

**Das Therapiegeschehen aus der Perspektive der Verwirklichung
therapeutischer Heuristiken:**

Ergebnisse über die Analyse der beiden PEP-Theorien

Hansrudi Ambühl

Psychologisches Institut der Universität Bern

Manuskript eines Vortrags, gehalten am PEP-Arbeitstreffen in
Stuttgart vom 26. und 27. Mai 1988

1. Konzeptueller Hintergrund der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung geht davon aus, daß die therapeutische Tätigkeit sich nicht an **Methoden**, sondern an therapeutischen **Zielen** orientieren soll. Für die Herbeiführung eines bestimmten Veränderungszieles auf Seiten der Klientin/des Klienten gibt es in der Regel nicht, sondern mehrere alternative Möglichkeiten. Für die Wirkung der Therapie kommt es hauptsächlich darauf an, inwieweit bestimmte Ziele tatsächlich erreicht werden und nicht mit welchen Methoden sie erreicht werden.

Ein therapeutisches Vorgehen, das aber von der Methode her ausdrücklich nicht festgelegt, sondern flexibel ist, bezeichnen wir als **Verwirklichung** bestimmter **therapeutischer Heuristiken**. Eine therapeutische Heuristik kann demnach auf sehr unterschiedliche Weise verwirklicht werden. Ein heuristisch arbeitender Therapeut konstruiert sein Verhalten jeweils neu im Hinblick auf die Erfordernisse der Situation und auf der Grundlage seiner bisher entwickelten persönlichen und fachlichen Möglichkeiten im Hinblick auf das angestrebte Veränderungsziel. Dieses heuristische Verständnis der Regulation und Entwicklung psychischer Prozesse ab, in deren Mittelpunkt das Konstrukt des **Schemas** steht (Grawe, 1987). Schemata sind ihrer Natur nach selbst aktiv und ständig in Entwicklung begriffen. Psychische Störungen entstehen hauptsächlich daraus, daß die Aktivität und Entwicklung wichtiger Schemata blockiert werden. Die wichtigsten Ursachen für solche Blockaden sind Konflikte zwischen verschiedenen Schemata des Individuums. Psychotherapie wird daher als **Entwicklungsprozess von Schemata** verstanden. Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin ist es, die das Problem aufrechterhaltenen Schemata zu aktivieren und durch geeignete Interventionen zur Weiterentwicklung zu stimulieren. Eine Weiterentwicklung von Schemata kann in dreierlei Weise erfolgen, nämlich durch:

1. Reflektierende Abstraktion:

Im Prozess der reflektierenden Abstraktion wird neues Bewußtsein für die eigenen, die Auseinandersetzung mit der Umgebung steuernden Regulierungen hervorgebracht. Der Prozess der reflektierenden Abstraktion wird durch die "Störung", d.h. durch Informationen, die nicht im Sinne der bestehenden Schemata assimilierbar sind, in Gang

gebracht und setzt sich dann fort, indem die reflektierende Aufmerksamkeit des Individuums auf seinen aktuellen Umgebungsbezug gerichtet wird.

2. Emotionsverarbeitung:

Hier werden Schemata, deren Selbstzweck im Vermeiden bestimmter aversiver Emotionen besteht, dadurch in ihrem verhaltens- und erlebnisbestimmenden Einfluß abgeschwächt, daß die bisher vermiedene Emotion aktiviert und (wieder) erlebbar wird.

3. Kompetenzerweiterung:

Während durch reflektierende Abstraktion und Emotionssverarbeitung gleichzeitig neue Ziele herausgebildet werden meint Kompetenzerweiterung die Erweiterung des Zutrauens und der Fähigkeiten des Individuums, seine bereits bestehenden Ziele zu realisieren.

Psychotherapie ist nach dieser Vorstellung in dem Masse wirksam, in dem es den Therapeutinnen in ihren Interaktionen mit den Klientinnen gelingt, deren Entwicklungsprozesse dieser Art in Gang zu setzen. Das auf die Realisierung dieser Ziele ausgerichtete Verhalten des Therapeuten/ der Therapeutin bezeichnen wir als Verwirklichung therapeutischer Heuristiken. Den drei Arten von Veränderungsprozessen auf Seiten des Klienten/der Klientin sind demnach die drei therapeutischen Heuristiken der 1. Reflektierenden Abstraktion, 2. Emotionsverarbeitung, 3. Kompetenzerweiterung zugeordnet.

Eine wichtige Voraussetzung für das Erreichen dieser drei Veränderungsziele besteht in der aktiven Herstellung einer vertrauensvollen interaktionellen Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in, in der sich die Klientin/der Klient in ihren/ einen wichtigsten Zielen angenommen und verstanden fühlt. Die auf die Herstellung einer solchen Beziehung ausgerichtete Aktivität des Therapeuten/der Therapeutin bezeichnen wir als **Heuristik der Beziehungsgestaltung**. Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, daß sich Psychotherapie aus einer heuristischen Perspektive am Erreichen von bestimmten Zielen orientiert, die sich aus dem individuellen Verständnis der konfligierenden Schemata heraus ergeben. Damit erscheint die Frage nach den veränderungsrelevanten Zielen befriedigend beantwortet. Offen ist jedoch vorderhand die Frage, welche Bedingungen gegeben

sein müssten, um Veränderungen im Sinne dieser Ziele auch tatsächlich zu erreichen.

Es ist in der Psychotherapieforschung bisher nicht gelungen, die Wirkungen von Psychotherapien auf ganz bestimmte therapeutische Interventionen zurückzuführen.

Trotz vielen experimentellen Studien hat sich bis heute kein klares Bild über die Zusammenhänge zwischen bestimmten Interventionen und bestimmten Effekten ergeben. Orlinsky & Howard (1986) haben kürzlich ein "Generic Model of Psychotherapy" vorgelegt, das den Mißerfolg der bisherigen Bemühungen zum Teil verständlich macht (s. Abb.1)

