

A.-R. Laireiter

Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie

Ihre Funktion und Bedeutung im Rahmen des Therapiekonzepts der Verhaltenstherapie – Ansätze einer Erweiterung in Richtung eines interpersonal-interaktionalen Konzepts

Zusammenfassung Die vorliegende Arbeit geht aus vom gegenwärtigen Konzept der Verhaltenstherapie und ihrer Konzeption der Therapeut-Klient-Beziehung. Nach einer Darstellung derselben werden einige wichtige Probleme dieser Konzeption erörtert. Es sind dies die fehlende Berücksichtigung besonders therapieförderlicher Aspekte und Interventionen in der Beziehungsgestaltung einerseits und die Möglichkeit der aktuellen Bearbeitung psychischer Probleme und Auffälligkeiten innerhalb der therapeutischen Beziehung selbst. Im Rahmen der „interaktionellen Verhaltenstherapie“ von Grawe wurden zwei Beziehungskonzepte entwickelt bzw. adaptiert, die prinzipiell in der Lage sind, diese Mängel zu überwinden. Es sind dies das Konzept der „komplementären Beziehungsgestaltung“ einerseits und die Adaption konflikttheroretischer interpersonalen Konzepte aus der Psychoanalyse (Testkonzept nach Weiss). Diese werden dargestellt. Abschließend werden einige Implikationen einer allgemeinen interaktionellen und interpersonalen Erweiterung der Verhaltenstherapie für das therapeutische Vorgehen und die Ausbildung in Verhaltenstherapie, insbesondere für Selbsterfahrung und Supervision, diskutiert.

Schlüsselwörter: Verhaltenstherapie, Interaktionelle Verhaltenstherapie, Therapeut-Klient-Beziehung.

The therapist-patient-relationship in cognitive-behavioral psychotherapy

It's function and relevance within the framework of cognitive behavior therapy – Attempts of it's integration into interactional and interpersonal conceptions

Abstract It is the aim of the present paper to give an overview of the current conceptions of the therapist-patient-relationship in cognitiv-behavioral psychotherapy. The paper starts with a presentation of the conception of current cognitive behavioral psychotherapy and it's "classical conception" of the therapist-patient-relationship. In the next section some of the short-comings of this "classical conception" are discussed. These can be grouped around two major points: the lack of taking effect-maximizing interactional strategies and interventions into consideration on the one side, and with not working through the clients problems within the relationship between therapist and client on the other side. However, one specific conception of German cognitive-behavioral psychotherapy, the so called "interaktionelle Verhaltenstherapie" [interactional behavior therapy], originated from Grawe, developed a conception and adapted another one, which both can overcome the interactional and interpersonal short-comings of current behavior therapy. Both conceptions ("plan-complementary interactional interventions" and "interactional tests of the client") are presented. At the end of the paper some implications of a general interactional and interpersonal extension of cognitive behavioral psychotherapy for the application of behavior therapy as well as for training future behavioral psychotherapists (personal therapy of the therapist, supervision) are discussed.

Keywords: Cognitive-behavioral psychotherapy, interactional cognitive-behavioral psychotherapy, therapist-patient-relationship.

La relation thérapeute-client en thérapie du comportement

Fonction et signification par rapport au concept utilisé par la thérapie du comportement – ébauche d'un concept interpersonnel-interactionnel

Résumé Le présent travail s'intéresse au concept de la relation thérapeute-client en thérapie du comportement. Il présente d'abord une brève esquisse de la manière dont la thérapie du comportement est pratiquée actuellement, la définissant en tant qu'orientation psychothérapeutique sur la base d'une série de caractéristiques (métathéorie, modèles et théories psychologiques, théories des troubles, conceptions du traitement, pratique thérapeutique). L'axe "théorie de la thérapie" joue un rôle particulièrement central lorsqu'il s'agit de saisir la relation thérapeute-client telle qu'elle est conçue par cette école: il inclut une conception du traitement, mais aussi une manière d'envisager les troubles psychiques ou somatiques et de mener le traitement concret. Dans ce sens, la thérapie du comportement se perçoit en tant qu'axée sur des objectifs précis: sa tâche primaire est de rechercher des solutions permettant au client de dominer ses problèmes.

Le concept de relation thérapeute-client correspond exactement à ce modèle et peut être défini comme une "relation de travail basée sur la coopération", qui permet d'atteindre les objectifs thérapeutiques fixés. Dans ce cadre, la tâche du thérapeute comme celle du client est définie dans le sens de modèles de rôles structurés. Le rôle du thérapeute est celui d'"expert en résolution de problèmes" et d'"assistant en évolution", le client jouant le rôle de collaborateur et d'exécutant.

La conception de la relation thérapeute-client formulée par la thérapie du comportement comporte quelques aspects problématiques et certains points faibles qui font qu'elle peut paraître lacunaire, ou du moins incomplète. Les trois principaux aspects portant à critique sont: 1. Elle part d'une conception trop rationnelle de l'homme et du cosmos, sans tenir compte des éléments personnels ou liés aux troubles qui peuvent provoquer des interférences dans la collaboration entre thérapeute et client; le modèle ne tient donc pas compte du fait que des schémas de relation et d'interaction influencés par les problèmes et la personnalité des participants sont part intégrante de la relation thérapeutique. 2. Deuxièmement, la conception classique de la relation thérapeute-client élaborée par la thérapie du comportement ne tient pas compte de nombreux éléments et méthodes qui pourraient être utilisés systématiquement par le thérapeute pour rendre la thérapie plus efficace. 3. Un autre problème relève du fait qu'au plan conceptuel, la thérapie du comportement a une orientation avant tout 'technologique' et non 'interpersonnelle'; les praticiens et les thérapeutes en formation ne disposent pratiquement d'aucun outil leur permettant de gérer la situation interpersonnelle et donc certains aspects spécifiques d'une psychothérapie. Ceci pousse de nombreux praticiens à rechercher des alternatives en empruntant des concepts à d'autres écoles de psycho-

thérapie, ce qui enlève de leur poids aux conceptions soutenues par la thérapie du comportement.

En tant que représentant de la thérapie du comportement, Grawe a identifié très tôt certaines des lacunes manifestées par le concept de relation en thérapie du comportement; en élaborant une "thérapie interactionnelle du comportement", il a tenté d'y pallier. Depuis, la "thérapie interactionnelle du comportement" utilise deux concepts de la relation, qu'elle applique pour maîtriser à deux des trois points faibles décrits plus haut. Il s'agit du concept de l'"élaboration plan-complémentaire d'une relation", d'une part, et de l'adaptation de concepts interpersonnels fondés sur la théorie des conflits, empruntés à la psychanalyse (le concept du test et du plan, selon Weiss).

Dans l'ensemble, le concept de la "thérapie interactionnelle du comportement" adopte une vue de la psychothérapie quelque peu différente de celle appliquée par la thérapie du comportement traditionnelle. Elle considère la psychothérapie comme un processus de changement et de construction systématique, dont l'issue est par principe ouverte. Dans son cadre il s'agit pour l'essentiel de réaliser des heuristiques thérapeutiques spécifiques; la forme qu'elle prend lui est donnée par l'application flexible de ces heuristiques. Ces dernières peuvent concerner avec différents niveaux: identification du problème, diagnostic, modification des problèmes, mais aussi établissement d'une relation. Les auteurs ont élaboré ce qu'ils appellent "l'analyse du plan": c'est elle qui fournit des informations sur le développement de la relation thérapeutique et l'application de méthodes thérapeutiques. Elle a pour tâche de saisir simultanément les schémas et structures pertinentes par rapport aux problèmes et les objectifs et plan sous-jacents à la manière dont le client élabore la relation.

La notion d'"élaboration plan-complémentaire d'une relation" prévoit que le thérapeute adopte un comportement complémentaire par rapport aux principaux plans interactionnels du client, c'est-à-dire qu'il les affirme et les renforce. Le "concept du test" implique que, dans le cadre de la situation thérapeutique, le client teste le thérapeute, dans le but de vérifier les convictions et schémas qui sont en rapport avec ses troubles. Il procède de la sorte, entre autres, pour vérifier qu'il peut vraiment faire confiance au thérapeute, mais aussi pour s'assurer que ce dernier est capable de gérer ses problèmes et thèmes. Dans le contexte de ce modèle, le thérapeute est chargé de plusieurs tâches: il doit d'abord tenter d'identifier les thèmes de test pertinents à partir d'une analyse des troubles et du plan; d'autre part, il doit passer avec succès les tests du client et en rendre ce dernier conscient en les interprétant (= "abstraction réfléchie").

Dans la discussion qui suit, nous signalons qu'avec ses deux concepts de la relation, la thérapie interactionnelle du comportement représente une première

tentative d'intégration d'une approche interactionnelle et interpersonnelle au sein de la thérapie du comportement. A un niveau global il faudrait toutefois renoncer aux conceptions technologiques de la relation thérapeute-client en thérapie du comportement, pour en élaborer une conception plus large et plus généralement interpersonnelle. Nous traitons finalement des implications de ces idées pour la procédure

thérapeutique et la formation en thérapie du comportement – en particulier pour l'expérience sur soi et la supervision. Il faut noter que seule l'application d'une vue interpersonnelle de la relation thérapeute-client peut fournir une base théorique adéquate, qui servira de fondement à une expérience sur soi et à une autothérapie utiles dans le cadre de la thérapie du comportement.

1. Einleitung

Die Verhaltenstherapie ist eine verhältnismäßig junge Profession der Psychotherapie, deren Wurzeln zwar schon auf die 80er und 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts zurückgehen, die allerdings erst in den 40er und 50er Jahren unseres Jahrhunderts ihre eigentliche Gründung erlebte (Schorr, 1984). Seither jedoch verläuft ihre Entwicklung rasant und vor allem auch breit, wie kaum bei einer anderen klinisch-psychologischen Orientierung. Innerhalb dieser Entwicklung wurde der therapeutischen Beziehung lange Zeit keine überragende Beachtung im Sinne eines eigenständigen Problem- und Forschungsbereiches geschenkt, wenngleich von verschiedenen Autoren immer wieder auf ihre Bedeutung als therapeutisches Agens hingewiesen worden ist (DeVoge und Beck, 1978; Kanfer et al., 1990; Wolpe, 1958). Eine intensivere Beforschung erfährt die therapeutische Beziehung erst seit Mitte der 80er Jahre (vgl. Schindler, 1991; Schulz, 1993), konzeptuelle Diskussionen und Versuche, sie als therapeutisches Agens stärker in das Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken, gibt es bereits seit Anfang der 80er Jahre (Zimmer, 1983 a, b), vor allem im Zusammenhang mit der sogenannten „interaktionellen Verhaltenstherapie“ (vgl. Caspar, 1989; Caspar und Grawe, 1982; Grawe, 1988 a, b, 1992; Grawe und Dziewas, 1978; Zimmer und Zimmer, 1990, 1992), die eine echte Weiterentwicklung des klassischen Konzepts der Beziehungsgestaltung der Verhaltenstherapie darstellt.

Die vorliegende Arbeit hat sich zur Aufgabe gestellt, das herkömmliche Konzept der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie darzustellen und im Hinblick auf einige Schwachstellen und Ergänzungsmöglichkeiten zu diskutieren, um daran anschließend zwei mögliche Erweiterungen dieses Konzeptes in interaktioneller und in interpersonaler Richtung sowie deren Konsequenzen für die Theorienbildung und die Ausbildung zu erörtern.

2. Verhaltenstherapie: Theoretische Orientierung und therapeutisches Vorgehen

Die Verhaltenstherapie kann sowohl von ihrer theoretischen Orientierung wie auch von ihrem therapeutischen Vorgehen her charakterisiert werden. Für die vorliegende Diskussion sind beide Aspekte von Bedeutung. Für die *theoretische Charakterisierung* der Verhaltenstherapie ist es wichtig zu wissen, daß ihre Wurzeln in den frühen Konditionierungs- und Lerntheorien liegen und sie sich primär dem zunächst logischen, später methodischen Behaviorismus und der experi-

mentellen Forschung verpflichtet fühlt (Kanfer und Phillips, 1975; Reinecker, 1987/1994; Schorr, 1984). Seit Beginn ihrer Entwicklung gab es verschiedene Versuche, die Verhaltenstherapie wie einen Begriff zu definieren. Angesichts der Vielzahl an Definitionen und der damit verbundenen Unsicherheit, was denn die Verhaltenstherapie eigentlich sei (vgl. z.B. Margraf und Lieb, 1995), wird heute davon ausgegangen, daß es wenig Sinn macht, die Verhaltenstherapie im Sinne eines wissenschaftlichen Begriffes zu definieren, sondern sie eher über einige Kernmerkmale und grundlegende theoretische und praktische Prinzipien im Sinne einer Leitbild-Konzeption zu umreißen (vgl. dazu ausführlicher Kanfer et al., 1990; Reinecker, 1987/1994).

In diesem Sinne kann die Verhaltenstherapie als eine „*psychotherapeutische Grundorientierung*“ (Meyer et al., 1991) angesehen werden, die eine Reihe grundlegender theoretischer Annahmen und Modelle zur Konzeption des Menschen, seines Erlebens und Handelns, seines Funktionierens und seiner Entwicklung sowie zur Entstehung und Veränderung psychischer und somatischer Auffälligkeiten besitzt. Darüber hinaus verfügt sie über Modelle der klinischen Diagnostik, Intervention und Veränderung und der Erklärung des Zustandekommens solcher Veränderungen (zur Frage der Kriterien psychotherapeutischer Grundorientierungen vgl. auch Hagehülsmann, 1990; Stumm und Wirth, 1994, S. 12–22). Charakteristisch für diese Grundorientierung sind die in Tabelle 1 dargestellten Prinzipien und Merkmale (vgl. dazu auch Kanfer et al., 1990; Margraf und Lieb, 1995), die sich in fünf Klassen unterteilen lassen, in die erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen und -methodologischen Vororientierungen, in die psychologischen Vororientierungen und in die Prinzipien der Verhaltenstherapie in krankheitstheoretischer, thrapietheoretischer und anwendungsbezogener Hinsicht. Wichtig für das Verständnis der Verhaltenstherapie ist es zu wissen, daß vor allem die kognitive Wende der Psychologie der 60er Jahre zu einer Erweiterung des Spektrums theoretischer Erklärungen und Veränderungsmodelle und -methoden geführt hat, die heute weit über das ursprünglich klassisch-lerntheoretische hinausgehen (vgl. Hautzinger, 1994; Kuehlwein und Rosen, 1993; Lückert und Lückert, 1994).

