

Bachelorarbeit

Untersuchung der Methodentreue von „Integrativen Körperpsychotherapeuten“

Anika Veigel

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Agnes von Wyl

Zürich, November 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

1	EINLEITUNG	1
1.1	ZIEL UND FRAGESTELLUNG	1
1.2	METHODISCHE VORGEHEN.....	1
1.3	ABGRENZUNGEN.....	2
1.4	AUFBAU DER ARBEIT	2
2	THEORETISCHER TEIL	3
2.1	DIE GESCHICHTE DER INTEGRATIVEN KÖRPERPSYCHOTHERAPIE.....	3
2.2	DAS PARADIGMA DER INTEGRATIVEN KÖRPERPSYCHOTHERAPIE.....	4
2.3	QUELLEN DER THERAPIEMETHODE.....	5
2.4	DAS PERSÖNLICHKEITSMODELL.....	7
2.4.1	Das Selbst	8
2.4.2	Das Ursprungsszenario	9
2.4.3	Charakterstil Abwehrform	10
2.4.4	Agency	11
2.5	BEHANDLUNGSMETHODEN.....	11
2.5.1	Kathartische Entladung.....	12
2.5.2	Übertragung.....	12
2.5.3	Elternbotschaft	13
2.5.4	Arbeit mit Grenzen.....	13
2.5.5	Energie Methode.....	14
2.6	WIRKPRINZIPIEN DER IBP	14
2.6.1	Die Therapeutische Beziehung in der Integrativen Körperpsychotherapie.....	15
2.7	WIRKSAMKEIT VON PSYCHOTHERAPIE	15
2.8	WIRKSAMKEIT VON BESTIMMTEN METHODEN IN DER PSYCHOTHERAPIE .	17
2.9	DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG	19
2.10	DIE THERAPEUTEN-VARIABLE.....	20
2.11	DIE KLIENTEN-VARIABLE	21
3	EMPIRISCHER TEIL.....	22
3.1	DATENERHEBUNG UND HINTERGRUND DER ARBEIT	22
3.2	FORSCHUNGSFRAGE UND HYPOTHESEN	22
3.3	METHODISCHES VORGEHEN	23

3.3.1	Die Q-Sort Methode als Messinstrument	23
3.3.2	Aufbau und Auswertung des PQS.....	24
3.3.3	Die Gütekriterien des PQS.....	26
3.3.4	Interraterregiabilität	27
3.3.5	Erstellen eines prototypischen Ideal PQS der IBP	28
3.4	STATISTISCHE AUSWERTUNG: T-TEST FÜR EINE STICHPROBE.....	29
3.5	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	30
3.5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	30
3.5.2	Vergleich des Prototyp IBP mit den einzelnen therapeutischen Behandlungen der IBP	32
3.5.3	Der prototypische ideal Q-Sort der IBP	39
4	DISKUSSION	43
4.1	KURZZUSAMMENFASSUNG DER THEORIE	43
4.2	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	44
4.2.1	Vergleich des Prototyps mit den geratenen Therapiesprächen	44
4.2.2	Das Bild des Prototypen	48
4.3	FAZIT	51
4.4	STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DIESER UNTERSUCHUNG	52
4.5	AUSBLICK, IMPLIKATION FÜR DIE PRAXIS	53
5	ABSTRACT	54
6	LITERATURLISTE	55
7	TABELLENVERZEICHNIS	59
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	59
9	ANHANG	60
9.1	ELTERNBOTSCHAFTEN	60
9.2	EINTEILUNG DER 100 ITEMS IN DIE DREI DIMENSIONEN DES PQS.....	61
9.3	PQS MANUAL DER 100 ITEMS.....	64

1 Einleitung

Die heute vorherrschende Arbeitsweise der Therapeuten entfernt sich immer mehr von starren Behandlungsvorgaben und eingegrenzten methodischen Anwendungen.

Vielmehr zeichnet sich ein Bild der Methodenvielfalt, der Offenheit und der Frage nach der Wirksamkeit der Methoden, nach denen die Therapeuten ihre Behandlungen zum Wohl der Klienten auswählen.

1.1 Ziel und Fragestellung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen der laufenden PAP-S-Studie („Praxisstudie Ambulanter Psychotherapie Schweiz“). Es ist ein Forschungsprojekt der Schweizer Charta für Psychotherapie und läuft in Kooperation mit dem Klinikum der Universität zu Köln und der Zürcher Hochschule für Angewandte Psychologie (ZHAW-P). Die Studie bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden, untersucht werden dabei fünf verschiedene Psychotherapierichtungen.

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit richtet sich auf die „Integrative Körperpsychotherapie“ nach J.L. Rosenberg. Die Frage nach der Methodentreue innerhalb dieser Therapierichtung steht im Zentrum der Arbeit.

1.2 Methodische Vorgehen

Zur Erhebung der Methodentreue der Integrativen Körperpsychotherapie wurde das Messinstrument des Q-Sorts verwendet. Dabei wurden vollständige ambulante Therapiestunden als ganzer Prozess untersucht und diese mit einem prototypischen Ideal Q-Sort der selbigen Therapierichtung verglichen. Die Beschreibung sowie die Einführung in das innovative Messinstrument des Q-Sorts werden zunächst im empirischen Teil erläutert. Danach folgt die Darstellung der Konstruktion des prototypischen Ideal Q-Sort der Integrativen Körperpsychotherapie. Das konkrete Vorgehen wird analog dazu detailliert beschrieben und geschieht in Anlehnung an die Studie von Ablon & Jones (1998). Die Verarbeitung der Daten erfolgt mittels den PASW Statistics 18 und Excel 2007 und wird mit einem t-Test für eine Stichprobe ausgewertet.

Diese Methodik steht an der Schnittstelle zwischen qualitativer und quantitativer Forschung. Zum qualitativen Teil gehört die Einschätzung der Therapiegespräche mit dem Q-Sort durch externe Beobachter. Die Auswertung der Daten erfolgt quantitativ.

1.3 Abgrenzungen

Diese Arbeit beschränkt sich auf die Integrative Körperpsychotherapie nach Rosenberg und deren Methodentreue, es werden keine allgemeine oder andere Körperpsychotherapie-Ansätze mit einbezogen. Der Begriff Technik und Methode, sowie Klienten und Patienten werden hier synonym verwendet. Das verwendete Messinstrument Q-Sort entspricht dem „Psychotherapie- Prozess-Q-Sort“ nach Jones. Die Arbeit erhebt keinen Anspruch, die 100 Items des Q-Sorts im Kontext der Fragestellung zu analysieren oder zu diskutieren, vielmehr geht es um ein umfassendes Bild der Ergebnisse und die verschiedenen Dimensionen, die der Q-Sort misst.

1.4 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil erfolgt eine ausführliche Einführung in die „Integrativen Körperpsychotherapie“. Das Persönlichkeitsmodell und die spezifischen Behandlungsmethoden der IBP werden vertieft betrachtet und enden mit den Wirkprinzipien der IBP. Anschließend wird bündig die Wirksamkeit von Psychotherapie erläutert. Die Frage nach der Wirkung von spezifischen Behandlungsmethoden oder Techniken steht dabei im Mittelpunkt. Außerdem wird die therapeutische Beziehung dargestellt, ebenso die Klienten-Variable und die Therapeuten-Variable.

Im empirischen Teil erfolgt das methodische Vorgehen sowie die genaue Einführung und Erklärung des Messinstrumentes. Abschließend werden die Ergebnisse präsentiert. In einem letzten Teil der Diskussion werden diese Ergebnisse anhand des vorangehenden Theorieteils diskutiert und kritisch dargestellt. Eine persönliche Auseinandersetzung mit dem erworbenen Wissen soll stattfinden, sowie kritische Punkte angesprochen und offenen Fragen erörtert werden.

2 Theoretischer Teil

2.1 Die Geschichte der Integrativen Körperpsychotherapie

Ab den späten 1960er Jahren entstand in den USA, Kalifornien, die „Integrative Körperpsychotherapie“ IBP (IBP steht für Integrative Body Psychotherapy). Begründer ist der Psychologe Jack Lee Rosenberg, der ursprünglich Zahnmediziner war. Marjorie L. Rand, Beverly Kitean Morse, Andrea Juhan und Markus Fischer entwickelten die Theorie weiter. Rosenberg, der sich in seiner zahnmedizinischen Ausbildung vertieft mit der Effizienzsteigerung auseinandersetzte, befasste sich bereits sehr früh mit dem Ansatz der Wirksamkeit von Psychotherapie. Seine klinisch-psychologische Haltung demgegenüber, was er als psychotherapeutisch wirksam erlebte, eröffnete ihm den Zugang zu interdisziplinären und schulübergreifenden Ansätzen. Diese Haltung ist heute aktueller denn je, früher stieß sie jedoch nur auf wenig Anklang. Über Jahre hinweg integrierte Rosenberg aus verschiedenen psycho- und körpertherapeutischen Ansätzen Elemente, aus denen ein neues, kohärentes Therapiesystem entstanden ist (Fischer, 2003, S. 1).

Aus diesem körpertherapeutischen Ansatz entstand eine der renommiertesten Schulmethoden des Feldes. Mittlerweile gibt es 14 regionale IBP-Institute in Nordamerika und Europa. Rosenberg hat zahlreiche Bücher geschrieben und wurde damit weltweit bekannt (Rosenberg & Morse, 2006, S. 682). Rosenbergs psychologischer Hintergrund bildete sich in der Zeit des „Human Potential Movements“ während der 1960er Jahre heraus und reifte vor allem während seiner Aufenthalte im Esalen Institute, Kalifornien. Dort studierte er mit den großen Leitern des Human Potential Movements, unter Forschern wie Fritz Perls, Abraham Maslow, Alexander Lowen, Rollo May, Carl Rogers - oder etwa Moshe Feldenkrais (Fischer, 2003, S. 1-2). Ebenso befasste sich Rosenberg dort mit der östlichen Philosophie und dem Yoga (Rosenberg & Morse, 2006, S. 682).

Rosenbergs Begegnung mit Fritz Perls begeisterte ihn nachhaltig für dessen Gestalttherapie. Er wurde selbst Lehrer am Gestalt-Institut von San Francisco und erlebte dabei einen prägenden Einfluss durch Phil Cucuruto, einem Schüler von Wilhelm Reich, der zentrale Konzepte der Gestalttherapie auf der körperpsychotherapeutischen Ebene erweiterte. Daneben entwickelte Rosenberg seinen ersten Ansatz, den er damals „Gestalt Body Psychotherapy“ nannte. Aus seiner körperpsychotherapeutischen Erfahrung übernahm er drei zentrale Konzepte, den

energetischen Ansatz (das Energieverständnis und den damit verbundenen Ladungs-Entladungszyklus des vegetativen Nervensystems), die Bedeutung der Sexualität für das Wohlempfinden und zuletzt Reichs Schalenmodell und Charakterstile. Rosenberg stieß auf den Widerstand seiner Kollegen, als er immer stärker den Körper in seine Arbeit integrierte. Darauf folgte die Umbenennung seiner Methode in Integrative Körperpsychotherapie.

In der Schweiz gibt es seit 1990 das IBP-Institut, das von Dr. med. Markus Fischer gegründet wurde. Es wird von dem Verein IBP-Institut getragen und ist seit 1998 Mitglied der Schweizer Charta für Psychotherapie (Fischer, 2003, S.1-2).

2.2 Das Paradigma der Integrativen Körperpsychotherapie

Fischer (2003) nennt das grundlegendste Paradigma, auf dem die IBP aufbaut, das „Integrationsparadigma“. Er führt die lateinische Definition an, wonach das Wort Integration von „integer“ kommt und unverletzt, heil bedeutet (S.10). Der heilende Ansatz wurde auch von den Gründungsvätern der Psychotherapie, Freud und Reich, vertreten. Für Reich bedeutete die Heilung das Auflösen des Charakterpanzers durch die Körperarbeit, um so unbewusstes, hervorbrechendes Material widerstandsfrei bearbeiten zu können. Unzählige Therapierichtungen haben seither Konzepte entwickelt von dem, was heilt (Koemeda-Lutz, 2002, S. 110-112). Rosenberg (1985) benutzt den Begriff des „Heilens“ im Kontext der Wirksamkeit und führt dabei die „heilende Beziehung“ zwischen Klient und Therapeut auf, die ein notwendiger Aspekt des Heilungsprozesses ist (S. 32). Fischer (2003) schreibt dazu, dass das Wiederherstellen von Beziehungen, die entweder nie vorhanden oder dysfunktional sind, im Zentrum des Therapieverständnisses steht (S. 13).

Rosenberg, der von seinen therapeutischen Ansätzen her pragmatisch und ergebnisorientiert war, was vor allem auf seinen zahnärztliche Tätigkeit und der Wirksamkeitsfrage von Intervention zurückzuführen ist, legte somit die Wurzeln der IBP klar integrativ an. Darauf gründet die generelle Offenheit und Neugier sowie die undogmatische Diskursfähigkeit der IBP gegenüber den Wirkfaktoren und Methoden anderer Psychotherapiesysteme sowie den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Den Begriff der Integration ist für die IBP als mulitheoretischen Begriff zu verstehen, der das ganze Gebäude der IBP wie einen roten Faden durchzieht (Fischer, 2003, S. 10ff). Dies zeigt sich, wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, im Besonderen an

Rosenbergs Lebenslauf selbst und ferner an den vielen verschiedenen Bezugsorten der Therapietheorie, welche im nachfolgenden Kapitel kurz dargestellt werden.

Heute findet in den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten das Integrationsparadigma zunehmend Anklang, was Fischer (2003) als bereits seit längerer Zeit vollzogene Umsetzung der therapeutischen Praxis deutet, die nun auch Eingang in den Instituten und Ausbildungsstätten findet (S.11). Petzold (1993, zit. nach Fischer, 2003), nennt Zahlen von „50% aller freiberuflich tätigen Psychotherapeuten“, die ein integratives Vorgehen in ihrer Behandlung angeben. Das bedeutet, dass die Therapeuten mehrere psychotherapeutische Ausbildungen absolvierten und im Praxisalltag parallel mit mehreren Methoden, die individuell auf den Klient abgestimmt sind, arbeiten (S.11).

Hieran wird deutlich, wie jung der Zweig der IBP ist und wie nah dieser - bezogen auf den Integrativen Ansatz – an der heutigen Vorstellung einer schulunabhängigen Therapieform, wie Grawe (1994, S. 749- 788) sie beschreibt, ist.

2.3 Quellen der Therapiemethode

Fischer (2003) führt die verschiedenen Bezugsorte der IBP in ihrem Kontext auf. Sie sind mannigfaltig und reichen von der Psychologie über Bewegungs- und Körpertherapien bis hin zur Biologie und Medizin (S. 17).

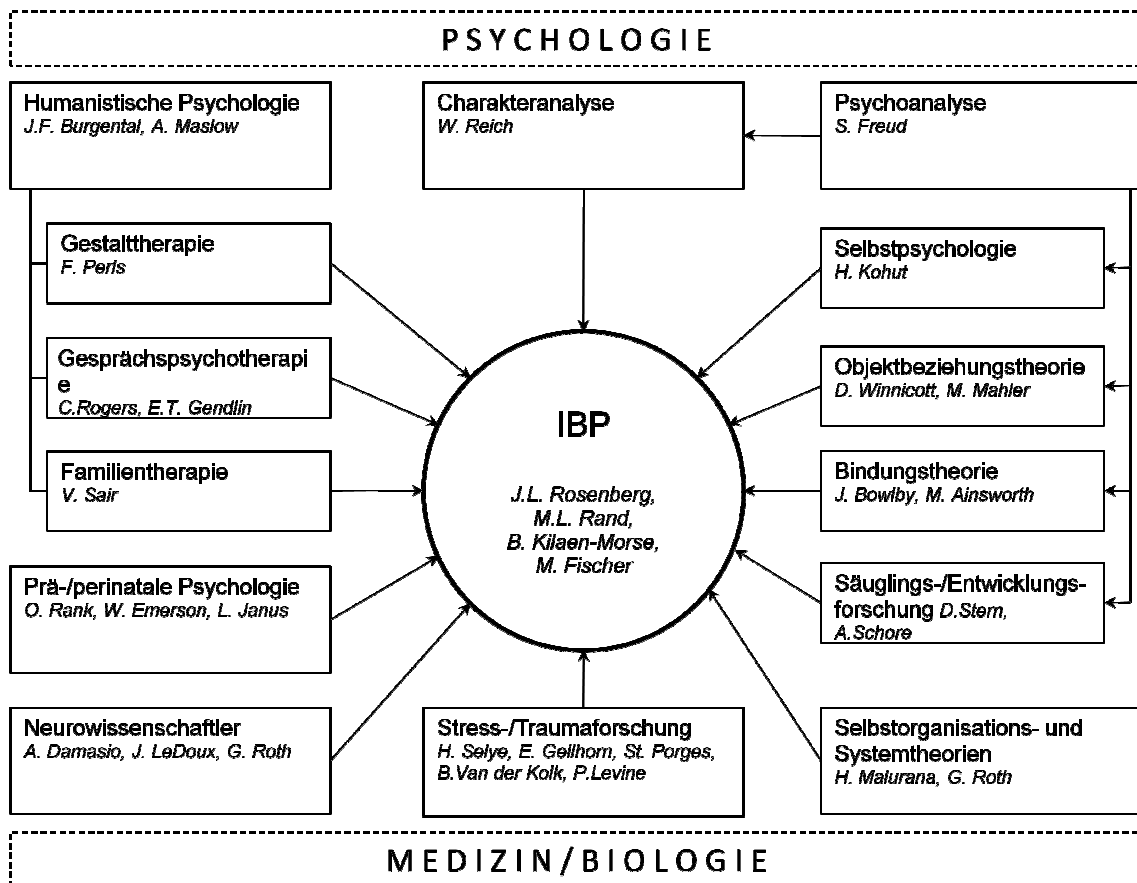


Abbildung 2.1 Die therapietheoretischen Quellen der Integrativen Körperpsychotherapie IBP nach Fischer (2003, S. 17)

Rosenbergs besondere Auszeichnung besteht nach Fischer (2003) darin, die bewährten psychotherapeutischen Konzepte und Techniken mit eigenen Modellen und Techniken zu einem neuen kohärenten Psychotherapiesystem integriert zu haben (17ff.)