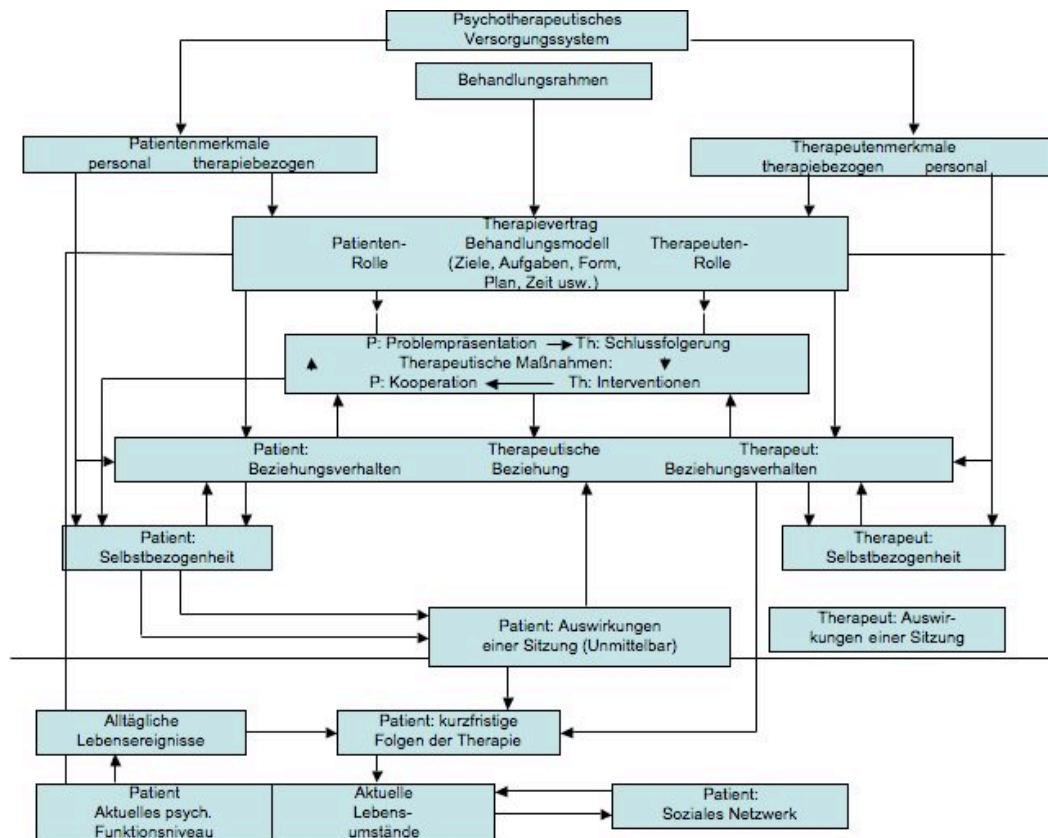


Abb. Das „Generic Model of Psychotherapy“

Nach ihrem Modell sind die therapeutischen Interventionen eingebettet in ein Wirkungsgefüge vieler sich gegenseitig beeinflussender Variablen des Therapieprozesses, in dem vor allem die Therapiebeziehung (Therapeutic Bond) und die Aufnahmebereitschaft der Klientinnen für das therapeutische Angebot (Patient Self-Relatedness) einen direkten und einen moderierenden Einfluß auf das Therapieergebnis haben. Die

Wirkung therapeutischer Interventionen hängt nach dem Prozessmodell von Orlinsky & Howard entscheidend davon ab, wie offen und aufnahmebereit die Klientinnen zum jeweiligen Zeitpunkt für die betreffenden Interventionen sind. Wenn die Klientinnen sehr aufnahmebereit für eine bestimmte Art von Interventionen sind, der Therapeut/die Therapeutin aber nichts dergleichen tut, dann sollte dies ebenso ungünstig für das Therapieergebnis sein wie die aktive Verfolgung bestimmter therapeutischer Ziele in einem Moment, in dem der Klient/ die Klientin nicht aufnahmebereit ist. Diese Überlegungen werfen die Frage auf, ob das Therapieergebnis vom **Grad der Übereinstimmung** zwischen therapeutischen Interventionen und der jeweils bestehenden Aufnahmebereitschaft dafür abhängt.

2. Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung des Therapiegeschehens: Die Heuristik-Rating-Skalen

Zur Analyse des Psychotherapiegeschehens habe ich ein Messinstrument entwickelt, welches dem Gesichtspunkt Rechnung trägt, daß verschiedene Determinanten des psychotherapeutischen Prozesses zusammenwirken und je nach Konstellation das Therapieergebnis in bestimmter Weise beeinflussen. Dieses Messinstrument, die sog. **Heuristik-Rating-Skalen**, erfassen im wesentlichen zwei Determinanten des psychotherapeutischen Prozesses (Abb.2)

1. die auf die Verwirklichung bestimmter therapeutischer Ziele ausgerichtete **Tätigkeit** des Therapeuten/der Therapeutin

2, die **Aufnahmebereitschaft** des Klienten/der Klientin für therapeutische Angebote

Bei der therapeutischen Tätigkeit unterscheiden wir zwischen vier verschiedenen Zielen:

1. dem Herstellen einer **vertrauensvollen interaktionellen Beziehung**, erfaßt durch die Items 4, 8 und 12

2. die **Förderung von neuem Bewußtsein** für die eigenen, die Auseinandersetzung mit der Umwelt steuernden Regulierungen, erfaßt durch die Items 1, 5 und 9

3. der **Förderung des Erlebens und Vertiefens von** (bisher vermiedenen) **Emotionen**, erfaßt durch die Items 2, 6 und 10

4. der **Erweiterung des Zutrauens** und der **Förderung der Fähigkeiten**, bereits bestehende Ziele zu realisieren, erfaßt durch die Items 3, 7 und 11

Therapeutische Vorgehensweisen, die auf die Förderung dieser Beziehungs- bzw. Veränderungsziele ausgerichtet sind, bezeichnen wir als **therapeutische Heuristiken**. Bei der Erfassung dieser Heuristiken mit den Rating-Skalen unterscheiden wir vier Aspekte, nämlich

- wie stark die Therapeuten von sich aus **aktiv versuchen**, solche Ziele zu verwirklichen (Items 1 - 12)
- wie stark sie sich bei ihrer Interventionstätigkeit von günstigen, von den Klient/innen ausgehenden **Gelegenheiten** zur Verwirklichung ihrer Ziele leiten lassen (Items 13 - 16),
- wie **kompetent** sie in ihren therapeutischen Interventionen zur Realisierung der jeweiligen Heuristik erscheinen (Items 17 - 20), und schließlich, in welchem Ausmaß die KlientInnen **aufnahmebereit** für ein therapeutisches Angebot im Sinne der vier Heuristiken sind (Items 21 - 24).

Die Heuristik-Rating-Skalen erfassen also für jede der vier Heuristiken (Reflektierende Abstraktion, Emotionsverarbeitung, Kompetenzerweiterung und Beziehungsgestaltung) verschiedene mir relevant erscheinende Gesichtspunkte, die von den RaterInnen auf einer vier- bzw. fünfstufigen Skala mit den Stufe

- 1: stimmt gar nicht
- 2: stimmt ein bißchen
- 4: stimmt ganz genau
- 0: kommt nicht vor eingeschätzt werden.

3. Fragestellungen

Mit dem PEP-Projekt war zum ersten Mal die Möglichkeit gegeben, ganze Therapieverläufe mit den Heuristik-Rating-Skalen zu analysieren. Auf der anderen Seite sind nicht bei beiden Therapien dieselben Effekt- und Prozessmasse erhoben worden, so daß es leider nicht möglich ist,

Aussagen über den Zusammenhang der therapeutischen Tätigkeit mit dem Therapieergebnis zu machen. Ich kann daher mögliche Aussagen über die Qualität der beiden Therapien nicht belegen anhand von Daten über den globalen Therapieerfolg.

Trotzdem ergeben sich verschiedene Fragen, denen ich in dieser Untersuchung nachgehen möchte.

1. Inwieweit läßt sich die heuristische Perspektive auf Therapien anwenden, deren Durchführung sich in einem Fall an ganz anderen Konzepten orientiert hat? Wie lassen sich die beiden Therapien aus einer heuristischen Perspektive heraus beschreiben? Welchen Stellenwert haben die vier therapeutischen Heuristiken in den beiden Therapien? Wie stark lassen sich die beiden Therapeuten von den momentanen situativen Gegebenheiten der Klienten leiten, wie kompetent erscheinen sie bei der Verwirklichung der therapeutischen Heuristiken?