Für die Analyse der Therapeut-Klient-Beziehung ist eine genauere Betrachtung des *praktischen Vorgehens der Verhaltenstherapie* wichtig. Die Verhaltenstherapie begreift Psychotherapie primär als einen dynamischen Problemlöse- und Veränderungsprozeß – manche Autoren sprechen auch von einem Lern- und Trainings-

Tabelle 1. Kernmerkmale der Verhaltenstherapie

1. *Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische und -methodologische Vororientierungen:*

- Anlehnung an das Exaktheitsideal der Naturwissenschaften
- Fundierung am Kritischen Rationalismus und der analytischen Philosophie
- Orientierung an der Empirie als Forschungsmethodologie
- Ablehnung von Mentalismus, Phänomenologie und Hermeneutik als Erkenntnismethoden

2. *Psychologische Vororientierungen:*

- Primäre Orientierung am Verhalten des Menschen (mehrdimensionaler Verhaltensbegriff) und seinen beobachtbaren Handlungen und Interaktionen
- Orientierung am methodologischen Behaviorismus
- Orientierung an den Prinzipien und Ergebnissen der empirischen Psychologie
- Orientierung an empirisch überprüfbar und aus der empirischen Psychologie stammenden Person- und Entwicklungsmodellen
- Sparsamer Umgang mit theoretischen Abstraktionen und metaphysischen Menschenbildannahmen

3. *Krankheitstheoretische Prinzipien:*

- Relativität der Begriffe „gesund“ und „krank“
- Psychische Störungen und Probleme sind in ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung durch dieselben Gesetzmäßigkeiten und Prinzipien determiniert wie „unauffälliges Verhalten“
- Orientierung an einer empirisch orientierten Ätiologieforschung (allgemeine und störungsspezifische Modelle)

4. *Therapietheoretische Prinzipien:*

- Therapie ist ein dynamischer, zeitlich begrenzter Problemlöseprozeß, der in einem interpersonalen Setting und in verschiedenen Phasen abläuft, mit dem Ziel beim Klienten Veränderungen im Erleben, Verhalten und seinen interpersonalen Beziehungen zu bewirken
- Orientierung an Ätiologie- und (allgemeinen) Veränderungsmodellen (allgemeine und störungsspezifische Prinzipien der Veränderung und des therapeutischen Handelns, differentielle Indikation)
- Betonung von Lernen und Lernmechanismen als primäre therapeutische Agentien
- Soziale Beeinflussungsprozesse in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient sind der Motor und das Vehikel für das Ingangsetzen von Lernprozessen
- Orientierung an der wissenschaftlichen Methode und dem experimentellen Vorgehen („Therapie ist anwendungswissenschaftliches Experiment“, Therapie ist Intervention)

5. *Praktisches Vorgehen:*

- Problemorientiertheit
 - Zielgerichtetheit
 - Zukunftsorientiertheit
 - Geplantheit
 - Theorien- und Hypothesengeleitetheit (rational begründetes oder gerechtfertigtes Handeln)
 - Strukturiertheit
 - Kooperative, aufgabenorientierte Therapeut-Klientbeziehung mit spezifischer Rollenverteilung
 - Kontrolle und Evaluation des Vorgehens und der Effekte (Evaluation und kontrollierte Praxis)
-

prozeß (z.B. Schindler, 1991), dessen primäres Ziel die Bewältigung des oder der Probleme des Klienten¹ ist, derentwegen er eine Therapie aufsucht, sowie erwünschte Veränderungen im Erleben und Verhalten des Klienten und seinen interpersonalen Beziehungen zu bewirken (vgl. dazu auch Kanfer et al., 1990; Margraf und Lieb, 1995).

Aus diesem Grund ist das therapeutische Vorgehen auch primär problemorientiert und zielgerichtet – gelegentlich wird auch von „lösungsorientiert“ gesprochen (Kanfer et al., 1990). In dieser Lösungsorientiertheit ist der therapeutische Prozeß vor allem auf die Zukunft und die Bewältigung der anstehenden Probleme im Hier und Jetzt hin ausgerichtet (Schmelzer, 1986). Die Vergangenheit spielt nur so weit eine Rolle, als sie für die

Arbeit im Hier und Jetzt von Bedeutung ist oder in die Gegenwart hereinspielt. Eine ausführliche Aufarbeitung der biographischen Erfahrungen eines Menschen spielt im Rahmen der Verhaltenstherapie eine nur untergeordnete Rolle.

Die Zielgerichtetheit und Strukturiertheit impliziert Geplantheit und vor allem auch Begründetheit im Vorgehen. Im Ideal wurde das therapeutische Vorgehen früher als ein Anwendungsexperiment angesehen (vgl. z.B. Schulte, 1974), das auf Hypothesen aufbauend und unter Einsatz bestimmter Methoden und Prinzipien zu einer (auch meß- und evaluierbaren) Verhaltensänderung führen sollte. Derlei Modelle hatten zwar nur kurzen Bestand und wurden durch geeignetere Vorstellungen, z.B. der eines Problemlöseprozesses oder eines sozialen Beeinflussungsprozesses (Schindler, 1991) abgelöst, dennoch blieb die Konzeption von Psychotherapie als eines zielgerichteten „Veränderungs-Interventions-Prozesses“, dessen Effekte zu überprüfen und zu evaluieren sind, erhalten (Grawe und Braun, 1994; Schulte, 1993). Die Verhaltenstherapie grenzt sich da-

¹ Im folgenden Text werden die Begriffe „Klient“ und „Patient“ synonym für „an psychischen, sozialen und somatischen Problemen leidende Menschen“ verwendet, die eine Therapie aufsuchen. Der einfacheren Lesart wegen wird primär die männliche Geschlechtsform verwendet.

mit von anderen Modellvorstellungen ab, die Psychotherapie als einen zieloffenen hermeneutischen „Verstehens- und Rekonstruktionsprozeß“, wie etwa die Psychoanalyse (vgl. Bock, 1990; Pritz, 1994) oder als einen chaotischen Prozeß mit offenem Ausgang, wie die systemtheoretisch fundierten Psychotherapien (vgl. Schiepek, 1991), konzipieren. Entsprechend werden auch Lernen und die Lernmechanismen als die primären therapeutischen Agentien einer Psychotherapie begriffen (vgl. dazu auch deVogel und Beck, 1978; Zimmer und Zimmer, 1992).

Wichtig für das Verständnis der Therapiedurchführung ist auch, daß dieser Prozeß zeitlich begrenzt ist und über verschiedene, mit jeweils spezifischen Aufgaben und Zielen versehenen Phasen abläuft (= Strukturiertheit) (vgl. Kanfer et al., 1990; Schmelzer, 1986; Zimmer und Zimmer, 1990, 1992 für detailliertere Ausführungen).

3. Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie: Die „technologische Arbeitsbeziehung“

3.1 Zur Charakterisierung der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie

Der eben angesprochene Lern- und Veränderungsprozeß läuft in einem interpersonalen Setting ab, d.h. bei Einzeltherapien im Rahmen einer konkreten Therapeut-Klient-Interaktion und in der Kooperation zwischen diesen beiden Personen. Die Verhaltenstherapie kennt auch paar-, familien- und gruppentherapeutisches Vorgehen (vgl. Dürr et al., 1992; Fiedler, 1995b; Scholz, 1987). Auf diese wird in den folgenden Ausführungen jedoch nicht eingegangen. Im Prinzip können die Ausführungen zur Einzeltherapie aber auf die erweiterten Therapiemodalitäten übertragen werden.

Die Therapeut-Klient-Beziehung paßt sich nahtlos in die oben dargelegte Konzeption des therapeutischen Vorgehens ein. In diesem Rahmen ist die Therapeut-Klient-Beziehung über relativ klare Ziele und Aufgaben definiert, die man mit dem Begriff der „technologischen

Arbeitsbeziehung“ umschreiben könnte. Die primäre Aufgabe der Beziehung ist die Kooperation zwischen Therapeut und Klient mit dem Ziel, die Probleme des Klienten gemeinsam zu verändern und dabei eng zusammenzuarbeiten, weshalb diese Art der Beziehung auch häufig als „kooperatives Arbeitsbündnis“ (vgl. Kanfer et al., 1990, S. 58 ff) bezeichnet wird.

Von der Arbeitsstruktur und der Rollenverteilung her gesehen basiert diese Art des Arbeitsbündnisses auf einer interessanten Modifikation der dyadischen Beziehung hin zu einer triadischen, weshalb es beziehungs-theoretisch betrachtet möglich wird, diese Form der Beziehung einzugehen: Als Voraussetzung für diese Art der therapeutischen Kooperation ist eine (kognitive) „Externalisierung“, in der das Problem des Klienten quasi aus dem Klienten herausgenommen und zu einem dritten Element wird, was aus einer dyadischen Beziehung eine triadische macht: Therapeut \longleftrightarrow Klient \longleftrightarrow Problem. Erst diese Externalisierung macht es möglich, daß Therapeut und Klient bei der Veränderung des dritten, des Problems des Klienten, zusammenarbeiten können. Die Probleme bleiben nicht, wie in anderen Therapiekonzepten (z.B. der Psychoanalyse, der neueren Gesprächstherapie, vgl. Finke, 1994; u.ä.) Bestandteil der Person des Klienten und werden damit auch nicht innerhalb dieser mitbearbeitet, sondern sie sind primär etwas, das sich außerhalb dieser Beziehung befindet. Diese Externalisierung ist auch als Voraussetzung dafür anzusehen, daß die Probleme eines Patienten mit Einsatz technologischer Mittel (Methoden, Techniken, Interventionen etc.) bearbeitet werden. Sie ermöglicht es auch, daß beide eine eher technologisch definierte oder aufgabenorientierte kooperative Arbeitsbeziehung zueinander eingehen, die relativ spezifische Rollenverteilungen für beide Seiten vorsieht. Im Rahmen dieser Rollenverteilungen kann die Beziehung durch einige zentrale Merkmale charakterisiert werden (vgl. dazu ausführlicher Kanfer et al., 1990; Schindler, 1991; Zimmer und Zimmer, 1992). Nach Kanfer et al. (1990, S. 169 ff) sind dies vor allem die Zielgerichtetheit, die Aufgabenorientierung, die partnerschaftliche Kooperation und die zeitliche Begrenztheit.

Tabelle 2. Merkmale der Therapeutenrolle (modifiziert nach Kanfer et al., 1990, S. 170)

Basale Merkmale der Beziehung	Technologische Aufgaben und Prinzipien
<ul style="list-style-type: none"> • Professionalität <ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsbeziehung – unidirektional, asymmetrisch, zeitlich begrenzt – Problem-, Ziel- und Aufgabenorientiertheit – Abgrenzung zu Arzt-Patient- und alltäglichen sozialen Beziehungen (kein Beziehungersatz) – Kontrolle eigener Bedürfnisse und Interessen – Regelmäßige Supervision und Selbstreflexion – Rechtliche und berufsethische Prinzipien • Verbündeter des Klienten bei der Problemlösung • Änderungsassistent/Facilitator für Veränderung • Modell für positives Bewältigungsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe zur Selbsthilfe • Realisation therapeutischer Basisvariablen (persönliche Zuwendung, Akzeptanz, ruhige Atmosphäre, Wärme, Objektivität, Neutralität, Toleranz) • Verantwortung für den technisch-fachlichen Ablauf des Veränderungsprozesses <ul style="list-style-type: none"> – Realisation von Transparenz gegenüber dem Klienten – Informed consent – Rollen- und Beziehungsstrukturierung (Erwartungsklä rung, Motivierung, Vorbereitung, Vorgabe von Spielregeln etc.) – Formulieren und Überprüfen diagnostisch-therapeutischer Hypothesen – Durchführung diagnostisch-therapeutischer Schritte

Die Rolle des Therapeuten im Rahmen dieser „kooperativen Arbeitsbeziehung“ ist nach Kanfer et al. (1990) hinsichtlich „basaler Merkmale“ einerseits und „technologischer Aufgaben und Prinzipien“ andererseits zu beschreiben. Beide sind in Tabelle 2 dargestellt.

Von ihren basalen Merkmalen her gesehen wird die Rollenstruktur des Therapeuten durch vier Punkte charakterisiert: Professionalität, Verbündeter des Klienten, Änderungsassistent und Modell für positive Haltungen und Problemlösungen.

Der Begriff der *Professionalität* beschreibt dabei, daß der Therapeut zum Klienten eine Arbeitsbeziehung (zeitliche Begrenztheit, Unidirektionalität, Asymmetrie) aufnimmt, die sich wesentlich von herkömmlichen Sozialbeziehungen und der Arzt-Patient-Beziehung unterscheidet und durch die Orientierung an rechtlichen und berufsethischen Vorgaben mitgesteuert wird. Im Rahmen dieser professionellen Beziehung ist es eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse dem Klienten gegenüber zu kontrollieren und das eigene therapeutische Verhalten regelmäßiger Supervision und Selbstreflexion zu unterziehen.

Zentral für das Beziehungsverständnis der Verhaltenstherapie ist, daß sich der Therapeut primär als eine Art „Katalysator“ für die Änderungswünsche des Klienten versteht. Seine Aufgabe ist es, dem Klienten als „Änderungsassistent“ zur Verfügung zu stehen und ihm bei seinen Änderungs- und Problemlöseversuchen behilflich zu sein sowie ihm Wissen als „Fachmann für persönliche Veränderungen“ zur Verfügung zu stellen, jedoch Veränderungen nicht stellvertretend oder direkt für ihn durchzuführen. Schindler (1991) beschreibt diesen Aspekt unter Bezugnahme auf sozialpsychologische Modelle als „sozialen Beeinflussungsprozeß“, der zwischen Therapeut und Klient abläuft. Unter dieser Perspektive wäre es die Rolle und Aufgabe des Therapeuten, den Klienten möglichst effektiv in Richtung seiner erwünschten Ziele hin zu verändern. Eine ähnliche Perspektive vertritt übrigens auch Strupp (1986) in der Diskussion der Sinnhaftigkeit der Unterteilung zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren der Psychotherapie (vgl. auch Butler und Strupp, 1986).