Die Vielfalt der Therapeutischen Ansätze wird durch obige Abbildung sehr deutlich und spiegelt sich in den Methoden, Interventionen und Behandlungsansätze, die in Kapitel 2.5 beschreiben werden, wieder.

Allerdings fehlt in dieser Abbildung der fernöstliche Ansatz, der für Rosenberg mit prägend war, wie z.B. das Yoga oder der Feldenkrais. (Rosenberg & Morse, 2006, S 682). Rosenberg (2008) selbst beschreibt die IBP als ein transpersonales Modell und geht davon aus, dass es etwas gibt, das über den Körper und den Geist des Individuums hinausgeht (S. 172). Rosenbergs (2008) Ansatz entspricht der Betrachtungsweise des Transischen (S.31), für ihn liegt die absolute Erfüllung in der Verschmelzung des Seins mit dem Hier und Jetzt, was er mit einer spirituellen Erfahrung gleichsetzt (S. 15)

2.4 Das Persönlichkeitsmodell

Nach Fischer (2003) besteht das Persönlichkeitsmodell der IBP aus vier verschiedenen Persönlichkeitsanteilen, die alle einen gemeinsamen, zentralen Kern haben. Das Modell ist entwicklungstheoretisch begründet (vgl. Fischer, 2003, Kapitel 2.3; Rosenberg, 2008, Kapitel 6) und bildet zusammen vier konzentrische Kreise (S. 22). Rosenberg (2008) entwickelte dieses Modell angeregt durch Wilhelm Reichs Schichtenmodell (S. 22).

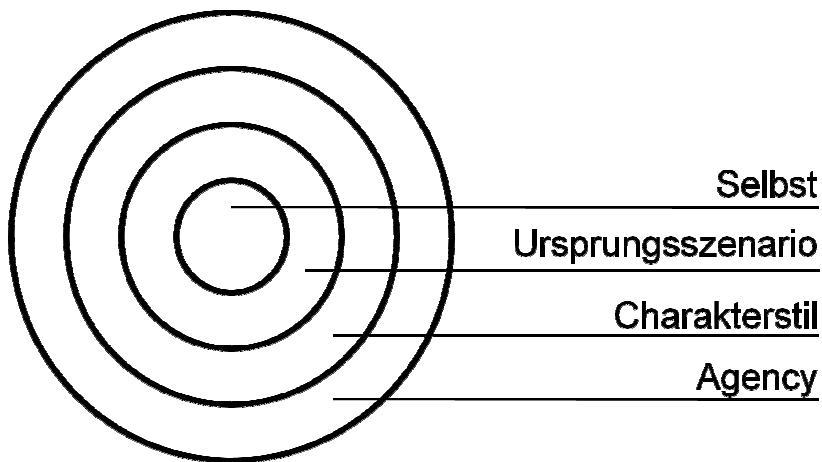


Abbildung 2.2 Das Persönlichkeitsmodell der IBP nach Fischer (2003, S. 22).

Die vier Kreise entsprechen vier Persönlichkeitsanteilen. Der innerste Kreis entspricht dem Selbst gefolgt vom Ursprungsszenarium, dem Charakterstil und zuletzt dem Agency, die im Folgenden beschrieben werden. Rosenberg hat dieses Persönlichkeitsmodell von IBP kurz und prägnant beschrieben. Zitat Rosenberg (nach Fischer 2003):

Das Selbst ist wer du wirklich bist. Das Ursprungsszenarium ist was dir als Kind passiert ist. Der Charakterstil ist wie du versuchst mit dem umzugehen was dir als Kind passiert ist. Agency ist wie du als Kind versuchst zu dem zu kommen, was du brauchst. (S.23)

2.4.1 Das Selbst

Laut Fischer (2003) geht die IBP von der Annahme eines Wesenskerns, dem Selbst, aus. Es ist in jedem Menschen bereits im Mutterleib von der Zeugung an vorhanden. Diese Annahme Rosenbergs wurzelt nach Fischer in der Selbstpsychologie von Kohut (1979, zit. nach Fischer, 2003) der den Kern des Selbst als ein Gefühl von Selbstsein und Sinnhaftigkeit, beschreibt (S. 24). Rosenberg (1985) verwendet das Selbst und das Selbst-Gefühl synonym und gibt in seinem Buch folgenden Definition an:

SELF, SENSE OF SELF- Feeling of identity, and continuity experienced in the body as well as the cognitive/verbal structure of the mind. The awareness of one's Self comes from the proper mirroring of the child's growing awareness of his individuality and personal worth, validity, and self esteem. It also develops in the body as un-blocked or unimpeded energy flow. The Self is different from the soul in its individual identity expressed in a unique body/mind. (S. 323)

Rosenberg (1985) beschreibt das Selbst als eine körperliche nonverbale Erfahrung des Wohlbefindens, der Identität und Kontinuität (S. 22ff). Ein weiterer wichtiger Aspekt bezüglich des Selbst ist die Annahme, dass dieses die zentrale Quelle allen Antriebes ist. Es ist ausgestattet mit dem Impuls und der Energie zum persönlichen Wachstum. Das Selbst liegt in den Genen begründet und ist zu Beginn sehr fragil. In einem jahrelangen Prozess wird es zum vollen Selbst ausgebildet (Fischer, 2003, S. 24). Ein gutes Wohlfühl, den Einklang mit dem Körper und ein starkes Selbst entwickelt ein Kind laut Rosenberg nur dann, wenn die Bedürfnisse des Kindes in liebevoller und fürsorglicher Weise befriedigt werden. Eine fehlende Befriedigung der Bedürfnisse führt zu einer dysfunktionalen Entwicklung des Selbst. Das potentielle Selbst bleibt dann mehr oder weniger undifferenziert und fragmentiert, was den Verlust des Kontaktes zum Selbst bedeutet. Dadurch entwickelt das Kind eine defensive Charakterstruktur, bei der die Gefühle verschlossen werden, was wiederum dem dritten Kreis bzw. den Charakterstilen entspricht (Rosenberg, 1985, S. 20ff). Laut Rosenberg (2008) ist das Ziel und die Grundlage der IBP, das Selbst zu erkennen und zu achten (S. 23). Die therapeutische Arbeit bestehe darin, dieses Selbst aufzudecken und zu seiner vollen Ausdrucksmöglichkeit zu bringen, in dem man es von überlagerten Erfahrungen befreit (Rosenberg 2008, S.172).

2.4.2 Das Ursprungsszenario

Rosenberg (1985) beschreibt die Quelle und die Anfänge aller persönlichen Verhaltensmuster als das grundlegende Szenarium. Dieses entsteht in den ersten Jahren der Kindheit, wobei die ersten drei Jahre die bedeutsamsten sind, im Alter von sechs Jahren ist es bereits festgelegt. Das grundlegende Szenarium ist laut Rosenberg die Geschichte der ersten erfahrbaren Beziehung und entspricht dem Blueprint für alle weiteren Beziehungen, die im Leben stattfinden. Es beinhaltet die Summe aller emotionalen und physischen Erfahrungen einer Person in den frühesten Lebensmonaten und Jahren, ebenso wie die kulturelle, soziale, politische und familiäre Situation, in welche der Säugling hinein geboren wird (S. 69-74). Die Ansammlung all dieser Erfahrungen formt nach Rosenberg (1985) den zugrunde liegenden Charakter (S. 18). Das Konzept des Grundlegenden Szenariums, welches Fischer (2003) Ursprungsszenario oder Grundverletzung nennt, erleidet immer wieder einschneidende Erfahrungen, demzufolge existiert die ideale Umgebung für das Selbst nicht. Verletzungen oder positive Erfahrungen sind daher Traumatisierungen oder Ressourcen des Selbst und somit Inhalt des Ursprungsszenariums (S.23-28).

Rosenberg (1985) geht davon aus, dass der Mensch immer wieder versucht, solch grundlegenden Szenarien zu erfahren, um die Bedürfnisse, die damals nicht gestillt wurden, zu kompensieren und der Aufgabe gerecht zu werden, das Selbst zu entwickeln (S. 69-74).

Das Aufnehmen des Ursprungsszenariums durch den Therapeuten dient der Verknüpfung mit dem Hier und Jetzt, um auf diese Weise das gegenwärtige Leiden und Handeln des Klienten verstehen zu können. Des Weiteren können hierdurch wichtige Informationen über die erwarteten Übertragungen des Klienten entnommen werden. Das Wissen um das primäre Beziehungsmuster des Klienten erfordert eine sorgfältige und bewusst gestaltende therapeutische Beziehung, die auch neue korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglichen. Das übergeordnete Ziel der Arbeit mit dem Ursprungsszenarium ist die Aussöhnung mit der eigenen Geschichte (Fischer, 2003, S.28).

2.4.3 Charakterstil Abwehrform

In seinem Behandlungsansatz der IBP definiert Rosenberg (1985) den Charakter oder die Charakterstruktur als ein „festes Muskelmuster, eine emotionale Resonanz und ein Glaubenssystem“, das in unserem Körper und Verhalten hinterlegt ist. (S. 18ff).

Durch die Missachtung der Grundbedürfnisse nach Nähe oder Distanz entstehen Verletzungen, die bei einem Säugling letztendlich Schutz- und Abwehrstrategien hervorrufen. Werden diese Strategien des sich Schützens regelmäßig gebraucht, verfestigen sie sich und werden zu reflexartigen stereotypischen Bewältigungsstrategien. Der Gesamtkomplex der Bewältigungsstrategien wird unter dem Begriff des Charakterstils zusammengefasst (Fischer, 2003, S. 28).

Laut Rosenberg (2008) haben Wissenschaftler festgestellt, dass die Muskelanspannung elementar wichtig für den Ausdruck der persönlichen Schutzreaktion ist, welche sich in der Haltung, der Stimme und tatsächlich in jedem kontrahierten Muskel zeigt (S. 24).

Die IBP arbeitet intensiv mit den emotionalen und muskulären Mustern von Erfahrungen. Wenn diese Muster gelöst werden, können frühe Erfahrungen wieder belebt und dazugehörige Gefühle adäquat versorgt werden. Ziel der Therapie ist es, die in unserem Leben entstandenen Muster (Schutzmechanismen) zu unterbrechen und zu lösen. Wichtig ist dabei, dass diese Muster nicht nur erinnert, sondern auch gelöst werden müssen, was für Rosenberg nicht nur auf der verbal-kognitiven Ebene stattfindet, sondern durch ein tiefgründiges Körper-Verstand-Erlebnis erlebbar ist, welches alle Sinne anspricht; sehen, hören, riechen, tasten und schmecken.

Ferner geht Rosenberg davon aus, dass unsere Erinnerungen weiter zurückgehen als bis zum Spracherwerb und dass diese Erinnerungen als Gefühle von Geliebt-sein, Sicherheit, Wärme, Angst etc. abgespeichert sind. Es ist schwer, diesen frühesten Gefühle nachzuspüren, nicht nur weil sie verbal nicht abgespeichert sind, sondern weil sie im Körper selbst verborgen liegen (Rosenberg 2008, S. 20-31). Zusammenfassend meint Rosenberg (2008) hierzu:

Wir glauben, dass ein Mensch mit einem Wesenskern oder einer Seele geboren wird, und damit arbeitet die Integrative Körpertherapie. Wir glauben, dass dieser Wesenskern von Erfahrungen überlagert wird, die entweder aufbauend oder destruktiv für die Äußerungen dieses Wesenskerns sind, aber die Erfahrungen an

sich sind nicht das Selbst. Sie sind das, was wir Charakterstrukturen bezeichnen, die oft das Selbst verdunkeln und seine Äußerung verhindern. (S. 172).

2.4.4 Agency

Laut Fischer (2003) entwickelte Rosenberg das Konzept des Agency auf der Grundlage von Daniel Sterns (1985, zit. nach Fischer, 2003) Self-Agency-Konzept, der damit die natürliche Fähigkeit des Kindes, sich für seine Belange einzusetzen, beschreibt (S. 30). Nach Fischer (2003) besteht Rosenbergs Essenz des Agency darin, dass der Selbstbezug reflexartig aufgegeben wird. Er erfasst damit genau das Gegenteil von Sterns Konzept, nämlich das Unvermögen, sich in intimer Beziehung für die eigenen Bedürfnisse einsetzen zu können. Um Liebe, Anerkennung und Beziehung zu erhalten, stellt man sich in den Dienst des Anderen (S. 30).

Rosenberg (2008) fasst das Agency mit dem frühkindlichen Anpassungs- und Kompensationsverhalten zusammen (S. 175ff). Fischer (2003) unterscheidet das Agency von den Charakterstrukturen in der Form von Abwehr. Das Agency zählt er zu den offensiven Abwehrformen, mit denen man versucht, etwas zu bekommen. Während die Charakterstrukturen und daraus resultierende Verhalten eine passivere, defensivere Abwehr ist, mit der man etwas verhindern will, nämlich wieder verletzt zu werden. Als Ursachen der Entstehung von Agency nennt er die mangelnde Fähigkeit der primären Bezugsperson, sich emotional ausreichend auf die Bedürfnisse des Kindes einzulassen. Das Kind, welches auf die Bezugsperson angewiesen ist, wird dadurch gezwungen, den Kontakt zum eigenen Selbst einzustellen, um sich auf die Bedürfnisse der Bezugsperson auszurichten. Fischer vergleicht es mit einer Parentifizierung (S. 30). Rosenberg (1985) spricht dabei von einer solipsistischen Mutter-Kind-Beziehung, wobei die Mutter zu sehr an sich selbst denkt (S. 162).

Nach Fischer (2003) ist das Agency Ursache von vielen psychischen und somatischen Erkrankungen. Dabei sind die Grenzen nicht klar gesetzt und die Unfähigkeit sich gegen Anforderungen abzugrenzen und nein zu sagen, liegt im Grundmechanismus der Selbstaufgabe (S. 31).

2.5 Behandlungsmethoden

Im folgenden Kapitel werden die Behandlungsmethoden, die für die IBP charakteristisch sind, beschrieben. Es wird eine Auswahl der primären Methoden vorgestellt, die zentral für die therapeutische Arbeit ist.

2.5.1 Kathartische Entladung

Rosenberg (2008) beschreibt die kathartische Entladung als emotionales Entladen der angestauten oder zurückgehaltenen Gefühle. Wie bereits bei den Charakterstilen in Kap. 2.4.3 erläutert, speichert der Körper Erfahrungen muskulär und emotional. Oft sind diese Erfahrungen im Körper verborgen und nicht bewusst. Durch die Körperarbeit (z.B. spezielle Atemübungen) können diese Erfahrungen wieder ausgelöst und neu erlebt werden (S. 118-119). Rosenberg (2008) beschreibt dabei sehr deutlich, dass das Ziel der IBP nicht die Entladung sei, sondern die Entdeckung des Selbst und der Identitätsentwicklung durch das Erforschen des Ursprungs der Blockierungen. Dabei ist es wichtig, ein Verständnis für die Funktion der Panzerung und der Abwehr zu entwickeln. Wenn diese Sicht etabliert ist, kann Entladung als eine bewusste Entscheidung des Klienten erfolgen. Rosenberg betont dabei die Wichtigkeit der Therapeut-Klient-Beziehung. Die Katharsisauslösung ist verloren, wenn der Klient nicht in emotionalem Kontakt mit dem Therapeuten ist, denn der Kontakt innerhalb der Beziehung stellt den heilenden Faktor dar. Dies bedeutet, dass in der therapeutischen Beziehung eine unbewältigte Situation aus der Vergangenheit in der Gegenwart neu inszeniert wird und der Therapeut im Hinblick auf das grundlegende Szenarium des Klienten und dessen Wiederholungsmuster entsprechend anders handelt (S.120-121).

2.5.2 Übertragung

Übertragung und Gegenübertragung sind zentrale Elemente der Psychoanalyse, die von der IBP übernommen und auf der somatischen Ebene weiterentwickelt wurden. Die Arbeit mit der Übertragung oder auch in der Übertragung ist heikel und anspruchsvoll und erfordert eine hohe Reflexion der eigenen Bedürfnisse. Die Arbeit in der Übertragung ist die bewusste Arbeit am inneren Kind im Klienten. Die Übertragung ermöglicht nachnährende Interventionen des Therapeuten, wobei der Therapeut als Elternersatzfigur verstanden wird, und eine positive Elternrepräsentanz widerspiegelt (Fischer, 2003, S. 52). Dies ist ein wichtiger Prozess der Behandlung, bei der das Wiedererleben der Eltern-Kind-Beziehung den Phasen der Idealentwicklung des Selbst ähnelt. Die therapeutische Beziehung ist somit eine Art Ersatzsymbiose, in der das Selbst geheilt werden kann. Rosenberg beschreibt die Phasen der Übertragungsbeziehung in seinem Buch anhand der verschiedenen Entwicklungsstadien (Rosenberg, 2008, S. 266-277). Nach Fischer (2003) erweitert die IBP das Konzept der

Übertragung; es thematisiert neben kognitiven, emotionalen und nonverbalen, auch somatische Phänomene. Die Berücksichtigung der somatischen Dimension der Übertragung ermöglicht einen weiteren zusätzlichen Informationsgewinn und eröffnet zusätzlichen therapeutischen Handlungsspielraum sowie diagnostische Überlegungen (S. 52).

2.5.3 Elternbotschaft

Laut Rosenberg (2008) entsteht eine negative Introjektion durch ein unzureichendes Spiegeln des Kindes durch die Eltern. Somit entsteht ein inneres, negatives Bild der Beziehungsperson, z.B. die kritische Mutter. Rosenberg ist zwar der Auffassung, dass viele Therapien Introjektionen aufdecken, aber nichts bieten, das sich an diese Stelle setzen ließe. Die Elternbotschaften sind solche positiven imaginären Bilder, die an Stelle von negativen Introjektionen gesetzt werden können. Rosenberg entwickelte diese Herangehensweise während der Arbeit mit Krebspatienten. Dabei versuchte er physische Ausdrücke der Krankheit durch Vorstellungstechniken zu verändern. Er stellte dabei fest, dass der Erfolg mit einem starken Selbst-Gefühl zusammenhängt, welches wiederum von einer angemessenen Spiegelung der Mutter-Kind-Beziehung in Verbindung steht. Daraus entwickelt er eine Reihe von Gefühlsbotschaften, denen er die Bezeichnung „gute Mutter“ gab. Sätze wie „ich lieb dich“, „ich Sorge für dich“, „ich sehe dich“, „ich höre dich“ und „du kannst deiner inneren Stimme vertrauen“ sind Beispiele für solche Gefühlsbotschaften. Deren Sinn und Zweck ist, diese immer wieder zu verinnerlichen, um mit den direkten Vorstellungen über die Mutter, innere negative Introjektionen durch positive zu ersetzen. Ebenso gibt es Botschaften für den „guten Vater“ (S. 254-257).