2. Wie sehen Therapieverläufe aus hinsichtlich der Verwirklichung therapeutischer Heuristiken? Gibt es verschiedene Phasen des Therapieprozesses, in denen die eine oder andere Heuristik stärker zum Zuge kommt? Wie steht es mit der Gleichzeitigkeit verschiedener therapeutischer Heuristiken?

3. Wie aufnahmebereit erscheinen die Klienten für das therapeutische Angebot? Wie gut passen das therapeutische Angebot und die dafür vorhandene Aufnahmebereitschaft zusammen? Wie gut gelingt es den beiden Therapeuten, ihre Klienten dafür zu motivieren, was sie ihnen anzubieten haben? Inwieweit werden die Therapeuten mit ihrem Angebot ihren Klienten gerecht?

4. Durchführung der Untersuchung

Die beiden Therapien wurden von sechs unabhängigen, geschulten Raterinnen mit den Heuristik-Rating-Skalen ab Video eingeschätzt. Von beiden Therapien existieren 28 auf Video vorhandene Sitzungen, von den pro Therapieausschnitt à 10 -Minuten Bögen mit den Heuristik-Ratings ausgefüllt wurden. Von der Berner Therapie wurden insgesamt 142 Ausschnitte, von der Ulmer Therapie bloß 119 Ausschnitte mit den Skalen eingeschätzt.

Für die Ratings wurden sechs Personen engagiert, vier Frauen und zwei Männer. Vier dieser Raterinnen waren mit diesem Schätzverfahren schon bestens vertraut, da sie bereits die 94 Therapiesitzungen, die ich im Rahmen meiner Dissertation untersucht hatte, damit eingeschätzt hatten. Die beiden Rater waren aufgrund ihrer Ausbildung mit der heuristischen Perspektive des Therapiegeschehens schon einigermaßen vertraut, hatten eine psychotherapeutische Grundausbildung an der psychologischen Praxisstelle der Uni Bern durchlaufen und verfügten ebenfalls über eigene Therapieerfahrung an dieser Stelle. Sämtliche Raterinnen waren also von ihren Voraussetzungen her für diese Aufgabe bestens qualifiziert. Sie hatten außerdem eine ausführliche schriftliche Instruktion zur Hand, in der die spezifische Sichtweise des psychotherapeutischen Prozesses erläutert ist und die vier Teile der Heuristik-Rating-Skalen Item für Item genau beschrieben sind.

Für die Einschätzung der beiden Therapien wurde folgendermaßen vorgegangen: Zunächst wurde von allen Beteiligten gemeinsam die Sitzung 15 der Ulmer Therapie Abschnitt für Abschnitt eingeschätzt. Hernach wurden die Einschätzungen einzeln durchgegangen und Abweichungen zwischen den Raterinnen diskutiert. Schließlich wurde ein weiterer Rating - Bogen ausgefüllt, der auf dem gemeinsamen Konsens der Raterinnen beruhte. Die verbleibenden 27 Therapiesitzungen wurden danach von drei Raterpaaren eingeschätzt, und zwar so, daß sich die Paare in der Einschätzung der Sitzungen abwechselten.

Nach Abschluss der Ulmer Therapie wurde in analoger Weise an die Einschätzung der Berner Therapie herangegangen. Es wurde wiederum zunächst Sitzung 15 von allen gemeinsam eingeschätzt, dann die übrigen Sitzungen von den drei Raterpaaren, die zur Einschätzung der zweiten Therapie von mir umgebildet wurden.

Sämtliche Einschätzungen der Raterpaare wurden zunächst von den beiden Raterinnen einzeln und voneinander unabhängig getroffen. Danach wurden sie miteinander verglichen, Abweichungen voneinander diskutiert und ein neuer Bogen ausgefüllt, der die Konsensvariante beinhaltet. Dieses Vorgehen erschien mir das ergiebiger zu sein als die Berechnung von Mittelwerten, zumal bereits bekannt war, daß die Heuristik-Rating-Skalen von geschulten Raterinnen objektiv angewendet werden können (Interrater -Übereinstimmung zwischen .76 und .94) (Ambühl, 1987). Diese gemeinsamen Einschätzungen bildeten die Basis für meine Auswertung der Daten.

Die Raterinnen wurden für ihre Tätigkeit entlohnt und erhielten insgesamt Fr. 600.-- pro Person, d.h. etwa Fr. 15.-- pro Stunde.

5. Ergebnisse

In einem ersten Teil werden die beiden Therapien hinsichtlich der Verwirklichung der vier therapeutischen Heuristiken beschrieben und miteinander verglichen. Hierzu gehe ich zunächst auf die Mittelwerte ein und komme dann auf den Verlauf zu sprechen.

Der zweite Teil der Ergebnisse geht auf die Beziehung zwischen dem therapeutischen Angebot und der dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft näher ein. Diese Aussagen stütze ich ebenfalls auf Mittelwerte und Verlaufsdaten ab.

5.1 Vergleich der beiden Therapien hinsichtlich der therapeutischen Tätigkeit

Abbildung 3 vergleicht die beiden Therapien miteinander bezüglich dem Ausmaß, in welchem die Therapeuten von sich aus versuchen, aktive Ziele im Sinne der vier therapeutischen Heuristiken zu verfolgen.

Abb. 3: Unterschiede zwischen den beiden Therapien bezüglich des aktiven Verfolgens von therapeutischen Zielen

Auf der linken Seite (Therapie 1) steht die Berner - auf der rechten (Therapie 2) die Ulmer Therapie. Die angegebenen p-Werte beziehen sich auf den Mann-Whitney U-Test.

Die Berner Therapie macht aus der Heuristik-Perspektive heraus einen **ziemlich moderaten Eindruck**, was das aktive Verfolgen im Sinne der vier Heuristiken ein bißchen aktiv verfolgt, und die Ziele betreffend Kompetenzerweiterung nehmen noch einen geringeren Stellenwert ein. Interessant im Vergleich zur Gruppe der Interaktionellen Verhaltenstherapie, die als Vorläuferin dieser Therapie gelten kann, ist die Verschiebung des Stellenwertes der Kompetenzerweiterung zugunsten der Emotionsverarbeitung, die bei meiner früheren Untersuchung als therapeutisches Ziel praktisch kaum vorkam (Ambühl, 1987).

Die psychoanalytische Kurztherapie sticht einerseits durch das starke Dominieren von Zielen zur Bewusstseinsbildung hervor, andererseits durch das praktisch vollständige Ignorieren von Zielen zur konkreten Verhaltensänderung. Sehr auffällig ist - gemessen an den Ergebnissen der Berner Psychotherapie-Vergleichsstudie - der hohe Stellenwert, den die Emotionsverarbeitung als therapeutisches Ziel in dieser Therapie einnimmt.

Die beiden Therapien unterscheiden sich also, was das aktive Verfolgen bestimmter therapeutischer Ziele anbetrifft, in den drei Veränderungs - heuristiken voneinander signifikant. Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich bezüglich dem Ausmaß, in dem die Therapeuten von sich aus versuchen, etwas zur Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung zu tun.