Tabelle 3. Merkmale der Klientenrolle (modifiziert nach Kanfer et al., 1990, S. 173)

Merkmale und Aufgaben

- Einhalten basaler Spielregeln (Offenheit, aktive Mitarbeit, Selbstverantwortung, Selbstbeobachtung, Durchführen von Hausaufgaben und therapeutischen Schritten etc.)
- Bereitschaft zur Kooperation mit dem Therapeuten
- Aufrechterhaltung der Beziehungsstruktur (Arbeitsbeziehung, Verzicht auf private Kontakte, zeitliche Begrenzung etc.)
- Bereitschaft zur Selbstveränderung (Bereitschaft sich auf die Therapie einzulassen)
- Priorisierung der therapeutischen Aktivität im momentanen Leben (hohe Priorität für Therapie)
- Recht auf Widerstand

Die wichtigsten *technologischen Aufgaben und Ziele* des Therapeuten im Rahmen seiner Funktion als Änderungsassistent sind: Vermitteln von Hilfe zur Selbsthilfe, die Realisation therapeutischer Basisvariablen und die Übernahme der Verantwortung für die Durchführung der Therapie. Die „Hilfe zur Selbsthilfe“ umfaßt ihrerseits wiederum eine Reihe von Merkmalen, wie die Förderung und Unterstützung von Eigenaktivität und Eigenverantwortung und die Reduktion von Passivität und Abhängigkeit beim Klienten sowie die Weigerung, in inhaltlicher Form für den Klienten und dessen Veränderung Verantwortung zu übernehmen – die Verantwortung des Therapeuten bezieht sich ausschließlich auf die technischen und formalen Aspekte der Therapie und deren Durchführung, die Probleme muß der Klient für sich selber lösen, der Therapeut kann und muß ihn dabei unterstützen.

Die *Rolle des Klienten* ist komplementär zur Rolle des Therapeuten gedacht. Sie ist charakterisiert durch die in Tabelle 3 zusammengefaßten Merkmale.

Die Aufgaben, die ein Klient im Rahmen dieser seiner Rolle auszuführen hat, ergeben sich aus seiner konkreten Problemlage, den von ihm gewünschten Therapiezielen und der auf dieser Basis durchgeführten konkreten Therapie. Aus diesem Grund ist es schwierig, *technologischer Aufgaben und Prinzipien* zu formulieren. Als die wesentlichsten Aufgaben und Prinzipien der Klientenrolle können jedoch genannt werden: die aktive Kooperation mit dem Therapeuten, die Übernahme von Selbstverantwortung, die Durchführung der Aufgaben, die der Therapeut in Auftrag gibt, sowie eine aktive Form der Selbstexperimentation im Sinne des Ausprobierens der gelernten Prinzipien und Methoden.

Da die Einhaltung des erwünschten Rollenverhaltens von einem Klienten nicht von Anfang einer Therapie erwartet werden kann, ist es eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten (vgl. Tabelle 2), vor allem zu Beginn der Therapie, bei Bedarf aber auch während derselben, dem Klienten die Verhaltens- und Rollenerwartungen, die an ihn gestellt werden, transparent zu machen. In dem von Kanfer und seinen Mitarbeitern entwickelten Phasenmodell der Verhaltenstherapie (vgl. Kanfer et al., 1990, S. 145 ff) ist daher vor allem die erste Phase der Therapie (Phase I: Eingangsphase) dem Aufbau und der Bildung der „therapeutischen Allianz“ gewidmet. Eine adäquate Strukturierung der Therapie-situation, vor allem aber auch die Vermittlung erwarteten Klientenverhaltens werden von den Autoren als wesentliche Determinanten für den Therapieerfolg herausgestrichen. Denn: „Inadäquate Rollenstrukturierung in den ersten Sitzungen oder Fehlerwartungen von Klienten hinsichtlich der Art von Therapeut-Klient-Beziehung (inklusive entsprechender ‚Spielregeln‘) tragen wahrscheinlich viel zu Therapieabbrüchen bei.“ (Kanfer et al., 1990, S. 174).

Das konkrete Erscheinungsbild der Therapeut-Klient-Beziehung wird durch drei weitere Faktoren wesentlich mitdeterminiert: die *Phase*, in der sich eine konkrete Therapie gerade befindet, die *Störung oder Problematik*, die bearbeitet wird und *Personmerkmale* des Klienten und Therapeuten und deren Interaktion (vgl. dazu ausführlicher deVoge und Beck, 1978; Kanfer

et al., 1990; Zimmer, 1983b; Zimmer und Zimmer, 1992). Um die multiplen Determinanten der Therapeut-Klient-Beziehung geeignet beschreiben zu können, haben Zimmer und Zimmer (1990, 1992) ein Modell entwickelt, das die verschiedenen Aspekte berücksichtigt und ausführlich beschreibt. Es ist hier nicht der Platz, dieses ausführlicher zu referieren (vgl. dazu auch Kanfer et al., 1990). Es soll lediglich kurz auf die beiden Merkmale „Phasen-“ und „Störungsbezogenheit“ eingegangen werden.

Eine Verhaltenstherapie durchläuft verschiedene *idealtypische Phasen* (Eingangsphase, Diagnostik, Zielklärung, Therapiedurchführung, Ausblendung). Die einzelnen Phasen implizieren unterschiedliche Aufgaben und damit auch unterschiedliche Rollenfunktionen von Therapeut und Klient. So ist es während Phase 1 (Eingangsphase) eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten, eine gute und tragfähige Beziehung zum Klienten aufzubauen, basale Informationen zur Problematik und den Zielen des Klienten zu erheben sowie Ausgangsbedingungen für ein gutes Gelingen der Therapie zu schaffen (Information, Strukturierung, Motivierung etc.). In dieser Phase geht es in der Therapeut-Klient-Beziehung vor allem um ihre Strukturierung und um das Ermöglichen des „basalen Bondings“, d.h. der Herstellung einer grundsätzlich guten und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung zwischen beiden. In der Phase der Therapiedurchführung etwa, wo es wesentlich darauf ankommt, daß der Klient gut mitarbeitet, seine Hausaufgaben macht und sich mit seinen Problemen direkt und unmittelbar auseinandersetzt, hat der Therapeut vor allem motivierende, unterstützende und kontrollierende Funktionen. Der Grad der „sozialen Beeinflussung“ (s.o.) wird hier vermutlich am höchsten sein, sodaß die Beziehung hier auch intensiver, jedoch auch konfrontativer und fordernder sein wird als zu Beginn oder am Ende einer Therapie. Das Ende einer Therapie ist gekennzeichnet durch die Zunahme an Selbstverantwortung des Klienten und das Ausblenden therapeutischer Intervention und Kontrolle, entsprechend wird sich der Therapeut vermutlich stärker unterstützend, zurückhaltend und die Eigenverantwortung des Klienten fördernd verhalten, was die Beziehung vermutlich komplementärer, freundschaftlicher und offener gestalten läßt (vgl. dazu ausführlicher Zimmer und Zimmer, 1992).

Die *Störungsspezifität* in der Beziehungsgestaltung ergibt sich aus der Tatsache, daß unterschiedliche Störungen unterschiedliche therapeutische Strategien und Aufgaben nach sich ziehen und damit auch unterschiedliches therapeutisches Verhalten. Zusätzlich implizieren unterschiedliche Störungen auch unterschiedliches interpersonales Verhalten des Klienten in der therapeutischen Situation. So üben Angstpatienten, vor allem sozial ängstliche, häufig einen sehr starken Druck auf den Therapeuten aus, was die Atmosphäre zwischen Therapeut und Klient häufig als ängstlich erleben läßt. Andererseits tragen depressive Patienten, vor allem zu Beginn einer Therapie, oft sehr intensive Erwartungen und Forderungen an den Therapeuten heran, was diesen oft Gefühle der Hilflosigkeit und Überforderung erleben läßt. In der Verhaltenstherapie wird dem mit Spezifizie-

rung der Anforderungen an das Verhalten des Therapeuten und störungsspezifische Modifikationen der Therapeut-Klient-Beziehung begegnet (für depressive Patienten vgl. z.B. Hautzinger, 1992; Zimmer und Zimmer, 1992; für Angstpatienten vgl. z.B. Margraf und Schneider, 1992). So ist etwa von depressiven Patienten bekannt, daß ihr klagsames Verhalten sehr häufig zu sozialer Zurückweisung von ihren Interaktionspartnern führt. Therapeuten werden auf diese Möglichkeit vorbereitet und in alternativen Verhaltenweisen geschult, z.B. beruhigende Versicherungen, Transparenz im Vorgehen, Realisation therapeutischer Basisvariablen etc. (vgl. dazu ausführlicher Hautzinger, 1992, S. 139 ff).

Eng verbunden mit der Störungsspezifität der therapeutischen Beziehung ist eine weitere Modifikation, die man als „*Methodenspezifität*“ bezeichnen könnte. Darunter ist zu verstehen, daß der Einsatz bestimmter therapeutischer Methoden ebenfalls spezifisches Therapeutenverhalten verlangt und damit auch zu einer Spezifizierung der therapeutischen Beziehung beiträgt. So unterscheidet sich die therapeutische Beziehung beim Training sozialer Fertigkeiten und Skills grundlegend von der einer kognitiven Therapie oder einer konfrontativen kognitiven Bearbeitung störungsspezifischer Schemata und Strukturen bei Persönlichkeitsstörungen (vgl. dazu Beck et al., 1993; Linehan, 1993). Im ersten Fall verhält sich der Therapeut motivierend, unterstützend, verstärkend, modellierend, im zweiten Fall ist er stärker „sophistizierend“, hinterfragend, die Rationalität der Schemata und Muster prüfend und im dritten Fall ist sein Verhalten gekennzeichnet durch persönliche Rückmeldungen, Interpretationen, die Konfrontation mit Schemata und Verhaltensstrategien und durch die reflektierende Abstraktion derselben (vgl. dazu auch Ambühl, 1992).

Insgesamt zeigt sich also, daß die Therapeut-Klient-Interaktion in der Verhaltenstherapie ein sehr differenziertes Phänomen darstellt, das in Abhängigkeit verschiedener Merkmale (Störung, Therapiephase, Methoden, Person des Therapeuten und des Klienten) sehr flexibel zu gestalten ist. Um diese Flexibilität und Differenziertheit beschreiben zu können, hat Zimmer (1983b, S. 148) die Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch verschiedene Gegensatzpaare, zwischen denen sich der Therapeut während einer Therapie zu bewegen hat, charakterisiert. Solche Gegensatzpaare sind z.B. Fremdhilfe vs. Selbsthilfe; Unterstützung vs. Kontrolle; Verantwortung übernehmen vs. Verantwortung an den Klienten abgeben; Wärme/Freundlichkeit vs. Strenge/Forderung/Führung; Schonung vs. Konfrontation; Widerstand akzeptieren vs. Konzept durchhalten etc.

3.2 Zum Stellenwert der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie

Im Rahmen des eingangs skizzierten Therapieverständnisses der Verhaltenstherapie repräsentiert die therapeutische Beziehung eine unter mehreren Wirkvariablen. Dies bedeutet – und das wird von Verhaltenstherapeuten auch immer wieder betont (vgl. z.B. deVogel

und Beck, 1978; Hautzinger, 1992; Kanfer et al., 1990; Margraf und Brengelmann, 1992a; Schindler, 1991; Zimmer, 1990, 1992), daß Beziehungsaspekte in der Verhaltenstherapie zwar eine notwendige, nicht jedoch bereits hinreichende Voraussetzung für den Therapieerfolg darstellen. Weitere Wirkvariablen sind etwa das Erlernen neuer Verhaltensweisen, das Ablegen alter Gewohnheiten und Probleme, der Erwerb von Kompetenzen und Selbstsicherheit/Selbstvertrauen, das Gewinnen der Überzeugung, das Leben meistern zu können (vgl. dazu Bandura, 1977), die Steigerung der Selbstverantwortung und der Eigenaktivität, die Motivierung zur Auseinandersetzung mit den Problemen etc.

Innerhalb der therapeutischen Wirkfaktoren der Verhaltenstherapie repräsentiert die therapeutische Beziehung den Motor und das Vehikel der Veränderung. Funktioniert die therapeutische Beziehung gut und besteht eine gute „Arbeits-Allianz“ zwischen Therapeut und Klient, dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Therapie groß.

Es erhebt sich die Frage, welche Faktoren und Bedingungen dafür verantwortlich sein könnten. Zwar hat sich die Verhaltenstherapie noch nicht ausführlich mit dieser Frage beschäftigt, dennoch lassen die bisher vorliegenden Arbeiten dazu einige Faktoren erkennen (vgl. Tabelle 4).

Bezogen auf den primären Wirkfaktor der Verhaltenstherapie, die Veränderung von Erleben und Verhalten, kann man aus Tabelle 4 ableiten, daß die therapeutische Beziehung sowohl direkte, wie auch indirekte Wirkvariablen beinhaltet. Direkte wären solche, die die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung unmittelbar erhöhen, während indirekte die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten direkter Wirkfaktoren erhöhen. Unter diesem Aspekt betrachtet würden z.B. klientenbezogene Therapeutenverhaltensweisen (Verstärkung von erwünschten Verhaltensweisen, Geben von Rückmeldungen etc), Modellernen und die hier als funktional bezeichneten Aspekte der Beziehung direkte Wirkfaktoren repräsentieren, da sie alle die Wahrscheinlichkeit direkter Verhaltensveränderung (Reduktion von Angst und Demoralisierung, Aufbau alternativer Verhaltensweisen, Verbesserung der „Moral“ und des Selbstwertes etc.) erhöhen, während andere, wie z.B. die die interpersonalen oder strukturellen Aspekte der Beziehung die Aufnahmebereitschaft für therapeutische Interventionen sowie das Verbleiben in der Therapie erhöhen. Beide Faktoren sind nach Orlinsky und Howard (1986) wesentliche Voraussetzungen für therapeutische Verbesserungen. Wenngleich zwar in der neueren Literatur die Möglichkeit direkter Wirkungen viel stärker ernstgenommen und diskutiert wird (z.B. Zimmer und Zimmer, 1992), so stellt die Annahme indirekter Wirkung doch noch immer die viel wichtigere und gleichzeitig auch entscheidende Repräsentantin des Stellenwertes der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie dar (vgl. z.B. deVoge und Beck, 1978; Kanfer et al., 1990; Zimmer, 1983b).