2.5.4 Arbeit mit Grenzen

Für Rosenberg (2008) steht innerhalb des therapeutischen Prozesses die Frage nach der Abgrenzung im Mittelpunkt, da schließlich das Selbst durch seine Grenzen bestimmt wird. Er unterscheidet dabei drei Arten von Grenzen: Die Selbst-Grenze, welche flexibel ist, die defensive Grenze und die vage Grenze, die kaum vorhanden ist.

Er beschreibt die Selbst-Grenze als ein Selbst-Gefühl oder eine Erfahrung, die zwar von der Welt getrennt ist, jedoch harmonisch in der Welt lebt. Die Selbst-Grenze bestimmt das integrierte Selbst und wird durch eine angemessene Spiegelung und Interaktion mit

der Umwelt gefördert. Bei Menschen mit vagen oder starren Grenzen ist die Verbindung zum Selbst sehr gering oder überhaupt nicht vorhanden. Im therapeutischen Setting kann die Erfahrung des Klienten mit seinem Selbst unter anderem dadurch vermittelt werden, indem der Klient seine Grenzen bestimmt. Hierbei ist es wichtig, dass die Erfahrung sowohl kognitiver als auch physischer Art ist. Im Zuge der Selbsterfahrung, durch eigenständiges „Grenzen legen“ mit einem Seil, wird der Klient nach und nach seine eigenen Grenzen spüren und deren Funktion verstehen (S. 213-214).

2.5.5 Energie Methode

Um den therapeutischen Prozess zu vertiefen oder zu steuern, arbeitet IBP hauptsächlich mit der Methode des Energiekonzeptes. Der Therapeut achtet während des Settings permanent auf den energetischen Zustand (Aktivierungszustand) und die Energieverteilung im Körper des Klienten. Die Energie wird dabei über die Wirkung im Körper beispielsweise als Wärme, Kälte, Fließen, Vibrieren, Kribbeln, Druck, Schmerz usw. wahrgenommen. Das kontinuierliche Verfolgen der Energy-Methode ermöglicht einen sehr differenzierten Einsatz von aktivierenden (anspannenden, potentiell regressionsfördernden, sympathoton wirkenden) oder deaktivierenden (entspannenden, stützenden, ressourcenfördernden, parasympathoton wirkenden) Interventionen. Es ist ein sehr wertvolles, direkt therapieleitendes Mittel mit großer praktischer Nützlichkeit. Jedoch kann eine differenzierte und aufmerksame Wahrnehmung der Körperempfindung je nach Klient sehr unterschiedlich sein und muss daher mitunter erst einstudiert oder erlernt werden (Fischer, 2003, S. 38-39).

2.6 Wirkprinzipien der IBP

Fischer (2003) beschreibt im fünften Kapitel sehr genau die Wirkprinzipien von IBP. Um die Wirksamkeit der IBP Methoden wissenschaftlich zu begründen, bezieht er sich auf Metaanalysen, die allen Methoden gemeinsame Wirkfaktoren zuschreiben. Dabei entsprechen diese empirisch erschlossenen Wirkprinzipien weitgehend der bereits durch praktische Erfahrung im Alltag der IBP-Therapie formulierten Grundausrichtung (S. 70). Für die Strukturierung und Förderung des therapeutischen Prozesses in der IBP sind die **gewahrseinsorientierte, erfahrungsorientierte bzw. körperorientierte,**

prozessorientierte, ressourcenorientierte, integrative und die intersubjektive Ausrichtung (therapeutische Beziehung) hervorzuheben. Diese sechs Aspekte sind in der Anwendung des Praxisalltags eng miteinander verwoben und gehen ineinander über. Die Verknüpfung geschieht ganzheitlich und ist individuell auf den therapeutischen Prozess des Klienten abgestimmt (Fischer, 2003, S. 45-52).

2.6.1 Die Therapeutische Beziehung in der Integrativen Körperpsychotherapie

Das Therapieverständnis der IBP, das Menschenbild, das Gesundheits-Krankheitsmodell, die Entwicklungstheorie sowie das praxisorientierte Vorgehen der IBP gründet auf dem Verständnis der Prinzipien von Beziehungen und Integration (Fischer, 2003, S. 45). Im Zentrum des therapeutischen Bemühens steht Integration verstanden als Wiederherstellung von Beziehungen. Eine gute auf Intersubjektivität fundierte therapeutische Beziehung ist ein bedeutsamer Wirkfaktor. Gleichzeitig entspricht es einem Medium, durch welches die therapeutischen Interventionen, Methoden und Techniken zur Wirkung kommen (Fischer, 2003, S. 14). Somit steht die therapeutische Beziehung im Hintergrund aller Methoden und ist ein elementares Fundament im Therapieprozess. Daneben sind die Klienten gefordert, Eigenverantwortung zu übernehmen und aktiv am Heilungsprozess mitzuarbeiten (Fischer, 2003, S.52).

Rosenberg (2008) beschreibt die Beziehung zwischen Klient und Therapeut ebenfalls als einen wichtigen Aspekt des Heilungsprozesses (S. 39). Er vergleicht den therapeutischen Prozess der IBP mit einem Mikrokosmos der Lebensdynamik. Diese Lebensdynamik ist das Beziehungsmodell des Klienten, der seine Muster aus dem grundlegenden Szenarium sein Leben lang wiederholt. Dieses Beziehungsmodell ist elementar auf die therapeutische Beziehung ausgelegt und spiegelt sich dort am häufigsten wieder. Der Therapeut nutzt die verschiedenen Methoden und Interventionen der IBP, um in der Therapeuten-Klienten Beziehung die frühkindlichen Verletzungen zu heilen und dem Klienten das Erleben seines Selbst in seinem Körper wieder zu ermöglichen (S. 277).

2.7 Wirksamkeit von Psychotherapie

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist heute unumstritten und gründet auf einem in sechs Jahrzehnten untersuchten und dokumentierten Wissen (Asay & Lambert, 2001, S.

42). Es konnte nachgewiesen werden, dass Psychotherapie nachhaltige positive Veränderungen, welche über das Abklingen pathologischer Defizite ohne Therapie hinausgehen, bewirkt (Künzler, Böttcher, Hartmann & Nussbaum, 2010, S. 336). Smith et al. (1980, zit. nach Asay & Lambert, 2001) fand heraus, dass es den behandelten Klienten am Ende einer Therapie im Durchschnitt um 80% besser ging als den nicht behandelten Personen (S.42).

Lambert und Ogles (2004) schreiben ferner, dass 40-70% der Klienten einen beachtenswerten Gewinn in der Therapie erlangen. Demzufolge beschleunigt Psychotherapie die Remission der Symptome und verbessert die psychische Funktionalität. Darüber hinaus aktiviert diese den natürlichen Heilungsprozess und bietet neue Copingstrategien und Methoden für den Umgang mit zukünftigen Problemen an (S. 180).

Diese Offensichtlichkeit der Wirksamkeit von Psychotherapie eröffnet die Frage, welche der vielen Psychotherapiemethode die Wirksamste ist. Erstaunlicherweise finden sich in Metaanalysen keine Unterschiede in der Wirkung von verschiedenen psychotherapeutischen Methoden (Künzler et al., 2010, S. 336). Dies bedeutet, dass keine Therapierichtung einer andern überlegen ist. Das hier beschriebene Phänomen ist nach Strauß & Wittmann (2007) in der Literatur als „Verdikt des Dodo“ zu finden. Dieses Verdikt des Dodo, was bedeutet „Everybody has won and all must have prizes“, soll ausdrücken, dass trotz aller Differenzen hinsichtlich der theoretischen Modelle, Krankheitstheorien, Menschenbilder, Interventionen etc. die wichtigsten Psychotherapieverfahren letztendlich zu ähnlichen Effekten kommen (S. 789ff). Lambert (1992) untersuchte die Effekte der Psychotherapie im Hinblick auf den Therapieerfolg und kam auf folgende Ergebnisse:

- **Extratherapeutische Veränderung:** zu verstehen als individuelle Eigenschaft des Klienten, die die Stärke und die Fähigkeit sowie sein soziales Umfeld miteinbeziehen. Erklärt laut Lambert **40%** der Ergebnisvarianz des Therapieerfolges.
- **Therapeutische Beziehung:** deren Qualität erklärt weitere **30%** des Therapieerfolges.
- **Erwartungs- und Placeboeffekte:** die Verbesserung des Wohlbefindens vom Klienten ohne Intervention beträgt **15%** des Therapieerfolges.

- **Therapeutische Methode:** kann lediglich **15%** zum Ergebnis der Therapie beitragen. (S. 94-129)

Wampold (2001, zit. nach Künzler et al., 2010) konnte in später durchgeführten Metaanalysen diese Werte bestätigen, wobei er einen noch geringeren Einfluss der therapeutischen Methode belegte (S. 339). Es wird deutlich, dass ein Großteil der Wirkfaktoren auf die Stärken und Fähigkeiten sowie das soziale Umfeld des Klienten zurückzuführen ist. Danach kommt die therapeutische Beziehung. Sie gilt als bestgesicherter Wirkfaktor von Psychotherapie (Künzler et al., 2010, S.341). Die Frage nach der Wirksamkeit von bestimmten therapeutischen Methoden liegt bei 15%, gleichbedeutend mit dem Placeboeffekt, der ebenfalls 15% ausmacht.

2.8 Wirksamkeit von bestimmten Methoden in der Psychotherapie

Lambert (1986) definiert Technik (zit. nach Ogles, Anderson & Lunnen, 2001) „als die Methoden, die für bestimmte Therapien ganz charakteristisch sind, wie zum Beispiel Biofeedback, Hypnose, Systematische Desensibilisierung“. (S. 230- 231). Ogles et al. (2001) schreibt, dass trotz zunehmender spezialisierter, technischer und standardisierter Ausbildung und Praxis 30 Jahre Forschung nahe legen, dass spezielle Modelle und Techniken relativ wenig Einfluss auf den Therapieerfolge haben (S. 230). Heim (2009) betont ebenfalls, dass aktuelle Forschungsergebnisse belegen, dass keine Schule, Methode oder Technik gegenüber der anderen eine konsistente, allgemeine Majorität aufweist. Dabei gibt es keine Methode, die bei gegebener Störung bei jedem Klienten hilfreich ist, vielmehr liegen Erkenntnisse vor von bestimmten Methoden, die störungsspezifisch eher indiziert sind als andere, wie z.B. Phobien oder Essstörungen (S. 184).

Orlinsky, Rönnestad und Willutzki (2004) stellten fest, dass aufgrund der Tatsache der geringen Wirkung von bestimmten Techniken und Methoden, die Mehrheit der heutigen Therapeuten weitgehend eklektisch orientiert ist. Dies interpretierten sie als gesunde Antwort auf die empirischen Beweise und die Ablehnung der bisherigen Trends in Richtung starre Loyalität zu den Therapieschulen. Im weitesten Sinne eröffnet dies auch eine Möglichkeit der Vielfalt an Techniken, die vorsichtiger, gezielter und bei Klienten individueller eingesetzt werden können (S. 180).

Heim (2009) spricht von einer „methodenpluralistischen Arbeitsweise“, welche die Hälfte aller praktizierenden Psychotherapeuten im Laufe der Jahre entwickeln, obwohl

die wenigsten auf diesem Weg gezielt gefördert wurden. Aus Umfragen wird deutlich, dass die Frage nach der Integration und des Eklektizismus die Mehrheit der Therapeuten beschäftigt, was deutlich zeige, dass die Praxis die Forschung längst überholt hat (S. 200). Nach Ogles et al. (2001) liefern einige Prozessuntersuchungen begrenzte Hinweise auf den Nutzen bestimmter Techniken. Jedoch seien die Ergebnisse nicht völlig schlüssig, die prozessorientierte Betrachtungsweise bestimmter Techniken und Modellen sei eine einzigartige Perspektive, die weitere Forschungen rechtfertige (S. 240-241). Diese dargestellten empirischen Befunde eröffnen eine neue Sichtweise, weg von der starren Orientiertheit auf spezifische Methoden hin zu allgemein gültigen Wirkfaktoren der Psychotherapie. Heim (2009) spricht in diesem Zusammenhang von der theoretischen Integration oder dem theoretischen Eklektizismus, der eine Synthese von traditionellen Konzepten anstrebt, um neue Perspektiven für Theorie und Praxis zu eröffnen. Es sei ein Verknüpfen von Metatheorien und Techniken, die zu einer neuen Einheit verbunden werden (S.197). Dieser Ansatz ist wieder zu finden in den Bestrebungen der Suche nach den allgemeingültigen Wirkfaktoren und den integrativen Vorstellungen von Psychotherapie.

Nocross und Newman (1992) erwähnen einige Gründe, weshalb das Interesse an integrativen Konzepten in den letzten zwei Jahrzehnten stark gewachsen ist, so z.B. durch die unübersichtliche Zunahme von Schulen und Methoden, die Erkenntnis, dass keine einzelne Methode allen klinischen Probleme gerecht werden kann, der politische Druck der Wirksamkeitsprüfung von Psychotherapie, die wachsende Spezifizierung der klinischen Probleme, die zunehmende Aufmerksamkeit für Methoden anderer Schulen, das Interesse an allgemeinen Wirkfaktoren sowie die bessere, professionelle und organisatorische Vernetzung (S.5). Heim (2009) betont, dass es vermessen sei, die Integration als modische Erscheinung abzutun. Jedoch sieht er darin auch bestehende Hindernisse, wie beispielsweise komplexere Forschungsmethoden, die grundsätzliche Vorstellung eines klar umschriebenen Menschenbildes, die nicht vorhandene übergreifende Fachsprache und die schulenspezifische Identifikation, die oftmals berufsgebunden ist (S. 195).

Nocross und Newman (1992) sehen eine Gefährdung darin, dass sich die integrativen Psychotherapie-Ansätze in der Zukunft genauso in den Profilierungs- und Vergleichswettbewerb der verschiedenen Therapieschulen einreihen, statt sich der Offenheit, der pluralistischen Methodensicht und der auf Wirksamkeit prüfenden Faktoren zu besinnen. (S. 19).

2.9 Die Therapeutische Beziehung

Keine andere Thematik als die der „hilfreichen therapeutischen Beziehung“ hat in der internationalen Psychotherapieforschung mehr Aufmerksamkeit erregt (Orlinsky et al., 2004, S. 345).

Das Herzstück der therapeutischen Arbeit ist die therapeutische Beziehung. Wie bereits im vorigen Kapitel erwähnt macht sie 30% des Therapieerfolges aus. Die therapeutische Beziehung gilt als bestgesicherter Wirkfaktor der Psychotherapie, da sie mit am häufigsten Gegenstand von Untersuchungen war (Asay & Lambert, 2001, S.53ff). Dabei wird der Einfluss der Beziehung, wie sie der Therapeut anbietet, ausdrücklich als größter Heilungsfaktor verstanden (Tallman & Bohart, 2001, 98ff).

Jede Psychotherapieschule hat ihre eigenen Worte, um die Grundlage der therapeutischen Haltung zusammenzufassen, somit ist hinsichtlich einer Definition der therapeutischen Beziehung bisher kein Konsens erzielt worden (Bachelor & Horvath, 2001, S. 142ff). Hier folgen nun verschiedene Definitionen. Strupp und Binder (1993, zit. nach Holm-Hadulla, 2007, S. 98) schlagen folgende Voraussetzungen vor: Akzeptanz, Interesse und Empathie. Holm-Hadulla (2007) definiert die Beziehung zwischen Therapeut und Klient als einen Raum, in dem neue Gefühle und Gedanken entstehen können. Sie schreibt „In der therapeutischen Beziehung wird etwas Neues geschaffen, das Erleben von Innen- und Umwelt verändert. Früherer Erfahrungen werden in der Gegenwart kontextualisiert, es entstehen anderer mentale Landschaften, die neue Erfahrungen ermöglichen“ (S. 100). Für Bachelor und Horvath (2001) kann die therapeutische Beziehung als solches selbst eine therapeutische Intervention darstellen. Der Therapeut schafft durch Verfügbarkeit, Interesse und Konstanz eine vertrauensvolle und sichere Umgebung, welche dem Klienten erlaubt, vergangene und gegenwärtige Gefühle und Interaktionen zu erforschen. Dies führt zu Einsicht und Neubewertung sowie zum Erwerb interpersoneller Fähigkeiten (S.174).

Laut Bachelor und Horvath (2001) scheint sich die therapeutische Beziehung früh in der Therapie zu formen, vermutlich bereits in den ersten Sitzungen. Infolgedessen sollte zu Beginn der Therapie große Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung des Klienten und auf den Aufbau einer positiven Beziehung gelegt werden. Sie beschreiben, dass hilfesuchende Verhaltensweisen von Therapierenden nicht notwendigerweise so wahrgenommen werden, wie sie beabsichtigt sind. Somit können Veränderungen von beiden Seiten unterschiedlichen Faktoren zugeschrieben werden. Von großer Bedeutung

für das Therapieergebnis sehen Bachelor und Horvath die Wahrnehmung der Beziehung durch die Klienten (S. 172ff).

2.10 Die Therapeuten-Variable

Luborsky et al. (1985, zit. nach Strauss & Wittmann 2007) beschreibt drei Qualitäten, die zwischen einem hilfreichen Therapeuten und einem weniger hilfreichen Therapeuten differenzieren. Demnach sollte ein Therapeut ein echtes Interesse seinem Klienten gegenüber haben, eine „Reinheit“ in der angebotenen Behandlung und eine Qualität in der Beziehung (S.792).

Nach Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble und Wong, (2004) ist die demographische Eigenschaft des Therapeuten wie Geschlecht, Alter, kulturelle Zugehörigkeit etc. kaum beachtenswert. Bedeutungsvoll sind dagegen bestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten und ob diese unabhängig erworben oder durch Persönlichkeitsstrukturen bedingt sind. Die Art und das Ausmaß der Verbalisierung des Therapeuten, besonders wenn diese emotional geladen ist, scheint hier einen Einflussgröße zu sein. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass eine Übereinstimmung in der Art der gemeinsamen Interaktion zwischen Therapeut und Klient meist hilfreich ist. Die Art der Schulung oder der Grad der Erfahrung des Therapeuten wirkt sich erstaunlicherweise viel weniger auf das Ergebnis aus, als allgemein angenommen (S. 227- 306).