Nun zeichnet sich die therapeutische Tätigkeit nicht bloss durch das aktive Verfolgen von bestimmten Zielen aus, sondern ein wichtiges Kriterium für deren Beurteilung ist das Ausmaß, in dem sich Therapeuten von den situativen Gegebenheiten des Klienten leiten lassen und günstige Gelegenheiten wahrnehmen, um intendierte Ziele zu verfolgen.

Abb. 4: Unterschiede zwischen den beiden Therapien bezüglich des Wahrnehmens von günstigen Gelegenheiten zur Verwirklichung der therapeutischen Ziele.

Die Fragen, die sich hier für die Raterinnen stellen, waren folgende:

1. gibt der Klient mit seinem Verhalten dem Therapeuten günstige Gelegenheiten, um Ziele im Sinne der vier Heuristiken aktiv zu verfolgen? Wenn ja,
2. in welchem Ausmaß nimmt der Therapeut solche Gelegenheiten wahr?

Die Ergebnisse zeigen, daß unter der Voraussetzung von günstigen Gelegenheiten die beiden Therapeuten die Ziele im Sinne der therapeutischen Heuristiken durchaus nicht im selben Ausmaß zu verwirklichen versuchen. In der Ulmer Therapie lässt sich der Therapeut praktisch keine Gelegenheit entgehen, um den Prozess der reflexiven Aufmerksamkeit und Bewusstseinsbildung zu fördern. Dagegen nimmt er Gelegenheiten zur Förderung einer vertrauensvollen Beziehung, zur Emotionsverarbeitung und zur Kompetenzerweiterung in viel kleinerem Ausmaß zur Verwirklichung solcher Ziele wahr.

Vergleichen wir das aktive Verfolgen von Zielen mit dem Wahrnehmen von günstigen Gelegenheiten dazu, so zeigt sich, daß die Interventionen zur Bewusstseinsbildung und zur Kompetenzerweiterung eindeutig stärker auf die situativen Gegebenheiten des Klienten Bezug nehmen als die Interventionen zur Emotionsverarbeitung und zur Beziehungsgestaltung.

Genau dasselbe trifft auch für die Berner Therapie zu. Auch hier werden die Interventionen zur Bewusstseinsbildung und zur Kompetenzerweiterung in stärkerem Ausmaß auf günstige Gelegenheiten abgestützt, während sich der Therapeut bei den beiden anderen Heuristiken nicht in vermehrtem Ausmaß von den situativen Gegebenheiten des Klienten leiten lässt.

Es werden also in beiden Therapien die Gelegenheiten zur Bewußtseinsbildung und zur Kompetenzerweiterung von den Therapeuten stärker zum Anlaß genommen, Interventionen in diese Richtung zu generieren, als die Therapeuten dies unabhängig von den situativen Gegebenheiten des Klienten tun würden.

Das dritte Kriterium, nach dem ich die Tätigkeit der Therapeuten miteinander verglichen habe, bezieht sich auf die fachliche Kompetenz bei der Verwirklichung der vier therapeutischen Heuristiken. Zur Einschätzung dieser Kompetenz wurden ebenfalls zwei pragmatische Kriterien gesetzt, nämlich 1. ob die Interventionen einen unmittelbaren Effekt in die gewünschte Richtung erzielen und 2. ob sie bei den Raterinnen einen kompetenten Eindruck erwecken.

Abb. 5: Unterschiede zwischen den beiden Therapien bezüglich der fachlichen Kompetenz der Therapeuten.

Wir sehen, daß sich die beiden Therapeuten diesbezüglich in verschiedener Hinsicht voneinander unterscheiden.

In Anbetracht der Tatsache, daß hier ein ausgebuffter Therapieprofi mit einem Therapeuten verglichen wird, der immer noch daran ist, sein Handwerk zu lernen, erstaunt es wohl kaum, daß die Ulmer Therapie in dieser Hinsicht besser abschneidet. Besonders auffällig ist, daß der Therapeut der Ulmer Therapie von den Raterinnen als enorm kompetent in seinen Interventionen zur Bewußtseinsbildung eingeschätzt wird. Dies birgt vielleicht auch eine Antwort auf die Frage, weshalb er in dieser Hinsicht so viel tut. Bei der Berner Therapie kommen die Interventionen zur Emotionsverarbeitung von der fachlichen Kompetenz her am schlechtesten weg, obwohl diese innerhalb des therapeutischen Angebots einen wichtigeren Stellenwert einnehmen als die Interventionen zur Kompetenzerweiterung.

Bisher habe ich die beiden Therapien hinsichtlich dreier verschiedener Aspekte der therapeutischen Tätigkeit miteinander verglichen, von denen ich eigentlich annehme, daß sie zusammen gehören. In der folgenden Abbildung werden diese unterschiedlichen Gesichtspunkte zu einem Ganzen integriert, das ich künftig die Verwirklichung therapeutischer Angebote nennen werde.

Abb. 6: Unterschiede zwischen den beiden Therapien bezüglich der Verwirklichung der vier therapeutischen Heuristiken.

Die beiden Therapien unterscheiden sich voneinander signifikant, was den Stellenwert der reflektierenden Abstraktion und der Emotionsverarbeitung im therapeutischen Angebot betrifft. Dagegen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Angebote zur Kompetenzerweiterung und zur Beziehungsgestaltung.

In der Berner Therapie sind die beiden Eckpfeiler die Förderung der reflexiven Aufmerksamkeit und Bewußtseinsbildung auf der einen, und die Förderung einer vertrauensvollen interaktionellen Beziehung auf der anderen Seite. In etwa gleich großen Abständen folgen die Interventionen zur Emotionsverarbeitung und schließlich die Interventionen zur Kompetenzerweiterung. Dieses Bild zeigt, daß in Bern, einer ehemaligen Hochburg der Verhaltenstherapie, der Stellenwert der Interventionen zur Verhaltensänderung stark abgenommen hat zu Gunsten anderer Ziele. Auch in der Ulmer Therapie spielen die Interventionen zur Kompetenzerweiterung eine fast zu vernachlässigende Rolle, aber das war wohl schon früher so. Eindeutig im Vordergrund steht in der Ulmer Therapie die Förderung eines reflexiven Bewusstseins. Mit großem Abstand folgen die Interventionen zur aktiven Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung und zur Förderung des Erlebens und Vertiefens von Emotionen.

Abbildung 7 zeigt, wie in den beiden Therapien die vier therapeutischen Heuristiken über den gesamten **Therapieverlauf** hinweg verwirklicht wurde. Oben die Ulmer, unten die Berner Therapie. Was zeigen uns diese Verlaufskurven?

Abb. 7: Vergleich der beiden Therapieverläufe hinsichtlich der Verwirklichung der vier therapeutischen Heuristiken. Hierzu wurden die Werte der einzelnen 10-Minuten-Abschnitte pro Sitzung gemittelt.