Für das Verständnis des Stellenwertes, den die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie einnimmt, ist es auch wichtig zu betonen, daß diese nicht

Tabelle 4. Wirkvariablen der Therapiebeziehung in der Verhaltenstherapie

-
- Interpersonale Aspekte (Sympathie, Mögen, Attraktivität, Interesse etc.)
 - Strukturelle Eigenschaften der Beziehung (Hierarchie, Nonreziprozität, Neutralität, Professionalität etc.)
 - Funktionale Aspekte (Angstreduktion, Bewältigungsüberzeugungen, korrigierende Beziehungserfahrungen, Ermöglichen von Lernen und Veränderungen, „Bestrafung“/Löschung neurotischer Inszenierungen, Anleitungen geben etc.)
 - Relationales Therapeutenverhalten (Arbeitsorientierung, Strukturierung, Rollenzuweisungen, aktive Beziehungsgestaltung etc.)
 - Klientenbezogenes Therapeutenverhalten (Verstärkung, Unterstützung, Ermunterung, Rückmeldung, Kontrolle etc.)
 - Modellernen (Identifikation, Imitation, etc.)
 - Instrumentelle Funktionen (Ermöglichen von Lernen und Veränderung, Schaffung von Lernerfahrungen etc.)
-

als ein Feld angesehen wird, auf dem sich „die Neurose“ ausbreiten und voll sichtbar werden kann und auf dem diese durch die Bearbeitung von entsprechenden Verhaltensmustern und den Einsatz spezifischer Interventionen verändert werden kann. Insofern besitzt die Therapeut-Klient-Beziehung innerhalb der Verhaltenstherapie die Funktion einer unspezifischen Wirkvariable, die zwar direkte, großteils jedoch indirekte, in keinem Fall aber spezifische Wirkungsfunktionen für die Bewältigung spezifischer Probleme und Störungen besitzt.

3.3 Probleme und Schwachstellen der herkömmlichen Konzeption der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie

Die Konzeption der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie wurde bislang außer von Grawe (vgl. z.B. 1988a, 1992) eigentlich kaum zur Diskussion gestellt, was insoferne überrascht, als die vorliegende Modellierung der Beziehungsgestaltung doch einige Fragen und Unklarheiten aufwirft und durchaus auch offen wäre für ergänzende Sichtweisen. Im folgenden seien einige aus der Sicht des Autors wichtige kritische Aspekte hervorgehoben.

Die therapeutische Beziehung ist entsprechend dem kritisch-rationalen Grundverständnis der Verhaltenstherapie sehr rational und technologisch konzipiert. Der Therapeut ist der Fachmann für Veränderungen, der dem Klienten sein Wissen für seine Veränderungswünsche zur Verfügung stellt. Es erhebt sich die Frage, ob das diesem Verständnis zugrundeliegende Menschenbild eines „homo rationalis“ die Realität, gerade im klinischen Bereich, in allen Fällen optimal abbildet und ob es für alle Fälle nützlich und sinnvoll ist. Aus der Sicht des Autors ist dies aus verschiedenen Gründen zu bezweifeln, vor allem aus der klinischen Erfahrung, daß sich nur relativ wenig Menschen in der therapeutischen Situation so verhalten, wie dies das Rollenverständnis

des Klienten in der „klassische Verhaltenstherapie“ vorsieht. Sehr häufig kommt es in Therapien zu „Motivationsproblemen“, zum Abgehen von oder zur Veränderung einmal vereinbarter Therapieziele, zum Nichterfüllen von Hausaufgaben oder gar zum „Widerstand“ gegenüber der eigenen Therapie etc. (Ambühl, 1992; Grawe, 1988a; Grünzig, 1985). Aus der Sicht der klassischen Konzeption gibt es nur wenig befriedigende Möglichkeiten, diese Phänomene adäquat zu erklären und damit auch entsprechend umzugehen. Häufig wird der Therapeut selbst dafür verantwortlich gemacht (Grünzig, 1985; Kanfer et al., 1990), meist werden intensivere Motivierungsstrategien und bessere Therapieplanung vorgeschlagen. In der herkömmlichen Konzeption ist es kaum möglich, diese Phänomene nicht nur als Probleme der speziellen Therapiegestaltung oder zu adjustierender Therapieschritte zu erklären, sondern sie etwa auch als Teil des Problemverhaltens und damit verbundener Verhaltensstrategien des Patienten zu sehen, die in der Therapiesituation wiederholt werden, bzw. mittels derer der Klient den Therapeuten auf seine Vertrauenswürdigkeit hin testet. Mag sich der Therapeut an seine rationale und technologische Sichtweise halten, der Klient muß es deshalb noch lange nicht tun.

Der Verhaltenstherapie fehlt es also an einem interpersonalen und interaktionellen Verständnis von Störungen im allgemeinen und der Therapeut-Klient-Beziehung und der Beziehungsgestaltung von seiten des Klienten im besonderen. Ein derartiges Verständnis ist nicht nur für die Identifikation und Analyse problematischer oder störungsbezogener Verhaltensstrategien in der Therapie und der Therapeut-Klient-Beziehung von Bedeutung, sondern es ist ganz besonders wichtig für das therapeutische Vorgehen und die Selektion und Durchführung therapeutischer Interventionen und Strategien. Damit sind nicht nur Methoden und Strategien angesprochen, auf die im nächsten Abschnitt näher einzugehen ist, sondern auch Methoden und Strategien einer allgemein hilfreichen Beziehungsgestaltung wie sie in der Tradition „kommunaler Therapiefaktoren“ (vgl. Frank, 1992; Laireiter et al., 1994; Shepherd und Satorius, 1989), der therapeutischen Effekte von engen und Freundschaftsbeziehungen (Gurdin, 1986; Wills, 1992) und sozialer Unterstützung erforscht worden sind (Derlega et al., 1991; Wills, 1992; Winefield, 1987). All diese Forschung weist sehr deutlich auf eine Reihe sehr hilfreicher und therapeutisch wirksamer Faktoren und Strategien in interpersonalen Beziehungen, so auch in der psychotherapeutischen (vgl. insbesondere Derlega et al., 1991; Winefield, 1987) hin, die bislang noch wenig Eingang in die Verhaltenstherapie gefunden haben.

Besonders fraglich erscheint die Adäquatheit der klassischen technologischen Konzeption der Therapiebeziehung in der Verhaltenstherapie bei Patienten mit komplexen Störungen, insbesondere solche mit Persönlichkeitsstörungen, deren Problematik per definitionem in der Regel in gestörten interpersonalen Interaktionsstrategien und -schemata besteht (Beck et al., 1993; Benjamin, 1993; Fielder, 1994/1995a; Linehan, 1993). Nach Ansicht der meisten Autoren, die sich damit näher beschäftigt haben, besteht ein wichtiges therapeutisches Agens bei diesen Störungen u.a. in direkter

und interpersonaler Bearbeitung der zentralen kognitiv-affektiven und interpersonalen Strukturen und Schemata im Rahmen einer positiven und emotional tragenden therapeutischen Beziehung (vgl. z.B. Benjamin, 1993; Finke, 1994; Linehan und Kehrer, 1993; Master-son, 1993). Als zentraler Wirkfaktor wird in diesem Zusammenhang die sogenannte „korrigierende emotionale Erfahrung“ im Rahmen einer engen positiven interpersonalen Beziehung verstanden. Dabei ist es wichtig, dem Patienten seine häufig destruktiven oder vermeidenden interpersonalen Strategien und Muster bewußt zu machen (vgl. dazu weiter unten sowie Ambühl, 1992; Ambühl und Doblies, 1991). Strategien und Herangehensweisen dieser Art verlangen jedoch ein Verständnis des therapeutischen Prozesses, das über den Rahmen einer engen technologischen Sichtweise hinausgeht und auch interpersonale und interaktionale Elemente und Faktoren miteinbezieht.

Grawe (1995; Grawe et al., 1994; Orlinsky et al., 1994) konnte auf der Basis umfangreicher Literaturanalyse nachweisen, daß psychotherapeutische Effekte über verschiedene Wirkmechanismen vermittelt werden. Er selbst hat vier isoliert: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, direkte Hilfe bei der Problemlösung und -bewältigung und Sinn- und Bedeutungsexplikation (= Klärungsperspektive). Eindringlich konnte er weiterhin belegen (vgl. Grawe, 1995), daß keine der momentan existierenden psychotherapeutischen Methoden in allen vier Bereichen ausreichendes therapeutisches Angebot besitzt. So weist die Verhaltenstherapie vor allem im Bereich der Klärungsperspektive große Defizite auf, weshalb er auch entsprechende Ergänzungen und Erneuerungen im Konzept der Verhaltenstherapie diesen Bereich betreffend fordert. Es kann hier nicht auf eventuelle Möglichkeiten der Erarbeitung sinn- und bedeutungsexplizierender Methoden für die Verhaltenstherapie eingegangen werden. So viel ist allerdings festzuhalten, daß die Entwicklung solcher mit hoher Wahrscheinlichkeit auch zu einer Veränderung der Sichtweise der Therapeut-Klient-Beziehung führen wird.

Direkte Kritik am herkömmlichen Beziehungsverständnis der Verhaltenstherapie wird von Grawe (1988a, 1992) geübt. Er betont, daß die herkömmliche Verhaltenstherapie die positiven Ingredienzien der Therapeut-Klient-Beziehung bisher noch lange nicht ausgeschöpft habe und daß sie die vielen tausenden Befunde (vgl. Orlinsky und Howard, 1986; Orlinsky et al., 1994) zu den Effekten der Therapeut-Klient-Beziehung bisher noch nicht ausreichend genug zur Kenntnis genommen habe. Im Gegenteil, sie betone immer noch die Vorrangigkeit therapeutischer Methoden als die primären Effektoren von Psychotherapie und setze die Therapiebeziehung in ihrer Bedeutung weit hinter ihrem eigentlichen Rang an. Insbesondere vernachlässige sie, wie übrigens auch andere therapeutische Richtungen oder Orientierungen, die positiven und spezifisch therapiefördernden Elemente. Diese hervorhebend entwickelte Grawe bereits sehr früh die Konzeption der „interaktionellen Verhaltenstherapie“ als eine Erweiterung des klassischen verhaltenstherapeutischen Modells.

Zusammenfassend läßt diese Analyse einige wichtige Kritikpunkte an der herkömmlichen Konzeption der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie erkennen. Zwei Aspekte treten besonders hervor. Es sind dies Möglichkeiten einer speziell therapieförderlichen Gestaltung der Therapeut-Klient-Beziehung einerseits und die direkte Bearbeitung interaktioneller und interpersonaler Verhaltensmuster des Klienten in der aktuellen therapeutischen Beziehung andererseits. Zu beiden Punkten liegen im Rahmen der Verhaltenstherapie bereits Ansätze vor, die als Versuche gewertet werden können, die Verhaltenstherapie in diese beiden Richtungen hin zu erweitern. Auf beide ist im nächsten Abschnitt einzugehen.

4. Ergänzungen und Erweiterungen der klassischen Perspektive der Verhaltenstherapie und ihrer Konzeption der Therapeut-Klient-Beziehung

Die eben angesprochenen Erweiterungen wurden im Rahmen der „interaktionellen Verhaltenstherapie“ (IVT) von Grawe (vgl. Grawe et al., 1990; Grawe und Dziewas, 1978) erarbeitet. Aus diesem Grund ist es notwendig, diese Konzeption kurz zu erläutern.

4.1 Interaktionelle Verhaltenstherapie (IVT)

4.1.1 Zum Konzept der IVT

Die „Interaktionelle Verhaltenstherapie“ stellt eine Weiterentwicklung der klassischen Verhaltenstherapie dar. Der Beginn dieser Entwicklung ist bereits mit Mitte der 70er Jahre in der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie anzuedeln (vgl. Grawe, 1980; Grawe und Dziewas, 1978). Dabei wurde Grawe die Bedeutung der Berücksichtigung gelernter Verhaltensmuster bewußt, die die Patienten vor allem im sozialen Kontext der Gruppe zeigten. Die „interaktionellen Problemlösegruppen“, wie Grawe seine von ihm entwickelte Form der Gruppentherapie nannte (vgl. Grawe, 1980), wurde dazu entwickelt, um eine theoretische und praktische Basis für die Behandlung der interaktionellen Probleme und Defizite dieser Patienten in der Gruppe zu besitzen.

Das Modell der interaktionellen Verhaltenstherapie unterscheidet sich von der „klassischen Verhaltenstherapie“, etwas verkürzt ausgedrückt, in zwei Punkten, einem theoretischen und einem technologischen. Der theoretische bezieht sich auf das von den Autoren entwickelte Konzept der Plananalyse (Caspar, 1989) und der psychotherapeutischen Schematheorie (Grawe, 1987a, b), der praktische auf das spezifische therapeutische Vorgehen, das die Autoren im Zusammenhang mit ihrem „heuristischen Verständnis“ von Psychotherapie (Caspar und Grawe, 1989, 1992; Grawe, 1987a, b, 1988b) entwickelt haben und das auch die Therapeut-Klient-Beziehung miteinschließt.

Die Autoren gehen in ihrem theoretischen Konzept von einem erweiterten kognitiven Verständnis von Verhaltenstherapie aus und schließen handlungs- und schematheoretische Überlegungen, vor allem in der Nachfolge von Piaget und der kognitiven Psychologie (z.B. Neisser, 1979) sowie interaktionistische und inter-

personale Aspekte mit ein. Zentral ist der Begriff des Planes, der sich auf die Ziele und übergeordnete Steuerungseinheiten des menschlichen Verhaltens, in Ergänzung zu den klassischen behavioralen und kognitiven Ansätzen, bezieht (vgl. ausführlicher Caspar, 1989). Ein in enger Beziehung dazu stehender Begriff ist der des „Schemas“ (vgl. Grawe, 1987a, b; 1988a, b). Schemata sind nach Grawe (1988a, S. 247) die obersten Organisations- und Regulationseinheiten menschlichen Erlebens und Verhaltens und Funktionierens. Sie steuern die Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, das subjektive Erleben, das Verhalten und letztlich auch die Ziele und Pläne, die ein Mensch besitzt bzw. verfolgt. Die handlungssteuernden Komponenten von Schemata sind im System Grawes die Pläne. Sie dienen dazu, Wahrnehmungen und Erfahrungen im Sinne der ihnen zugrundeliegenden Schemata zu generieren. Schemata wie Pläne sind hierarchisch aufgebaut. Auf der untersten Ebene befindet sich das beobachtbare Verhalten, darauf bauen sich in verschiedenen hierarchischen Ebenen unterschiedlich komplexe Pläne und Schemata auf. Die oberste Ebene, so könnte man etwas verkürzt ausdrücken, besteht aus sehr basalen Bedürfnissen (menschlichen Grundbedürfnissen) (z.B. geliebt werden, geachtet werden, anerkannt und akzeptiert werden, sich sicher fühlen, Verletzungen vermeiden etc.). Um diese übergeordneten Ziele zu realisieren hat ein Mensch im Laufe seines Lebens verschiedenste Strategien und Methoden entwickelt. Diese können in Form eines hierarchisch aufgebauten Handlungsstruktur-schemas, eines Planschemas, aus der Analyse der Probleme, der Lebenssituation und vor allem aus dem interaktionellen Verhalten eines Menschen erschlossen werden (= Plananalyse; vgl. dazu ausführlicher Caspar, 1989). Zum Verständnis des Plankonzeptes sind noch zwei Aspekte wichtig: 1. Beobachtbares Verhalten wird nicht durch ein Schema oder einen Plan allein determiniert, sondern in der Regel durch mehrere. 2. Schemata und Pläne beinhalten nicht nur positive Ziele (Erfüllung von Wünschen) sondern auch negative, das Individuum belastende oder verletzende Ziele (z.B. Selbstabwertung, Frustration, Destruktion in Beziehungen etc.).