Heim (2009) unterstreicht dies, so ist viel wichtiger als das Training für ihn das zwischenmenschliche Geschick des Therapeuten (S. 190).

Tallman und Bohart (2001) beschreiben die Faktoren, die ein Therapeut bereitstellt oder auch in eine Psychotherapie mitbringt. Zunächst bietet der Therapeut eine empathische und sichere Arbeitsumgebung. Sie ermöglicht dem Klienten einen Raum zur Introspektion sowie zur Anregung generativer Denkprozesse. Durch emphatisches Zuhören, nicht Werten, und das Ausstrahlen von Zuversicht schafft der Therapeut eine sichere Beziehungsatmosphäre, in der der Klient sich öffnen kann. Zweitens ist es wichtig, dass der Therapeut sich auf eine gemeinsame Dynamik mit dem Klienten einlässt. Durch das gemeinsame Arbeiten an einem Problem können die Therapeuten dem Klienten Ideen anbieten, Rat geben, interpretieren und vieles mehr. Drittens bietet der Therapeut einen interpersonellen Austausch an, viertens stellt er durch sein erworbenes Wissen bezüglich therapeutischer Techniken Verfahren zur Verfügung, die

die Möglichkeit von Selbstheilung fokussieren. Für Tallman und Bohart wirken die Techniken nicht auf den Klienten ein, sondern sind vielmehr Hilfsmittel für den Klienten, die es ihm ermöglichen, einen Veränderungsprozess zu erreichen (116ff.).

2.11 Die Klienten-Variabel

Clarkin und Levy (2004) schreiben, dass die Zahl der Variablen des Klienten, die den Psychotherapieprozess und den Outcome bestimmen, endlos ist. Sie beziehen sich auf die wichtigsten und unterscheiden dabei zwei Bereiche, die soziodemographischen Variablen, wie z.B. sozialer Status, Alter, Sex, IQ, Persönlichkeit und Diagnose, zum anderen die interpersonelle Beziehung sowie die Veränderungsbereitschaft des Klienten. Bei den soziodemographischen Variablen konnte kein konsistenter Einfluss auf den Outcome belegt werden. Viele Ergebnisse sind hier widersprüchlich und wenig aussagekräftig. Die Erwartungen eines Klienten haben eine konsistente Wirkung auf die Dauer der Therapie, jedoch nicht auf den Outcome. Persönliche Veränderungsbereitschaft, die sowohl das Verhalten, die Einstellung und die Emotionen betreffen, ist aussagekräftiger als die demographische Variable. Außerdem ist eine hohe Veränderungsbereitschaft, welche der Klient mitbringt, stark verbunden mit einer Veränderung während und nach der Therapie. Die am meist untersuchte Klienten-Variable ist die interpersonelle Beziehungsfähigkeit. Demgemäß sind vergangene interpersonelle Beziehungserfahrungen des Klienten, sowie seine gegenwärtige Fähigkeit zu einer positiven und erfolgreichen Beziehungsgestaltung mit dem Therapeuten eng verbunden mit der Kontinuität und dem Erfolg einer Therapie (S. 195-210).

Die Einbindung des Klienten in die Therapie ist laut Tallman und Bohart (2001) neben dem Therapiebündnis die bedeutsamste Variable für den Outcome. Für sie sind Klienten nicht einfach „Prozessoren“ für Information, sondern vielmehr aktiv Denkende, die alte Konzepte modifizieren, neue Konzepte erzeugen und Alternativen erwägen. Tallman und Bohart vertreten ein Modell, welches die Klienten und ihre Fähigkeit zur Selbstheilung ins Zentrum rückt und sie damit zum stärksten Psychotherapiewirkfaktor macht (S. 101-110).

3 Empirischer Teil

3.1 Datenerhebung und Hintergrund der Arbeit

Der vorliegenden Arbeit liegen Daten der aktuell laufenden „Praxisstudie Ambulanter Psychotherapie Schweiz“ (PAP-S) zugrunde. Dieses Forschungsprojekt der Schweizer Charta für Psychotherapie läuft in Kooperation mit dem Klinikum der Universität zu Köln und der Zürcher Hochschule für Angewandte Psychologie (ZHWA-P). Die Studie bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden. Sie setzt sich mit der derzeit kontrovers geführten Debatte des angemessenen und notwendigen Forschungsdesigns in der Psychotherapie auseinander und bezieht eindeutig Position für einen naturalistischen, prozess-outcome-orientierten Forschungsansatz. Die untersuchten Therapiemethoden stammen aus allen fünf Hauptrichtungen (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, systemisch, humanistisch, körperpsychotherapeutisch). Die Studie ist auf sieben Jahre angelegt (bis 2012) und soll insgesamt 900 Therapien untersuchen. Erste Ergebnisse liegen bereits vor (Tschuschke, Cramer, Koemed, Lutz, Schulthess, von Wyl, & Weber, 2009). In der vorliegenden Arbeit wird vertieft die Integrative Körperpsychotherapie (IBP) nach J. Lee Rosenberg im Hinblick auf deren Methodentreue untersucht. Es liegen 54 ambulante Therapiegespräche mit 18 Klienten vor, pro Klient drei Sitzungen aus der Anfangs-, Mitte- und Endphase der Therapie.

3.2 Forschungsfrage und Hypothesen

Als Grundlage für diese Arbeit dient die folgende Forschungsfrage:

Wie hoch stimmt die Methodentreue der einzelnen IBP Therapeuten mit dem Prototyp der IBP überein?

Haupthypothese:

Die Gewichtung gemäß dem Prototyp weicht signifikant von der Gewichtung der Therapiegespräche, die die Rater bestimmt haben, ab.

Unterhypothese:

Von den extrem charakteristischen Items des Prototyps ist die Mehrheit der Items der Therapeuten Dimension zugeordnet.

3.3 Methodisches Vorgehen

Das Vorgehen erfolgt in Anlehnung an die Studie von Ablon und Jones, “How expert clinicians` prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy” Psychotherapy Research (1998 S. 71-83).

Die Arbeit beschreibt eine innovative Methode zur Identifikation wirksamer Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses. Experten entwickelten dabei einen prototypischen Q-Sort für psychodynamische und kognitiv-behavioral Therapie. Diese Prototypen wurden zur Überprüfung der therapeutischen Behandlungen verwendet. Das Maß, mit dem die Behandlungen dem Prototyp entsprachen, wurde quantitativ erfasst und mit dem Behandlungsergebnis korreliert. Des Weiteren wurden die zwei Prototypen auf drei unterschiedliche Behandlungen angewendet, um zu prüfen, inwieweit sie mit ihres Gleichen übereinstimmen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen prototypischen Ideal-Q-Sort der Integrativen Körperpsychotherapie zu erstellen, welches einem Idealbild ihrer therapeutischen Behandlung entspricht. Dieser Prototyp wird dann auf die einzelnen 54 ambulanten Therapiegespräche der IBP angewendet, um zu zeigen, wie hoch die einzelnen Behandlungen mit dem Prototypen übereinstimmen. Eine Korrelation mit dem Behandlungsergebnis wird nicht vorgenommen, da keine Ergebnisbefragung vorliegt. Auch wird der Prototyp der IBP nicht auf andere therapeutische Behandlungsrichtungen angewendet, was zwar interessant und viel versprechend wäre, den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen würde.

Als Messinstrument wurde das Q-Sort Verfahren nach Jones (PQS) verwendet (Albani, Raymond, Ablon, Mertens & Kächele, 2008, S. 64ff). Es ist ein qualitatives Verfahren, das mittels quantitativer Statistik erschlossen wird. Die einzelnen Schritte im Forschungsprozess und deren Umsetzung werden im Nachfolgenden detailliert dargestellt.

3.3.1 Die Q-Sort Methode als Messinstrument

Das Q-Sort-Verfahren, welches eine Ratingmethode ist, wurde von Stephenson (1953) entwickelt und von Block (1961) weitergeführt (zit. nach Vogel, 2006; S. 22- 23).

Jones, der zu den gegenwärtigen Forschern der Q-Sort-Methode gehört, hat ein spezielles Q-Sort-Verfahren entwickelt, welches in der Anwendung der Therapieforschung Niedergang findet. Es ist unter dem Namen Psychotherapie-Prozess Q-Set (PQS) zu finden und liegt als Messinstrument dieser Arbeit zugrunde. Das PQS-Verfahren entspricht einer einheitlichen Sprache - unabhängig von bestimmten Therapietheorien. Es beschreibt den psychotherapeutischen Prozess und soll eine systematische, unabhängige und vergleichbare Einschätzung therapeutischer Interventionen ermöglichen (Albani et al., 2008, S 64- 96).

Ogleich Jones (zit. nach Albani, Blaser, Jacobsen, Jones, Geyer & Kächele, 2000, S. 151- 171) hervorhebt, dass die Items-Therapieschulen unabhängig sind, ist bei einigen Items eine starke Prägung von bestimmten theoretischen Konzeptionen (wie z.B. Item 36: Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen hin) feststellbar. Als Datengrundlage für die Anwendung und Auswertung des PQS dienen Audio- und Videoaufzeichnungen, oder transkribierte Protokolle von Therapiestunden (Sirigatti, 2004, S. 194- 207).

Anstelle kleinerer Ausschnitte als Aussage des Therapeuten oder des Klienten werden hier ganze Therapiestunden anhand des PQS bewertet. Dies ermöglicht ein genaues Hinschauen und Erfassen wichtiger Vorgänge im kompletten Therapieprozess. Somit können auch wichtige Aspekte hervortreten, die sonst eventuell keine Beachtung fänden (Albani et al., 2008, S. 64).

In der Literatur ist das Q-Sort als auch das Q-Set zu finden. Die Unterscheidung erfolgt in der Technik als Q-Sort und bei der Anzahl der Items als Q-Set (Sirigatti, 2004, S.196). Die hier verwendete Version des PQS-Manuals beruht auf der Originalfassung von Jones und wurde von Albani, Balser, Jacobs, Levy, Ablon und Jones als revidierte Fassung (PQS-R-D) ins Deutsche übertragen (Albani et al., 2008, S. 64ff).

3.3.2 Aufbau und Auswertung des PQS

Der PQS besteht aus einem Kartenset von 100 Items, welcher therapeutische Interventionen beschreibt. Sie lassen sich in drei Dimensionen einteilen (Albani et al., 2000):

- Items, die die Haltung, das Verhalten oder das Erleben des Klienten beschreiben;
- Items, die Handlungen und Haltungen des Therapeuten widerspiegeln;

- Items, welche die Art der Interaktion der Dyade bzw. die Atmosphäre des Austauschs beschreiben (151ff).

Pole, O'Connor und Ablon (2008, S. 221) haben die 100 Items den drei Dimensionen zugeordnet. Durch einen Beobachter (Rater) werden diese 100 Items in neun vorgeschriebenen Kategorien (von extrem charakteristisch, über neutral bis hin zu extrem uncharakteristisch) entsprechend dem Inhalt des Therapiegesprächs eingeordnet. Demzufolge ist die Verteilung der 100 Items vorgegeben und wird in eine erzwungene Gauss'sche Normalverteilung gebracht. Dies ermöglicht eine empirisch saubere Methode, welche statistische Auswertungsmöglichkeiten eröffnet. Die Verteilung der Items auf die jeweilige Kategorie erfolgt entsprechend der nachfolgenden Tabelle.

Kategorie	Anzahl der Items	Bezeichnung der Kategorie
9	5	extrem charakteristisch oder zutreffend
8	8	ziemlich charakteristisch oder zutreffend
7	12	einigermaßen charakteristisch oder zutreffend
6	16	ein wenig charakteristisch oder zutreffend
5	18	relativ neutral oder unwichtig
4	16	ein wenig uncharakteristisch oder zutreffend
3	12	einigermaßen uncharakteristisch oder zutreffend
2	8	ziemlich uncharakteristisch oder zutreffend
1	5	extrem uncharakteristisch oder nicht zutreffend

Tabelle: Kategorien und Verteilung der 100 Items des PQS von Albani et al. (2008, S. 65).

Zur Kategorie 5 (=neutral) sollen Items zugeordnet werden, die tatsächlich unwichtig bezüglich der Behandlung sind. Der extrem charakteristische Pol soll die absolut wichtigsten Inhalte der Behandlung wiedergeben. Beim uncharakteristischen Pol werden Items zugeordnet, welche nicht vorkommen, aber offensichtlich hätten vorkommen sollen (Albani et al., 2008, S. 65). Um die Zuordnung in die neun

Kategorien zu erleichtern, liegt zu jedem Item, wie folgend aufgezeigt, eine ausführlichere Beschreibung mit Beispielen vor (Albani et al., 2008).

Item 98: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gespräches.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn über die therapeutische Beziehung gesprochen wird. Zum Beispiel: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte der Interaktion oder des interpersonellen Prozesses zwischen dem Patienten und ihm selbst.

Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut und der Patient nicht über die Art ihrer Interaktion sprechen, d.h. sie beschränken sich auf die Inhalte. (S. 96).

Die Qualität der Rater sollte von einer wertefreien, therapieschulen-unabhängigen und objektiven Sicht sein. Er sollte die Position laut Albani et al. (2000) eines „allgemeinen Anderen“ einnehmen können, der als externer Beobachter die Interaktion zwischen Therapeut und Klient von außen betrachtet. Die Wertung, ob eine Intervention als sinnvoll erscheint oder nicht, wünschenswert oder nicht, ist nicht Gegenstand des zu Beobachtenden und sollte keinen Einfluss darauf nehmen.

Die PQS-Methode erfordert eine exakte Einführung der Rater in das Verfahren, welches als Manual vorliegt (S. 151- 171).

3.3.3 Die Gütekriterien des PQS

Empirische Ergebnisse zur PQS-Methode von Jones sind in einer zusammenfassenden Darstellung publiziert (Jones 2000) und werden hier nicht näher erläutert (zit. nach Albani et al., 2008, S. 117).

Laut Albani et al. (2000) liegt die in verschiedenen Untersuchungen berichtete Reliabilität des PQS-Verfahrens zwischen $r = .68$ bis $r = .92$. Bei Einzelfallstudien und beim Vergleich verschiedener Therapierichtungen liefern verschiedene Studien Hinweise zur inhaltlichen und klinischen Validität der Methode (S. 151ff)

Ablon und Jones (1998) schreiben in ihrer Untersuchung, dass der PQS bereits beides demonstriert - die Reliabilität sowie die Validität einer Vielzahl von Studien und Behandlungen (S. 71- 83).

Hinzukommt eine Objektivität, die vom einzelnen Rater und dessen klinischer Vorerfahrung sowie der Erfahrung mit der PQS-Methode abhängig ist.

3.3.4 Interraterregiabilität

Die spezielle Auswertung der 54 Gespräche per PQS erfordert eine genaueste Einführung sowie ein Training der PQS-Methode. Das zur Verfügung stehende Manual des PQS ist dabei die grundlegende Basis Albani et al. (2008, S. 100ff). Ablon und Jones (1998, S. 77) führen in ihren Studien an, dass das Rating der Therapiestunden immer von zwei unabhängigen Ratern (Beobachter) durchgeführt wurde (Blindrating). Aus den zwei PQS-Gewichtungen wurde pro Item der Mittelwert erschlossen, der als Grundlage für weitere Berechnungen dient. Sind die erreichten Übereinstimmungen der beiden Rater $r < .5$ so wird ein dritter Beurteiler hinzugezogen (Albani et al., 2000, S. 151ff).

Das Training der Methode erfolgt in dieser Arbeit per Video-Konferenz mit der Universität zu Ulm, die speziell für diese Verfahren Schulungen anbietet. Das Training beinhaltet ein erstes Raten eines Gespräches, welches mit einem Senior-Rater, dem Golden Standard, korreliert und nachbesprochen wird. Eine Korrelation nach Person von $r = .5$ mit dem Senior-Rater ist Voraussetzung für eine aussagekräftige Anwendung des Verfahrens. Beim letzten Raten wurde der Wert von $r = .62$, beim ersten Rater und $r = .63$, beim zweiten Rater erreicht, was somit eine gute Basis für die Anwendung der PQS-Methode darstellt. Des Weiteren wurde mit den zwei Ratern immer wieder Trainingseinheiten eingeschoben, um laufende oder anfallende Fragen zu besprechen und abzustimmen, damit eine möglichst hohe Übereinstimmung der Anwendung der PQS-Methode erzielt wird.

In der Auswertung der Ergebnisse zeigt sich bei 24 von 54 Gesprächen ein Wert von $r < .5$. Somit wurde im Prozess der Arbeit die Stichprobe in zwei Stichproben unterteilt: $N_1 = 54$ (alle Gespräch unabhängig des r Wertes) und als Unterstichprobe $N_2 = 30$ ($r > .5$). Für die Basis der Auswertungen wird die Unterstichprobe herangezogen, die den Kriterien nach Jones entspricht (Ablon & Jones, 1998, S. 77ff)

3.3.5 Erstellen eines prototypischen Ideal PQS der IBP

Mit Hilfe eines Expertenteams erstellten Ablon und Jones (1998, S. 72ff) den prototypischen PQS für Psychoanalyse und Kognitiv-Behaviorale Therapie. In ihrer Arbeit beschreiben sie folgende Vorgehensweise, welche hier in Bezug zur Erstellung des prototypischen PQS der IBP gesetzt wird:

	Ablon & Jones (1998)	Vorliegende Arbeit
Anzahl der Experten	Psychoanalyse (N= 11) Kognitiv-Behaviorale Therapie (N= 10)	Integrative Körperpsychotherapie (N= 2)
Kriterien zur Experten- auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - führende Theoretiker -Therapeuten in Praxis - erfahrene und international anerkannte Experten - mit Publikation - verantwortlich für Ausbildung von Therapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Korrelation der Experten Ratings	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoanalyse (r= .94) - Kognitiv-Behaviorale Therapie (r= .95) 	Integrative Körperpsychotherapie (r= .76)

Tabelle 3.1 Kriterien und Umsetzung der Erstellung eines Prototyps.

Das Vorgehen ist dasselbe wie bei der Erstellung eines ganz normalen PQS. Jedes therapeutische Mitglied des Expertenteams erstellt seinen eigenen PQS. Dieser gibt eine ideal ausgeführte Therapiestunde im Verständnis des jeweiligen Experten wieder.