Die augenfälligste Unterscheidung zwischen diesen beiden Verläufen der therapeutischen Tätigkeit besteht darin, daß in der Ulmer Therapie die Bandbreite der Tätigkeit breiter ist und somit der Stellenwert der einzelnen Heuristiken klarer zu erkennen ist. Die Verwirklichung von reflektierender Abstraktion hat praktisch durchgängig erste Priorität, die Verwirklichung letzte. Dazwischen liegen die Kurven der Emotionsverarbeitung und der Beziehungsgestaltung, die einander häufig überschneiden.

In der Berner Therapie erkennen wir keine die Tätigkeit des Therapeuten dominierende Heuristik. Dagegen zeigt sich ebenfalls, daß die Verwirklichung von Kompetenzerweiterung meistens eine marginale Stellung einnimmt. In dieser Therapie sind auch gewisse **Verlaufsmerkmale** festzustellen. Zum Beispiel sehen wir, daß in den ersten drei Therapiesitzungen die Förderung einer vertrauensvollen Therapiebeziehung eindeutig Priorität in der therapeutischen Tätigkeit hatte. Im weiteren zeigt sich, daß zwischen der 15. und 21. Sitzung die drei Heuristiken reflektierende Abstraktion, Emotionsverarbeitung und Beziehungsgestaltung nahe beieinander liegen und keinen großen Schwankungen unterworfen sind. In der letzten Phase der Therapie (22.-28. Sitzung) erkennen wir dagegen große Fluktuationen der einzelnen

Heuristiken, wobei auch die Förderung der Kompetenzerwartung in zwei Sitzungen einen wichtigen Stellenwert bekommt.

Trotzdem muß man bei der Betrachtung dieser Therapieverläufe feststellen, daß weder in der einen noch in der anderen Therapie Phasen zum Vorschein kommen, die sich eindeutig von anderen Phasen der Therapie abheben. In der Ulmer Therapie gewinnt man noch stärker als in der Berner Therapie den Eindruck, daß die therapeutischen Ziele auf einer abstrakten Ebene etwa immer dieselben sind und daß es von daher gar nicht so eine Rolle spielt, welche der Sitzungen man genauer unter die Lupe nimmt. Die Förderung der reflexiven Aufmerksamkeit und Bewußtseinsbildung erscheint durchwegs als ein zentrales Ziel. In bestimmten Sitzungen geht sie einher mit der gleichzeitigen Förderung und Vertiefung von Emotionen und mit dem aktiven Bemühen um eine vertrauensvolle Therapiebeziehung, in den meisten Fällen wird jedoch der Schwerpunkt nur auf die Bewußtseinsbildung gelegt. In der Berner Therapie hat die Bewußtseinsbildung, die in etwa denselben Stellenwert als therapeutisches Ziel hat wie die Beziehungsgestaltung, insgesamt weniger den Charakter von etwas, das losgelöst von den anderen Heuristiken betrieben wird, wobei es auch hierbei Ausnahmen gibt. Über weite Strecken der Therapie (9.-21.Sitzung) stellen wir fest, daß die drei Heuristiken reflektierende Abstraktion, Beziehungsgestaltung und Emotionsverarbeitung in etwa gleichermaßen verwirklicht werden.

Abb. 8 a und b: Vergleich der beiden Therapieverläufe hinsichtlich der Verwirklichung der vier therapeutischen Heuristiken. Hierzu wurden die Werte der einzelnen 10-Minuten-Abschnitte abgebildet.

In den Abbildungen 8 a und b sind die Therapieverläufe aufgeteilt in 10-Minuten-Ausschnitte, und zwar ebenfalls im Hinblick auf die Verwirklichung der vier therapeutischen Heuristiken. Daraus können wir den Stellenwert der einzelnen Heuristiken innerhalb der Sitzungen heraus- lesen und feststellen, ob die beiden Therapeuten z.B. am Ende der Sitzungen andere Tätigkeitsschwerpunkte setzen als zu Beginn der Sitzungen.

Bei der Ulmer Therapie stellen wir fest, daß sich die Aufgliederung der Sitzungsmittelwerte in ihre einzelnen Abschnitte nicht wesentlich vom Gesamtbild pro Sitzung unterscheidet. Die Hierarchie im Stellenwert der einzelnen Heuristiken kommt klar zum Ausdruck. Bezüglich der Verwirklichung von reflektierender Abstraktion kann man allerdings in vielen Sitzungen einen markanten Anstieg vom ersten zum zweiten Ausschnitt feststellen.

Bei der Berner Therapie fällt auch bei dieser Darstellungsform auf, daß die Werte der vier Heuristiken häufig nahe beieinander liegen, und daß der Therapeut bei seiner Tätigkeit keines der vier erfaßten Ziele eindeutig stärker verfolgt als andere. Bezüglich der Verwirklichung von Kompetenz- erweiterung zeigt sich, daß deren Werte oft gegen Ende der Therapie - sitzung ansteigen. Dies läßt darauf schließen, daß der Therapeut seinem Klienten oft gegen Ende der Sitzung etwas auf den Weg mitgeben möchte.

Auch bei dieser Art der Betrachtung fällt es schwer, eindeutige Phasen auszumachen, in denen bestimmte Heuristiken in wechselnder Reihenfolge die therapeutische Tätigkeit über längere Zeiträume hinweg beeinflussen würde. Man gewinnt eher den Eindruck, daß die persönlichen Präferenzen der Therapeuten und die den Therapierichtungen zugrundeliegenden Theorien die konkrete therapeutische Tätigkeit stark beeinflussen, daß aber im Prinzip die therapeutische Tätigkeit darin besteht, immer wieder aufgrund der aktuellen Situation dieselben Ziele zu verfolgen.

5.2. Zusammenhang zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klienten

Ich habe bereits erwähnt, daß nach dem Prozessmodell von Orlinsky & Howard das Therapieergebnis maßgeblich davon abhängt, ob die therapeutischen Interventionen auf Klienten treffen, die dafür offen und aufnahmebereit erscheinen. Eine solche Annahme legt den Gedanken nahe, daß es bei der therapeutischen Tätigkeit nicht bloß darauf ankommt, daß Therapeuten möglichst kompetent bestimmte therapeutische Heuristiken verwirklichen, sondern auch darauf, daß es ihnen gelingt, ihre Klienten für ihr therapeutisches Angebot zu **motivieren** und sie glauben zu machen, daß dies für sie genau das Richtige sei. So gesehen ist der Grad der vorhandenen Aufnahmebereitschaft des Klienten nicht eine bereits zu Beginn der Therapie feststehende und unveränderbare Größe, sondern zumindest teilweise vom Angebot des Therapeuten abhängig.

Zur Erfassung des Grades der Aufnahmebereitschaft gab es für die Raterinnen zwei pragmatische Kriterien:

1. Wenn der Klient auf Interventionen in eine bestimmte Richtung positiv reagiert, d.h. sich darauf einläßt, dann gehen wir davon aus, daß der Klient für solche Interventionen aufnahmebereit ist.
2. Wenn der Klient mit seinem Verhalten offensichtlich Gelegenheiten bietet, in eine bestimmte Richtung zu intervenieren, der Therapeut aber nicht darauf einsteigt, so nehmen wir ebenfalls an, daß der Klient für solche Interventionen aufnahmebereit gewesen wäre.

