reas
Konfrontieren (KO)	-Exposure, Confrontation	- Disagreement	- Confrontation	-Confrontation
Emot.Ausdruck fördern(AF)	-Catharsis, Emotional Expression, Release			
Suggestieren (SU)		- Interpretation	- Interpretation	- Interpretation
Erleben des Körpers (EK)	-Release			

	-Desensitization ---> Methoden - Ebene !	- Advisement (process/general)	- Direct Guidance	- Advisement
	-Relaxation ---> Methoden - Ebene !	- Self-Disclosure	- Self-Disclosure	- Disclosure

Tabelle 9: Kategorienvergleich für verbale Therapeuten-Interventionen

Blaser 92 / 96:	Bloch 81: Gruppen	Yalom 95	Bastine 75: Methoden-Ebene
Kognitives Verstehen (KV)	- Insight (Verstehen)	Identifizierung	Vereinfachen(zu lösbaren Situationen)
Emotionales Verstehen (EV)	- Insight	Selbstverständnis	
Aktivieren (AK)	- Guidance (Anleitungen)	Anleiten, Wiederdurchleben	Amplifizieren (von alternativen Zielen)
Informieren (IF)			
Lernprozess fördern (LP)	- Vicarious Learning (stellvertr. Lernen)	Lernen (interpersonal)	Attribuieren (Fokus wählen)
Stützen (ST)	- Acceptance (Kohäsion)	Universalität des Leidens	Modellieren (z.B.Rollenspiel,Belohn.)
	- Universalism (Teilen des Leidens)	Hoffnung einflößen	
	- Infiltration of Hope (Hoffnung vermitteln)		
Konfrontieren (KO)		Wiederdurchleben der Fam.situation	Konfrontieren (z.B. Ueberzeichnen) Unterbrechen von Handlungsketten
Emot.Ausdruck fördern(AF)	- Catharsis (WiederHypothese)	Katharsis	Akzentuieren, (Ursachen-)Erklärungen Rückmelden (Reflexion, Bewertung)
Suggestieren (SU)			
Erleben des Körpers (EK)			
<hr/>			
	- Existency (Verantwortungsübernahme)	Kohäsion (Gruppe!)	Selbstaktivieren (Selbstbestimmung)
	- Altruism (nützlich für andere)	Altruismus, Existentielle Faktoren	
	- Self-disclosure		
	- Interaction (Realitätsprüfung)		

Tabelle 9a: Kategorienvergleich für verbale Therapeuten-Interventionen (Fortsetzung)