Somit entspricht der Ideal PQS den Prinzipien gemäß ihrer theoretischen Perspektive. Für die Weiterberechnung wird ebenfalls der Mittelwert aller Experten verwendet. Anschließend werden alle Experten aufgefordert, wichtige Aspekte zu nennen, die den therapeutischen Prozess beschreiben und nicht in den 100 Items des PQS vorkommen. In der Studie von Ablon & Jones (1998, S. 73) gab keine der beiden Therapierichtungen an, dass bedeutende Inhalte des Therapieprozesses fehlten. Dies lässt darauf schließen, dass der PQS ein adäquates Erfassungsinstrument zur Erstellung eines Prototyps ist. In der vorliegenden Arbeit konnten die Kriterien der Expertenauswahl zu 100% erfüllt werden. Die Anzahl der Experten von N=2 ist im Vergleich niedrig. Hierbei erschloss sich die Problematik der Experten-Rekrutierung. Die Therapierichtung der IBP ist recht klein und in der Schweiz gibt es nur ein Institut. Um den Forderungen der Expertenwahl nach Jones zu entsprechen, wurde die Anzahl der zur Verfügung stehenden Fachpersonen noch kleiner. Letztendlich konnten zwei Experten mit allen Anforderungen nach Jones gefunden werden, darunter ein Institutsleiter, der viele Publikationen aufweist und im europäischen Raum federführend für den Ausbau und die Ausbildung der IBP verantwortlich ist. Im Feedback mit den zwei Experten wurden folgende Items des PQS vermisst: die spirituelle Dimension, Versöhnung, neue korrigierende Erfahrung, die innerhalb der Stunde vermittelt werden (durch z.B. Körperübungen) und Items zum ganzheitlichen Arbeiten (Integrieren von Körper, Emotionen, Verhalten, Methoden etc.).

3.4 Statistische Auswertung: t-Test für eine Stichprobe

Die statistische Auswertung erfolgt mit dem Statistikprogramm PASW Statistics 18.0. und Excel 2007. Die Testvariable, welche hier dem Mittelwert der Therapiegespräche des jeweiligen Items entspricht, wird mit dem Testwert des entsprechenden Items (Mittelwert des Prototyps) getestet.

Eine Faktorenanalyse wie sie Ablon und Jones (1998, S. 71- 83) in ihrer Studie anwenden, kann hier wegen der Stichprobengröße nicht umgesetzt werden. Laut Bühner (2006, S. 193) ist die Stichprobengröße von $N < 60$ für eine Faktorenanalyse inkompatibel, somit ist dieses Verfahren hier hinfällig. Die vorliegende Stichprobengröße von $N = 54$ ist für den t-Test eine gute Größe (Cohen, 1988, 19-75).

Die Ausprägung der Effektstärke wird hier mit d angegeben, welche Cohen (1988, S.40) für den t-Test in *klein* ± 0.2 , *mittel* ± 0.5 , *gross* ± 0.8 angibt. Die Berechnung erfolgt mit der Formel $d = \frac{t}{\sqrt{n}}$ für eine Stichprobe.

Der Konfidenzintervall liegt standardmäßig bei 95%. Das Signifikanzniveau wurde somit bei $p < 0.05$ festgelegt. Die Wahrscheinlichkeit, dass der gemessene Unterschied zwischen Testvariable und theoretischem Testwert nur zufällig ist, liegt damit unter 5%.

3.5 Darstellung der Ergebnisse

3.5.1 Beschreibung der Stichprobe

Es wurden 54 Therapiegespräche ausgewertet, die jeweils aus der Anfangs-, Mitte – und Endphase der selbigen Therapiesitzungen stammen. Die Gruppe der Klienten umfasst somit 18 Personen, die sich aus 13 Frauen und 5 Männern im Alter zwischen 29 und 58 Jahren zusammensetzt. Im Durchschnitt sind die Personen 40,72 Jahre alt. In einer festen Partnerschaft leben 10 Personen, 6 Personen geben an, dass sie ohne feste Partnerbeziehung sind, 2 Personen machen zu dieser Aussage keine Angaben. Weiterhin haben 12 Personen keine Kinder. Bei der Angabe der Wohnsituation waren mehrere Antworten möglich. Von 18 Personen wohnen 7 Personen alleine, 8 Personen geben an mit einem Partner zusammen zu wohnen, 2 Personen wohnen mit ihren Kindern zusammen, 1 Person wohnt noch in der Herkunftsfamilie und 2 Personen geben an, dass sie mit anderen zusammen wohnen.

Den Universitätsabschluss haben 3 Personen erlangt. Eine höhere Fachschule haben 5 Personen abgeschlossen, 2 Personen geben als höchst erreichte Schulbildung die Berufsmaturität an und 8 Personen haben eine Lehre oder Berufsschule abgeschlossen. Demnach ist niemand ohne Schulabschluss. In der aktuellen Arbeitssituation gibt es keine Arbeitslose, 13 Personen sind angestellt in einer ausführenden Funktion und 5 Personen sind in leitenden Funktionen tätig.

Von körperlicher Krankheit sind 3 Personen durch folgende Störungen betroffen: Störungen des Auges/Ohres, Störungen des Kreislaufsystems und Erkrankung am Muskel-Skelett-System. Ein Drittel der 18 Personen nimmt Antidepressiva, Schlafmittel oder Phasenprophylaktika ein. Vor Beginn des Erstgespräches waren 16 Personen in den letzten zwei Jahren in keiner psychologischen oder psychiatrischen Behandlung, 2

Personen waren in einer ambulanten Psychotherapie und 2 Personen waren stationär in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung.

Die Hauptdiagnose nach ICD-10 lässt sich in drei Bereiche unterteilen. Es zeigen 8 Personen eine Erkrankung im affektiven Bereich (F3), 6 Personen haben eine neurotische, Belastungs- und somatoforme Erkrankung (F4) und 2 Personen haben eine spezifische Persönlichkeitsstörung (F60).

Der GAF-Wert (Global Assessment of Functioning; Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus) liegt im Bereich von mini. 35.00 und max. 80.00 Punkten, der Mittelwert beträgt 53,76 Punkte.

Variable	Verteilung und Ausprägung (N= 18)
Alter	29 bis 58 Jahre alt, <i>M= 41,10</i>
Geschlecht	13 (72,2%) Frauen; 5 (27,8%) Männer
Höchste abgeschlossene Schulbildung	8= Lehre oder Berufsschule (Anlehre ist keine Berufs – schule) 2= Berufsmaturität, gymnasiale Maturität, Lehrerseminar 5= Höhere Fachschule, Fachhochschule 3= Universitäre Hochschule
Welche Psychopharmaka nimmt der Patient/die Patientin zurzeit?	13= keine 2= Antidepressiva 2= Schlafmittel 2= Antikonvulsiva/ Phasenprophylaktika
ICD-10 Diagnosen Hauptdiagnose	8= F 3: Affektive Störungen 6= F 4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung 2= F60: spezifische Persönlichkeitsstörungen
GAF-Wert	Mini. 35.00 Max. 80.00; <i>M= 53,76</i>

Tabelle 3.2 Eckdaten der Stichprobe auf einen Blick.

3.5.2 Vergleich des Prototyp IBP mit den einzelnen therapeutischen Behandlungen der IBP

Im Folgenden wurde bei allen 100 Items der t-Test durchgeführt, um die Überprüfung des signifikanten oder nicht signifikanten Unterschiedes zwischen der Gewichtung der Therapiegespräch Items und der Gewichtung der Prototyp Items zu erschließen.

Es erfolgt eine Übersicht aller 100 Items des PQS. Die grün markierten Items sind nicht signifikant, d.h. $p > 0,05$. Die verwendete Stichprobengröße ist $N = 30$ ($r > .5$). Die Items wurden den drei Dimension, die der PQS misst, entsprechend Pole et al. (2008, S. 221-232) sortiert.

1a) Dimension: Items, die die Haltung, das Verhalten oder das Erleben **des Therapeuten** beschreiben.

Stichprobe N=30 ($r > .5$)				Der Mittelwert entspricht den Kategorien des PQS	
Item	t-Wert, df=29	p	d	Mittelwert Rater (mR)	Mittelwert Experte (mE)
2	t(29)=-6,785	0.000	-1,26	6,6	9,0
3	t(29)=9,202	0.000	1,71	6,1	4,0
6	t(29)=-6,696	0.000	-1,24	7,6	9,0
9	t(29)=5,804	0.000	1,08	2,9	1,5
11	t(29)=-14,999	0.000	-2,79	3,7	7,0
16	t(29)=-15,023	0.000	-2,79	5,0	8,0
17	t(29)=0,930	0,3600	0,17	5,8	5,5
18	t(29)=-0,485	0,6310	-0,09	6,9	7,0
21	t(29)=0,655	0,5170	0,12	5,2	5,0
22	t(29)=1,913	0,0660	0,36	4,9	4,5
24	t(29)=29,582	0,0000	5,49	4,4	1,5
27	t(29)=11,873	0,0000	2,20	6,9	4,5
28	t(29)=-0,713	0,4820	-0,13	7,4	7,5

31	t(29)=8,486	0,0000	1,58	6,3	5,0
36	t(29)=-3,779	0,0010	-0,70	4,3	5,5
37	t(29)=12,338	0,0000	2,29	5,4	2,0
40	t(29)=-2,129	0,0420	-0,40	5,0	5,5
43	t(29)=5,477	0,0000	1,02	5,0	4,0
45	t(29)=3,642	0,0010	0,68	7,1	6,5
46	t(29)=7,592	0,0000	1,41	7,2	6,0
47	t(29)=-21,145	0,0000	-3,93	5,0	6,5
48	t(29)=-3,398	0,0020	-0,63	4,8	5,5
50	t(29)=-6,279	0,0000	-1,17	5,5	7,0
51	t(29)=9,492	0,0000	1,76	3,6	1,0
57	t(29)=-2,974	0,0060	-0,55	6,4	7,0
62	t(29)=-8,080	0,0000	-1,50	5,6	7,5
65	t(29)=-5,996	0,0000	-1,11	6,0	7,0
66	t(29)=0,000	1,0000	0,00	5,0	5,0
67	t(29)=16,174	0,0000	3,00	6,5	3,0
68	t(29)=1,685	0,1030	0,31	4,3	4,0
76	t(29)=-1,606	0,1190	-0,30	4,6	5,0
77	t(29)=8,245	0,0000	1,53	3,1	1,0
79	t(29)=-13,380	0,0000	-2,48	4,9	8,0
80	t(29)=4,723	0,0000	0,88	6,0	5,0
81	t(29)=-6,030	0,0000	-1,12	6,5	8,0
82	t(29)=-13,411	0,0000	-2,49	4,4	7,0
85	t(29)=-1,535	0,1360	-0,29	5,0	5,5
86	t(29)=13,905	0,0000	2,58	7,6	5,5
89	t(29)=0,075	0,9410	0,01	3,5	3,5
92	t(29)=-4,599	0,0000	-0,85	5,7	7,5
93	t(29)=2,269	0,0310	0,42	4,4	3,5
99	t(29)=6,820	0,0000	1,27	5,9	4,5
100	t(29)=-10,665	0,0000	-1,98	2,9	5,5

Tabelle 3.3 Ergebnisse des t-Tests (Therapeuten Dimension)

Die erfasste Dimension, welche die Items der Haltung, des Verhalten und des Erlebens vom Therapeut widerspiegelt, präsentiert insgesamt 9 Items, die sich nicht signifikant vom Prototyp unterscheiden. Die Wahrscheinlichkeit, dass die gemessenen Werte der Items 18 und 21 (der Therapeut vermittelt Wertschätzung; therapeutische Selbstöffnung) zufällig ist, liegt bei über 50% ($p > 0,5$).

Auffällig ist Item 66 (der Therapeut beruhigt den Patienten). Hierbei ist der Unterschied zwischen dem Prototyp-Mittelwert und dem Mittelwert der Rater zu 100% zufällig ($p = 1,000$). Dies bedeutet, dass der Mittelwert der Rater und der Mittelwert des Prototyps genau übereinstimmen ($mE = 5$, $mR = 5,000$).

Einen signifikanten ($p < 0,05$) Unterschied zwischen dem Prototypen und dem Mittelwert der Rater zeigen 34 Items, infolgedessen stimmen diese Items nicht mit der Idealvorstellung der Experten überein und die Wahrscheinlichkeit, dass diese Werte zufällig sind, liegen unter 5%.

Es folgen die auffälligsten Items, deren Effektstärke am größten ist und/oder der Unterschied zwischen der Einschätzung der Rater und Prototyp am größten.

Item 11 (sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen). Für die Experten ist die Besprechung der sexuellen Gefühle sehr wichtig; der Wert der Rater zeigt, dass diese in der Therapiestunde wenig vorkommen ($mE = 7,5$, $mR = 3,7$).

Item 24 (die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung) erzielt den höchsten Effekt mit $d = 5,49$. Experten und Rater haben beide die uncharakteristische Kategorie bewertet, jedoch haben die Experten die Kategorie „absolut uncharakteristisch“ gewählt und die Rater die Kategorie „wenig charakteristisch“ ($mE = 1,5$, $mR = 4,3$).

Die Rater schätzen die Verständlichkeit des Therapeuten besser ein, als die Experten es vorgeben (Item 46, der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich) ($mE = 6$, $mR = 7,2$).

Item 98 (die therapeutische Beziehung ist im Fokus des Gespräches). In den Therapiestunden ist die therapeutische Beziehung wenig im Fokus, dessen ungeachtet empfinden die Experten dies für eine Therapiestunde wichtig ($mE = 7$, $mR = 3,7$).

Auf die Beobachter wirken die Therapeuten sehr zuversichtlich und selbstsicher, für die Experten ist diese Voraussetzung der Therapeuten nicht wichtig oder neutral (Item 86, der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher vs. unsicher und defensiv) ($mE = 5,5$, $mR = 7,6$).

1b) Dimension: Items, die die Haltung, das Verhalten oder das Erleben **des Patienten** beschreiben:

Stichprobe N=30 ($r > .5$)				Der Mittelwert entspricht den Kategorien des PQS	
Item	t-Wert, df=29	p	d	Mittelwert Rater (mR)	Mittelwert Experte (mE)
5	t(29)=0,552	0,5850	0,10	2,6	2,5
7	t(29)=6,431	0,0000	1,19	5,0	3,0
8	t(29)=16,984	0,0000	3,15	4,6	2,5
10	t(29)=0,736	0,4670	0,14	3,6	3,5
13	t(29)=1,308	0,2010	0,24	5,8	5,5
14	t(29)=2,474	0,0190	0,46	2,5	2,0
15	t(29)=1,508	0,1420	0,28	2,7	2,5
20	t(29)=2,276	0,0300	0,42	3,9	3,5
25	t(29)=-7,900	0,0000	-1,47	3,2	4,5
26	t(29)=3,558	0,0010	0,66	6,4	5,5
29	t(29)=-0,662	0,5130	-0,12	3,8	4,0
32	t(29)=-8,803	0,0000	-1,63	6,4	8,0
33	t(29)=-3,635	0,0010	-0,68	4,3	5,5
34	t(29)=-0,181	0,8580	-0,03	3,5	3,5
35	t(29)=6,407	0,0000	1,19	7,3	6,0
42	t(29)=-3,093	0,0040	-0,57	2,5	3,0
44	t(29)=2,091	0,0450	0,39	2,4	2,0
49	t(29)=-5,899	0,0000	-1,10	3,5	4,5
52	t(29)=13,730	0,0000	2,55	4,2	2,0
53	t(29)=-0,388	0,7010	-0,07	4,4	4,5
54	t(29)=10,862	0,0000	2,02	6,7	5,0
55	t(29)=1,874	0,0710	0,35	5,2	5,0
56	t(29)=0,321	0,7500	0,06	3,6	3,5

58	t(29)=-0,323	0,7490	-0,06	2,4	2,5
59	t(29)=7,876	0,0000	1,46	5,7	4,0
60	t(29)=-7,594	0,0000	-1,41	5,2	6,0
61	t(29)=4,264	0,0000	0,79	5,0	4,0
70	t(29)=-2,604	0,0140	-0,48	3,5	4,0
71	t(29)=6,299	0,0000	1,17	5,0	3,5
72	t(29)=4,347	0,0000	0,81	6,6	6,0
73	t(29)=-4,080	0,0000	-0,76	5,4	6,0
78	t(29)=3,972	0,0000	0,74	4,8	4,0
83	t(29)=0,128	0,8990	0,02	4,0	4,0
84	t(29)=-9,359	0,0000	-1,74	3,5	7,0
87	t(29)=-2,257	0,0320	-0,42	2,6	3,0
88	t(29)=-2,477	0,0190	-0,46	7,1	7,5
94	t(29)=4,382	0,0000	0,81	6,2	5,0
95	t(29)=-0,383	0,7050	-0,07	6,9	7,0
97	t(29)=0,580	0,5660	0,11	7,6	7,5

Tabelle 3.4 Ergebnisse des t-Tests (Patienten Dimension)

Die erfasste Dimension, welche die Items der Haltung, des Verhaltens und des Erlebens des Patienten ausdrückt, zeigt insgesamt 13 Items, die sich nicht signifikant vom Prototyp unterscheiden. Auffälligkeiten zeigen 7 Items (83, 58, 53, 56, 34, 29), bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass ihr Wert zufällig mehr als 50% beträgt ($p > 0.5$) deutlich höher ist, als in der Dimension des Therapeuten.

Einen signifikanten ($p < 0.05$) Unterschied präsentieren in der Patienten-Dimension 27 Items. Bedeutungsvoll sind, Item 8 (der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten vs. fühlt sich wohl und sicher mit der Abhängigkeit). Die Experten möchten dies in einer idealen Therapiestunde nicht, die Rater haben einen Wert von 4,5 ermittelt, was die Richtung neutral oder unwichtig zeigt ($mE=2,5$, $mR=4,5$, $d=3,6!$). Item 32 (der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht). Für die Ideal-vorstellung der Experten ist es sehr wichtig, beim Patienten ein neues Verständnis auszulösen; die Rater haben dies in den Gesprächen weniger beobachten können ($mE=8$, $mR=6,8$). Offensichtlich gefällt es den Experten nicht,

wenn der Patient sich darauf verlässt, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52); die Rater haben weniger stark Richtung neutral gewichtet (mE=2, mR=4,1).