Abb. 9: Unterschiede zwischen den beiden Therapien bezüglich der Aufnahmebereitschaft der Klienten für Interventionen im Sinne der vier therapeutischen Heuristiken.

Abbildung 9 zeigt den mittleren Grad der Aufnahmebereitschaft der beiden Klienten für therapeutische Interventionen im Sinne der vier

Heuristiken. Wir können daraus entnehmen, daß der Klient der Berner Therapie in jeder Hinsicht etwa mittel aufnahmebereit erscheint. Beim Ulmer Klienten stellen wir dagegen große Unterschiede bezüglich des Grades der Aufnahmebereitschaft für therapeutische Interventionen fest. Während er für Interventionen zur Beziehungsgestaltung und zur Bewußtseinsbildung etwa gleich offen erscheint wie der Berner Klient, erscheint er für Interventionen zur Emotionsverarbeitung und zur Kompetenzerweiterung signifikant weniger aufnahmebereit als der Berner Klient. Was sagen nun diese Ergebnisse aus?

Aufgrund meiner obigen Überlegungen würde ich meinen, daß der Grad der Aufnahmebereitschaft für sich allein genommen wenig qualitative Aussagen über den Therapieprozess zuläßt. Denn eine hohe Aufnahmebereitschaft kann sowohl der **Ausdruck einer gelungenen Motivation** des Therapeuten für sein Angebot ausdrücken, als auch den **starken Wunsch** des Klienten nach etwas, was er im therapeutischen Angebot vermißt. Setzt man nun die Aufnahmebereitschaft mit dem konkreten therapeutischen Angebot in Beziehung, so erscheint es mir möglich, eindeutige Aussagen über die **Qualität dieser Aufnahmebereitschaft** zu machen.

Abb. 10 : Vergleich der beiden Therapien hinsichtlich des Verhältnisses von therapeutischem Angebot zu vorhandener Aufnahmebereitschaft pro Heuristik.

Abbildung 10 zeigt das Verhältnis von therapeutischer Tätigkeit und dafür vorhandener Aufnahmebereitschaft pro Heuristik, und zwar aufgrund der Mittelwerte über die ganze Therapie hinweg.

Zunächst fällt auf, daß in der Berner Therapie die durchschnittliche Aufnahmebereitschaft bei allen vier Heuristiken höher liegt als das entsprechende therapeutische Angebot. In der Ulmer Therapie dagegen verhält es sich bezüglich reflektierender Abstraktion und Emotionsverarbeitung gerade umgekehrt. Der Therapeut tut hier nämlich mehr als der Klient aufzunehmen bereit erscheint.

In der Berner Therapie sind die Diskrepanzen zwischen der therapeutischen Tätigkeit und der dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft bei den Heuristiken Kompetenzerweiterung und Emotionsverarbeitung festzustellen. Ich würde daher die große Aufnahmebereitschaft des Klienten in diesen beiden Bereichen interpretieren als starken Wunsch, sich einerseits mehr auf die erlebnismäßige Seite einzulassen und andererseits mehr vom Therapeuten an die Hand zu bekommen, das ihm im Alltag konkret etwas nützen könnte.

In der Ulmer Therapie sind die Diskrepanzen zwischen Interventionen zur Kompetenzerweiterung und dafür vorhandener Aufnahmebereitschaft am größten. Es fällt aber auf, daß diese Diskrepanzen viel kleiner als in der Berner Therapie sind, obwohl der Therapeut diesbezüglich noch weniger Angebote macht.

Auf der anderen Seite fällt bei der Ulmer Therapie auf, daß der Therapeut im Hinblick auf die Bewußtseinsbildung im Durchschnitt einiges mehr tut als der Klient zu verkraften scheint.

Bevor ich mich jedoch mit allzu gewagten Hypothesen auf die Äste hinauslasse, möchte ich das Verhältnis von therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klienten anhand der **Therapieverläufe** konkretisieren.

Abb. 11 : Vergleich der beiden Therapieverläufe bezüglich des Verhältnisses von therapeutischem Angebot und dafür vorhandenert Aufnahmebereitschaft pro Heuristik. Hierzu wurden die Werte der einzelnen Ausschnitte pro Sitzung gemittelt.

Auf Abbildung 11 sind die beiden Verläufe aufgezeigt und zwar aufgrund der Mittelwerte pro Therapiesitzung. Je größer die Flächen zwischen der gestrichelten und der ausgezogenen Linien sind, umso größer sind die Diskrepanzen zwischen der Verwirklichung der Heuristiken und der dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft. Der augenfälligste Unterschied zwischen diesen beiden Therapien besteht zunächst einmal darin, daß es in der Ulmer Therapie die ausgezogenen Linien oft über den gestrichelten liegen, d.h. das therapeutische Angebot oft größer als die dafür vorhandene Aufnahmebereitschaft ist, während in der Berner Therapie die gestrichelte Linie meistens oben liegt.

Bei genauerer Betrachtung des Therapieverlaufes der Ulmer Therapie sehen wir, daß sich die aus den beiden Linien resultierenden Flächen je nach Heuristik voneinander unterscheiden. Am ähnlichsten sind sich die Verläufe bezüglich reflektierender Abstraktion und Emotionsverarbeitung. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß der Therapeut über weite Strecken der Therapie hinweg den Klienten stärker mit Interventionen konfrontiert, als dieser aufzunehmen in der Lage erscheint. Besonders bezüglich der Bewußtseinsbildung, für deren Interventionen der Klient im allgemeinen ziemlich aufnahmebereit erscheint, kann man vermuten, daß der Klient häufig vom therapeutischen Angebot überfordert wurde. Bei der Heuristik der Kompetenzerweiterung verhält sich die Sache umgekehrt. Die mehrheitlich blauen Flächen weisen darauf hin, daß der Klient für Interventionen zur Kompetenzerweiterung aufnahmebereiter erscheint. Allerdings muß man dabei im Auge behalten, daß diese Aufnahmebereitschaft von den Raterinnen praktisch über die ganze Therapie hinweg mit "stimmt ein bißchen" eingeschätzt wurde.

Zweitens fällt auf, daß in der zweiten Hälfte der Therapie, in welcher der Therapeut insgesamt mehr Angebote zur Kompetenzerweiterung macht, die Aufnahmebereitschaft des Klienten dafür nicht größer wird, sondern im Gegenteil manchmal sogar abnimmt. Ich interpretiere diese Ergebnisse so, daß dieser Klient an den Therapeuten nie besonders große Erwartungen bezüglich konkreter Hilfestellungen auf der Verhaltensebene hatte. Andererseits kann man auch sagen, daß es dem Therapeuten von allem Anfang an recht gut gelungen ist, seinem Klienten zu vermitteln, daß seine therapeutischen Schwerpunkte nicht auf dieser Schiene liegen.

Bei der Heuristik der Beziehungsgestaltung ist der Anteil der Flächen insgesamt am kleinsten, was darauf hinweist, daß der Therapeut dem ziemlich großen Bedürfnis des Klienten nach einer vertrauensvollen interaktionellen Beziehung entgegenkommt. Dies gilt besonders für den ersten und den letzten Dritteln der Therapie, während im mittleren Drittel der Klient in seinen Beziehungswünschen oft massiv frustriert wird.