Von zentraler Bedeutung für das soziale Funktionieren des Menschen und damit auch für die Psychotherapie sind die sogenannten „interaktionellen Schemata“ und die „interaktionellen Pläne“, deren primäres Ziel die Generierung und Realisation von interpersonalen und interaktionellen Zielen (d.h. von zwischenmenschlichen Bedürfnissen und Wünschen) und Erfahrungen eines Menschen ist. Zur Herstellung von Wahrnehmungen und Erfahrungen im Sinne interaktioneller Schemata und Pläne ist nach Grawe (1988a) nonverbales Verhalten von besonderer Bedeutung. Aufgrund der Bedeutung dieses Verhaltenskanals können daher in der Therapiesituation interaktionelle Schemata und Pläne nach Grawe (1988a) vor allem durch das nonverbale Verhalten des Klienten in der Interaktion mit dem Therapeuten erschlossen werden. Die Bedeutung der interaktionellen Pläne ergibt sich aus zwei Gesichtspunkten: Zum einen sind die wichtigsten menschlichen Bedürfnisse interpersonaler Natur (nach Liebe, Anerkennung, Akzeptanz, Status etc.) und damit ver-

bunden resultieren die größten psychischen Probleme aus der Verletzung dieser Bedürfnisse. Zum zweiten ist Psychotherapie nach Grawe ein zutiefst interaktionelles Geschehen zwischen einem oder mehreren Therapeuten und einem oder mehreren Patienten, in dem die Qualität der Therapiebeziehung ein entscheidendes Kriterium für den Therapieerfolg darstellt (vgl. dazu ausführlicher Orlinsky und Howard, 1986; Orlinsky et al., 1994). Genau an diesem Punkt setzt der zweite Aspekt der interaktionellen Verhaltenstherapie, der therapietechnologische, der durch das „Prinzip der plan-komplementären Beziehungsgestaltung“² beschrieben wird, an (vgl. dazu den nächsten Abschnitt).

Das therapeutische Vorgehen betreffend ist insgesamt davon auszugehen, daß die interaktionelle Verhaltenstherapie relativ ähnlich abläuft wie die klassische, d.h. strukturiert, problembezogen, basierend auf der Basis festgelegter Ziele und Vereinbarungen etc. Im Gegensatz zur herkömmlichen Verhaltenstherapie ist die Problemanalyse jedoch um die Dimension der Plananalyse, d.h. der Analyse der wichtigsten Schemata und Pläne, die mit den Problemen in Verbindung stehen, aber auch in der Therapeut-Klient-Beziehung offensichtlich werden, erweitert. Zum zweiten wird die Gestaltung der Therapeut-Klient-Beziehung der jeweiligen Problem- und Bedürfnislage des Patienten, d.h. individuell und bezogen auf die Ergebnisse der Plananalyse, angepaßt (Grawe, 1988a, 1992). Die Plananalyse ist ein Element der Problemanalyse und fördert auf der Basis eines heuristischen Prozesses Informationen zu den wichtigsten problembezogenen und interaktionellen Schemata und Plänen eines Klienten zutage. Ihre Ergebnisse münden in die sogenannte „individuelle Fallkonzeption“, die das Kernstück der therapeutischen Arbeit der IVT darstellt. Eine „individuelle Fallkonzeption“ repräsentiert ein komplexes therapeutisches Konzept bzw. einen Behandlungsplan, der die wichtigsten Problembereiche und therapeutischen Ziele eines Patienten beinhaltet, ebenso wie die erschlossenen interaktionellen Schemata und Pläne sowie die vereinbarten Methoden zur Erreichung der therapeutischen Ziele und, dies ist im Ansatz der IVT besonders wichtig, Strategien der spezifischen Beziehungsgestaltung für die therapeutische Arbeit mit dem betreffenden Klienten.

4.1.2 Die Therapeut-Klient-Beziehung der IVT – die „klientenzentrierte“ Arbeitsbeziehung

Das Konzept der Beziehungsgestaltung in der interaktionellen Verhaltenstherapie geht aus von der empirisch gut belegten Tatsache, daß eine gut funktionierende Therapiebeziehung ein wesentlicher Garant für eine erfolgreiche Psychotherapie ist (Grawe et al., 1994; Orlinsky et al., 1994; Orlinsky und Howard, 1986; Strupp, 1986). Im Gegensatz allerdings zu vielen tiefenpsycho-

logischen und interpersonalen Konzeptionen der Psychotherapie betont Grawe (vgl. z.B. 1988a) weniger den Übertragungsaspekt als viel mehr den instrumentellen, d.h. die Voraussetzungen, die die Therapeut-Klient-Beziehung erfüllen muß, um eine möglichst effektive Therapie zu garantieren. In dieser Hinsicht bleibt das Konzept der therapeutischen Beziehung der IVT den Vorstellungen der herkömmlichen Verhaltenstherapie verpflichtet. Die Probleme des Klienten bleiben außerhalb der Beziehung und werden nicht zu ihrem Gegenstand und innerhalb derselben bearbeitet. Die therapeutische Beziehung ist also auch hier das Vehikel, (der Motor, das Instrument, etc.), auf dessen Basis eine optimale gemeinsame Arbeit an den Problemen des Patienten erfolgen soll.

Trotz dieser strukturellen Ähnlichkeit gibt es einen wesentlichen Unterschied zur herkömmlichen Verhaltenstherapie: Als Wirkfaktor vermittelt die Beziehung in der Sicht der IVT nicht nur unspezifische Effekte, sondern vor allem spezifische, d.h. aus dem therapeutischen Konzept der IVT abgeleitete und intentierte. Dies hat damit zu tun, daß es in der IVT nicht nur darauf ankommt, ein gelungenes „bonding“ zwischen Therapeut und Klient herzustellen, sondern auch spezifische therapeutische Strategien und Methoden der Problembewältigung und der Beziehungsgestaltung zu verwirklichen, die aus der Problem- und Plananalyse abgeleitet worden sind. Diese werden als zusätzlich therapiewirksam angesehen. Damit gehört sowohl das Herstellen einer guten Therapiebeziehung einerseits (wie bei der herkömmlichen Verhaltenstherapie) wie auch die Realisation spezifischer therapiefördernder Methoden und Strategien andererseits zu den zentralen Aufgaben eines interaktionellen Verhaltenstherapeuten (vgl. Grawe, 1992).

Ein zentraler Ausgangspunkt für das Verständnis des Beziehungskonzepts der IVT ist der klientenzentrierte Ansatz von Carl Rogers und dessen Konzentration auf die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für therapeutische Veränderungen (vgl. Rogers, 1957). Grawe (vgl. 1988a) kritisiert allerdings an Rogers' Beziehungskonzept dessen Inflexibilität und die (damals noch) nicht ausgearbeiteten Möglichkeiten, es für individuelle Bedürfnisse und Probleme von Patienten zu modifizieren: „Wirklich klientenzentriert wäre eine Beziehungsgestaltung, die sich an dem ausrichtet, was ein Patient an Beziehungsmöglichkeiten und -wünschen in die Therapie mitbringt. Da dies naturgemäß sehr unterschiedlich sein wird, hätte auch eine auf den Patienten bezogene Beziehungsgestaltung für jeden Patienten unterschiedlich, nämlich auf seine besonderen Beziehungsvoraussetzungen zugeschnitten auszusehen. Die Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten müßte also flexibler erfolgen als dies beim festgelegten Vorgehen der Gesprächspsychotherapie in der Regel der Fall ist.“ (Grawe, 1988a, S. 246–247).

Im Kern stellt damit das Modell der therapeutischen Beziehung der IVT eine *dynamische und flexible Erweiterung des Konzepts der klientenzentrierten Beziehungsgestaltung* dar. Die Methode, über die diese Flexibilität erreicht wird, ist die „*plan-komplementäre Beziehungsgestaltung*“ auf der Grundlage der Analyse

² Der Begriff heißt im Original eigentlich „komplementäre Beziehungsgestaltung“. Allerdings wird dieser leicht mißverstanden, sodaß hier zur Präzisierung von Anfang an bereits durch die Begriffswahl der Bezug zu den (positiven) interaktionellen Plänen des Patienten, denen gegenüber sich der Therapeut komplementär verhalten sollte, hergestellt wird.

des Beziehungsverhaltens des Patienten mittels Plananalyse. Dabei werden die wichtigsten interaktionellen Pläne aus dem Verhalten des Patienten in der Therapie erschlossen, insbesondere auf der Basis des nonverbalen Interaktionsverhaltens mit dem Therapeuten. Die Strategie der plan-komplementären Beziehungsgestaltung bedeutet, daß der Therapeut gehalten ist, sich in seinem Handeln „... gezielt möglichst komplementär zu den wichtigsten interaktionellen Plänen des Patienten in Beziehung zu setzen. Es wird postuliert, daß die Therapiebeziehung dann zu einer optimalen Grundlage für einen fruchtbaren Veränderungsprozeß wird, wenn sich der Therapeut möglichst komplementär, das heißt *erfüllend, bestätigend zu den wichtigsten erschlossenen positiven Zielen des Patienten verhält* ... Das heißt nicht notwendigerweise, daß er komplementär oder bestätigend auf das unmittelbar vorangegangene Verhalten des Patienten reagiert. Eine gute Therapiebeziehung ist nach diesem Konzept vor allem dadurch gekennzeichnet, daß der Therapeut dem Patienten möglichst oft Wahrnehmungen im Sinne seiner wichtigsten Beziehungsziele ermöglicht.“ (Grawe, 1992, S. 222–223; Hervorhebung im Original und durch A.-R. L.). Wurde z.B. durch die Plananalyse erkannt, daß ein Teil des Problemverhaltens und des interaktionellen Verhaltens des Klienten (in der Therapiestunde wie auch außerhalb, in anderen Beziehungen) durch das Bedürfnis, anerkannt zu werden, determiniert sein könnte, wäre es die Aufgabe des Therapeuten, ihn (den Klienten) in diesem Bedürfnis zu verstärken und ihm möglichst viel persönliche Anerkennung und Wertschätzung zukommen zu lassen, auch wenn sein direktes Verhalten dieses Therapeutenverhalten gar nicht nach sich zöge.

Ziel und Aufgabe der plan-komplementären Beziehungsgestaltung ist sowohl eine Vermittlung sogenannter „unspezifischer Therapieeffekte“ wie eine Steigerung des Selbstwertes und der Selbstakzeptanz, wie auch eine Reduktion von Abwertung und Infragestellung durch den Therapeuten durch „nicht-plan-komplementäres Verhalten“. Weiterhin soll dadurch auch der Widerstand gegen die vom Therapeuten eingebrachten Interventionen und Methoden reduziert werden: „Indem sich der Therapeut sehr aktiv zu den positiven Zielen des Patienten komplementär verhält, schafft er, neben der in sich wertvollen Erhöhung des Selbstwertgefühls des Patienten, einen fruchtbaren Boden, eine hohe Aufnahmebereitschaft für veränderungsinduzierende Interventionen.“ (Grawe, 1992, S. 223).

Wie das Interaktionsverhalten in der interaktionellen Verhaltenstherapie aussieht, darüber geben empirische Befunde von Grawe (1992, S. 223 ff) Auskunft. Denen zufolge verhalten sich die Therapeuten überwiegend verstehend/bestätigend, gefolgt von anleitend/unterstützendem und führend/kontrollierendem Verhalten. Insgesamt soll in diesen Therapien ein lebhafter Interaktionsaustausch stattfinden, in dem sich die Klienten auffallend offen verhalten. Auch die Therapeuten zeigen eine höhere Bereitschaft, sich selbst mitzuteilen als etwa in der klassischen Verhaltenstherapie oder der Klientenzentrierten Psychotherapie.

So weit eine kurze Charakterisierung des Beziehungskonzeptes der interaktionellen Verhaltensthera-

pie. Trotz der positiven Effekte, die dieses Konzept offenbar nach sich zieht, sind dennoch auch hier einige Fragen offen bzw. ungelöst. So ist z.B. nicht klar, wie sich ein Therapeut zu verhalten hat, wenn ein Verhalten durch zwei sich widersprechende oder ausschließende Ziele determiniert wird, z.B. Suche nach Nähe und Vermeidung von Nähe, wie dies z.B. bei Borderline-Patienten häufig der Fall ist. Die plan-komplementäre Beziehungsgestaltung würde eine Bestätigung der Nähebedürfnisse nahelegen, dies wiederum müßte aber beim Klienten zu einer Zunahme der Angst und der interpersonellen Vermeidungsstrategien führen, was therapeutisch gesehen nicht sehr sinnvoll ist. Ein weiteres Problem ist ein methodisches: Es gibt letztlich noch keine klaren heuristischen Anweisungen dafür, wie Pläne und Oberpläne sinnvoll und richtig erschlossen werden können. Wann ein Therapeut die Suche nach Plänen beendet, hängt letztlich von ihm selbst ab. Dasselbe gilt auch für die Art der erschlossenen Ziele. In diesem Bereich sind sicherlich noch weiterführende Arbeiten nötig. Theoretisch wird dabei vergessen, daß interaktionelle Pläne und Schemata nicht unabhängig von der konkreten Beziehungsrealität ausgelöst werden. Dies bedeutet, daß das Auftreten interaktioneller Beziehungsziele eines Klienten in einer bestimmten Therapie nicht unabhängig ist von der Person des Therapeuten, der dem Patienten gerade gegenüber sitzt. Dies würde aber auch heißen, daß der Therapeut selbst an der Aktualisierung und dem Auftreten bestimmter „interaktioneller Themen“ und Pläne nicht unbeteiligt ist. Dies müßte theoretisch aber auch therapeutisch unbedingt mitberücksichtigt werden, da die Aktualisierung dieser Pläne auch das „Problem“ des Therapeuten sein könnte. Diese Möglichkeit ist vor allem für die Selbsterfahrung, insbesondere aber für die Supervision von Bedeutung.

4.2 Ansätze interpersonaler Konzeptionen der Therapeut-Klient-Beziehung im Rahmen der interaktionellen Verhaltenstherapie

Der Lösung dieses Problems näher kommen Ansätze, die in der therapeutischen Beziehung nicht nur eine Vorbedingung und Grundlage für einen gut funktionierenden Therapieprozeß sehen, sondern vor allem auch einen Ort, in dem die Beziehungsprobleme eines Patienten entfaltet und direkt behandelt werden können, was Grawe (1988a) ja bei der Festlegung seiner Konzeption noch nicht vorsah. Dies dürfte sich jedoch in der Zwischenzeit geändert haben (vgl. Ambühl, 1992). In Abgrenzung zu dem primär instrumentellen Verständnis der Therapiebeziehung der „Interaktionellen Verhaltenstherapie“ wollen wir jene Ansätze, die sich neuerdings auch mit der direkten Bearbeitung von Beziehungsproblemen innerhalb der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie beschäftigen, als „interpersonale Ansätze“ bezeichnen. Für diese Begriffswahl spricht zusätzlich auch noch die Tatsache, daß sich die von diesen Konzepten beschriebenen Phänomene direkt auf die Beziehungsgestaltung des Klienten dem Therapeuten gegenüber und umgekehrt beziehen und damit also auch echte interpersonale Phänomene beschreiben.

Obwohl in der Psychotherapie bisher verschiedene interpersonale Ansätze entwickelt worden sind, wie z.B. das „zentrale Beziehungskonflikt-Thema“ von Luborsky (1984) oder das „Rollen-Beziehungsmodell“ von Horowitz (1991), um nur zwei zu nennen (für weitere Modelle vgl. Schauenburg und Cierpka, 1994), wurde bisher im Rahmen der interaktionellen Verhaltenstherapie erst die Control Mastery Theorie von Weiss (1986) ausführlicher diskutiert und auf ihre Anwendbarkeit hin überprüft. Eine weitere Gruppe von Ansätzen, die bereits ebenfalls relativ viel Arbeit im Hinblick auf ein interpersonal-interaktionistisches Verständnis von Psychotherapie und der Therapeut-Klient-Beziehung geleistet hat, ist die „interpersonale Psychotherapie“ in Anschluß an Sullivan und seine Nachfolger (vgl. Anchin und Kiesler, 1982; Kiesler, 1982). Auch diese könnten als Basis für interpersonale und interaktionistische Ergänzungen der Verhaltenstherapie angesehen werden. Nach Ambühl und Doblies (1991) ist das Konzept von Weiss (1986) aber gerade deshalb für die Verhaltenstherapie interessant, weil es empirisch befohrt und nicht an die Durchführung einer speziellen Therapiemethode gebunden ist.

4.2.1 Die Control Mastery Theorie von Weiss (1986)

Die Control Mastery Theorie und das damit verbundene Plan- oder Testkonzept stammt aus der Psychoanalyse, exakter von der Mount Zion Psychotherapy Research Group (vgl. Weiss et al., 1986), die vor allem objektbeziehungstheoretische Annahmen der Psychoanalyse vertritt. Das Konzept selbst stützt sich auf die, wie Ambühl sie nennt, „kognitiv-psychoanalytische Theorie“ von Weiss (1986), in der dieser annimmt, daß Menschen aus den (meist traumatischen) Erfahrungen ihres frühen Lebens unbewußte pathogene Überzeugungen entwickeln, mit Hilfe derer sie die weitere Gestaltung ihrer interpersonalen Beziehungen und die Befriedigung ihrer interpersonalen Bedürfnisse vollziehen. Nach Weiss sind die traumatischen Erfahrungen und die daraus resultierenden Überzeugungen gleichzeitig auch die Grundlage ihrer psychischen und sozialen Probleme.

Das zentrale Element der Weiss'schen Theorie ist die sogenannte „Control Mastery Theory“, in der der Autor annimmt, daß traumatisierte und psychisch belastete Menschen ihre engeren Beziehungen, d.h. auch die therapeutische Beziehung, immer wieder dahingehend testen, ob sie mit ihren Erwartungen und Erfahrungen richtig liegen oder nicht. Weiss nennt dieses Konzept auch „plan-concept“ oder „plan-formulation“, weil er annimmt, daß sich die Patienten analog einem unbewußten Plan verhalten, der in bestimmten Beziehungen und Beziehungskonstellationen immer wieder abläuft (Wiederholung). Ambühl und Doblies (1991) schlagen für die deutsche Übersetzung den Begriff „Testkonzept“ vor, um das Modell von Weiss (1986) von der Plananalyse von Grawe und Caspar (vgl. Caspar, 1989) abzugrenzen.

Nach Weiss (1986) gibt es zwei grundsätzliche Möglichkeiten, mit traumatisierenden Erfahrungen umzugehen, entweder mitzuspielen (Einwilligung) oder sich

mit dem traumatisierenden Aggressor zu identifizieren (Identifikation). Im ersten Fall verzichtet die Person darauf, sich gegen die schlechte Behandlung zu wehren, und beginnt die Einstellungen, die ihr über sie vermittelt werden, zu glauben und in das eigene Selbstbild zu integrieren. In der Folge fühlt sich ein solcher Mensch verpflichtet, diese traumatisierenden und negativen Ereignisse zu wiederholen und sein Leben in Versagen, negativen Beziehungen etc. zu verbringen. Im Falle einer Identifikation fühlt sich die Person verpflichtet, das problematische Verhalten des Elternteils zu übernehmen und an sich und anderen Menschen ständig zu wiederholen.

Die Vermittlung der Erfahrungen aus der Kindheit erfolgt nach Weiss (1986) über die Entwicklung und Ausbildung unbewußter kognitiver Schemata. Diese liegen auch den pathogenen Überzeugungen zugrunde, die den Menschen glauben machen, die schlechte Behandlung, das unglücklich sein, das Leben in einer inakzeptablen Situation etc. seien berechtigt, da er ja nicht mehr wert, böse, etc. sei und daher nichts besseres verdiente. Gleichzeitig allerdings bleibe der Wunsch, es irgendeinmal anders zu erleben und nicht dieses Bild von sich haben zu müssen, erhalten.

Bezogen auf das interpersonale Verhalten und damit auch die therapeutische Beziehung nimmt nun Weiss (1986) an, daß solche Menschen die unbewußte Erwartung besitzen, die gemachten Erfahrungen und Traumatisierungen ablegen und die pathogenen Überzeugungen überwinden zu können. Dies bedeutet aber, daß sie ihre interpersonalen Konflikte und Themen in den meisten (engeren) Beziehungen, d.h. auch in der therapeutischen, immer wieder wiederholen. Innerhalb der Therapie beginnen die Patienten nach einer kurzen Phase des Beziehungsaufbaus, den Therapeuten dahingehend zu prüfen, ob auch er sich auf die von ihm eingebrachten konflikthaften Themen so verhalten wird wie seinerzeit seine Eltern oder andere Bezugspersonen. Treten dabei die erwarteten Befürchtungen ein, wird der Patient in der aktiven Verfolgung seiner Ziele und Beziehungswünsche resignieren und sich wieder zurückziehen, die Therapie wird stagnieren oder gar abgebrochen. Verhält er sich nicht bestätigend, wird der Patient die Testung fortsetzen, jedoch gleichzeitig auch ermutigt, seine Beziehungs- und sonstigen Wünsche aktiv zu verfolgen.

Weiss (1986) unterscheidet zwei Arten von Beziehungstests, mit denen Therapeuten konfrontiert werden können, den Übertragungs- oder Wiederholungstest einerseits und den „Turning-Passive-into-Active-Test“ andererseits, den Ambühl als „Opfer-Täter-Test“ übersetzt. Beide Formen besitzen offensichtliche Nähe zu den beiden oben beschriebenen Bewältigungsformen (Einwilligung, Identifikation). Im ersten Fall versucht der Patient den Therapeuten dazu zu bringen, ihn genauso zu behandeln, wie er in seiner Kindheit behandelt worden ist, also vernachlässigend, kritisierend, herabsetzend, lieblos, verlassend etc. Um dies zu erreichen, kann er sehr massive und auch wirkungsvolle Strategien einsetzen. Beim „Opfer-Täter-Test“ verhält es sich umgekehrt. Hier macht der Patient in der Regel das mit dem Therapeuten, was dieser (der Patient) in seiner

Kindheit von seinen Eltern erdulden mußte. Er blockt ihn ab, vermittelt ihm, daß er nicht interessant ist für ihn, kritisiert ihn etc.

Nach Weiss (1986) haben Tests verschiedene Funktionen: Zum einen beleben sie die traumatische Situation wieder und reaktualisieren den ursprünglichen Konflikt, um ihn in der aktuellen Situation bewältigen zu können. Dabei geht es auch darum zu erfahren, ob er (der Patient) wirklich ein so schlechter oder böser Mensch ist, wie ihm immer suggeriert wurde (entweder direkt im Falle der Einwilligung oder indirekt im Falle der Identifikation). Zum zweiten soll der Therapeut auf die Probe gestellt und dabei geprüft werden, ob er das Vertrauen des Patienten überhaupt verdient und ob er sich in der Beziehung zum Therapeuten überhaupt sicher fühlen kann, oder ob dies nicht auch einer jener Menschen ist, auf die man sich nicht verlassen kann. Weiterhin will der Patient überprüfen, ob der Therapeut stark genug sei, um die Tragik und die traumatischen Erfahrungen, die der Patient in seinem Leben erlebt hat, auszuhalten.

Bezogen auf das therapeutische Verhalten ist es nach Weiss (1986) nun die Aufgabe des Therapeuten, sich auf die Beziehungstests des Patienten vorzubereiten, sie zu erkennen, sich auf sie einzulassen, ihnen jedoch nicht zu erliegen, sondern sie im Gegenteil zu bestehen, sie zu deuten und dem Patienten bewußt zu machen und zusammen mit ihm Strategien zur Lösung der ihnen zugrundeliegenden Beziehungskonflikte zu erarbeiten. Optimalerweise stellt unter dieser Perspektive die Therapiebeziehung nach Ambühl (1992) ein Experimentierfeld für den Klienten zur Lösung seiner Beziehungsprobleme dar und gewinnt damit auch Modellcharakter für andere Beziehungen.

4.2.2 Zur Integration des Modells in die Verhaltenstherapie

Für die Integration dieses Modells in die (interaktionale) Verhaltenstherapie ist zu unterscheiden zwischen der Ebene theoretischer Fundierung und der praktischer Anwendung. Bei Ambühl (1992) und Ambühl und Doblies (1991) finden sich primär Ausführungen zur praktischen Anwendung, zu theoretischen Integrationsmöglichkeiten finden sich nur Andeutungen.

Bezogen auf letztere (theoretische Integration) gehen die Autoren davon aus, daß das Konzept unter Verzicht auf die psychodynamischen Vorannahmen problemlos in das schematheoretische Modell der Interaktionellen Verhaltenstherapie und damit letztlich auch in ihr heuristisches Psychotherapieverständnis „eingepaßt“ werden könne. Dabei wird angenommen, daß sich die frühen Beziehungserfahrungen zu kognitiven Schemata verdichten, die sowohl zu den kognitiven Annahmen (= pathogene Überzeugungen nach Weiss, 1986) beitragen wie auch über Handlungspläne und -ziele zu der spezifischen Beziehungsgestaltung und damit letztlich auch den therapeutischen Beziehungstests. Da Schemata dazu neigen, schemakonforme Erfahrungen und Wahrnehmungen zu generieren (Grawe, 1987b; Neisser, 1979), erscheint es unter dieser Perspektive theoretisch nicht widersprüchlich oder abwegig, anzuneh-

men, daß die Beziehungstests und die thematischen Wiederholungen in Beziehungen durch in der primären Sozialisation und in frühen Beziehungen generierte Schemata und damit assoziierte Pläne determiniert werden.

Was die praktische Anwendung betrifft, so lassen die Autoren keinen Zweifel daran, daß auch hier ihre heuristische Perspektive die wesentliche Voraussetzung für die Integration des Konzeptes darstelle. Aus dieser Konzeption heraus wird das Modell der Konflikt-dynamik und der Beziehungstests als eine weitere therapeutische Heuristik verstanden, die die Aufgabe hat, Therapeuten für das Phänomen einerseits zu sensibilisieren und ihnen andererseits ein Werkzeug zum Umgang damit in die Hand zu geben. Darüber hinaus stellt es eine Erweiterung der Tradition der Berner Autoren dar, die Beziehungsgestaltung in den Mittelpunkt therapeutischer Behandlung zu stellen und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu einem spezifischen Wirkfaktor der Psychotherapie zu machen.

Bezogen auf die praktische Gestaltung einer Therapie führt Ambühl (1992) aus, daß es wesentlich darauf ankomme, bereits bei der Problem- und Plananalyse und bei der Erstellung der „individuellen Fallkonzeption“ sensibel für mögliche Beziehungstests und Beziehungskonflikte eines Patienten zu sein. Der Therapeut sollte sich bewußt werden, welches die wichtigsten pathogenen Überzeugungen des Klienten sind, welche Beziehungsthemen in seinem Leben eine Rolle gespielt haben und welche Beziehungstests in der therapeutischen Beziehung auftreten könnten. Auf diese Weise sensibilisiert sollte der Therapeut die Interaktion und die Beziehung zwischen ihm und dem Klienten ständig dahingehend beobachten, ob ein bestimmtes Verhalten im Sinne eines Beziehungstests interpretiert werden kann (vgl. dazu ausführlicher Ambühl, 1992, S. 256 ff). Beim Auftreten eines Beziehungstests ist es nun die Aufgabe des Therapeuten, wie von Weiss (1986) vorgegeben, diesem zu widerstehen und ihn zu analysieren und dem Patienten bewußt zu machen. Denn ohne die Bewußtmachung ist nach Ambühl (1992) eine dauerhafte Veränderung der Schemata und Pläne nicht möglich. Die Bewußtmachung geschieht mit der Methode der „reflektierenden Abstraktion“. Dadurch sollen dem Patienten durch Reflexion des Geschehens und durch dessen Interpretation Einsicht in seine kognitiven Schemata, seine ihm nicht bewußten Überzeugungen und das interpersonale Verhalten verschafft werden. Diese Reflexion soll es dem Patienten, so Ambühl (1992, S. 258), „... ermöglichen, sein Beziehungsverhalten besser zu verstehen und dann auch bewußter steuern zu können“. Der therapeutische Umgang mit Beziehungstest ist also ein zweigleisiger: Zum einen soll der Patient korrigierende emotionale Erfahrungen machen (= Erfahrungen, die seinen Erwartungen widersprechen), was nach der Schematheorie zu einer Veränderung der Schemata führen sollte. Zum anderen soll das Beziehungsverhalten im Zusammenhang mit einer Testsituation der Reflexion zugänglich gemacht werden, was zu Bewußtheit und direkter Kontrolle des Verhaltens beitragen soll.

Um Beziehungstests verstehen und bestehen zu können, eignet sich nach Ambühl (1992) die „plan-komple-

mentäre Beziehungsgestaltung“ besonders gut. Diese ermöglicht es dem Therapeuten, die hinter den Tests liegenden bedrohten oder frustrierten Wünsche und Ziele des Klienten zu erkennen und zu fördern, was zusammen mit der reflektierenden Abstraktion wesentlich zur Überwindung dieser Probleme beitragen soll.

So viel zur verhaltenstherapeutischen Interpretation des Weiss'schen (1986) Konfliktmodells. Es versteht sich von selbst, daß es sich bei den Arbeiten von Ambühl (1992; Ambühl und Doblies, 1991) und den Integrationen der Schweizer Autoren um erste Versuche handelt, Konzepte der Beziehungsgestaltung, die das Geschehen zwischen Therapeut und Klient als wesentlich für die aktuelle therapeutische Arbeit und Veränderung betonen, für die Verhaltenstherapie fruchtbar zu machen. Es ist auch klar, daß es noch einiger theoretischer und auch methodischer Arbeit bedarf, um aus diesem ersten Versuch einen eigenständigen therapeutischen Ansatz innerhalb der Verhaltenstherapie zu etablieren, der einen Schwerpunkt auf interpersonale und interaktionale Phänomene psychischer Störungen und deren Behandlung legt. Wie in den vorangegangenen Abschnitten skizziert, sind die Schweizer Autoren in diese Richtung sicherlich schon relativ weit vorgeschritten. Es fehlt allerdings auch hier noch ein ausformuliertes Modell, das die vielen noch offenen Fragen klärt und eine in sich stimmige Fundierung der Phänomene und des Vorgehens liefert. Die Entwicklung eines solchen Modells wäre eine wichtige Aufgabe für die Zukunft.

5. Implikationen und Konsequenzen interaktioneller und interpersonaler Modelle der Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie

Der Gegenstand dieser Arbeit war es u.a. auch aufzuzeigen, daß das herkömmliche verhaltenstherapeutische Konzept der Therapeut-Klient-Beziehung bereits im Augenblick um zwei Aspekte erweitert werden kann. Aufgabe dieses letzten Abschnittes ist es, einige theoretische und praktische Implikationen dieser Erweiterungen für die Verhaltenstherapie als Gesamtsystem zu diskutieren. Dabei wäre zunächst einmal die Frage zu klären, ob es überhaupt rationale Gründe für eine derartige Erweiterung gibt. Daran anschließend sind einige kurze Überlegungen zu theoretischen und ausbildungsbezogenen Implikationen anzustellen.

5.1 Zur Frage der Notwendigkeit einer interaktionellen und interpersonalen Erweiterung des Beziehungsverständnisses in der Verhaltenstherapie

Aus der Sicht des Autors sprechen folgende Überlegungen und Befunde für die Sinnhaftigkeit einer interaktionellen Erweiterung der Beziehungsgestaltung und damit auch der Verhaltenstherapie:

1. In der von Grawe und seinen Mitarbeitern durchgeführten Berner Psychotherapie-Studie (Grawe et al., 1990) erwies sich die „interaktionelle Verhaltenstherapie“ in fast allen Bedingungen der herkömmlichen „Breitspektrum-Verhaltenstherapie“ überlegen.

2. In speziellen, auf die Beziehungsgestaltung ausgerichteten Studien (Grawe, 1988a, 1992) zeigte sich, daß

interaktionelle Verhaltenstherapeuten im Vergleich zu herkömmlichen Verhaltenstherapeuten und Klientenzentrierten Psychotherapeuten die höchsten Beurteilungen in der Realisation therapiefördernder Beziehungsmaßnahmen aufwiesen.

3. Analysen mittels der Structural Analysis of Social Behavior-Technik (SASB) von Lorna Smith Benjamin (vgl. Tress, 1993) zeigten, daß interaktionelle Verhaltenstherapeuten auch die meisten Verhaltensweisen zeigten, die im Sinne einer guten Therapiebeziehung nach Grawe definiert werden können (Grawe, 1982).

4. Auf der anderen Seite erwiesen sich die „normalen“ Verhaltenstherapeuten als weniger Autonomie gewährend, als weniger verstehend/bestätigend auf ihre Klienten eingehend und ausgesprochen stark lenkend und kontrollierend. Sie verhielten sich auch am stärksten von allen drei Gruppen affektiv neutral, unfreundlich und gelegentlich sogar anklagend/herabsetzend (Grawe, 1982).

Bezogen auf letzteres könnte man nun argumentieren, daß es dem Konzept der Verhaltenstherapie entsprechen, direktiv und lenkend/kontrollierend zu sein. Andererseits muß man allerdings auch festhalten, daß in den meisten Ausführungen zur Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie (vgl. Hautzinger, 1992; Kanfer et al., 1990; Margraf und Bregelmann, 1992b; Schulz, 1993; Zimmer und Zimmer, 1990, 1992) die Bedeutung einer positiven wertschätzenden und offenen Beziehung zu den Klienten betont wird. Die reale Praxis scheint zu zeigen, daß diese Forderung offensichtlich nicht in ausreichendem Maße erfüllt wird.

5. Eigene Untersuchungen mittels Fragebogen (vgl. Laireiter et al., 1994) erbrachten ebenfalls, daß Verhaltenstherapeuten signifikant öfter im Vergleich zu Psychotherapeuten anderer Orientierungenangaben, eine weniger enge und wertschätzende Beziehung zu ihren Klienten zu unterhalten, in der sie sich auch nicht immer 100% ehrlich, gemeint ist damit „echt“ verhalten. Dafür wiesen sie aber die höchsten Werte im Faktor „Engagement“ auf, was so interpretiert werden kann, daß sie in ihrer Arbeit sehr um eine Problemlösung und um soziale Beeinflussung bemüht waren.

Die bisherigen Argumente bezogen sich primär auf die „interaktionelle Beziehungsgestaltung“. Es gibt aber auch einige Argumente, die eine intensivierte Auseinandersetzung der Verhaltenstherapie mit interpersonellen Aspekten der Therapiegestaltung als sinnvoll und notwendig erscheinen lassen.

1. Interaktionelle Schemata und Pläne sind eine Realität, die als relevante Bestandteile psychotherapeutischer Prozesse und Arbeit nicht wegzuleugnen sind (vgl. dazu auch Butler und Strupp, 1986; Strupp, 1986). Schon aus diesem Grund müßte man sich damit auseinandersetzen.

2. Wie Ambühl (1992) ausführt, erwies es sich in den Therapien der Berner Arbeitsgruppe häufig, daß trotz bester Realisation eines interaktionellen Fallverständnisses immer wieder Beziehungskrisen und therapeutische Verzögerungen auftraten, die sich bei post-hoc-Analysen eindeutig als Beziehungstests identifizieren ließen, die vom Therapeuten nicht erkannt worden waren.

3. Unerkannte Beziehungstests und nicht bearbeitete „Übertragungsmuster“ implizieren ein erhöhtes Risiko für Therapieabbrüche und suboptimale Therapieverläufe. Es wäre daher auch im Sinne der Sicherstellung und Verbesserung der Qualität verhaltenstherapeutischer Tätigkeit angeraten, diese Phänomene in Zukunft ausführlicher zur Kenntnis zu nehmen und auch entsprechende Konzepte und Methode zu ihrer Integration in die Verhaltenstherapie zu entwickeln.

4. Viele Verhaltenstherapeuten äußern angesichts der interpersonalen und interaktionellen Defizite der Verhaltenstherapie ihr Unbehagen und den Wunsch nach einer Ergänzung des Konzepts (vgl. Köhlke, 1992). Sie suchen sich die Ergänzung häufig außerhalb des Konzepts der Verhaltenstherapie, was nicht zu unrecht kritisiert wird. Allerdings kann das Problem nicht durch dogmatische Setzungen und „Schlachtung“ der Exponenten der Unzufriedenheit gelöst werden. Es bedarf intensiver Anstrengungen, das Problem auch innerhalb der Verhaltenstherapie zu lösen.

Insgesamt legen diese Argumente und Befunde nahe, daß sich die herkömmliche Verhaltenstherapie dringend um ein systematisches Konzept optimaler Beziehungsgestaltung bemühen sollte, das über die bisher entwickelten Ansätze hinausgeht und vor allem auch Faktoren einschließt, die als grundsätzliche aber auch spezifische Bedingungen positiver therapeutischer Veränderungen angesehen werden können.

5.2 Zu den therapietheoretischen Implikationen interaktioneller und interpersonalen Konzepte der Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie

Welche Konsequenzen und Folgerungen hätten nun interaktionelle und interpersonale Erweiterungen der Verhaltenstherapie, zumindest auf der Ebene der Therapiepraxis und der Therapeut-Klient-Interaktion? Zunächst einmal ist bei diesen und den folgenden Überlegungen davon auszugehen, daß damit keineswegs eine grundlegende Veränderung des theoretischen und praktischen Rationalen der Verhaltenstherapie gefordert wird. Letztlich geht es lediglich um eine Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten, eine Verbesserung der Qualität und eine Steigerung des therapeutischen Angebots und eine Erweiterung der therapeutischen Flexibilität.

Als Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen ist die Erkenntnis zu sehen, daß interpersonale Aspekte sehr wichtige und zentrale Momente im therapeutischen Geschehen aber auch im Leben des Menschen allgemein darstellen. Diese sind im Rahmen der Verhaltenstherapie bis jetzt noch nicht ausreichend genug berücksichtigt und reflektiert worden (vgl. dazu auch Grawe, 1988a, b, 1992, 1995). Aus diesem Grund erscheint es durchaus fordernd, daß die Verhaltenstherapie ihren diesbezüglichen Dornröschenschlaf beendet und sich inhaltlich wie forschersich stärker dem Thema der Therapeut-Klient-Beziehungen widmet und dabei nicht nur auf herkömmlichen Positionen und Sichtweisen stehenbleibt, sondern auch weiterführende und ergänzende Ansätze berücksichtigt.

Konkret würde dies bedeuten, daß die Verhaltenstherapie in Zukunft neben der technologischen Perspektive von Psychotherapie interaktionelle und interpersonale Elemente im therapeutischen Geschehen und auch bei der Entstehung psychischer Störungen stärker berücksichtigt.

Für die Ebene der konkreten Therapiegestaltung würde dies bedeuten, daß allgemeine Fallkonzeptionen und Behandlungskonzepte entworfen werden, die neben der Problem- und Problemlöseperspektive auch Elemente und Strategien der Beziehungsgestaltung auf den beiden oben skizzierten Ebenen (Wirkungs- und Übertragungs-/Wiederholungsperspektive) integrieren. Unter dieser Perspektive wäre Psychotherapie nicht nur ein phasenhaft ablaufender Problemlöse- und Problembewältigungsprozeß, sondern in erster Linie ein interaktioneller und interpersonaler Prozeß zwischen einem Therapeuten und einem Klienten (bei einer Einzeltherapie). In diesem Prozeß sind therapeutische Veränderungen als sehr stark von der Realisation allgemeiner und spezifischer interaktioneller Strategien und Wirkfaktoren abhängig zu sehen, ebenso wie der Erfolg einer Therapie als wesentlich dadurch vermittelt zu denken ist, inwieweit es dem Therapeuten gelingt, problembezogene Erwartungen und kognitive Schemata, pathologische Beziehungsmuster (vgl. dazu auch Young, Beck und Weinberger, 1993) und Tests in der Therapeut-Klient-Beziehung zu bearbeiten und zu verändern (vgl. dazu auch die Wirkfaktoren „Problemaktualisierung und Problembewältigung“ sowie „Klärungsarbeit“ im Konzept der „Allgemeinen Psychotherapie“ von Grawe, 1995, sowie die Diskussion von Butler und Strupp, 1986, und Strupp, 1986, zur Sinnhaftigkeit der Differenzierung zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren in der Psychotherapie).

5.3 Implikationen für die Ausbildung, insbesondere Selbsterfahrung und Supervision

Eine intensivere Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung hat auch wesentliche Implikationen für die Ausbildung in Verhaltenstherapie. Im Gegensatz allerdings zu den bisherigen Ausführungen ist dieser Aspekt auch auf die herkömmliche Form der Therapiebeziehung auszudehnen. Eine Analyse deutschsprachiger verhaltenstherapeutischer Curricula (vgl. Laireiter, 1994b) hat nämlich gezeigt, daß in der momentanen Ausbildung in Verhaltenstherapie Inhalte der verhaltenstherapeutischen Prozeß- und vor allem der Beziehungsgestaltung einen nur sehr geringen Stellenwert besitzen. Der größte Teil der Ausbildungsarbeit wird für den Erwerb theoretischer Grundlagen, diagnostischer Kompetenzen und die Aneignung von Standardinterventions- und störungsspezifische Methoden verwendet. Paradoxerweise wird nur sehr wenig Zeit (an Ausbildungsstunden) für das Herz und das Rückgrad der Psychotherapie, den Erwerb von interpersonalen Kompetenzen und interaktionellen Verhaltensweisen zur Führung der Therapeut-Klient-Beziehung, verwendet. Diese Beobachtung mag für Vertreter anderer Therapieschulen merkwürdig oder unglaublich klingen. Sie ist es auch aus Sicht der Position, die interpersonalen Fakto-

ren am Zustandekommen therapeutischer Effekte einen durch die Empirie begründeten hohen Stellenwert einräumt (vgl. Butler und Strupp, 1986; Grawe, 1995; Grawe et al., 1994; Orlinsky, et al., 1994; Strupp, 1986). Damit wäre es bereits unter dem herkömmlichen Modell der Therapeut-Klient-Beziehung betrachtet dringend nötig, in der Ausbildung in Verhaltenstherapie diesem Themenbereich mehr Aufmerksamkeit zu widmen und Ausbildungskandidaten in der Führung der therapeutischen Beziehung und in therapeutischem Interaktionsverhalten zu schulen und sehr sensibel zu trainieren. Auf keinen Fall darf dieser Aspekt der Ausbildung „ausgelagert“ werden in andere Ausbildungselemente, wie z.B. die Selbsterfahrung oder die Supervision, wie dies gelegentlich zu beobachten ist (vgl. Laireiter, 1994a, b).

Berücksichtigt man nun im nächsten Schritt das interaktionelle und das interpersonale Modell der Beziehungsgestaltung, so wäre die Forderung einer umfassenden und fundierten Ausbildung in der Realisation dieser beiden Beziehungsstrategien noch stärker zu stellen. Insbesondere wäre zu fordern, daß diese Strategien u.a. auch an der eigenen Person in Selbsterfahrung und Eigentherapie erfahren und erlebt werden. Denn weder ist die interaktionelle Beziehungsgestaltung noch viel weniger aber die interpersonale durch alleiniges Training auf organische Art und Weise zu erlernen. Um ein volles Verständnis für das Phänomen der „plan-komplementären Beziehungsgestaltung“, vor allem aber für Beziehungstests und interaktionelle Schemata zu erwerben, bedarf es einer intensiven personalen Selbsterfahrung und Eigentherapie des angehenden Verhaltenstherapeuten (vgl. dazu auch Laireiter, 1994a).

Die unterschiedlichen Konzepte der Beziehungsgestaltung und damit letztlich auch von Verhaltenstherapie mögen mit ein Grund sein für die doch sehr divergierenden Auffassungen zu den Zielen und Funktionen verhaltenstherapeutischer Selbsterfahrung, die es im Moment in diesem Feld noch gibt (vgl. Laireiter und Elke, 1994, für einen Überblick). Besonders bedeutsam dürfte dieser Aspekt für die gelegentlich etwas emotional geführte Diskussion sein, ob im Rahmen der Verhaltenstherapie Eigentherapie des angehenden Therapeuten gefordert werden kann oder nicht. Aus der Sicht herkömmlicher Verhaltenstherapie und des damit assoziierten technologischen Arbeitsbündnisses stellt sich diese Frage kaum, ja sie mag sogar provozierend wirken, da man in diesem Konzept letztlich ja nur die persönliche Selbstkontrolle des Therapeuten zu schärfen braucht und dies gelingt hervorragend durch gutes Methodentraining, Selbsterfahrung in der Anwendung der Methoden und Interventionen sowie durch praxisbegleitende Supervision und Selbstreflexion (Lieb, 1994; Schmelzer, 1994). Kaum aufrechtzuerhalten ist diese Position aber für ein interaktionelles oder gar ein interpersonales Therapieverständnis, da es hierbei wesentlich darauf ankommt, die eigenen persönlichen Schemata und Pläne sowie seine eigenen unbewußten Überzeugungen und Beziehungstests zu erkennen, „mit Hilfe“ derer man mit anderen Menschen in Kontakt tritt und seine eigenen unbefriedigten oder tabuisierten Beziehungswünsche zu erfüllen und vergangene Be-

ziehungssituationen zu wiederholen trachtet. Diese Konzeption verlangt neben einem guten Training in den entsprechenden Heuristiken (plan-komplementäre Beziehungsgestaltung; reflektierendes Abstrahieren, Erkennen und Bearbeiten von Beziehungstests) eine intensive persönliche Selbsterfahrung, vor allem aber auch eine intensive Supervision, nicht nur in der Anwendung herkömmlicher verhaltenstherapeutischer Methoden, sondern vor allem auch in der adäquaten Beziehungsgestaltung und im Umgang mit Beziehungstestsituationen des Klienten.

Literatur

- Ambühl H (1992) Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktodynamik. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 245–264
- Ambühl H, Doblies G (1991) Wiesieht ein klientInnen gerechtes therapeutisches Angebot aus? Ein Plädoyer für fallspezifische Analysemethoden in der Psychotherapieforschung. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis (VPP) 23: 289–304
- Anchin JC, Kiesler DJ (eds) (1982) Handbook of interpersonal psychotherapy. Pergamon Press, New York
- Bandura A (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 8: 191–215
- Beck AT, Freeman A, et al (1993) Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Weinheim
- Benjamin LS (1993) Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. Guilford Press, New York
- Bock R (1990) Psychoanalyse. Am Anfang war die Couch. In: Petzold H (Hrsg) Wege zum Menschen: Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, Bd 2. Junfermann, Paderborn, S 101–174
- Butler SF, Strupp HH (1986) Specific and non-specific factors in psychotherapy: a problematic paradigm for psychotherapy research. Psychotherapy 23: 30–40
- Caspar F (1989) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
- Caspar F, Grawe K (1982) Vertikale Verhaltensanalyse (VAA). Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. Forschungsbericht 4/1982. Psychologisches Institut, Universität Bern
- Caspar F, Grawe K (1989) Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie. Bull Schweizer Psychologen (BSP) 3: 6–19
- Caspar F, Grawe K (1992) Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer, integrierender Produktionsprozeß? Report Psychologie 46: 10–22
- Derlega VJ, Hendrick SS, Winstead BA, Berg JH (1991) Psychotherapy as a personal relationship. Guilford Press, New York
- DeVoge JT, Beck S (1978) The therapist-client-relationship in behavior therapy. In: Hersen M, Eisler RM, Miller PM (eds) Progress in behavior modification, vol 6. Academic Press, New York, pp 203–248
- Dürr H, Hahlweg K, Mueller U, Feinstein E, Hank G, Wiedemann G (1992) Interaktionsprozesse in der verhaltenstherapeutischen Familientherapie. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 161–184
- Fiedler P (1994/1995a) Persönlichkeitsstörungen. 2., überarb. Aufl. Beltz, Weinheim
- Fiedler P (1995b) Verhaltenstherapie in Gruppen: Grundkonzepte und Perspektiven. Psychotherapeut 40: 43–50
- Finke J (1994) Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Thieme, Stuttgart

- Frank JD (1992) Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien, 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart [engl. Original, 1961. Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore]
- Grawe K (1980) Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. In: Grawe K (Hrsg) Verhaltenstherapie in Gruppen. Urban und Schwarzenberg, München, S 226–306
- Grawe K (1987a) Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata: ein Prozeß mit nicht vorhersehbarem Ausgang. In: Caspar F (Hrsg) Problemanalyse in der Psychotherapie. Bestandsaufnahme und Perspektiven. dgvt-Verlag, Tübingen, S 72–86
- Grawe K (1987b) Schematheorie und heuristische Psychotherapie. Forschungsbericht 1/1987, 2. Aufl. Psychologisches Institut, Universität Bern
- Grawe K (1988a) Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. In: Pfäfflin F, Appelt H, Krausz M, Mohr M (Hrsg) Der Mensch in der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 243–258
- Grawe K (1988b) Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis (VPP) 20: 39–49
- Grawe K (1992) Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 215–244
- Grawe K (1995) Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut 40: 130–145
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Z Klin Psychol – Forschung und Praxis 23: 242–267
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H (1990) Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Z Klin Psychol – Forschung und Praxis 19/4
- Grawe K, Donatti R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K, Dziewas H (1978) Interaktionelle Verhaltenstherapie. In: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) (Hrsg) Sonderheft I der Mitteilungen der DGVT. dgvt-Verlag, Tübingen, S 49–62
- Grünzig H-J (1985) Zur klinischen Bedeutung des Widerstandskonzepts in der Verhaltenstherapie. Verhaltensmodifikation 6: 36–49
- Gurdin BJ (1986) The therapy of friendship. Small Group Behavior 17: 444–457
- Hagehülsmann H (1990) Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie. In: Petzold H (Hrsg) Wege zum Menschen: Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, Bd 1. Junfermann, Paderborn, S 9–44
- Hautzinger M (1992) Aspekte der Therapeut-Patient-Beziehung in der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 135–159
- Hautzinger M (Hrsg) (1994) Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. Quintessenz, München
- Horowitz MJ (1991) Person schemas. In: Horowitz JM (ed) Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. University of Chicago Press, Chicago
- Kanfer FH, Phillips JS (1975) Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. Kindler, München
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1990) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Kiesler DJ (1982) Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In: Anchin JC, Kiesler DJ (eds) Handbook of interpersonal psychotherapy. Pergamon Press, New York, pp 3–24
- Köhlke H-U (1992) Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: moderner Rückschritt in die Symptomtherapie?! Verhaltenstherapie 2: 256–262
- Kuehlwein KT, Rosen H (eds) (1993) Cognitive therapies in action. Evolving innovative practice. Jossey Bass, San Francisco
- Laireiter A-R (1994a) Ansätze einer konzeptuellen und funktionalen Präzisierung des Begriffes Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In: Laireiter A-R, Elke G (Hrsg) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen. dgvt-Verlag, Tübingen, S 244–282
- Laireiter A-R (1994b) Zum gegenwärtigen Stand der Implementierung von Selbsterfahrung in deutschsprachige Ausbildungscurricula in Verhaltenstherapie. In: Laireiter A-R, Elke G (Hrsg) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen. dgvt-Verlag, Tübingen, S 201–226
- Laireiter A-R, Elke G (Hrsg) (1994) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen. dgvt-Verlag, Tübingen
- Laireiter A-R, Thiele C, Untner A, Baumann U (1994) Unspezifische Wirkfaktoren in engen Freundschafts und der psychotherapeutischen Beziehung. In: Janig H (Hrsg) Psychologische Forschung in Österreich. Bericht über die 1. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie. Universitätsverlag Carinthia, Klagenfurt, S 128–132
- Lieb H (1994) Selbsterfahrung als Selbstreferenz: zur Integration von Selbsterfahrung in die verhaltenstherapeutische Supervision. In: Laireiter A-R, Elke G (Hrsg) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen. dgvt-Verlag, Tübingen, S 80–105
- Linehan MM (1993) Cognitive-behavioral treatment of borderline-personality disorder. Guilford Press, New York
- Linehan MM, Kehrer CA (1993) Borderline-personality disorder. In: Barlow DH (ed) Clinical handbook of psychological disorders, 2nd edn. Guilford Press, New York, pp 396–441
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. Basic Books, New York
- Lückert H-R, Lückert I (1994) Einführung in die kognitive Verhaltenstherapie. UTB Reinhardt, München
- Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) (1992a) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München
- Margraf J, Brengelmann JC (1992b) Vom Uniformitätsmythos zur Prozeßforschung: die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie (Einleitung). In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 1–10
- Margraf J, Lieb R (1995) Was ist Verhaltenstherapie? Versuch einer zukunftsorientierten Neucharakterisierung (Editorial). Z Klin Psychol – Forschung und Praxis 24: 1–7
- Margraf J, Schneider S (1992) Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei Angststörungen. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 109–133
- Masterson J (1993) Die Sehnsucht nach dem wahren Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, v d Schulenburg J-M, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Gesundheitsministerium, Bonn
- Neisser U (1979) Kognition und Wirklichkeit. Prinzipien und Implikationen der Kognitiven Psychologie. Klett-Cotta, Stuttgart [engl. Original 1976, Cognition and reality: principles and implications of cognitive psychology. Freeman, San Francisco]
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th edn. Wiley, New York, pp 270–376

- Orlinsky DE, Howard KJ (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd edn. Wiley, New York, pp 311–384
- Pritz A (1994) Psychoanalyse. In: Stumm G, Wirth B (Hrsg) Psychotherapie: Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Falter Verlag, Wien, S 25–37
- Reinecker H (1987) Grundlagen der Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags Union, München Weinheim [2., überarb. Aufl., 1994. Beltz, Weinheim]
- Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 21: 95–103
- Schauenburg H, Cierpka M (1994) Methoden der Fremdbeurteilung interpersonaler Beziehungsmuster. *Psychotherapeut* 39: 135–145
- Schiepek G (1991) Systemtheorie der klinischen Psychologie. Beiträge zu ausgewählten Problemstellungen. Vieweg, Braunschweig
- Schindler L (1991) Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozeßforschung in der Verhaltenstherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schmelzer D (1986) Problem- und zielorientierte Verhaltenstherapie. Teil II: Das „OPTIMIZE“-Prozeßmodell als Orientierungsrahmen für die Praxis. *Verhaltensmodifikation* 7: 3–110
- Schmelzer D (1994) Berufszentrierte Selbsterfahrung: das Konzept der „Zielorientierten Selbstreflexion“. In: Laireiter A.-R., Elke G (Hrsg) Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen. dgvt-Verlag, Tübingen, S 45–56
- Scholz OB (1987) Paartherapie. Konzepte und Methoden. Kohlhammer, Stuttgart
- Schorr A (1984) Die Verhaltenstherapie: ihre Geschichte von den Anfängen bis zur Gegenwart. Beltz, Weinheim
- Schulte D (Hrsg) (1974) Diagnostik in der Verhaltenstherapie. Urban und Schwarzenberg, München
- Schulte D (1993) Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *Z Klin Psychol – Forschung und Praxis* 22: 374–393
- Schulz W (1993) Therapeut-Patient-Beziehung. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltenstherapie. Techniken und Einzelverfahren. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 15–20
- Shepherd M, Sartorius N (eds) (1989) Non-specific aspects of treatment. Huber, Toronto
- Strupp HH (1986) The nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness: a current assessment. *Am J Orthopsychiatry* 56: 513–520
- Stumm G, Wirth B (Hrsg) (1994) Psychotherapie: Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Falter Verlag, Wien
- Tress W (Hrsg) (1993) Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens, SASB – ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in Psychotherapie. Asanger, Heidelberg
- Weiss J (1986) Part I: Theory and clinical observations. In: Weiss J, Sampson H, The Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds) The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research. Guilford Press, New York, pp 3–138
- Weiss J, Sampson H, The Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds) (1986) The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research. Guilford Press, New York
- Wills TA (1992) The helping process in the context of personal relationships. In: Spacapan S, Oskamp St (eds) Helping and being helped in the real world. Sage, Newbury Park, pp 17–48
- Winefield HR (1987) Psychotherapy and social support: parallels and differences in the helping process. *Clin Psychology Rev* 7: 634–644
- Wolpe J (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, Stanford
- Young JE, Beck AT, Weinberger A (1993) Depression. In: Barlow DH (ed) Clinical handbook of psychological disorders, 2nd edn. Guilford Press, New York, pp 240–277
- Zimmer D (Hrsg) (1983a) Die therapeutische Beziehung. edition psychologie, Weinheim
- Zimmer D (1983b) Überlegungen zu einem Modell der Therapeut-Klient-Beziehung. In: Zimmer D (Hrsg) Die therapeutische Beziehung. edition psychologie, Weinheim, S 138–149
- Zimmer D, Zimmer FT (1990) Die therapeutische Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie: kurz- und langfristige Effekte. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg) Psychotherapie – welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 115–133
- Zimmer D, Zimmer FT (1992) Die therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und Gestaltungsmöglichkeiten. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 11–38

Korrespondenz: Dr. Anton-Rupert Laireiter, Abteilung Klinische Psychologie, Institut für Psychologie der Universität Salzburg, Hellbrunnerstraße 34, A-5020 Salzburg, Österreich.

Dr. Anton-Rupert Laireiter, Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), Universitätsassistent für Psychologie; Forschungsschwerpunkte: Soziale Netzwerk- und Unterstützungsforschung, Dokumentation von Psychotherapie, Qualitätssicherung von Psychotherapie, Selbsterfahrung und Eigentherapie in der Ausbildung in Psychotherapie.