Item 84 (der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus). Die Experten bewerten diesen Item einigermaßen charakteristisch für ein Therapiestunde, die Rater genau das Gegenteil mit einigermaßen uncharakteristisch (mE=7, mR=3,4).

1 c) Items, welche **die Art der Interaktion der Dyade** bzw. die Atmosphäre des Austauschs beschreiben:

Stichprobe N=30 (r> .5)				Der Mittelwert entspricht den Kategorien des PQS	
Item	t-Wert, df=29	p	d	Mittelwert Rater (mR)	Mittelwert Experte (mE)
74	t(29)=1,444	0,1600	0,27	5,4	5,0
39	t(29)=9,948	0,0000	1,85	2,8	1,5
19	t(29)=8,394	0,0000	1,56	3,9	2,5
4	t(29)=-21,000	0,0000	-3,90	3,8	8,0
96	t(29)=4,352	0,0000	0,81	5,4	4,5
90	t(29)=-3,434	0,0002	-0,64	3,7	4,5
91	t(29)=-11,024	0,0000	-2,05	4,0	8,0
75	t(29)=-6,084	0,0000	-1,13	5,1	6,0
69	t(29)=1,782	0,0850	0,33	7,0	6,5
63	t(29)=-4,952	0,0000	-0,92	6,1	8,0
64	t(29)=-3,928	0,0000	-0,73	5,7	7,0
41	t(29)=-0,250	0,8040	-0,05	5,0	5,0
38	t(29)=-0,978	0,3360	-0,18	5,8	6,0
23	t(29)=1,359	0,1850	0,25	7,3	7,0
12	t(29)=-2,872	0,0080	-0,53	4,2	3,5
30	t(29)=15,936	0,0000	2,96	6,3	2,0

Tabelle 3.5 Ergebnisse des t-Tests (Dyade)

Die vorliegende Dimension der Therapeuten-Klienten-Dyade erfasst insgesamt 17 Items, von denen 5 Items keinen signifikanten ($p > 0,05$) Unterschied zwischen dem Prototyp und den Therapiegesprächen aufweisen. Es sind die Items 74 (es geht humorvoll zu), Item 69 (die aktuelle Lebenssituation des Patienten wird besprochen), Item 41 (Ziele und Vorhaben des Patienten werden besprochen), Item 38 (es werden Aufgaben besprochen, die der Patient zu Hause ausführen soll) und Item 23 (das Gespräch hat einen bestimmten Fokus). Auffällig sind, Item 4 (die Therapieziele des Patienten werden besprochen). Hier ist die größte Effektstärke vorhanden $d=3,9$. Der Prototyp gibt eine wenig uncharakteristische Wertung an, die Rater jedoch eine einigermaßen charakteristische Wertung ($mE=8$, $mR=3,8$). Ebenso Item 30 (die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert). Dieser Item ist für die Experten in einer idealen Therapiestunde ziemlich uncharakteristisch, allerdings haben die Rater dies mit wenig charakteristisch bewertet ($mE=2$, $mR=6,2$). Item 91 (Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gesprächsinhalt). Die Experten betonen die Rekonstruktion der Kindheit als wichtig für eine ideale Therapiestunde, die Rater werten dies mit wenig charakteristisch ($mE=8$ $mR=3,9$).

Im Hinblick auf die gesamten 100 Items ist folgender Zusammenschluss zu erfassen: Bei der Stichprobengröße $N=30$ sind bei 72 Items der beurteilten Therapiegesprächen die Werte signifikant unterschiedlicher, als die Werte der Items des Prototyps.

Bei der Effektstärke zeigen sich allgemein große Effektstärken.

Ein Vergleich der drei Dimensionen mit dem Mittelwert der Effektstärke zeigt deutlich, dass der größte Effekt in der Therapeuten-Dimension zu finden ist, d.h. die Wertung der Ergebnisse zeigt den größten Effekt. Den kleinsten Effekt im Vergleich zu den beiden anderen Dimensionen weist die Haltung, das Verhalten und das Erleben des Patienten auf.

Dimension	Mittelwert der Effektstärke
Therapeut	$d= 1,34$
Klient	$d= 0,81$
Dyade	$d= 1,22$

Tabelle 3.6 Effektstärke der Dimensionen

3.5.3 Der prototypische ideal Q-Sort der IBP

1a) Übersicht der 14 **uncharakteristischen Items** des Prototyps, welche in der Kategorie 7,5- 9 des PQS zu finden sind, analog den Mittelwerten der Experten, in Gegenüberstellung der Bewertung durch die Rater.

Bewertung der Experten & Dimension	Prototyp der IBP: Charakteristische Items	Bewertung der Rater
9 Th.	Item 2. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf Körperhaltung oder Gesten.	6,6
9 Th.	Item 6. Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7,5
8 Th.	Item 79. Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.	4,9
8 Dyade	Item 63. Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	6,1
8 Pat.	Item 32. Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.	6,3
8 Th.	Item 16. Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.	4,9
8 Dyade	Item 91. Erinnerungen oder Rekonstruktionen der (frühen und späteren) Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.	3,9
8 Dyade	Item 4. Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.	3,8
8 Th.	Item 81. Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	6,5
7,5 Th.	Item 62. Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	5,5
7,5 Pat.	Item 88. Der Patient bringt relevante Themen zur Sprache.	7,1
7,5 Th.	Item 92. Gefühle oder Wahrnehmung des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.	5,7
7,5 Th.	Item 28. Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	7,3* p>0,05
7,5 Pat.	Item 97. Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7,6* p>0,05

Tabelle 3.7 Die vierzehn charakteristischen Items des Prototyps.

Bedeutungsvoll ist, dass fast alle der hier aufgeführten 14 Werte des charakteristischen Prototyps signifikant von den Werten der Rater abweichen. Nur zwei Items zeigen keinen signifikanten ($p > 0.05$) Unterschied (Item 28; der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr; Item 97, der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen). Die größten Abweichungen in den Kategorien zwischen Prototyp und Rater zeigen die Items 79 (der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an), Item 16 (es wird über Körperfunktionen gesprochen), Item 91 (Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit) und Item 4 (die Therapieziele werden besprochen).

Auffällig ist zudem, dass die Mehrheit der charakteristischen Items den Prototypen der Dimension des Therapeuten zugeordnet werden kann.

Von den Experten wurde zur Kategorie 9 (extrem charakteristisch) Item 2 (der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, z.B. Körperhaltung) und Item 6 (der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch) gezählt.

Entsprechend der Integrativen Körperpsychotherapie-Experten sollte der Therapeut für eine ideale IBP-Therapie einfühlsam und empathisch auf den Klienten eingestellt sein (Item 6) und die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Klienten legen (Item 2). Der „ideale“ Klient sollte relevante Themen und Material zur Sprache bringen (Item 88) und introspektiv bereit sein, seine Gedanken und Gefühle zu erforschen (Item 97). Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Klienten (Item 63), die körperlichen Symptome oder die Gesundheit (Item 16) sind ideale Gesprächsinhalte.

Schlüsselmethoden der Integrativen Körperpsychotherapie sind die Arbeit mit Rekonstruktionen oder Erinnerungen aus der Kindheit (Item 91) sowie das Betonen der Gefühle des Klienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (Item 81). Des Weiteren sollte der Therapeut eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Klienten ansprechen (Item 79), eine Erfahrung oder ein sich in dem Verhalten wiederholendes Thema benennen (Item 62) und Gefühle oder Wahrnehmung des Klienten mit der Situation oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpfen (Item 92). Idealerweise sollte der Klient eine neue Einsicht oder ein neues Verständnis (Items 32) in der Stunde erlangen und seine Therapieziele sollten besprochen werden (Item 4).

1b)Übersicht der 15 **uncharakteristischen Items** des Prototyps, welche in der Kategorie 1-2,5 des PQS zu finden sind, analog den Mittelwerten der Experten, in Gegenüberstellung der Bewertung durch die Rater.

Prototyp Wertung & Dimension	Prototyp der IBP: Uncharakteristische Items	Bewertung der Rater
1 Th.	Item 51. Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	3,6
1 Th.	Item 77. Der Therapeut ist taktlos.	3
1,5 Th.	Item 9. Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2,8
1,5 Th.	Item 24. Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	4,3
1,5 Dyade	Item 39. Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	2,8
2 Dyade	Item 30. Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	6,2
2 Th.	Item 37. Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“.	5,4
2 Pat.	Item 44. Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	
2 Pat.	Item 52. Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	4,1
2 Pat.	Item 14. Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2,4
2,5 Pat.	Item 5. Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2,6* p>0.05
2,5 Pat.	Item 8. Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen der Abhängigkeit vom Therapeuten vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit	4,5
2,5 Pat.	Item 15. Der Patienten initiiert kein Thema, ist passiv.	2,7* p>0.05
2,5 Dyade	Item 19. Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.	3,9
2,5 Pat.	Item 58. Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2,4* p>0.05

Tabelle 3.8 Die fünfzehn uncharakteristischen Items des Prototyps.

Erstaunlich ist, dass auch von den 15 uncharakteristischen Items sich nur drei Items nicht signifikant vom Prototyp unterschieden, hier Item 58 (der Patient weigert sich, mit

eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.), Item 15 (der Patient initiiert kein Thema, ist passiv) und Item 5 (der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen).

Die größten Abweichungen zwischen Prototyp und Rater zeigen Item 30 (die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert), Items 24 (die emotionalen Konflikte stören die Beziehung), Item 37 (der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“), Item 8 (der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen der Abhängigkeit vom Therapeuten vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit) und Item 52 (der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst).

Ferner zeigt der Prototyp in der uncharakteristischen Wertung keine deutliche Mehrheit der Items in einer Dimension.

Entsprechend der Integrativen Körperpsychotherapie-Experten sollte der Therapeut in keinem Fall den Patienten herablassend oder von oben herab behandeln (Item 51), er sollte sich nicht lehrerhaft verhalten (Item 37), in keiner Weise taktlos (Item 77) oder dem Patienten gegenüber distanziert oder unbeteiligt (Item 9) sein. Die emotionalen Konflikte des Therapeuten dürfen nicht die Beziehung zum Patienten stören (Item 24). Ferner ist es sehr uncharakteristisch, wenn es in der idealen Therapiestunde um Diskussion geht, die ausschließlich auf kognitive Themen zentriert sind (Item 30). Der Patient sollte vertrauensvoll und sicher sein und nicht wachsam und misstrauisch (Item 44). Ebenso sollte er nicht besorgt oder beunruhigt wegen der Abhängigkeit vom Therapeuten sein (Item 8) und er sollte sich nicht darauf verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52).

Der Prototyp schlägt weiter vor, dass in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient keine erotische Färbung vorhanden sein sollte (Item 19) und auch keine Rivalitäten (Item 39). In einer idealen Therapiestunde ist es nicht wünschenswert, dass der Patient sich vom Therapeut nicht verstanden fühlt (Item 14) und dass der Patient Schwierigkeiten hat, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5).

Darüber hinaus entspricht es keiner idealen Therapiestunde, wenn der Patient passiv ist, er also kein Thema initiiert (Item 58) und er sich weigern würde, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Problem in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen (Item 58).

4 Diskussion

Der erste Teil dieses Kapitels beginnt mit einer kurzen Zusammenfassung der für die Beurteilung der Ergebnisse relevanten Theorie. Danach folgen die Interpretation der Ergebnisse sowie die Beantwortung der Hypothesen mit abschließendem Fazit. Die Ergebnisse der „bedeutungsvollen Items“ können hier nicht alle diskutiert werden, dies würde den Rahmen der Diskussion sprengen und entspricht nicht dem Ziel der Arbeit. Es werden also die Items herangezogen und diskutiert, die wichtig für die Beantwortung der Hypothesen sind und am aufschlussreichsten für die Integrative Körperpsychotherapie erscheinen. Im letzten Teil der Arbeit erfolgen die kritische Auseinandersetzung mit der angewandten Methode sowie eine Implikation für die Praxis.

4.1 Kurzzusammenfassung der Theorie

Die Integrative Körperpsychotherapie (IBP) nach Rosenberg hat einen multitheoretischen Hintergrund. Aus der Synthese verschiedenster psychologischer Richtungen, Methoden und Einflüssen wurde ein eigenes kohärentes Therapiesystem entwickelt.

Das grundlegendste Paradigma der IBP ist laut Fischer (2003) der integrative Ansatz, der die ganze Therapie wie ein roter Faden durchzieht. Folge davon ist die grundsätzliche Offenheit und Neugier sowie die undogmatische Diskursfähigkeit der IBP gegenüber den Wirkfaktoren und Methoden anderer Psychotherapiesysteme sowie den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dass der Integrationsgedanke heute zunehmend Anklang findet, deutet Fischer als eine seit einiger Zeit vollzogene Umsetzung der therapeutischen Praxis. Demnach geben 50% aller freiberuflich tätigen Psychotherapeuten ein integratives Vorgehen in ihrer Behandlung an.

Im Zentrum des therapeutischen Bemühens steht die Wiederherstellung von Beziehungen. Rosenberg (2008) beschreibt die Beziehung zwischen Klient und Therapeut als einen wichtigen Aspekt des Heilungsprozesses und vergleicht den therapeutischen Prozess der IBP mit einem Mikrokosmos der Lebensdynamik. Die therapeutische Beziehung entspricht folglich einem Medium, durch welches die therapeutischen Interventionen, Methoden und Techniken zur Wirkung kommen. Somit steht die therapeutische Beziehung zwar im Hintergrund aller Methoden, ist aber zugleich ein elementares Fundament im Therapie-Prozess der IBP.

Spezielle Methoden und Techniken zeigen, dass diese einen relativ geringen Einfluss auf den Therapieerfolg haben (15%). Keine der zahlreichen Methoden und psychologischen Schulen weisen in der Literatur eine konsistente, allgemeine Majorität auf. Folglich kommen trotz aller Differenzen hinsichtlich der theoretischen Modelle, Krankheitstheorien, Menschenbilder, Interventionen etc. die wichtigsten Psychotherapieverfahren zu den ähnlichen Effekten. Diese Tatsache mündet in der gegenwärtigen Beobachtung vieler Forscher, dass nicht wenige Therapeuten einen pluralistischen Methodenansatz wählen. Der Ansatz des eklektischen Arbeitens wird als eine gesunde Reaktion der Therapeuten auf die Forschungsergebnisse gewertet. Er ist eng verbunden mit dem integrativen Gedanken und wirft die Frage nach den Gründen dieser gegenwärtigen Entwicklung auf, die Nockross und Newcross (1992) beschreiben. Die Rolle des Beziehungsgefüges im therapeutischen Prozess besteht aus dem Therapeuten, dem Klienten und einer gemeinsam gestalteten Dyade. Die Therapeuten-Klienten-Beziehung entspricht einem Raum, in welchem der Klient neue Erfahrungen sammelt und in dem Veränderungsprozesse angeregt werden können. Beim Therapeuten sind die soziodemographischen Variablen wenig gehaltvoll für den Therapieprozess, vielmehr ist seine „Verhaltensweise“ ausschlaggebend. Die interpersonelle Beziehungsfähigkeit des Klienten ist grundlegend für den Prozess und den Outcome einer Therapie.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

4.2.1 Vergleich des Prototyps mit den geratenen Therapiegesprächen

Die Items der Dimension des Therapeuten

Die Dimensionen des Therapeuten zeigen im Mittelwert-Vergleich der Effektstärken den größten Effekt und die meisten signifikanten Items im Vergleich zu den anderen Dimensionen. Folglich stimmen in dieser Dimension die meisten Items zwischen dem Prototyp und den Ratern nicht überein, darüber hinaus sind hier die Items mit den größten Effektenstärken zu finden.

Durch das Verhalten, die Haltung und die Einstellung des Therapeuten interveniert und gestaltet dieser den Psychotherapieprozess, also sind Methoden, Techniken und Intervention auch hier zu finden. Auch Pole et al. (2008) haben Methoden und

Techniken der Therapeuten-Dimension zugeordnet. Es ist offensichtlich, dass der Prototyp hier wenig mit den Behandlungsmethoden der Therapeuten zu tun hat. Demzufolge können die meisten signifikanten Unterschiede in dieser Dimension sowie die Stärke der Effekte auf die eklektische und methodenpluralistische Haltung der Therapeuten zurückgeführt werden. Der Therapeut bestimmt die Wahl seiner Methoden in der Therapiestunde selbst, er interveniert nach seinem Ermessen und seinen Vorstellungen und dies offensichtlich nicht nach bestimmten psychotherapeutischen Schulen, Methoden oder gar Expertenvorstellungen. Dies zeigt schließlich, dass die Therapeuten in ihren Behandlungsansätzen heterogen arbeiten.

In der Literatur wird die Variable des Therapeuten, die einen bedeutungsvollen Einfluss auf den Therapieprozess ausübt, als „gewisse Verhaltensweise“ des Therapeuten beschrieben. Die Art und das Ausmaß der Verbalisierung des Therapeuten, besonders wenn sie emotional geladen ist, ist einer dieser Einflussgrößen. Die allgemeine Majorität der Verhaltensweise gibt dem Therapeuten Freiraum, die Beziehung zum Patienten zu gestalten und individuell eklektisch in den Therapiestunden zu arbeiten. Diese erstaunliche Erkenntnis der Forschung unterstreicht dies, wonach die Art der Schulung oder der Grad der Erfahrung des Therapeuten sich viel weniger als angenommen auf die Therapie auswirken.

Die Items der Dimension des Patienten

Die Item-Dimension ist im Zusammenhang mit der Fragestellung schwierig zu erörtern, da sie augenscheinlich nicht direkt mit der Wahl der Methoden oder Techniken des Therapeuten in Beziehung stehen, somit für die vorliegende Arbeit weniger interessant erscheint.

Spannend ist jedoch in diesem Zusammenhang der Ansatz von Tallman und Bohart (2001). Für sie sind Klienten nicht einfach „Prozessoren“ für Information, sondern vielmehr aktiv Denkende, die alte Konzepte modifizieren, neue Konzepte erzeugen und Alternativen erwägen. Der Therapeut stellt durch sein gestammtes Werkzeug therapeutischer Techniken, Verfahren zur Verfügung, die die Möglichkeit der Selbstheilung des Klienten fokussieren. Demnach wirken die Techniken nicht auf den Klienten ein, sondern sind vielmehr Hilfsmittel für den Klienten, die es ihm ermöglichen, seinen Veränderungsprozess zu gehen.