Bezüglich der Heuristik der Beziehungsgestaltung stellen wir auch die größten Gemeinsamkeiten mit der Berner Therapie fest. Der Klient der Berner Therapie hat im allgemeinen ebenfalls ein großes Bedürfnis nach der Herstellung einer vertrauensvollen interaktionellen Beziehung. Die schlanke Kurve in den ersten beiden Dritteln der Therapie zeigt, daß der Therapeut darauf sehr geachtet hat und großen Wert darauf gelegt hat, diesem Bedürfnis nachzukommen. Im letzten Drittel der Therapie werden die Flächen jedoch größer, was bedeutet, daß der Therapeut in dieser Phase weniger darauf achtet, den interaktionellen Wünschen des Klienten nachzukommen.

Die größten Diskrepanzen zwischen dem therapeutischen Angebot und der dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft zeigen sich bei der Heuristik der Kompetenzerweiterung. Bloß in der 24. und 26. Sitzung versucht der Therapeut, den hohen diesbezüglichen Erwartungen des Klienten voll Rechnung zu tragen. In den meisten übrigen Sitzungen gibt es eine Diskrepanz von bis zu 2 Punkten, also z.B. : Klient erscheint ziemlich aufnahmebereit, Therapeut bietet gar nichts in dieser Richtung an.

In meinen Augen liegt hier ein ganz **wesentlicher Unterschied** zur Ulmer Therapie, in welcher - wie wir gesehen haben - ebenfalls sehr wenig zur Kompetenzerweiterung getan wurde. Die Aufnahmebereitschaft des Berner Klienten für solche Interventionen ist durchschnittlich in viel größerem Ausmaß vorhanden als in der Ulmer Therapie. Zudem spricht die Tatsache, daß der Klient in denjenigen Sitzungen, in denen der Therapeut etwas zur Kompetenzerweiterung tut, dafür auch aufnahmebereit eingeschätzt wird, dafür, daß es für ihn ein echtes Anliegen war, in dieser Hinsicht vom Therapeuten gefördert zu werden.

Man könnte daher sagen, daß es in der Berner Therapie dem Therapeuten nicht gelungen ist, dem Klienten zu vermitteln, daß er in dieser Hinsicht dem Klienten keine großen Angebote machen möchte.

Oder anders ausgedrückt, belässt der Therapeut seinen Klienten in der Hoffnung, daß er ihm in dieser Hinsicht einiges vermitteln werde. Einen möglichen Grund dafür sehe ich, wenn ich den Therapieverlauf noch etwas genauer analysiere und Abschnitt für Abschnitt schaue, wie das Verhältnis von therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft aussieht.

Abb. 12 a und b: Verhältnis von therapeutischem Angebot zur Aufnahmebereitschaft der Klienten pro Heuristik. Hierzu wurden die Konsenswerte der einzelnen Abschnitte abgebildet.

Abbildung 12 a

Die zweite Zeile bezieht sich auf die Kompetenzerweiterung. Wir finden darin eine Bestätigung für die bereits erwähnten großen Diskrepanzen. Bei genauerem Hinsehen stellen wir jedoch fest, daß diese Diskrepanzen oft gegen Ende der Sitzung abnehmen, weil der Therapeut dann etwas in Richtung Kompetenzerweiterung anbietet. So könnte es sein, daß der Therapeut seinen Klienten eben immer wieder in seiner Erwartungshaltung bestärkt, daß er in der Therapie tatsächlich etwas bekommen kann, was ihm in seiner konkreten Lebenspraxis unmittelbar etwas nützt.

Bei der Heuristik der **Emotionsverarbeitung** kommen - wie Abbildung 11 zeigt - die Diskrepanzen zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft dadurch zustande, daß der Therapeut eher zu wenig anbietet. Zudem fällt auf, daß in drei Sitzungen gegen Ende der Therapie (24., 25. und 27. Sitzung) diese Diskrepanzen sehr groß sind. In dieser Phase erscheint der Therapeut - mit Ausnahme der 28. Sitzung - sehr zurückhaltend zu sein mit Interventionen, die auf ein Erleben und Vertiefen von Emotionen abzielen, wogegen der Klient einen ziemlich großen Wunsch danach zu haben scheint.

Bei der Heuristik der **reflektierenden Abstraktion** schließlich habe ich bereits erwähnt, daß der Berner Therapeut diese Ziele viel weniger stark verfolgt als der Ulmer Therapeut. Vergleicht man aber das therapeutische Angebot mit dem dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft, so ergeben sich nur geringe Diskrepanzen, wobei manchmal die durchgezogene und manchmal die gestrichelte Linie oben liegt. In meinen Augen entspricht diese Verlaufskurve sehr gut dem, was ich unter einer **idealen Verwirklichung einer therapeutischen Heuristik** verstehe. Manchmal liegt der Therapeut etwas über dem, was der Klient unmittelbar aufnehmen kann, er überfordert ihn also leicht, in vielen Fällen liegt er mit seinem Angebot jedoch sehr nahe bei der dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft. In dieser Hinsicht kann man einen gravierenden Unterschied zur Ulmer Therapie feststellen, bei der ich den Eindruck nicht ganz los werde, daß der Klient von den Interventionen

zur reflexiven Aufmerksamkeit und Bewußtseinsbildung häufig heillos überfordert wurde.

Schließlich möchte ich der Vollständigkeit halber auch die Ulmer Therapie - aufgegliedert nach den einzelnen Raterabschnitten - zeigen.

Abbildung 12 b

Der optische Eindruck, den wir von den über die ganze Sitzung gemittelten Verlaufskurven erhalten haben, bleibt in etwa derselbe, wenn wir den Verlauf noch detaillierter abbilden. Bei den Heuristiken der Beziehungsgestaltung und der Kompetenzerweiterung ist mehrheitlich die Aufnahmebereitschaft größer als das therapeutische Angebot bei den Heuristiken der Emotionsverarbeitung und der Reflektierende Abstraktion verhält es sich meistens umgekehrt.

6. Diskussion der Ergebnisse

Mit dieser Untersuchung wurde zum ersten Mal der Versuch unternommen, mit Hilfe der Heuristik-Rating-Skalen den Verlauf von psychotherapeutischen Prozessen zu erfassen. Die wichtigsten Determinanten dieser Prozessanalyse bilden einerseits die **Ziele** der Therapeuten, andererseits die **Aufnahmebereitschaft** der Klienten für therapeutische Interventionen im Sinne der erfaßten Ziele. Die inhaltlichen Schwerpunkte dieser Untersuchung bildeten einerseits die Frage, wie sich zwei Therapeuten mit sehr verschiedenen Therapiekonzepten im Hinterkopf voneinander unterscheiden, wenn man ihre Tätigkeit nicht hinsichtlich der zur Anwendung gelangten Methoden, sondern hinsichtlich der Ziele, die sie schwerpunktmäßig setzen, analysiert.

Unterscheiden sich eine psychoanalytische Kurztherapie und eine nach dem Schema-Konzept von Grawe durchgeführte Therapie tatsächlich voneinander in dem, was die Therapeuten aktiv für ihre Ziele verfolgen, oder bestehen solche Unterschiede vor allem bezüglich der Begriffe und theoretischen Konzepte, die man zur Beschreibung der Praxis verwendet?

Die zweite Frage, die mich bei dieser Untersuchung besonders interessierte, bezieht sich auf das Verhältnis der therapeutischen Tätigkeit zur dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft der beiden Klienten. Das psychotherapeutische Prozessmodell von Orlinsky & Howard macht die Wirkung von Psychotherapie in hohem Ausmaß von der Frage abhängig, ob Klienten die mit den therapeutischen Interventionen verbunden, auf sie zukommenden Informationen überhaupt verarbeiten können. Der Grad der vorhandenen Aufnahmebereitschaft ist ein wichtiger Indikator dafür. In einer früheren Untersuchung konnte ich feststellen, daß sowohl der Post-Session-Outcome wie auch das langfristige Therapieergebnis direkt davon abhing, wie eng das therapeutische Angebot und der Grad der Aufnahmebereitschaft der Klienten beieinander lagen (Ambühl, 1987; Ambühl und Grawe, 1988 a). Leider war es in dieser Untersuchung hier nicht möglich, diese Beziehung zu überprüfen, da miteinander vergleichbare Outcome-Daten fehlen.

Trotz dieser Einschränkung würde ich meinen, daß sich der Aufwand für die Analyse dieser beiden Therapien gelohnt hat. Die Heuristik-Rating-Skalen, die in enger Anlehnung an bestimmte Theorien über psychische Veränderungsprozesse konzipiert worden sind, erweisen sich durchaus in der Lage, verschiedene Therapien aus der Heuristik-Perspektive zu erfassen. In keiner bisher mit den Heuristik-Rating-Skalen untersuchten Therapiemethoden entstand bisher der Eindruck, daß das, was sich im therapeutischen Prozess abspielte, mit dem Raster dieser Skalen nicht oder nur sehr unbefriedigend erfaßt werden konnte.

Beim Vergleich der therapeutischen Tätigkeit im Sinne der Verwirklichung therapeutischer Heuristiken stellt sich heraus, daß sich die beiden Therapeuten teilweise massiv voneinander unterscheiden. Die Hauptunterschiede liegen darin, daß in der Ulmer Therapie viel stärker das reflexive Bewußtsein und das Erleben und Vertiefen von Emotionen gefördert wird, wogegen sich in bezug auf die Verwirklichung der Heuristiken Kompetenzerweiterung und Beziehungsgestaltung nur geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Therapeuten zeigen. Je

nachdem, wie stark jemand bestimmte Heuristiken in der Therapie zu verwirklichen ver-sucht, umso aktiver wird er von sich aus beim Verfolgen dieser Ziele, umso stärker nimmt er günstige vom Klienten ausgehende Gelegenheiten dazu wahr und umso fachlich kompetenter wirkt er in der Regel auch. Die drei Variablen, die wir als Indikatoren für die Verwirklichung therapeutischer Heuristiken ansehen, korrelieren also hoch miteinander.

Anders sieht es aus mit der Aufnahmebereitschaft der Klienten, die einen eigenständigen Faktor im Therapieprozess darstellt, der statistisch kaum mit der therapeutischen Tätigkeit korreliert. Dieses Ergebnis bestätigt wiederum den Befund einer experimentellen Therapievergleichsstudie, in der mit den 24 Items der Heuristik-Rating-Skalen eine Faktorenanalyse gerechnet wurde, die 5 Faktoren erbrachte, nämlich die vier therapeutischen Heuristiken und die Aufnahmebereitschaft der Klienten (Ambühl, 1987, Ambühl und Grawe, 1988 b). Therapeutisches Handeln und Aufnahmebereitschaft der Klienten dafür stellen, obwohl sie aufeinander bezogen sind, unterscheidbare Aspekte des Therapiegeschehens dar, und werden auch von den Raterinnen als je eigene Aspekte des Therapiegeschehens wahrgenommen.

Besonders faszinierend erscheint daher der Vergleich zwischen der Realisierung der vier Heuristiken und der dafür vorhandenen Aufnahmebereitschaft. Anhand der Therapieverlaufskurven kann man aufzeigen, daß sich diese beiden Therapien sehr deutlich voneinander unterscheiden. Das überaus aktive Realisieren von reflektierender Abstraktion und Emotionsverarbeitung in der Ulmer Therapie führt in manchen Situationen dazu, daß der Klient die auf ihn eintreffenden Informationen gar nicht aufnehmen und verarbeiten kann. Dagegen gelingt es dem Therapeuten sehr gut, die Wünsche des Klienten nach kompetenzerweiternden Interventionen gering zu halten, wobei es auch Indizien dafür gibt, daß der Klient von sich aus keine großen diesbezüglichen Erwartungen an den Therapeuten heranträgt. Inbezug auf die Beziehungsgestaltung gleichen sich die beiden Therapien am meisten. Beide versuchen nach Möglichkeit, den Wünschen des Klienten nach einer vertrauensvollen interaktionellen Beziehung entgegenzukommen, und beide lassen hin und wieder den Klienten mit ihrem Beziehungsangebot ganz schön hängen.

Ansonsten unterscheidet sich die Berner Therapie von der Ulmer Therapie vor allem durch die moderate Art, in der die einzelnen

Heuristiken verwirklicht werden. Dies führt dazu, daß der Klient oft den Eindruck vermittelt, er könnte vom therapeutischen Angebot mehr aufnehmen als ihm der Therapeut tatsächlich zumutet. Am deutlichsten ist dies bei der Heuristik der Kompetenzerweiterung zu erkennen.

Zusammenfassend kann man also sagen, daß sich die beiden hier untersuchten Therapien sowohl von den Schwerpunkten der therapeutischen Tätigkeit her, als auch von der Dynamik bei der Verwirklichung der therapeutischen Ziele her, sehr stark voneinander unterscheiden. Welcher dieser beiden Prozesse sich auf den Therapieverlauf bzw. das Therapieergebnis günstiger auswirkt, erscheint mir eine sehr wichtige Frage zu sein. Ich kann sie aber nicht beantworten, da miteinander vergleichbare Effektmasse leider fehlen.

Literaturverzeichnis

- Ambühl, H.: Psychotherapie im Lichte der Verwirklichung therapeutischer Heuristiken. Eine experimentelle Prozessvergleichsstudie. Unveröffentlichte Dissertation, Psychologisches Institut der Universität Bern, 1987
- Ambühl, H. & Grawe, K.: Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klientinnen. Manuskript, 1988 a, zur Veröffentlichung eingereicht
- Ambühl, H. & Grawe, K.: Psychotherapeutisches Handeln als Verwirklichung therapeutischer Heuristiken. Ein Prozessvergleich dreier Therapieformen aus einer neuen Perspektive. Manuskript, 1988 b, zur Veröffentlichung eingereicht
- Grawe, K.: Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata - ein Prozess mit nicht voraussehbarem Ausgang. In: F. Caspar (Hrsg.): Problemanalyse in der Psychotherapie. Tübingen: DGVT, 1987
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.J. Process and outcome in psychotherapy. In: S.L. Garfield, A.E. Bergin (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, Wiley, 1986, S. 311-381