Dies würde die Grenzen der Methoden klar bestätigen und die geringe Wirksamkeit verschiedenster Methoden, die in etwa 15% ausmachen, besiegeln. Weiter würde es die

hohe Wirksamkeit der extratherapeutischen Veränderung - zu verstehen als individuelle Eigenschaft des Klienten, welche 40% des Therapieerfolges ausmacht - deutlich unterstützen und den Klienten in den Mittelpunkt der Wirksamkeit stellen.

Dass diese Dimension die mit Abstand am meisten nicht signifikanten Unterschiede und die kleinsten Effektstärken im Vergleich zu den anderen Dimensionen aufzeigt, könnte mitunter an der Erstellung des Prototyps liegen. Auffällig ist, dass von den Experten in der Dimension „Klient“ kaum Kategorien, wie „ziemlich“ und „extrem charakteristisch/uncharakteristisch“ gewählt wurde. Somit ist die Normalverteilung dieser Dimension in Richtung Mitte zentriert. Dies hat zur Folge, dass die Abweichungen der Mittelwerte (die Streuung) kleiner sind. Bei den Bewertungen der Rater spiegelt sich dies ebenfalls im charakteristischen Bereich wieder, dagegen sind im uncharakteristischen Bereich einige kleine Ausreißer.

Des Weiteren wäre denkbar, dass die Patienten-Dimension weniger vorhersehbar für die Experten ist, also weniger ihrem Bilde des extrem charakteristischen Prototypen entspricht und demzufolge schwieriger einschätzbar.

Die Items der Dimension der Dyade

Die Dimension der Dyade zeigt ebenfalls eine hohe Anzahl von signifikanten Items sowie eine Effektstärke, die zwischen der Therapeuten- und Patienten-Dimension liegt.

Die therapeutische Beziehung entspricht nach Fischer (2003) einem Medium, durch welches die therapeutischen Interventionen, Methoden und Techniken zur Wirkung kommen. Somit steht die therapeutische Beziehung im Hintergrund aller Methoden und ist ein elementares Fundament im Therapie-Prozess der IBP.

Bachelor und Horvath bezeichnen die therapeutische Beziehung selbst als Intervention. Dabei entsprechen die Beziehungsebenen einem Raum, in dem etwas Neues geschaffen wird. Es ist augenscheinlich, dass die Gestaltung der therapeutischen Beziehung wenig mit dem Prototyp zu tun hat. In der therapeutischen Beziehung wird etwas Neues geschaffen, das Erleben von Innen- und Umwelt verändert. Frühere Erfahrungen werden in der Gegenwart kontextualisiert, es entstehen andere mentale Landschaften, die neue Erfahrungen ermöglichen. Es ist davon auszugehen, dass diese Formung in der Praxis sehr individuell und in der verschiedensten Art und Weise entsteht, also wenig

dem Prototypen einer idealen Therapiestunde entspricht, was durch das vorliegende Ergebnis bestätigt werden kann.

In der Gesamtheit der 100 Items

Von den 100 Items, die der „Psychotherapie-Prozess-Q-Sort“ nach Jones misst, wurden bei 71 Items ein signifikanter Unterschied zwischen der Gewichtung des Prototyps und der Gewichtung der Rater gemessen. Die Haupthypothese, dass die Gewichtung gemäß dem Prototypen signifikant von der Gewichtung der Therapiegespräche, die die Rater bestimmt haben, abweicht, kann somit bei 71 Items des PQS **bestätigt** werden.

Infolgedessen passt weit mehr als die Mehrheit der Beobachtungen der Rater nicht mit den Expertenbewertungen einer idealen Therapiestunde überein. Die Arbeitsweise der Therapeuten ist danach von einer Heterogenität, die dem Prototyp nicht entspricht. Diese Differenz zwischen der Praxisbeobachtung und der Idealvorstellung der Experten von einer Therapiestunde zeigt sehr deutlich, was in der Theorie längst bestätigt wurde. Offensichtlich ist, dass die Mehrheit der Therapeuten heute einen eklektischen Ansatz wählt und eine methodenpluralistische Arbeitsweise ausüben (Fischer, 2003). Dies bedeutet, dass in der ambulanten Praxis die Arbeitsweise der Therapeuten mit dem Klienten sehr individuell und eher methodenunabhängig ausgeführt wird. Dem Therapeuten wird damit die Möglichkeit eröffnet, mit einer Vielzahl von Techniken zu arbeiten, die gezielt und individuell eingesetzt werden können. Obgleich die wenigsten Therapeuten in solch einer Arbeitsweise gezielt gefördert werden, entwickeln sie diese im Laufe ihrer Praxistätigkeit. Nach Angaben von Heim (2009) geht aus Umfragen deutlich hervor, dass die Frage nach der Integration und des Eklektizismus die Mehrheit der Therapeuten beschäftigt. Orlinsky (2004) führt das eklektische Arbeiten vieler Therapeuten auf die Tatsache der geringen Wirkung von bestimmten Techniken und Methoden zurück. Er deutet die „neue Arbeitsweise“ der Therapeuten als eine gesunde Antwort auf die empirischen Beweise und als Ablehnung des bisherigen Trends bezüglich der starren Loyalität gegenüber den Therapieschulen. Diese Tendenz, welche verschiedene Methoden und Techniken schulenunabhängig verbindet, passt sehr gut zu dem integrativen Paradigma der Integrativen Körperpsychotherapie. Schon der Ursprung der IBP entstand aus einer Vielzahl von verschiedenen Psychotherapieschulen und Methoden. Seiner Zeit voraus erscheint damit der Ansatz der IBP und aktueller denn je, was in gewisser Weise dieses Ergebnis

bestätigt. Interessant wäre es, mit eben dieser Fragestellung eine Therapie zu untersuchen, die eher „manualgebunden“ vorgeht.

In der Analyse der Literatur wird deutlich, dass die Mehrheit der Therapeuten einen pluralistischen Methodenansatz in ihrer Arbeit wählt, was für eine heterogene Arbeitsweise der Therapeuten spricht. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können dies weit mehr bestätigen. Somit ist die Haupthypothese anzunehmen.

4.2.2 Das Bild des Prototypen

Am charakteristischsten für einen Prototyp der IBP sind Item 2 (der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, z.B. Körperhaltung) und Item 6 (der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch), welche von den Experten mit der Kategorie 9 (extrem charakteristisch) bewertet wurden. Im Weiteren zeigt der Prototyp eine deutliche Mehrheit in der Dimension der Therapeuten.

Der Unterschied zwischen Prototyp und Rater ist bei den folgenden beiden Items am größten: Item 91 (Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit); Item 4 (die Therapieziele werden besprochen)

Die Items des Prototypen in der Kategorie 9 zählen auch in der Literatur der IBP zu den elementaren Grundsätzen der Therapie. Dass der Therapeut einfühlsam und empathisch (Item 6) ist, lässt sich in der IBP auf den starken Einfluss der humanistischen Psychologie zurückführen als auch auf die therapeutische Beziehung, welche als tragendes Fundament im therapeutischen Prozess wirkt.

Item 2 (der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten) ist erst bei genauerer Betrachtung verständlich. Bei der Erstellung des Prototypen mit den Experten wurde deutlich, dass sie spezifische Körperpsychotherapie Items vermissen, so auch ein Item, das die „Arbeit mit dem Körper“ beschreibt, was für die IBP absolut zentral ist. Es wurde daher als Ersatz Item 2 gewählt, da es am ehesten an der „Körperarbeit“ anknüpft.

Die deutliche Mehrheit der Items der Therapeuten-Dimension, welche im charakteristischen Teil des Prototyps vorhanden ist, zeigt, dass die Therapeuten-Variable für die Experten in einer idealen IBP-Therapie ausschlaggebend ist. Es ist denkbar, dass kaum Patienten-Items gewählt wurden, da die Therapeuten-Items für die Experten viel leichter bestimmbar und voraussehbar sind. Das Verhalten eines

Therapeuten entspricht vielmehr einer idealen Therapie und kann besser zugeordnet werden. Zudem ist das Verhalten eines Therapeuten ebenso zugleich Intervention, welches den therapeutischen Prozess mit steuert.

Wie bereits gezeigt werden konnte, ist der Zusammenhang zwischen den meisten signifikanten Items und der größten Effektstärke, welcher in der Therapeuten-Dimension zu finden ist, auf die eklektische und methodenpluralistische Arbeitsweise der Therapeuten und ihrer heterogene Arbeitsweise zurückzuführen. Dies veranschaulicht den integrativen Hintergrund der Körpertherapie. Laut Fischer ist das Paradigma der IBP ein integratives, welches verschiedene Methoden und Schulen in sich vereint, um daraus ein neues kohärentes Therapiesystem zu bilden. Somit ist den Therapeuten die methodenpluralistische Arbeitsweise quasi in den Schoss gelegt und entspricht ihrem Ansatz sehr, was die Experten durch ihre Wertung des Prototyps bestätigen. Die Hypothese, dass in den extrem charakteristischen Items des Prototyps die Mehrheit der Items der Therapeuten-Dimension zuzuordnen ist, kann darum bestätigt werden.

Die Differenz zwischen Experten und Rater ergeben gerade bei den extrem charakteristischen/uncharakteristischen Prototyp-Kategorien spannende Diskussionspunkte. So ist hier die Frage nach der idealen Therapie und dem beobachteten Wert in den tatsächlichen ambulanten Therapiesitzungen interessant. Einer der größten signifikanten Unterschiede zum Prototyp in der Kategorie 9 hat Item 4, (die Therapieziele des Patienten werden besprochen). Die Experten bewerten dieses Item mit der Kategorie 8, die Rater mit 3,8. In der Literatur der IBP ist ein Vorgehen, das eher verhaltensorientiert ist, kaum zu finden, was für dieses Item sprechen würde. Ein Arbeiten mit Zielvorgaben ist ebenfalls nicht zu finden, dafür ein prozessorientiertes. Die Wichtigkeit seitens der Experten bei eben diesem Item ist an diesem Punkt nicht anhand der Literatur zu begründen. Die Rater bestätigten eine eher uncharakteristische Wertung für das Item der Therapieziele. Denkbar ist, dass es einen hohen Stellenwert für die Prozessarbeit der IBP hat, jedoch in der Sitzung nicht immer wieder angesprochen, und konkret am Ziel gearbeitet wird. In diesem Zusammenhang ist auch Item 91 (Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches) auffällig. Die Experten bestimmten den Wert der Kategorie 8, was relativ charakteristisch für eine IBP-Therapie ist. Dieses eher psychoanalytische Item hat seinen Raum in der IBP-Therapie. Die Literatur zeigt deutlich den

psychoanalytischen Hintergrund mit den Wurzeln bei Reich. Auch im Persönlichkeitsmodell findet das Item seinen Platz im Ursprungsszenarium, also möglichen frühen Verletzungen des Kindes, welche mit Blockierungen bzw. Charakterpanzerungen einhergehen. Die Arbeit am Kind stellt eine wichtige Methode für die IBP da. Jedoch weicht der Wert der Rater mit der Kategorie 3,9 (wenig uncharakteristisch) erstaunlich ab. Das bedeutet, dass die Arbeit am Kind in den Therapiestunden nicht sehr häufig beobachtet wurde. Denkbar ist, dass diese Methode nicht kontinuierlich eingesetzt wird, sondern lediglich in spezifischen Sitzungen vertieft analysiert wird.

Am uncharakteristischsten für einen Prototypen der IBP ist Item 51 (der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab) und Item 77 (der Therapeut ist taktlos). Diese Items wurden von den Experten mit der Kategorie 1 (extrem uncharakteristisch) bewertet.

Der Mittelwert-Unterschied zwischen Experten und Rater ist bei Item 30 (die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen) und Item 37 (der Therapeut verhält sich lehrerhaft) am größten. Ferner zeigt der Prototyp in der uncharakteristischen Wertung keine deutliche Mehrheit der Items in einer Dimension.

Die Bewertung der Experten ist bei den extrem uncharakteristischen Items recht offensichtlich. Es wurden Items gewählt, die eine negative Auswirkung auf den Therapieprozess haben oder unprofessionell wirken, wie z.B. Item 51 (der Therapeut verhält sich herablassend) und Item 77 (der Therapeut ist taktlos). Die Literatur zeigt deutlich, wie wichtig eine empathische Beziehungsgestaltung seitens des Therapeuten ist.

Auffällig ist Item 37 (der Therapeut verhält sich lehrerhaft). Hier wurde von den Experten der Wert 2 bestimmt, was der Kategorie ziemlich uncharakteristisch entspricht, dagegen haben die Rater einen Wert von 5,4, was zwischen neutral und wenig charakteristisch liegt. Dem theoretischen Hintergrund der IBP entspricht dieses doch sehr verhaltenspsychologische Item wenig. Interessant ist, dass „lehrerhaft“ in der Therapie hier eher zu einer unidealen Therapie gezählt wird, also negativ gewertet wird.

Die Erstellung des Q-Sorts mit den Experten zeigt deutlich, dass gewisse körperspezifische Items im Q-Set fehlen. Genannt wurden die spirituelle Dimension, die Versöhnung sowie neue korrigierende Erfahrung, die innerhalb der Stunde vermittelt werden (durch z.B. Körperübungen), und Items zum ganzheitlichen Arbeiten (Integrieren von Körper, Emotionen, Verhalten, Methoden etc.).

Bei genauer Betrachtung der 100 Items wird offensichtlich, dass bestimmte schulenspezifische Items der großen Therapierichtungen vorhanden sind. Es überrascht deswegen nicht, dass diese keine körperspezifischen Items sind – führte die Körperpsychotherapie doch eher ein Schattendasein neben den großen Therapieschulen und scheint erst jetzt aufzuholen. Im Gesamtbild der Psychotherapie bietet die Integrative Körperpsychotherapietherapie jedoch doch eine elementare Einheit, die wichtige Dimensionen betont und integriert, die in anderen Therapierichtungen weitgehend ausgeklammert werden, wie z.B. der Körper, die Spiritualität.

4.3 Fazit

Über 70% der Q-Sort Items zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen den geratenen Therapiesgesprächen und dem Prototyp einer idealen IBP-Therapiestunde. Demzufolge ist die Arbeitsweise der Therapeuten eine heterogene, die dem Prototyp nicht entspricht. Anhand der diskutierten Ergebnisse konnte deutlich gezeigt werden, dass weit mehr als die Mehrheit der Therapeuten einen pluralistischen Methodenansatz in ihrer therapeutischen Arbeit ausüben. Daher wäre es falsch, in diesem Kontext von einer Methodentreue der Therapeuten zu sprechen, wie sie eingangs in der Fragestellung formuliert wurde. Vielmehr konnte gezeigt werden, dass die Therapeuten unabhängig arbeiten und einen eklektischen Ansatz in ihrem ambulanten Praxisalltag bevorzugen.

Der Prototyp, welcher durch die Experten erstellt wurde, spiegelt das Idealbild einer idealen IBP-Therapiestunde wieder. Da die vorhandene Heterogenität der Therapeuten in ihrem Behandlungsansatz im Praxisalltag so sehr voneinander abweicht, wäre es nicht richtig, in diesem Kontext von einem idealen Prototyp auszugehen.

4.4 Stärken und Schwächen dieser Untersuchung

Eine eindeutige Stärke dieser Arbeit ist das innovative Messinstrument des Q-Sorts sowie das methodische Vorgehen. Angemerkt sei, dass der Q-Sort nach Jones im deutschsprachigen Raum noch recht wenig in der Prozessforschung eingesetzt wird, jedoch einer sehr guten Erfassung des ganzen Therapieprozesses dient und nicht nur Teilausschnitten. Der Nachteil ist ein zeitaufwendiges Ratingverfahren und eine genaue Schulung des Instrumentes sowie der Anwendung, was als Schwachpunkt der vorliegenden Arbeit gilt. Beim Raten durch zwei unabhängige Beobachter konnte in einem Teil der Stichprobe keine genügend hohe Interraterreliabilität nach Jones zwischen den Ratern erreicht werden. Die Ergebnisse kontrastieren die Vorbereitungen, in denen ein guter Wert - verglichen mit dem Gold Standard - erzielt wurde und auch immer wieder Trainingseinheiten und Items-Besprechungen im Prozess der Auswertung zwischen den Ratern stattfanden. Ein weiterer Punkt hierbei ist die Objektivität der Rater und ihre persönliche klinische Vorerfahrung, welche auch Einfluss auf die Bewertung der Items ausübt und somit die Interraterreliabilität verändern kann. Dies lässt darauf schließen, dass eine noch bessere Einführung und Übung des Q-Sorts wichtig gewesen wäre.

Als weiterer Punkt ist die Stichprobengröße der Experten zur Erstellung des Prototyps aufzuführen. Die Problematik war die Expertenrekrutierung, die durch die Minorität der Integrativen Körperpsychotherapie im deutschsprachigen Raum extrem erschwert wurde.

Zur Untersuchung der Haupthypothese eignete sich der Q-Sort sehr gut, konnte doch eine klare Erkenntnis gewonnen werden. Jedoch ist es schwierig, bei derart vielen Items einen Überblick zu behalten und die wichtigsten differenziert zu erkennen. Ebenfalls ist die Einteilung der Dimensionen in Therapeut, Klient und Dyade teilweise nicht ganz logisch. Gleichmaßen sind klare Items aus verschiedenen Therapieschulen erkennbar, jedoch fehlen spezifische Körpertherapie-Items, wie z.B. die Arbeit mit dem Körper, welches maßgeblich für die Auswertung mit diesem Messinstrument sein kann.

Die vorhandenen Therapiegespräche wurden per Audioaufzeichnung ausgewertet. Gemäß der integrativen Körpertherapie wäre jedoch eine Auswertung per Video empfehlenswerter, da die Körperarbeit in der Therapie einen Schwerpunkt darstellt und viele Übungen enthält, die nur über Gestik und Mimik analysierbar sind.

4.5 Ausblick, Implikation für die Praxis

Um sich der Arbeitsweise von Therapeuten anzunähern und spezifisches Wissen über die Art und Weise ihrer pluralistischen Methodenwahl zu erlangen, wäre es hierbei von Vorteil mit Einzelinterviews zu arbeiten. Die Erkenntnis könnte diese Arbeit ergänzen und ferner für weitere Fragestellungen wichtig sein.

Im Weiteren wäre es von Interesse, den Prototyp der IBP nochmals zu evaluieren, d.h. eine größere Stichprobe der Experten und spezifische körperpsychologische Items zu integrieren. Spannend wäre es auch, diesen Prototyp auf andere Therapierichtungen anzulegen, um möglicherweise keinen Unterschied zwischen der eigenen und anderen Therapierichtungen festzustellen.

Der Ansatz der integrativen Körperpsychotherapie entspricht ihrem Wesen nach zutiefst dem eklektischen Behandlungsansatz der Therapeuten. Ihr grundlegendstes Paradigma ist das Integrations-Paradigma, das undogmatisch ist und Offenheit und Neugierde gegenüber anderen Therapieschulen beinhaltet. Es wäre schade, wenn dieses wertvolle Gut sich in den Profilierungs- und Vergleichswettbewerb der verschiedenen Therapieschulen einreihen würde, anstatt seine Offenheit, die pluralistische Methodensicht und die auf Wirksamkeit geprüften Faktoren zu bewahren.

Das Integrationsmodell ist auf dem Vormarsch; es setzt gegen die starre Loyalität der einzelnen Therapieschulen und steht für eine offene, wirksamkeitsgeprüfte Psychotherapie, die verschiedenste Methoden und Konzepte verbindet und daraus etwas Neues schafft. Dies zeigt sich auch in den vielen Forschungsarbeiten zu allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Das Arbeiten der Therapeuten ist methodenpluralistisch und es erscheint hier notwendig, Veränderungsprozesse einzugehen, alte, längst festgefahrene starre Formen über Bord zu werfen und eine Offenheit zu entwickeln, die der Arbeit am Klienten dient.

Interessant ist, dass viele Therapeuten bereits ein integratives Arbeiten bevorzugen, dies jedoch nie spezifisch in ihrer Ausbildung erlernt haben. Hier wäre sicherlich ein wichtiger Beitrag zu leisten. Die Zukunft zeigt in eine allgemeine Psychotherapie verbunden mit der Frage, wie deren Ausbildung gestaltet sein wird.

5 Abstract

Im Rahmen einer ambulanten Praxisstudie wurde die Methodentreue der einzelnen integrativen Körperpsychotherapeuten untersucht. Als Messinstrument wurde der Q-Sort nach Jones (1998) verwendet. Es wurden 18 Klienten mit je drei Therapiesitzungen (54 Therapiegespräche) durch zwei unabhängige Beobachter mit dem Q-Sort, bestehend aus 100 verschiedenen Items, ausgewertet. Durch ein Expertenteam wurde eine prototypische Ideal-Therapiestunde mit dem Q-Sort bewertet. Die Mittelwerte der geschätzten Therapiegespräche wurden mit den Mittelwerten des Prototyps verglichen. Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich, dass über 70% der Therapiegespräche Items signifikant von den Prototyp-Items abweichen. Dies bestätigt einen eklektischen und methodenpluralistischen Behandlungsansatz der Therapeuten. Es ist davon auszugehen, dass die Arbeitsweise unter den Therapeuten heterogen ist.

Das vorliegende Forschungsergebnis ist insbesondere aufschlussreich für die „Integrative Körperpsychotherapie“ und den Ansatz der methodenpluralistischen Arbeitsweise der Therapeuten.

6 Literaturliste

Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). "How expert clinicians` prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy". *Psychotherapy Research* 8(1), 71-83.

Albani, C., Blaser, G., Jacobsen, U., Jones, E. E., Geyer, M. & Kächele, H. (2000). Die Methode des „Psychotherapie-Prozess Q-Sort“. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 151-171.

Albani, C., Raymond, A. L., Ablon, J. S., Mertens, W. & Kächele, H. (Hrsg.). (2008). *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set"*. Ulmer: Textbank.

Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die alle Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, L. D. Barry, & S. D. Miller (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie*. (S. 41- 82). Dortmund: modernes lernen.

Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubble, L. D. Barry, & S. D. Miller (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie*. (S. 137- 192). Dortmund: modernes lernen.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong E. (2004). Therapist Variables. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). (2004). *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed.). (S. 227- 306). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. (2.Aufl.). Verlag: Pearson Studium.

Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). (2004). *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed.). (S. 194- 226). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Fischer, M. (2003). Das Modell der Integrativen Körperpsychotherapie IBP und seine wissenschaftlichen Grundlagen. Winterthur: IBP- Institut.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.

Heim, E. (2009). *Die Welt der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Holm- Hadulla, R. M. (2007). Die therapeutische Beziehung. In W. Senf, & M. Broda, (Hrsg.). (2007). *Praxis der Psychotherapie*. (4 Aufl.). (S. 97- 102). Stuttgart: Thieme.

Jones, E. E. (2001). Interaktion und Veränderung in Langzeittherapien. In U. Stühr, M. Leuzinger Bohleber & M. Beutel. (2001). *Langzeit-Psychotherapie Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart: Kohlhammer.

Komeda-Lutz, M. (Hrsg.). (2002). Körperpsychotherapie - bioenergetische Konzepte im Wandel. Basel: Schwabe.

Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R. & Nussbaum, M-H. (Hrsg.). (2010). *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog*. Heidelberg: Springer.

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M.R. Goldstein (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. (pp 94- 129). New York: Basic Books.

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). (2004). *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed.). (S. 139- 193). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Nocross, J. L. & Newmann, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Nocross & M. R. Goldfried. (eds). (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.

Ogles, M. B., Anderson, T. & Lunnen, K. M. (2001). Der Beitrag von Modellen und Techniken: Widersprüche zwischen professionellen Trends und klinischer Forschung. In M. A. Hubble, L. D. Barry, & S. D. Miller, (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie*. (S. 221- 252). Dortmund: modernes lernen.

Orlinsky, D. E., Rönnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process- Outcome Research: Continuity and Change. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). (2004). *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed.). (S. 307- 390). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Pole, N., O'Connor, L. E. & Ablon, J. S. (2008). Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Protoyps to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm Long- Term Singel- Case Research. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 55. No. 2, pp 221-232.

Rosenberg J. L., Rand M. L. & Asay, D. (1986). *Body, Self and Soul: Sustaining Integration*. Atlanta Humanics Limited.

Rosenberg, J. L., Rand M. L. & Asasy, D. (2008). *Körper, Selbst und Seele*. Paderborn: Jungfermann,

Rosenberg, J.L. & Morse, B. (2006). Segmentale Haltmuster im Körper- Geist- System. In G. Marlock & H. Weiss. *Handbuch der Körperpsychotherapie*. (S. 682- 691).Stuttgart: Schattauer.

Sirigatti, S. (2004). Application of the Jones Psychotherapy Process Q-Sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review N.1*, pp 194-207. Arezzo.

Strauß, B. & Wittmann, W. W. (2007). Psychotherapieforschung: Grundlagen und ergebnisse. In W. Senf, & M. Broda, (Hrsg.). (2007). *Praxis der Psychotherapie: (4 Aufl.)*. (S. 772- 793). Stuttgart: Thieme.

Tallman, K. & Bohart, A. C. (2001). Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst- HeilerIn. In M. A. Hubble, L. D. Barry, & S. D. Miller (Hrsg.). (2001). *So wirkt Psychotherapie*. (S. 85- 136). Dortmund: modernes lernen.

Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda- Lutz, M., Schulthess, von Wyl, A. & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung- Grundlegende Überlegung und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie- Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapieforum 17*, S.160-170. Springer: Verlag.

Vogel, M. (2006). Entwicklung des Triaden-Interview-Q-Sort (TRI-Q-SORT). Liestal: Jubiläumstiftung.

7 Tabellenverzeichnis

TABELLE 3.1 KRITERIEN UND UMSETZUNG DER ERSTELLUNG EINES PROTOTYPS.....	28
TABELLE 3.2 ECKDATEN DER STICHPROBE AUF EINEN BLICK.	31
TABELLE 3.3 ERGEBNISSE DES T-TESTS (THERAPEUTEN DIMENSION)	33
TABELLE 3.4 ERGEBNISSE DES T-TESTS (PATIENTEN DIMENSION).....	36
TABELLE 3.5 ERGEBNISSE DES T-TESTS (DYADE).....	37
TABELLE 3.6 EFFEKTSTÄRKE DER DIMENSIONEN.....	38
TABELLE 3.7 DIE VIERZEHN CHARAKTERISTISCHEN ITEMS DES PROTOTYPS.....	39
TABELLE 3.8 DIE FÜNFZEHN UNCHARAKTERISTISCHEN ITEMS DES PROTOTYPS.....	41
TABELLE 9.1 PQS-ITEMS (POLE AT AL. 2008 & SEYBERT IN PROGRESS).....	64

8 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 2.1 DIE THERAPIETHEORETISCHEN QUELLEN DER INTEGRATIVEN KÖRPERPSYCHOTHERAPIE IBP NACH FISCHER (2003, S. 17).....	6
ABBILDUNG 2.2 DAS PERSÖNLICHKEITSMODELL DER IBP NACH FISCHER (2003, S. 22).....	7

9 Anhang

9.1 Elternbotschaften

Die Botschaft der Guten Mutter

Ich will dich.

Ich liebe dich.

Ich Sorge für dich.

Du kannst mir vertrauen.

Ich bin für dich da; ich bin selbst dann für dich da, wenn du stirbst.

Ich liebe dich für das, was du bist, und nicht für das, was du tust.

Du bist etwas ganz Besonderes für mich.

Ich liebe dich, und ich gebe dir die Erlaubnis, anders zu sein als ich.

Manchmal werde ich „nein“ sagen, und zwar weil ich dich liebe.

Meine Liebe macht dich gesund.

Ich sehe dich, und ich höre dich.

Du brauchst keine Angst mehr zu haben.

Du kannst deiner inneren Stimme vertrauen. (257)

Die Botschaft des Guten Vaters

Ich liebe dich

Ich vertraue dir.

Ich bin sicher, du gehst deinen Weg.

Ich werde Grenzen setzen und sie durchsetzen. („Du musst zur Schule gehen“)

9.2 Einteilung der 100 Items in die drei Dimensionen des PQS

B 1 P verbalizes negative feelings toward T	
A 2 T draws attention to P's non-verbal behavior	
*	
A 3 T remarks are aimed at facilitating P speech	
*	
C 4 treatment goals are discussed	
B 5 P has difficulty understanding T	
A 6 T is sensitive to the P feelings, attuned, empathic	empathy is a
technique	
B 7 P is anxious or tense	
B 8 P is concerned about dependence on T	
A 9 T is distant/a loof	technique for me and Pole
B 10 P seeks greater intimacy with T	
A 11 Sexual feelings and experiences are discussed	
C 12 Silences occur during the hour	
B 13 P is animated or excited	
B 14 P does not feel understood by T	
B 15 P does not initiate topics; is passive	
A 16 Discussion focuses on body functions, physical symptoms....	Kein
A!!!	
A 17 T actively exerts control over interaction	
*	
A 18 T conveys non-judgmental acceptance	technique for Pole
C 19 The therapy relationship has an erotic quality	
B 20 P is provocative, tests limits of therapy relationship	
A 21 T self-discloses	technique for Pole
A 22 T focuses on guilt	
*	
C 23 Dialogue has a specific focus	
A 24 T emotional conflicts intrude into relationship	
counter-transference	
B 25 P has difficulty beginning the hour	
B 26 P experiences discomforting affect	
A 27 T gives explicit advice and guidance	
*	
A 28 T accurately perceives therapy process	technique
B 29 P talks of wanting to be separate or distant	
C 30 Discussion centers on cognitive themes	
A 31 T asks for more information or elaboration	
*	
B 32 P achieves a new understanding or insight	
B 33 P talks of feeling close to or needing someone	

B 34 P blames others or external forces for difficulties
B 35 P self-image is focus of discussion
A 36 T points out P use of defenses
*
A 37 T behaves in a didactic manner psycho- educational technique
C 38 There is discussion of homework ?? where did you get this title for this item???
C 39 The relationship has a competitive quality
A 40 T interpretations refer to actual people
*
C 41 P aspirations/ambitions are discussed
B 42 P rejects T comments/observations
A 43 T suggests meaning of other's behavior not a technique
*
B 44 P is wary or suspicious
A 45 T adopts supportive stance technique
A 46 T communicates in clear coherent style technique for Pole
A 47 T accommodates when the interaction is difficult technique for Pole
A 48 T encourages independence of action or opinion
*
B 49 P experiences ambivalent/conflicted feelings about T
A 50 T points out P's unacceptable feelings
*
A 51 T condescends to or patronizes P technique for Pole
B 52 P relies upon T to solve his/her problems
B 53 P concerned about what T thinks of him/her
B 54 P is clear and organized in self-expression
B 55 P conveys positive expectations about therapy
B 56 P is distant from his/her feelings
A 57 T explains treatment rationale
*
B 58 P resists examining his/her thoughts, reactions, or motivations
B 59 P feels inadequate or inferior
B 60 P has a cathartic experience
B 61 P is shy or embarrassed
A 62 T identifies recurrent theme
*
C 63 P interpersonal relationships are major theme
C 64 Love or romantic relationships are discussed
A 65 T clarifies, restates, rephrases P communication
*
A 66 T is directly reassuring
*

A 67 T interprets unconscious wishes, feelings, or ideas	
*	
A 68 T actively distinguishes reality from fantasy	technique for Pole
*	
C 69 P current or recent life situation is emphasized	
B 70 P struggles to control feelings/impulses	
B 71 P is self-accusatory; expresses shame or guilt	
B 72 P understands the nature of therapy	
B 73 P is committed to the work of therapy	
C 74 Humor is used	
C 75 Termination of therapy discussed	
A 76 T suggests P accept responsibility for his/her problems	
*	not a really a technique for me , but for Pole
A 77 T is tactless	technique for Pole
B 78 P seeks T approval, affection, or sympathy	
A 79 T comments on changes in P mood/affect	
*	not a really a technique for me
A 80 T presents experience/event in different perspective	
*	
A 81 T emphasizes P feelings to deepen them	technique
A 82 T reformulates P's in session behavior	
*	
B 83 P is demanding	
B 84P expresses angry or aggressive feelings	
A 85 T encourages P to try new ways of behaving with others	
*	not a really a technique for me , but I understand your point
A 86 T is confident and self-assured	technique for Pole
B 87 P is controlling	
B 88 P brings up significant issues	
A 89 T acts to strengthen defenses	
*	
C 90 P dreams or fantasies are discussed	technique Pole
C 91 Childhood memories are discussed	technique Pole
A 92 T links P's feelings/perceptions to the past	
*	
A 93 T is neutral	technique
B 94 P is sad or depressed	
B 95 P feels helped	
C 96 Scheduling or fees are discussed	
B 97 P is introspective	
C 98 Therapy relationship is discussed	
A 99 T challenges P perspective	
*	

A 100 T interprets transference

*

Tabelle 9.1 PQS-Items (Pole et al. 2008 & Seybert in progress)

A= Therapeuten Verhalten, Erleben und Einstellung

B= Patienten Verhalten, Erleben und Einstellung

C= Th. –Pat. Dyade. Interaktion.

9.3 PQS Manual der 100 Items

1) Der Patient äussert negative Gefühle (zum Bsp Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs bewundernde oder anerkennende Bemerkungen)	2) Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten
3) Die Äusserungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern	4) Die Therapieziele des Patienten werden besprochen
5) Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen	6) Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch

<p>7) Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs ruhig und entspannt)</p>	<p>8) Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit)</p>
<p>9) Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs empfänglich und affektiv involviert)</p>	<p>10) Patient strebt grössere Nähe mit dem Therapeuten an.</p>
<p>11) Sexuelle Gefühle und Erwartungen werden besprochen</p>	<p>12) In der Stunde wird geschwiegen</p>
<p>13) Der Patient ist lebhaft</p>	<p>14) Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden</p>
<p>15) Patient initiiert keine Themen, ist passiv</p>	<p>16) Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen</p>

<p>17) Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (z.B. strukturiert und /oder führt neue Themen ein).</p>	<p>18) Der Therapeut vermittelt Wertschätzung</p>
<p>19) Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung</p>	<p>20) Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung</p>
<p>21) Therapeutische Selbstöffnung</p>	<p>22) Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten</p>
<p>23) Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus</p>	<p>24) Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.</p>
<p>25) Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen</p>	<p>26) Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle</p>

27) Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs weigert sich, dies zu tun, selbst er dazu gedrängt wird)	28) Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig war
29) Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will	30) Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen
31) Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung	32) Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht
33) Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen	34) Der Patient beschuldigt andere oder äussere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein
35) Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	36) Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung

37) Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft)	38) Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient ausserhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll
39) Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter	40) Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten
41) Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches	42) Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs er nimmt sie an)
43) Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei	44) Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs vertrauensvoll und sicher)
45) Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein	46) Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich

<p>47) Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern</p>	<p>48) Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken</p>
<p>49) Der Patienten erleben dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle</p>	<p>50) Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Wut, Neid oder Aufregung)</p>
<p>51) Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.</p>	<p>52) Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst</p>
<p>53) Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.</p>	<p>54) Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert</p>
<p>55) Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus</p>	<p>56) Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen</p>

<p>57) Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes</p>	<p>58) Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen</p>
<p>59) Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs effektiv und überlegen)</p>	<p>60) Der Patient hat eine kathartische Erfahrung</p>
<p>61) Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs selbstbewusst und selbstsicher)</p>	<p>62) Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema</p>
<p>63) Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema</p>	<p>64) Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen</p>
<p>65) Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte</p>	<p>66) Der Therapeut beruhigt den Patienten</p>

<p>67) Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen</p>	<p>68) Reale vs phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden</p>
<p>69) Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen</p>	<p>70) Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren</p>
<p>71) Der Patient klagt sich selber an, äussert Scham oder Schuld</p>	<p>72) Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird</p>
<p>73) Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet</p>	<p>74) Es geht humorvoll zu</p>
<p>75) Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert</p>	<p>76) Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren</p>

77) Der Therapeut ist taktlos	78) Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten
79) Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an	80) Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder eine Ereignis aus anderer Perspektive an
81) Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben	82) Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt
83) Der Patient ist fordernd	84) Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus
85) Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren	86) Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs unsicher oder defensiv)

87) Der Patient kontrolliert	88) Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache
89) Der Therapeut stärkt die Abwehr	90) Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen
91) Erinnerungen oder Rekonstruktionen der (früheren und späteren) Kindheit sind Gegenstand des Gespräches	92) Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft
93) Der Therapeut ist neutral	94) Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs fröhlich oder heiter)
95) Der Patient fühlt sich unterstützt	96) Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen

<p>97) Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen</p>	<p>98) Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs</p>
<p>99) Der Therapeut fragt die Sichtweise Patienten an (vs bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten)</p>	<p>100) Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her</p>

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: