

G. Schiepek, A. Schütz, M. Köhler, K. Richter und G. Strunk

Die Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mittels Sequentieller Plananalyse

Teil I: Grundlagen, Methodenentwicklung und erste Ergebnisse

Zusammenfassung Nach einem einleitenden Überblick über die Grundpositionen der neueren Psychotherapie-Prozessforschung wird eine Methode vorgestellt, welche es erlaubt, die Beziehungsgestaltung von Therapeut/in und Klient/in als Aktivierungsmuster interaktioneller Pläne zu erfassen. Hierfür wurde ein Verfahren entwickelt, das sich an der Methode der hierarchischen Plananalyse nach Caspar und Grawe orientiert, diese jedoch um den Aspekt der interaktionellen Dynamik erweitert (sog. „Sequentielle Plananalyse“). Erfasst wird das Auftreten von beziehungsgestaltenden Plänen bzw. Ausdrucksformen der Selbstdarstellung von Therapeut/in und Klient/in in hochfrequenter Auflösung (Aufnahmeeinheit: 10 Sekunden). Die Anwendung der Sequentiellen Plananalyse im Rahmen einer Einzelfallstudie (komplette Kodierung einer 13stündigen lösungsorientierten Kurzzeittherapie) brachte zahlreiche Ergebnisse. Davon kann hier lediglich eine kleine Auswahl dargestellt werden, um einige Aussagemöglichkeiten der Methode zu illustrieren. Der nachfolgende Teil II der vorliegenden Arbeit wird versuchen, psychotherapeutische Prozesse mit Hilfe der Chaostheorie zu konzeptualisieren und zu analysieren.

Schlüsselwörter: Psychotherapie-Prozessforschung, Therapeut-Klient-Beziehung, Sequentielle Plananalyse.

The microanalysis of the client-therapist-interaction by means of Sequential Plan Analysis:

Part I: Basic assumptions, methodology, and research results of a single case study

Abstract Following some preliminary remarks on the basic assumptions of process research in psychotherapy, a new method for the analysis of client-therapist-interaction will be presented. This method, called “Sequential Plan Analysis”, encodes the dynamic activation patterns of interactional plans within the communicative process of client and therapist. The Sequential Plan Analysis allows for a high frequency encoding of the client-therapist-interaction (time unit: 10 seconds). Some results of a single case study (complete coding of a solution oriented brief therapy) are illustrating the kind of analysis and therapy description, which can be done by the method. In part II of this article, we will offer a perspective on the application of chaos theory to time series data of plan activations.

Keywords: Psychotherapy process research, client-therapist-interaction, Sequential Plan Analysis.

L'interrelation entre thérapeute et patient dans la psychothérapie: un système auto-organisé

Première partie: Assomptions générales, la méthode de “l'Analyse Sequentielle de Plans” et quelques résultats

Depuis quelques années, notre groupe de recherche à l'université de Münster (Allemagne) s'occupe de processus interactifs dans la psychothérapie. D'abord, notre but a été le développement d'une méthode idiographique pour l'analyse des manières de la présentation de soi-même, réalisées par thérapeute et patient dans un système interactif. L'idée fondamentale de cette méthode consistait dans la théorie de l'auto-organisation psychique et sociale: il y a plein des processus micro-adaptatifs dans la présentation de soi

du thérapeute et patient, et l'ensemble de ces processus réalise un système opératif. Les opérations de ce système résultent dans des configurations dynamiques des comportements sociales. La transformation de ces configurations pourrait être la base des effets thérapeutiques, parce qu'ils déstabilisent et corrigent les stratégies et des expectations interactionnelles du patient. Des expériences nouvelles dans le cadre des configurations sociales transformantes permettent – par conséquent – une transformation des perceptions et des

interprétations de soi-même. Ce processus de l'autre côté, change la présentation de soi. Il s'agit d'une évolution récurrente.

La méthode développée pour la description des configurations interactionnelles dans la communication thérapeutique s'appelle "Analyse Séquentielle des Plans". Il s'agit d'une modification de la méthode de l'analyse des plans proposée par Grawe et Caspar (e.g. Caspar, 1989). Un plan consiste d'un but et d'un moyen à atteindre ce but. On peut s'imaginer que tous les plans d'une personne sont organisés dans une structure hiérarchique. Normalement dans des situations sociales, une personne essaie d'atteindre ses buts par différentes qualités et intensités de se présenter soi-même. L'Analyse Séquentielle des Plans s'intéresse donc à des qualités différentes de l'auto-présentation, c'est-à-dire à la suite des plans interactifs des personnes qui se trouvent dans un contact social.

En utilisant l'enregistrement vidéographique d'une thérapie individuelle de 13 séances (réalisé d'après le concept du BFTC (thérapie brève orientée vers les ressources et les solutions, de Shazer, 1989), on arrivait à un système complet des plans interactifs du

thérapeute et de la patiente. Le résultat de notre méthode consiste dans une série de dates qualitatives (activations des plans observés d'une solution temporelle de 10 secondes) et des séries de temps quantitatives (intensités des plans). À la base de ces dates, on a calculé plusieurs analyses statistiques (e.g. variations et co-variations des plans et des catégories de l'auto-présentation).

La première partie de cet article présente douze assumptions générales concernant la recherche dynamique dans le domaine de la psychothérapie. Ces assumptions indiquent une orientation systémique de cette espèce de recherche. L'argumentation suit surtout la position de Bastine, Fiedler et Kommer (1989), qui sont cités en détail. En conséquence, pour la recherche dynamique on recommande l'utilisation des méthodes mathématiques nonlinéaires, qui étaient développées dans le cadre de la théorie des systèmes dynamiques, surtout dans la théorie du chaos. Un article suivant va appliquer ces méthodes à nos dates de processus interactifs.

Sans aucun doute, la thérapie systémique vient d'entrer dans une époque empirique.

1. Psychotherapie als dynamisches System

1.1 Positionen der neueren Psychotherapie-Prozessforschung

Nach einer mehrere Jahrzehnte dauernden und wesentlich vom Konkurrenzdruck zwischen den Therapieschulen geprägten Phase der Wirkungsforschung zeichnet sich seit den 80er Jahren ein zunehmendes Interesse an der Prozessforschung ab. Es geht darum zu verstehen, wie Psychotherapie wirkt, welche interaktionelle Dynamik sich dabei abspielt und mit welchen theoretischen Modellen dieser Prozess angemessen konzeptualisiert werden kann. In der umfangreichen und hinsichtlich Erhebungsmethoden wie theoretischen Ansätzen vielfältigen Literatur zur Prozessforschung finden sich dabei einige wesentliche, von vielen Autoren gleichermaßen geteilte Positionen:

1. Psychotherapie ist zunächst einmal eine spezielle Art zwischenmenschlicher Begegnung im professionellen Kontext, und von der Qualität dieser Begegnung hängt das Therapieergebnis in entscheidender Weise ab (z.B. Orlinsky und Howard, 1986; Orlinsky, Grawe und Parks, 1994). „Die zentrale Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung von Therapeut und Patient für den Therapieerfolg darf als empirisch bestgestützte Aussage der Psychotherapieforschung gelten“ (Czogalik, 1990, S. 14). Wo therapeutische Techniken im engeren Sinne benutzt werden, wirken diese nur auf der Grundlage und vermittelt durch eine dafür geeignete therapeutische Beziehungsgestaltung. Mehr noch: Das zwischenmenschliche Geschehen ist nicht nur Randbedingung und Kontext, sondern – verstanden als „Beziehungsarbeit“ – selbst eines der wichtigsten Mittel, um therapeutische Veränderungen zu bewirken (Kiesler, 1982 a, b; Anchin und Kiesler, 1982). Dies hat

seinen Grund darin, daß „... psychische Störungen zu einem wesentlichen Teil als Beziehungsstörungen aufgefaßt werden können bzw. aus zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen und Psychotherapie daher ebenfalls zu einem wesentlichen Teil als Behandlung von Beziehungsstörungen aufgefaßt werden sollte“ (Grawe, Donati und Bernauer, 1994, S. 776). Diese bereits von Adler (z.B. 1912), Sullivan (z.B. 1953) oder Kelly (z.B. 1955) herausgearbeitete Position trägt jedoch erst in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren ihre empirischen Früchte, etwa in der Entwicklung und Anwendung verschiedener Kodiersysteme der therapeutischen Beziehungsdynamik (s. Greenberg und Pinsof, 1986). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang Benjamins umfassender Übersetzungsversuch einer Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen (DSM III-R, Achse II) in die interpersonellen Kategorien der Structural Analysis of Social Behavior (SASB) (1993).

2. Die Unterscheidung zwischen spezifischen und unspezifischen Faktoren wird zunehmend obsolet. Statt von Faktoren (bzw. „Ingredienzen“) ist eher von Prozessen innerhalb eines komplexen zwischenmenschlichen Geschehens auszugehen (Schiepek, 1994a). Was dabei als spezifisch oder unspezifisch gelten kann, stellt sich primär als eine Frage der Leitdifferenzen und des theoretischen Interesses des Beobachters dar. Technikvariablen jedenfalls, denen man früher den Status von spezifischen Faktoren zuerkennen wollte, sind empirisch gesehen in einem Netzwerk von bedeutsamen Kontextbedingungen versunken (vgl. bereits das „generic model“ von Orlinsky und Howard, 1986).

3. Einseitige Relationen von Wirkursache(n) auf Effekt(e) erweisen sich als ebenso fragwürdig wie Substanz-Eingriffs- oder Dosis-Wirkungs-Analogien (Stiles und Shapiro, 1989; Hentschel, 1990; Grawe, 1992), welche dem linearen Verständnis der pharmakologischen

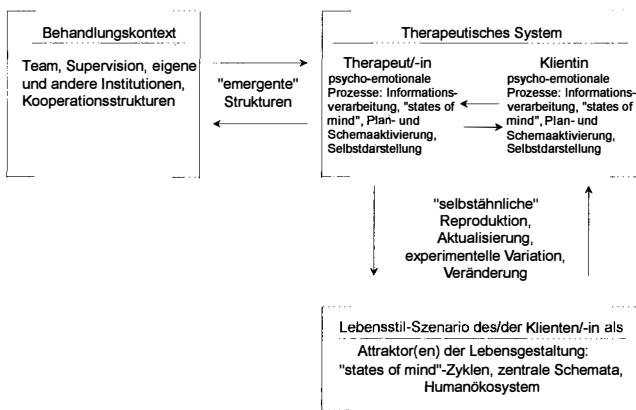


Abb. 1. Relevante Teilsysteme des psychotherapeutischen Prozesses, deren wechselseitiger Einfluß idealerweise von der Prozeßforschung berücksichtigt werden sollte

Effektivitätsforschung entstammen. Statt dessen bemüht sich die Prozeßforschung, von komplexen Wechselwirkungen (Kreiskausalitäten) zwischen den beteiligten Variablen auszugehen. Dabei sind auch nichtlineare dynamische Effekte zu erwarten.

4. Für das Verständnis der erhobenen Prozeßvariablen sind deren Kontextbedingungen von großer Bedeutung, insbesondere wenn man Therapie als komplexen sozialen Interaktionsprozeß betrachtet. Soziale Variablen haben keine kontext-unabhängige Bedeutung und tragen auch nur in ihrem dynamischen Zusammenwirken zu den Mikro- und Makroeffekten einer Therapie bei (Shoham-Salomon, 1990).

5. Psychotherapie wird zunehmend als dynamisches bio-psycho-soziales System interpretiert, was eine entsprechende Mehrebenen-Betrachtung erforderlich macht. Neben den sozialen und den emotional-kognitiven Prozessen rücken zunehmend auch biologische (insbesondere endokrine und immunologische) Prozesse ins Zentrum der Aufmerksamkeit (z.B. Kiecolt-Glaser und Glaser, 1992).

6. Diesseits globaler Zeitvorgaben (Kurzzeit- vs. Langzeittherapie) hat jede Psychotherapie ihre eigene zeitliche Binnenstruktur und jede Intervention ihr spezifisches, sinnvolles Timing (vgl. die Studien zur „Aufnahmebereitschaft“ des Klienten, z.B. Ambühl und Grawe, 1988). Prozeßbetrachtungen lassen zudem dynamische Strukturen (bzw. prozessuale Muster) erkennen, wobei sich die Frage nach deren Zustandekommen und deren Veränderung stellt. Die Analyse von „patterns of change“ (Rice und Greenberg, 1984a) ist um die Analyse von „changes in patterns“ zu ergänzen (Shoham-Salomon, 1990). (Zum synergetischen Konzept der kritischen Instabilität und der nichtlinearen Phasenübergänge in der Psychotherapie vgl. Kruse et al., 1992; Schiepek, Fricke und Kaimer, 1992).

7. Die Prozeßforschung steht noch relativ am Anfang. Hypothesentestende Strategien sollten daher mindestens ergänzt werden um Strategien, die sich um vertieftes Verstehen und phänomenologische Durchdringung bemühen (discovery-oriented strategies, s. Shoham-Salomon, 1990). Greenberg (1991) stellt in diesem

Zusammenhang „Refute“ (den Falsifikateur konkreter und eindeutiger Hypothesen), karriert als rauhbeinigen und schwerfälligen Wikinger, und „Discovery“ (die neugierige, um Verständnis bemühte Entdeckerin), eine leichtfüßig auftretende, junge Dame mit einem Netz als Insignium, gegenüber: „Refute‘ carries a sharp axe and uses empirical confrontations to subject everything in his way to the test of empirical jeopardy in order to establish ‚brute‘ facts. ... ‚Refutes‘ opponent ‚Discovery‘ ... casts her net about to catch the contexts, patterns and meanings of what she encounters“ (S. 5).

8. Qualitative wie quantitative Einzelfallforschung ist nicht nur wieder salonfähig, sondern im Anschluß an das bisher Gesagte vielfach die Methode der Wahl. Grawe (1988; 1992) unterstreicht, daß „... fast alle neueren mikro- wie makroanalytischen Ansätze zur Untersuchung der Prozeßdynamik in Psychotherapien zunächst einmal auf der Ebene des Einzelfalls ansetzen“ (1992, S. 154).

9. Zu den Konsequenzen einer dynamisch-strukturellen Betrachtung gehört auch, daß die Untersuchung von Zeitstichproben aus Therapiesitzungen, die Auswahl nur einzelner Stunden aus der gesamten Stundenabfolge und auch Globaleinschätzungen des individuellen oder interaktiven Geschehens für viele Fragestellungen als unzureichend gelten müssen. Von vielen Forschergruppen werden Vollzeiterfassungen des psychotherapeutischen Prozesses angestrebt. Dieses Ansinnen erweist sich dann aus pragmatischen wie ökonomischen Gründen wiederum als Argument für die Einzelfallforschung.

10. Neben Makroanalysen, die sich auf die soziologischen, lebensweltlichen und institutionellen Kontextbedingungen von Psychotherapie richten, stehen Mikro-Prozeßanalysen der Therapeut-Klient-Beziehung hoch im Kurs. Idealerweise sollten Mikro- und Makroaspekte kombiniert werden. Der konzeptuelle Rahmen, in dem das Geschehen einer Psychotherapie verstehbar gemacht werden kann, erfordert die Berücksichtigung mindestens folgender Aspekte (s. Abb. 1): (a) Im Mittelpunkt steht die konkrete Therapeut-Klient-Interaktion, wobei neben kommunikativen auch intrapsychische und psychobiologische Prozesse erfaßt werden sollten. (b) Die konkrete Erfahrungswelt eines Klienten (konzeptualisierbar als Lebensstil-Szenario, vgl. Schiepek, Fricke und Kaimer, 1992) wird in der Therapie thematisiert und sogar konkret reproduziert (vgl. schon Freuds „Übertragungsneurose“ oder neuerdings Grawes Hinweis (1994) auf die Notwendigkeit der Problemaktualisierung (z.B. zwischenmenschlicher Probleme) in Therapien). (c) Psychotherapie findet in vielfältigen institutionellen bzw. professionellen Kooperationskontexten statt, die für das Gelingen therapeutischer Maßnahmen oft entscheidend wichtig sind. Eine häufig geäußerte Vermutung besteht z.B. in der isomorphen Reproduktion von Beziehungsmustern auf unterschiedlichen Ebenen (z.B. in der Herkunftsfamilie eines Klienten, in der therapeutischen Beziehung, in der Supervisionsrunde, auf der Klinik-Station; vgl. das fraktale Prinzip der „Selbstähnlichkeit“).

Auch auf der zeitlichen Ebene unterscheidet man zwischen Mikro- und Makroprozessen, wobei Makro-

strukturen aus Mikroprozessen erklärbar werden könnten (zur Synergetik der Psychotherapie s. Schiepek, Fricke und Kaimer, 1992). Mikroanalysen werden sowohl auf der Ebene der empirischen Erfassung als auch auf der Ebene theoretischer Prozeßmodelle verfolgt (z.B. Rice und Greenberg, 1984b; Rice und Saperia, 1984; Czogalik, 1989; Grawe, 1992). Die Methodik der Computersimulation nichtlinearer dynamischer Systeme stünde hierfür zur Nutzung bereit.

11. Psychotherapie-Prozeßforschung erfordert hinsichtlich Datengenerierung, Datenanalyse und Modellierung eine relativ sophistizierte Methodologie. Einfache experimentelle Designs ebenso wie Korrelationsstudien greifen hier oft zu kurz. Nicht nur, daß über Korrelationen bekanntermaßen keine Kausalaussagen möglich sind; es können umgekehrt in komplexen dynamischen Systemen sogar zwischen deterministisch verknüpften Variablen nur sehr geringe Korrelationen auftreten, wie Simulationen mathematischer Modellsysteme zeigen. Korrelationen allein sagen also nur wenig aus über die strukturelle Vernetzung zwischen Variablen.

12. Aus Gründen externer und ökologischer Validität sollten therapeutische Prozesse mit einigermaßen repräsentativen, unselektierten Klienten und Therapeuten untersucht werden. Auch das Setting sollte nicht zu Forschungszwecken entfremdet werden.

Die hier aufgezählten Positionen stellen natürlich keine verbindlichen Vorgaben oder Prämissen, sondern Ex-post-Charakterisierungen eines aufblühenden Forschungsfeldes dar.

1.2 Präliminarien einer systemwissenschaftlichen Orientierung bei Bastine, Fiedler und Kommer (1989)

Viele der angesprochenen Positionen finden sich auch in anderen, z.B. den bislang bereits zitierten Publikationen. Auf eine für den deutschsprachigen Raum richtungweisende Arbeit von Bastine, Fiedler und Kommer soll aber näher eingegangen werden, da sie die wesentliche Programmatik der aktuellen Prozeßforschung bereits 1989 pointiert zusammengefaßt hat. Ähnlich wie in Punkt 1.1.10 plädieren die Autoren dieser Arbeit für eine „Kontextualisierung“ psychotherapeutischer Prozesse“. Dabei erwähnen sie (a) „Veränderungsprozesse des Klienten im Kontext seiner allgemeinen Lebensbedingungen und seiner Lebensgeschichte“, (b) „die persönlichen und methodischen Bedingungen des therapeutischen Vorgehens“, durch welche diese Veränderungsprozesse angeregt werden sollen und (c) „die institutionelle und formale Organisation“ bzw. die Rahmenbedingungen der Psychotherapie (S. 6).

Auch andere Hinweise in diesem Aufsatz klingen hochaktuell, da sie eine systemwissenschaftliche Perspektive auf empirischer Basis vorwegnehmen. So stellen Bastine et al. mit Verweis auf Nelson (1987), Schulte und Wittchen (1988) und Rudolf, Grande und Porsch (1988) die Aussagekraft von DSM-III-Taxonomien psychischer Störungen „für Indikationsstellung und Prognose psychotherapeutischer Behandlungen“ in Frage (S. 8). Diese Auffassung wird von vielen Praktikern, insbesondere systemischer und lösungsorientierter

Herkunft geteilt. Weiterhin beziehen die Autoren Stellung zum Nutzen experimenteller Kontrollanforderungen in der Prozeßforschung (vgl. auch Grawe, 1992), wobei sie vor allem auf die Konsequenzen eines an Manuale gebundenen und damit standardisierten Therapeutenverhaltens eingehen. Diese Diskussion wurde ja bekanntermaßen im Anschluß an die Befunde von Schulte et al. (1991) verschärft geführt. Bastine et al. erwarten jedenfalls unter theoretischen wie vor allem auch praktischen Gesichtspunkten, „daß diese Art von Standardisierung ... einen weiteren Erkenntnisfortschritt eher behindert als fördert.“ Einen von mehreren Gründen hierfür sehen sie in dem „Umstand, daß hier von der unvermeidlichen Einbettung therapeutischer Techniken in einen interaktiven Kontext abstrahiert wird, obwohl die klinische Erfahrung zeigt, daß die interpersonelle Seite der Interaktion zwischen Therapeut/in und Klient/in sowohl die Realisierung einer Technik moduliert als auch umgekehrt die Eigenart der jeweiligen Technik den interaktiven Handlungsspielraum beschränkt. Dementsprechend ist die Aussagekraft solcher Studien für eine weitgehend nicht standardisierte stattfindende therapeutische Praxis gering. Praxisrelevante Fragestellungen wie die vor allem in der deutschsprachigen Literatur aufgeworfene Frage nach adaptiven, d.h. auf den jeweiligen Stand einer Behandlung abgestimmten therapeutischen Indikationsstellungen (vgl. Bastine, 1981; Grawe, 1982) geraten auf diese Weise überhaupt nicht in den Blick“ (S. 9).

Eine Schlußfolgerung besteht für Bastine et al. in einer konsequent dynamischen Betrachtungsweise, die sie unter der Bezeichnung „Typ-B-Prozeßforschung“ entwickeln: „Unter dieser Forschungsstrategie wird das Behandlungsgeschehen als sequentieller und nicht als in sich einheitlicher Behandlungsablauf verstanden. Zugrundegelegt wird dabei generell ein transaktionales Kausalverständnis (vgl. Lazarus und Launier, 1981): Therapeutische Veränderungen finden in diesem Rahmen statt unter dem Einfluß von miteinander in Wechselbeziehung stehenden Bedingungen; ein jeweils erreichter Entwicklungsmoment bildet jeweils neue Voraussetzungen für nachfolgende Veränderungsschritte. Durch den jeweils neuen Kontext erhalten die Sequenzen des therapeutischen Prozesses unterschiedliche Bedeutungen“ (S. 7). Methodisch gesehen führt dies auf den Weg der Zeitreihenanalyse, wobei es im Gegensatz zur bisher üblichen Vorgehensweise nicht darum gehen kann, zeitabhängige Prozesse herauszufiltern und zu eliminieren. Ein solches Vorgehen ließe nur die therapeutische Intervention als kausalen Agens zu, „der a priori eine unidirektionale Wirkung auf das Klientenverhalten zugeschrieben“ würde (S. 14). Die Alternative besteht in der Erfassung von Wechselwirkungen und transaktionalen Beziehungen, deren Analyse und Modellierung ein systemtheoretisches Instrumentarium erforderlich macht. Dieses Instrumentarium hat sich im Umfeld der Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme in den letzten Jahren sprunghaft entwickelt (Schuster, 1989; Kriz, 1992; Levine und Fitzgerald, 1992; Elbert et al., 1994; Schiepek und Strunk, 1994; Schiepek, 1994c; Scheier und Tschacher, 1994). Wir werden darauf in Teil II dieses Beitrags eingehen.

Für eine dynamische Betrachtungsweise, die sich zudem nichtlinearer Analyseverfahren bedienen möchte, reicht eine Auswahl behandlungsrelevanter Episoden (z.B. Greenberg, 1986) nicht aus. Darauf wurde bereits in Punkt 1.1.9 hingewiesen. Erst die Erfassung kompletter Therapien erlaubt es, Diskontinuitäten, kritische Episoden oder nichtstationäre Prozesse zu identifizieren. Nicht nur, daß „mit Blick auf die Gesamteffektivität der Psychotherapie längere Interaktionsfolgen erheblich bedeutsamer (sind), als jene recht kurzen Therapiesequenzen“ (Bastine et al., 1989, S. 11). Auch und gerade die Tatsache, daß selbstorganisierende Prozesse (wie es Therapien sind) ein „Gedächtnis“ und eine Geschichte entwickeln, macht die Betrachtung von Episodensequenzen notwendig. Die Historie eines selbstorganisierenden Systems ist der zeitliche Kontext für dessen weiteren Strukturwandel. Ein und derselbe Systemzustand kann zu unterschiedlichen Entwicklungen führen, je nachdem, woher das System kam, welche „Bifurkationskaskaden“ es hinter sich hat. In der Systemtheorie wird dieses Phänomen unter anderem am Beispiel der „Hysterese“, d.h. des Stabilitätsüberhangs vor dynamischen Übergängen thematisiert. Fazit: Einzelepisoden für sich genommen haben wenig Bedeutung, ebensowenig wie die Analyse isolierter Interventionswirkungen.

Eine kontextsensible Prozeßforschung wird sich unter dieser Perspektive für die Emergenz „nicht-normativ gebundener Phasenverläufe“ (Bastine et al.) interessieren. Aus der Theorie selbstorganisierender Systeme ebenso wie aus der praktischen Erfahrung weiß man, daß Therapien ihre eigenzeitliche Struktur, ihren „persönlichen“ Rhythmus, ihre typischen Verlaufsmuster haben, die krisenhaft oder euphorisch, diskontinuierlich oder (seltener) kontinuierlich ineinander übergehen. Praktisch bedeutsam ist es, sich auf diese Phasen einzustellen und die jeweils bestimmenden Interaktionsmuster zu erkennen. Das Therapeutenverhalten hat dabei die interessante Doppelfunktion, sowohl Produkt als auch Katalysator dieser Interaktionsmuster zu sein. Ein Denken in Phasenübergängen ist dabei hilfreich, denn es erlaubt sowohl die Akzeptanz bestimmter Phasen (z.B. des Klagens und Lamentierens, der Regression) als auch deren Entwicklungsstimulation, und es sensibilisiert sowohl für Stabilität als auch für kritische Instabilitäten und deren Bedingungen.

Aus diesen Bedingungen wird vielleicht schon die zukünftige Praxisrelevanz der kontextsensiblen Prozeßforschung und des Konzepts der nicht-normativ gebundenen Phasenverläufe deutlich. Normativ vorgegebene Phasen (z.B. in der Verhaltenstherapie: Phase der Kooperations-Klärung, Phase der Zielklärung, Phase der Problemanalyse, etc.) verlieren damit nicht unbedingt ihre Bedeutung, da sie Strukturierungshilfen bieten, doch sind sie als Heuristiken im Kopf des Therapeuten nur ein Element, das sich mit vielen anderen zur Eigendynamik und Eigenzeitlichkeit des therapeutischen Prozesses organisiert. Angesichts der „weitverbreiteten Unzufriedenheit über die geringe Praxistauglichkeit der konventionellen Psychotherapieforschung“ (Bastine et al., S. 5) sind Konzepte gefragt, die von Praktikern als

angemessen, als nicht-trivialisierend empfunden werden, und mit denen sie – vielleicht sogar schulenübergreifend – ihre Erfahrungen strukturieren und mitteilen können. Zeit und Kontext („was ist wann und unter welchen Bedingungen (motivationaler, interaktioneller, system-geschichtlicher, zukunftsorientierter Art) zu tun“) sind Grundkategorien der praktischen Arbeit. Jede Forschung, die diese Kategorien unterläuft, katapultiert sich somit fast zwangsläufig aus aller Praxisrelevanz heraus (vgl. hierzu Dörners ausgezeichnete Kritik an der mangelnden Alltagsrelevanz psychologischer Forschung, 1983).

Die Praxisrelevanz der bisher skizzierten Prozeßforschung besteht also vielleicht allein schon darin, für Praktiker akzeptierbare Modellvorstellungen und Sprachspiele anzubieten. Denn die Brauchbarkeit von Forschung bemißt sich nicht nur nach ihren Produkten, die eventuell angewandt werden oder auch nicht¹. Brauchbar ist Forschung nicht zuletzt dann, wenn ihr die Kunst der Anregung gelingt: zu einem gemeinsamen Diskurs, zu einer gemeinsamen Auseinandersetzung und zur fruchtbaren Rekonstruktion eines Praxisfeldes – in unserem Fall der Psychotherapie.

In diesem Sinne laden wir Sie nun ein, liebe Leserin und lieber Leser, den weiteren Weg einer Mikroanalyse der Therapeut-Klient-Interaktion mit uns zu gehen. Sie werden feststellen, wieviel Knochenarbeit die Empirie auf manchen Wegstrecken abverlangt, und Sie werden auch bemerken, daß man sich vom Ballast großer Ansprüche manchmal etwas befreien muß. Obwohl die bisherige Positionsbestimmung auf unser Forschungsprogramm fast „maßgeschneidert“ ist, müssen wir Abstriche hinsichtlich Punkt 1.1.10 machen (vgl. Abb. 1). Die im folgenden dargestellte Analyse konzentriert sich im Rahmen einer Einzelfallstudie auf die Interaktion zwischen Therapeut/in und Klient/in, d.h. auf das Geschehen innerhalb der Sitzungen.

2. Methodenentwicklung: Von der statischen zur Sequentiellen Plananalyse

Wie in jedem (relativ) neuen Forschungsfeld, so wurde auch im Bereich der Psychotherapie-Prozeßforschung zunächst in die Methodenentwicklung investiert. Zahlreiche Kodiersysteme, Ratingverfahren und Systematisierungsversuche zur Erfassung der Bezie-

¹ Daß auch aufwendig und methodisch relativ sauber erzeugte Forschungsprodukte keineswegs auf ungeteilte Akzeptanz in der Praxis stoßen, zeigt sich derzeit an der kritischen Rezeption von Grawes umfangreicher Metaanalyse. Praktiker haben in diesem wie in anderen Fällen übrigens oft gute Gründe, nicht jedes angebotene Produkt (auch solche von renommierten Firmen, wie der „Wissenschaft“) sofort zu introjizieren. Vielleicht muß man sich überhaupt von der Vorstellung lösen, Praxis sei die Anwendung von Wissenschaft. Hierfür sprächen nicht nur wissenschaftstheoretische Überlegungen, sondern auch soziologische Analysen (vgl. Beck, 1986). Psychotherapie beispielsweise folgt eben nicht nur den Kriterien des Wissenschaftssystems, sondern auch des Wirtschaftssystems (also des Marktes), des Gesundheitssystems, des Bildungs- und Erziehungssystems und eventuell auch noch anderen.

hungsgestaltung zwischen Therapeut/in und Klient/in entstanden, wobei das Überblickswerk von Greenberg und Pinsof (1986) immer noch eine wertvolle Orientierung erlaubt, jedoch längst nicht mehr den Stand der aktuellen Entwicklung repräsentiert.

Der theoretische Hintergrund der vorliegenden Meßmethoden ist heterogen. Einige orientieren sich eher an lerntheoretischen Konzepten, z.B. das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP) von Schindler (z.B. 1989), andere eher an psychoanalytischen Übertragungs-Gegenübertragungskonzepten, z.B. die Analyse des zentralen Beziehungskonflikts (Core Conflictual Relationship Theme, CCRT) nach Luborsky und Mitarbeitern (z.B. Luborsky und Crits-Christoph, 1990) oder die „Plan diagnosis method“ der Mount Zion Research Group (z.B. Silberschatz, Curtis und Nathans, 1989), wieder andere am „Interpersonalen Kreismodell“ von Leary (1957), z.B. das „Impact Message Inventory (IMI)“ von Kiesler (z.B. 1983), das „Inventory of Interpersonal Problems (IIP)“ von L. Horowitz (z.B. Horowitz et al., 1988) oder die „Structural Analysis of Social Behavior (SASB)“ von Benjamin (z.B. Tress, 1992; Grawe-Gerber und Benjamin, 1989). Allein diese bestehende Methodenvielfalt erzeugt Legitimationsbedarf, wenn man sich anschickt, ein weiteres Verfahren zu entwickeln.

2.1 Motive für die Entwicklung eines Interaktions-Kodierverfahrens auf der Grundlage der Plananalyse

Was also hat uns bewogen, die Plananalyse in ein Prozeßanalyse-Instrument (sog. Sequentielle Plananalyse) zu transformieren?

Zunächst ist festzustellen, daß es sich nicht um eine völlige „Neuerfindung“, sondern um die Weiterentwicklung einer seit Jahren vorliegenden und praxisbewährten Methode handelt (frühere Bezeichnung: Vertikale Verhaltensanalyse, vgl. Grawe und Caspar, 1984; Caspar, 1989). Mit Hilfe dieser Methode werden auf der Grundlage von Videoaufzeichnungen interaktionelle Strategien bzw. Bedürfnisse eines Individuums erfaßt. Der Begriff „Plan“ bezeichnet dabei Absichten oder „Handlungsprogramme“ (vgl. Miller, Galanter und Pribram, 1960), die auch unbewußt sein und oft nur aus dem zwischenmenschlichen Verhalten hypothetisch erschlossen werden können (Caspar, 1989, S. 18). Anders formuliert: Pläne repräsentieren den intentionalen Teil aktivierter kognitiv-emotionaler Schemata einer Person (Grawe, 1986). Üblicherweise wird eine Ziel- und eine Operationskomponente innerhalb eines Plans unterschieden. Damit lassen sich instrumentelle Relationen zwischen Plänen erzeugen, d.h. es gibt Pläne, deren Realisierung eine operative Voraussetzung für die Realisierung übergeordneter Pläne (bzw. deren Zielkomponenten) darstellt. Auf diesem Wege entstehen Planhierarchien (s. Abb. 2), die menschliches Verhalten als mehrfach-determiniert ausweisen.

Wie bereits betont, müssen Pläne nicht immer bewußt sein, obwohl man im Alltagsverständnis mit dem Begriff „Plan“ ein ausschließlich bewußtes Planen assoziieren mag. Das Konstrukt wird hier also in einem umfassenderen Sinne verwendet. Die Pläne einer Per-

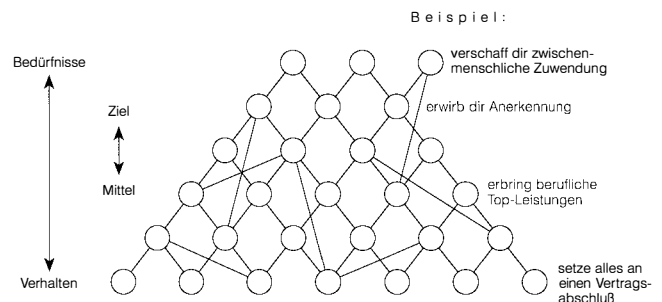


Abb. 2. Schematische Planstruktur (aus Caspar, 1989, S. 19)

son beziehen sich auf das Erreichen unterschiedlicher Ziele. So können sie auf zwischenmenschliche Erfahrungen gerichtet sein (interaktionelle Pläne) oder – was sich nicht ausschließt – auf intrapsychische Regulationen bzw. Erlebnisse (intrapsychische Pläne). Intrapsychische Pläne orientieren sich z.B. auf das Erleben bestimmter Gefühle oder den Umgang mit bestimmten Gefühlen. Schließlich sind auch „Metapläne“ denkbar, die für die Erzeugung neuer Pläne verantwortlich sind.

Für die Bezeichnung von Plänen wird der Imperativ benutzt, als ob es sich um Selbstinstruktionen handelte, z.B. „Zeige dich kompetent“, „Zeige dich sympathisch“, „Versuche, die Kontrolle zu behalten“. Diese Art der Formulierung betont den instrumentellen Charakter von Plänen.

Die Erschließung von Plänen beruht auf den konkreten Verhaltensweisen einer Person, den sogenannten Operatoren. Informationen über diese Operatoren können mit Hilfe sehr unterschiedlicher Methoden gewonnen werden, z.B. durch Verhaltensbeobachtung, Erlebnisberichte, Erfragung der Wirkung des Verhaltens auf Interaktionspartner, durch Fragebögen, Berichte von Dritten, usw. Die Operatoren stehen im Indikativ, z.B. „kauft teures Auto“, „macht Komplimente“, „seufzt“, um anzudeuten, daß es sich hierbei um beobachtbare Verhaltensweisen handelt.

Hinweise zum konkreten Vorgehen beim Erschließen von Plänen gibt Caspar (1989). Er bezeichnet Plananalysen als „Versuche, durch genaues Beobachten und Hinhören relevante Hinweise über Besonderheiten im Verhalten und Erleben von Menschen zu bekommen und diese nach bestimmten Regeln zu einem Bild zusammenzufügen“ (Caspar, 1989, S. 8). Zentraler Bestandteil einer Plananalyse ist dabei eine hierarchische Struktur aus Plänen und Verhaltensweisen, die in einer instrumentellen Relation zueinander stehen (vgl. oben Abb. 2).

Die praktische Bedeutung dieses Verfahrens besteht darin, daß sich Therapeuten auf die Pläne ihrer Klienten einstellen, d.h. die in den Plänen vermittelten interaktionellen Bedürfnisse komplementär abdecken oder aber gezielt irritieren können. Sich komplementär zu wesentlichen Plänen eines Klienten zu verhalten, ist wohl die wichtigste Voraussetzung dafür, daß sich Klienten verstanden und angenommen fühlen. Ein weiterer, für Praktiker wichtiger Aspekt besteht darin, daß Pläne klinisch bedeutsame Botschaften darstellen, die thematisiert, reflektiert und biographisch eingeordnet

werden können (vgl. das Konzept der schematheoretischen Fallkonzeption nach Grawe und Mitarbeitern). Es handelt sich nicht um reines „Verhalten“, sondern um sinnhaft strukturiertes Material, um Interpretationen, die durch Beobachtungen und Kontextinformation optimal gestützt werden. Praxis wie Forschung bewegen sich damit auf einem gemeinsamen Interpretationsniveau, nämlich auf der Ebene kommunikativ vermittelter Bedeutung. Dieses gemeinsame Kommunikationslevel von Forschung und Praxis war eine weitere Motivation für unsere Arbeitsgruppe, ein aus der Praxis stammendes Verfahren zu Forschungszwecken weiterzuentwickeln.

Da Pläne als Ziel- und Motivationskomponenten von Schemata betrachtet werden, ordnet sich die Plananalyse unmittelbar in aktuelle Schematheorien ein. Diese werden derzeit als Integrationstheorien mit dem Anspruch auf Erklärung therapeutischer Veränderungsprozesse gehandelt (Grawe, 1986; Caspar, 1989; Schiepek, 1991; Grawe, Donati und Bernauer, 1994): Therapie wird dabei als Akkomodations- und Neuorganisationsprozeß affektiv-kognitiver Schemata interpretiert, wobei dieser Prozeß auf die Aktualisierung der entsprechenden Schemata angewiesen ist. Für diese Aktualisierung ist die Aktivierung schemaspezifischer Pläne ein wichtiger Indikator.

Interaktionelle Pläne haben aber nicht nur im Hinblick auf Schematheorien, sondern auch auf neuere Selbstdarstellungs- und Selbstinterpretationskonzepte der Psychotherapie ihren Sinn (Friedlander und Schwartz, 1985; Strong, 1987; Laux und Weber, 1993; Renner, Laux und Schiepek, 1993): Geänderte Selbstdarstellung kann auf dem Weg über die Selbstwahrnehmung und über veränderte Interaktionen mit relevanten Anderen zu einer Umstrukturierung von Selbstkonzepten führen (self-defining feedback). In einer interaktionellen Sichtweise sind Pläne ebenso Ausdruck intrapsychischer Prozesse, z.B. zentraler Bedürfnisse (z.B. nach identitätsbestätigender Selbstwahrnehmung) oder Selbstwertregulationsstrategien, wie auch eine Folge des Beziehungsangebots von Interaktionspartnern. Insofern Pläne als Funktion von Plänen aufgefaßt werden, entsteht ein Bild von Psychotherapie als selbstreferentiell System von Planaktivierungen (Schiepek, 1991). Wenn therapeutische Veränderungen aus diesen selbstreferentiellen Aktivierungsprozessen heraus erklärbar werden sollen, so schlägt die Methode der Sequentiellen Plananalyse einen Bogen von der interaktionellen Therapietheorie Sullivans (1953) zu modernen Selbstorganisationstheorien der Psychotherapie (z.B. Schiepek, Fricke und Kaimer, 1992; Schneider, 1992). Diese in der hierarchischen Plananalyse bereits angelegte interaktionelle Perspektive soll im Rahmen der Sequentiellen Plananalyse methodisch realisiert werden. Damit erfolgt für die Plananalyse eine Einlösung ihrer eigenen Prämissen.

Konkret soll sich die Sequentielle Plananalyse dazu eignen, Interaktionsprozesse zeitlich hochaufgelöst (z.B. in 10-Sekunden-Intervallen) zu untersuchen. Dies macht Sinn, da sich zwischenmenschliche Face-to-face-Kommunikation tatsächlich im Sekundenbereich abspielt, zumal wenn man verbales *und* nonverbales Verhalten berücksichtigt. Ausgehend von diesem feinen

Auflösungsniveau sollten sich per Zusammenfassung auch gröbere Einteilungen wählen lassen, etwa um Entwicklungen von Sitzung zu Sitzung zu verfolgen. Die unterschiedlichen Auflösungsniveaus sind dann ebenso aufeinander beziehbar wie ein qualitatives und quantitatives Datenniveau. Man kann an ein und demselben Datenmaterial per Zoom ins Detail gehen oder auf Weitwinkelperspektive umschalten.

2.2 Die Methode der Sequentiellen Plananalyse

Bei der Sequentiellen Plananalyse handelt es sich um eine idiographische, also einzelfallorientierte Methode. Sie bezieht sich zwar auf Abfolgen interaktioneller Pläne und ist daher theoriegeleitet, doch sind diese Pläne inhaltlich nicht vorab festgelegt wie etwa die Kategorien eines Beobachtungs-Kodiersystems. Sie erlaubt daher eine detaillierte, phänomennahe Betrachtung therapeutischer Prozesse im Kontext eines entdeckungs-

Einige Bemerkungen zu der untersuchten Therapie

Die insgesamt 13 Therapiesitzungen erstreckten sich über einen Zeitraum von ca. 8 Monaten.

Anliegen der Klientin (verheiratet, Mutter einer Tochter) war es, sich besser behaupten und wehren zu können. Sie wollte mehr Bezug zu sich selbst, zu ihren Gefühlen (z.B. Wut) und auch zu ihren Bedürfnissen bekommen. Thema war es immer wieder, ob und wie sie etwas für sich selbst tun könnte (angesichts vieler erlebter Einschränkungen, Ansprüche und Bedürfnisse anderer, aber auch angesichts ihres fordernden Gewissens). Auf die „Wunderfrage“ („Stellen Sie sich vor, es käme über Nacht eine Fee und ihre Probleme wären gelöst...“) gab sie in der ersten Stunde an, keine körperlichen Beschwerden (auch phobische Ängste und Krankheitsängste) mehr zu haben, mehr Energie und Unternehmungslust zu verspüren, keine Angst vor der Zukunft mehr zu haben, fröhlicher und gelöster zu sein, sich nicht mehr alles gefallen zu lassen, d.h. sich vor allem gegen ihre Herkunftsfamilie und Schwiegereltern mehr durchsetzen zu können.

Konkretisiert an traumatischen Erlebnissen mit früheren Krankheiten und medizinischen Maßnahmen sowie an Erziehungsfragen ging es oft ums Alleinsein und um ihren Wunsch nach Solidarität und Unterstützung durch ihre nächsten Bezugspersonen.

Ab der 9. Stunde berichtet sie über einige Veränderungen: Sie habe jetzt begonnen, einiges für sich selbst zu tun. So nehme sie sich jetzt regelmäßig etwas Zeit für sich, achte auf ihre Ernährung, engagiere sich in einer Mütterinitiative, habe Weiterbildungskurse begonnen und sei auch insgesamt zufriedener geworden. Am Ende der Therapie gibt sie an, sich besser durchsetzen zu können und auch mehr auf ihre Interessen zu achten. Sie macht Zukunftspläne (die sich auch auf die weitere Auseinandersetzung mit sich selbst beziehen) und beginnt eine neue Ausbildung.

Auf einer 74 Items umfassenden Beschwerdeliste reduzieren sich die mit „sehr stark“ angegebenen Symptome von 24 (am Anfang der Therapie) auf 8 (am Ende und zum 6-Monats-Follow-up). Die Einschätzung ihrer Lebenszufriedenheit (auf einem verschiedene Aspekte thematisierenden Fragebogen) ändert sich allerdings nur unwesentlich.

orientierten Forschungsinteresses („discovery oriented strategy“, s. Shoham-Salomon, 1990; Greenberg, 1991).

Die Verhaltensbeobachtung und das Erschließen der Pläne erfolgen auf der Basis von Videoaufzeichnungen und orientieren sich im Grunde an der von Caspar (1989) vorgeschlagenen Methode (Induktions-Deduktions-Zyklen). Im folgenden werden schwerpunktmäßig die im Rahmen der Sequentiellen Plananalyse erfolgten Modifikationen und Erweiterungen des ursprünglichen Verfahrens beschrieben, wobei ein Verständnis der Vorgehensweise auch ohne Kenntnis des Buches von Caspar möglich sein sollte (vgl. auch Richter, Schiepek, Köhler und Schütz, 1995).

Grundlage für die Methodenentwicklung war eine vollständig videographierte 13stündige Einzeltherapie, die nach dem Konzept der lösungsorientierten Kurzzeittherapie nach de Shazer (z.B. 1989) durchgeführt wurde². Die Klientin war eine 26jährige, nicht berufstätige, verheiratete Frau, die aufgrund von körperlichen Beschwerden, familiären Problemen und allgemeiner Unzufriedenheit mit ihrer Lebenssituation die Therapie aufgesucht hatte. Der männliche Therapeut hatte ca. 10 Jahre Berufserfahrung (s. Kasten auf S. 7).

1. Beobachtungsphase. Die Beobachtung wurde von zwei therapeutisch vorerfahrenen und in der Methode der Plananalyse geschulten Personen durchgeführt, die sich gegenseitig kontrollieren und ergänzen konnten. Das Verhalten von Klientin und Therapeut wurde für jedes 10-Sekunden-Intervall möglichst umfassend protokolliert. In dieser Protokollierung des verbalen und nonverbalen Verhaltens bestand die wesentliche Datenbasis der Plananalyse.

2. Festlegung der Operatoren. Nachdem ein detailliertes Protokoll der Therapie vorlag, in welchem die verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen von Klientin und Therapeut in ihrem zeitlichen Verlauf festgehalten waren, konnte mit der eigentlichen Plananalyse begonnen werden. Dazu wurden von beiden Beobachtern gemeinsam die relevanten, d.h. auf interaktionelle Pläne verweisenden Verhaltensweisen (Operatoren) herausgefiltert. Die Auswahl der Operatoren war also bereits in die Induktions-Deduktions-Zyklen der Plananalyse eingebunden und geschah nach folgenden Kriterien:

1. Die Sicherheit und Eindeutigkeit, mit der ein Operator auf einen Plan hindeutet. Verhaltensweisen, bei denen sich die Beobachter uneinig waren, ob man aus ihnen überhaupt auf einen Plan schließen könne, wurden nicht berücksichtigt.
2. Schwerpunkt auf interaktionelle Pläne. Rein „reaktive“ Verhaltensweisen wurden von uns nicht in die Operatorenliste aufgenommen.

² Die Therapie fand an der Psychologischen Forschungs- und Beratungsstelle der Universität Bamberg statt. Wir bedanken uns beim Leiter dieser Stelle, Herrn Dr. Peter Kaimer, für die aktive Unterstützung unserer Forschungsarbeiten ganz herzlich. Ebenso bedanken wir uns bei Prof. Dr. Lothar Laux für die Arbeitsmöglichkeiten im Videolabor des Lehrstuhls für Differentielle und Persönlichkeitspsychologie der Universität Bamberg.

Oberplan	V FORDERE HILFE VOM THERAPEUTEN
Unterplan	17 VERLANGE RATSCHLÄGE Klientin zeigt sich äußerst unsicher in ihren Entscheidungen und erwartet Lösungshilfen, Empfehlungen oder Tips vom Therapeuten; teilweise fordert sie ihn direkt auf, ihr Ratschläge zu geben bzw. überläßt ihm die Entscheidung
Operatoren	112 habe gute Tips bekommen: bin nicht verantwortlich für Eltern 142 "wie soll ich mich verhalten?" 192 "ich fühl' mich so da drinnen, weiß nicht, wie rauskommen..." 199 Gefühl: "ich muß Eltern helfen..."; Logik: "das will ich aber nicht..."; "schönstes Dilemma" 207 schlechtes Gewissen "erwischt mich eh' wieder"... "Wie soll ich's an der Nase herumführen?" 254 "...die Frage ist nur: wie soll ich das durchziehen? Der Kleine läßt mich nicht lernen...das ist das Problem" 338 "...weiß nicht, wie ich mich verhalten soll" 359 "ist das normal?" 360 stellt Erziehungsfragen, will Tips 362 Mann meint, sie solle ihre Bedürfnisse vor die ihres Sohnes stellen; "ich weiß nicht" 398 richtiges Verhalten? "ich möchte nicht zurückschreien, aber ich möchte auch nicht nix sagen..." 400 "wie soll ich reagieren?" 453 läßt sich von Mann beeinflussen (bzgl. Umzug nach Bamberg): "das macht mich schwach...; denk' ich mir: vielleicht hat er ja recht..." 469 erfragt direkt Rat: "was glauben Sie, daß besser wär"? Was soll ich austesten?" 495 "einerseits..." (entschlossen), "andererseits..." (unsicher) 536 "ich wollte Sie fragen, ob Sie meinen..." 902 lehnt sich zurück, erwartungsvoll 924 Hände über Hüfte/im Schoß (nach Erklärung, schaut ihn an)

Abb. 3. Beispiel für die Kurzbenennung von Operatoren eines Unterplans der Klientin. Zusätzlich zu ihrer Bezeichnung werden die Unterpläne noch durch eine knappe Beschreibung charakterisiert. Alle Unterpläne sind den Oberplänen in eindeutiger Weise zugeordnet

3. Zeitliche Variation der Operatoren. Operatoren, die sich während einer Therapiestunde nicht ändern können (z.B. wie „Klientin hat rotes Kleid an“), sind nicht in die Operatorenliste eingegangen.

Um die Überschaubarkeit der Daten zu erhöhen, haben wir uns um eine eindeutige Zuordnung der Operatoren zu den Plänen bemüht. Die traditionelle Plananalyse läßt es zu, daß ein und derselbe Operator für die Realisierung mehrerer Pläne gleichzeitig eingesetzt werden kann. Diese Mehrfachbestimmtheit von Operatoren wird in der Sequentiellen Plananalyse durch Ausdifferenzierung der Operatorenbezeichnungen umgangen, so daß jeder Operator nur einem einzigen Unterplan zugeordnet ist.

3. Erschließen der Pläne. Nach der Festlegung der Operatoren konnte damit begonnen werden, eine hierarchische Plananalyse für die gesamte Therapie zu erstellen. Der Entwurf einer Plananalyse ist als kontinuierlicher Prozeß zu verstehen, der bereits bei der Sammlung der Operatoren begonnen hatte. Schon während dieses Schrittes waren Hypothesen über den Zusammenhang zwischen bestimmten Operatoren und Plänen entwickelt worden. Andernfalls wäre es nicht möglich gewesen, bedeutsame, also planrelevante Ope-

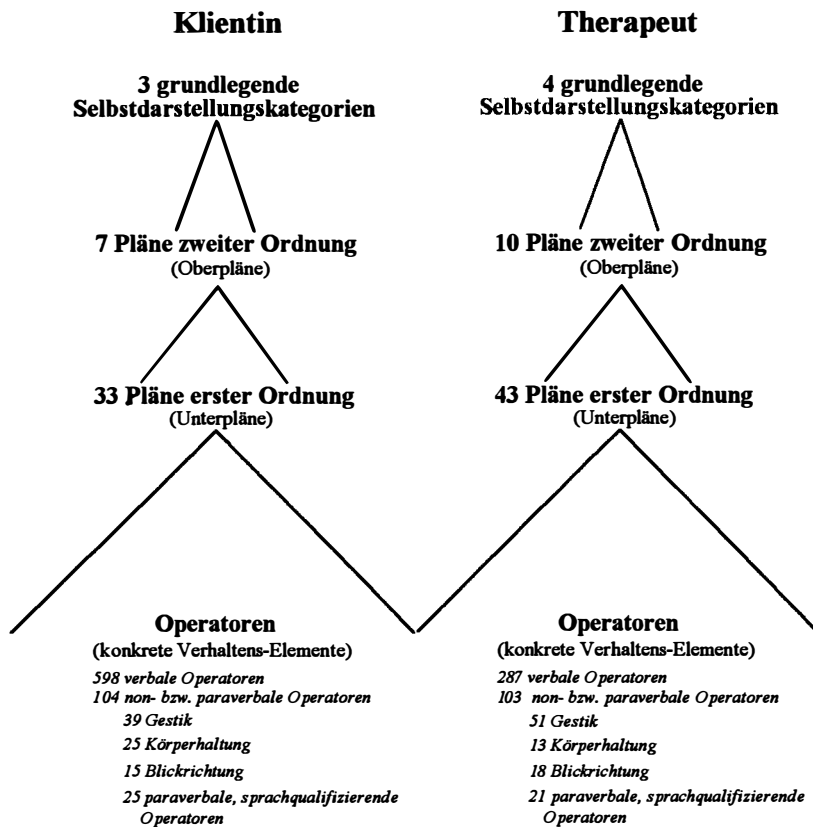


Abb. 4. Hierarchische Zuordnung von Operatoren, Plänen erster Ordnung (Unterpläne), Plänen zweiter Ordnung (Oberpläne) und globalen Selbstdarstellungskategorien. Im Gegensatz zur statischen Plananalyse, die eine beliebig fein abgestufte Planhierarchie zulässt (vgl. Caspar, 1989), unterscheidet die Sequentielle Plananalyse aus Gründen der Vereinfachung nur zwischen Plänen erster (Unterpläne) und zweiter Ordnung (Oberpläne). Die Planhierarchie einschließlich der Zuordnung der Operatoren zu den Plänen stellt einen wichtigen Zwischenschritt der Sequentiellen Plananalyse dar. Die Häufigkeitsangaben beziehen sich auf die Analyse der im Text erwähnten Einzeltherapie

ratoren überhaupt zu identifizieren und zusammenzufassen. Doch sollten die Hypothesen in diesem Stadium noch relativ leicht verworfen werden können. Planhypothesen wurden solange entwickelt, modifiziert und wieder verworfen, bis schließlich eine für die Analysierenden befriedigende Fassung vorlag. Es handelte sich also um einen konsensuellen und gleichzeitig datennahen Validierungsprozeß. Für jeden Plan erster Ordnung wurde eine Kurzbeschreibung angefertigt (s. Abb. 3).

Dieses Verfahren führte zu einer eindeutigen Zuordnungsstruktur von Operatoren, Plänen erster Ordnung (Unterpläne), Plänen zweiter Ordnung (Oberpläne) und generellen Selbstdarstellungskategorien (Abb. 4). Abbildung 5 gibt die Bezeichnungen der Pläne zweiter Ordnung (Oberpläne) wieder, wie sie in der untersuchten Therapie identifiziert wurden. Zudem sind in Abb. 5 die Bezeichnungen der Selbstdarstellungskategorien enthalten, denen die Oberpläne nach theoretischen Gesichtspunkten (vgl. Friedlander und Schwartz, 1985; Mummendey, 1990; Laux und Weber, 1993) zugeordnet wurden.

4. *Sequenzdarstellung.* Um die Abfolge der einzelnen Pläne zu ermitteln, wurde das Therapieprotokoll Intervall für Intervall (gemeint sind die 10-Sekunden-Intervalle unserer Untersuchung) durchgesehen und festgestellt, welche Operatoren das jeweilige Intervall enthielt. Dieser Arbeitsschritt führte zu einer Aufzeichnung von Operatorenssequenzen. Günstig ist es, diesen Arbeitsschritt möglichst zügig durchzuführen, um Bezugssystemverschiebungen zu vermeiden, die dadurch

	Pläne zweiter Ordnung (Oberpläne)	Generelle Selbstdarstellungskategorien
Klientin	1) Demonstriere Stärken und Kompetenzen 2) Mach' deutlich, daß Du es schwer hattest/hast 3) Sei eine gute Klientin/ Schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten	I Suche nach Zuwendung/ Anerkennung/guter Beziehung
	4) Zeige, daß Dein Leiden stark außenbeeinflußt ist 5) Fordere Hilfe vom Therapeuten	II Externalisation/Hilflosigkeit demonstrieren
	6) Zeige Interesse und Bereitschaft, an der Lösung Deiner Probleme zu arbeiten 7) Schütze Dich vor bedrohlichen Veränderungen	III Problembearbeitung (Selbstöffnung vs. Vermeidung)
Therapeut	1) Zeige Kompetenz 2) Erzeuge eine vertrauensvolle Beziehung 3) Zeige Dich einfühlsam 4) Motiviere die Klientin	I Vertrauen, Sicherheit vermitteln
	5) Veranlasse sie dazu, ihre Denkmuster zu reflektieren 6) Konfrontiere sie mit problematischen Einstellungen und Verhaltensweisen	II Konfrontation, Verunsicherung
	7) Aktiviere die Klientin 8) Zeige, daß sie verantwortlich	III Eigenverantwortlichkeit der Klientin fördern
	9) Lenke ihre Aufmerksamkeit 10) Gib ihr Struktur	IV Aktive, strukturierende therapeutische Arbeit

Abb. 5. Beispiel für die inhaltliche Benennung von Oberplänen und Selbstdarstellungskategorien, einschließlich deren Zuordnung. Die Wahl der Selbstdarstellungskategorien sowie die Zuordnung erfolgte theoriegeleitet vor dem Hintergrund der neueren Selbstdarstellungsforschung

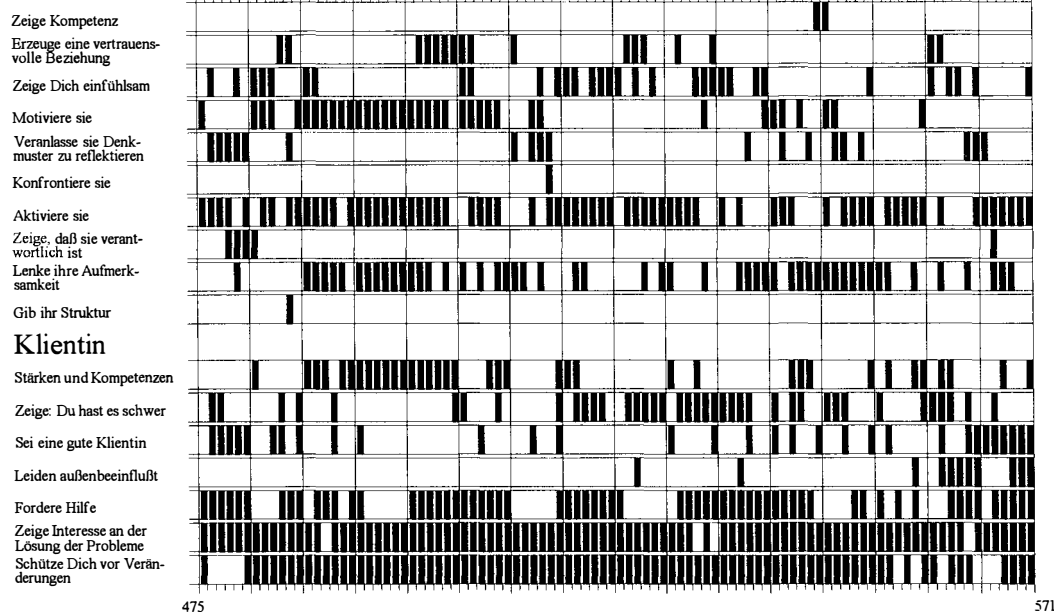
entstehen können, daß sich die impliziten Zuordnungsregeln der im Protokoll notierten Verhaltensweisen zu den Operatoren im Laufe eines längeren Analyseprozesses verändern. Die Aufzeichnung der Operatorensequenzen wurde durch die Verfügbarkeit der fertigen hierarchischen Plananalyse erheblich erleichtert, da die Zuordnung der Operatoren zu den Plänen in der Planstruktur ja genau definiert ist.

Durch die eindeutige Zuordnung der Operatoren zu den Plänen ist zugleich auch schon definiert, welche

Pläne in einem bestimmten Intervall zu kodieren sind. Für diesen Schritt wurde ein Computeralgorithmus entwickelt, der die aktivierten Pläne pro 10-Sekunden-Intervall identifizierte. Es resultieren On-Off-Patterns aktivierter Pläne, welche den Therapieprozeß auf Nominaldatenniveau wiedergeben.

Um dieses multiple Aktivierungsmuster von Plänen erster und zweiter Ordnung graphisch anschaulich zu machen, bemühten wir eine Analogie zur Musik. In der musikalischen Notenschrift sahen wir nämlich ein tra-

Therapeut



Sitzung 1

Abb. 6. Beispiel für die Partiturdarstellung der Abfolgemuster von Oberplänen (oben Therapeut, unten Klientin). Dargestellt ist ein Ausschnitt aus der zweiten Therapiesitzung. Nach diesem Schema sind alle 13 Sitzungen der von uns untersuchten Einzeltherapie kodiert

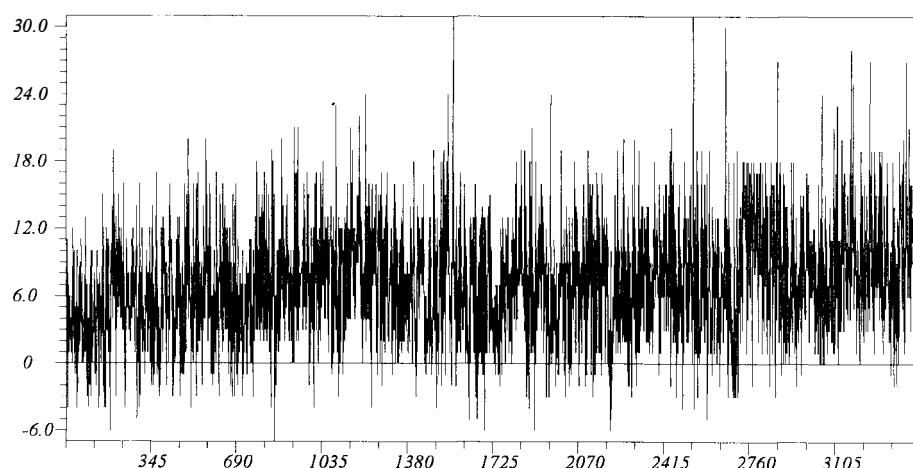


Abb. 7. Zeitreihe der Selbstdarstellungskategorie „Problembearbeitung (Selbstöffnung vs. Vermeidung)“ der Klientin. Die Zeitreihe weist auch negative Werte auf, da sie auf der Differenz zwischen den Zeitreihen der Oberpläne „Zeige Interesse und Bereitschaft an der Lösung Deiner Probleme zu arbeiten“ und „Schütze Dich vor bedrohlichen Veränderungen“ beruht. Niedrige und negative Werte können eventuell als Operationalisierung von „Widerstand“ interpretiert werden. Alle anderen Selbstdarstellungs-Zeitreihen beruhen ausschließlich auf additiven Zusammenfassungen, so daß nur Werte größer Null vorkommen können. Zur Generierung der Zeitreihe wurden die 13 Sitzungen aneinandergesetzt, die Rückmeldephasen aufgrund ihrer andersartigen Kommunikationsstruktur jedoch herausgeschnitten. Daher reduziert sich die Gesamtzahl der Meßzeitpunkte ($n = 3922$) auf $n = 3450$

ditionelles Vorbild dafür, wie es mit einfachen Mitteln gelingen kann, komplexe Verlaufsmuster verständlich zu dokumentieren. Bei der graphischen Veranschaulichung von Plansequenzen orientierten wir uns daher an Orchesterpartituren. Wie in einer Partitur für jedes Instrument eine eigene Notenzeile (bestehend aus fünf Linien) vorgesehen ist, reservieren wir auch für jeden Plan in unserer Planpartitur eine eigene Zeile. Z.B. können die Pläne erster und zweiter Ordnung in zwei, wie man in der Musik sagt: „Systemen“ getrennt voneinander dargestellt werden: die Oberpläne stehen oben, die Unterpläne unten. Neben dieser Darstellungsweise ist eine Synopse der Oberpläne von Therapeut und Klientin sogar noch aussagekräftiger als die individuelle Gruppierung. Es stehen dann – in unserem Fall – 17 Zeilen übereinander: 10 für die Oberpläne des Therapeuten und 7 für die Oberpläne der Klientin (Abb. 6).

Ist ein Plan aktiviert, erfolgt eine Markierung durch ein rechteckiges Zeichen. Von links nach rechts kann man die zeitliche Abfolge der Pläne ablesen, wobei „Taktstriche“ in Minutenabstand die Orientierung erleichtern. Da unsere Intervalllänge 10 Sekunden beträgt, sind zwischen zwei Taktstrichen also maximal sechs Kodierungen möglich. Leicht erkennt man, welche Pläne synchron zum Klingeln kommen, worin vielleicht die Grundlage für eine zukünftige „Harmonielehre der Psychotherapie“ zu errahnen ist. Auch Abfolgemuster der Pläne sind zu erkennen (oder zumindest über geeignete Computeralgorithmen zu identifizieren); in ihnen sind die Melodien und Rhythmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung kodiert. Diesen Code mag man sich für die Entwicklung einer „Kompositionslehre der Psychotherapie“ zunutze machen. Vielleicht führt der Weg zu einer „allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe, Bernauer und Donati, 1994; Schiepek, 1994b) und der dafür notwendigen Prozeßforschung über die Musik?

Die gesamten 13 Sitzungen der von uns untersuchten Einzeltherapie liegen vollständig in Form einer Planpartitur vor, und zwar sowohl für die Klientin als auch für den Therapeuten. Die Gesamtdauer der Therapie ist dabei in 3922 Intervalle gequantelt. Das Datenmaterial ist einer computergestützten Analyse leicht zugänglich, womit z.B. Plankonfigurationen und deren Veränderung identifiziert, Übergangswahrscheinlichkeiten berechnet oder gezielte hypothesengeleitete Recherchen durchgeführt werden können.

5. *Quantifizierung der Pläne.* In einem letzten Arbeitsschritt wurden sämtliche Operatoren auf einer fünfstufigen Skala nach ihrer Intensität bzw. nach der Deutlichkeit, mit der sie den zugehörigen Unterplan repräsentieren, beurteilt. Die hierarchische Zuordnung von Operatoren und Plänen wurde dann genutzt, um für jedes Zeitintervall die quantitative Ausprägung der einzelnen Pläne zu bestimmen. Diese ergibt sich aus der Anzahl der Operatoren pro Plan und Zeitintervall sowie aus der Intensitätsbeurteilung der jeweiligen Operatoren. Die Zusammenfassung erfolgt durch einfache Addition (einzige Annahme: die Kategorie III „Problembearbeitung“ der Klientin, die aus der Differenz der zugehörigen Oberpläne 6 und 7 (vgl. Abb. 5)

Klientin 1: Demonstriere Stärken und Kompetenzen

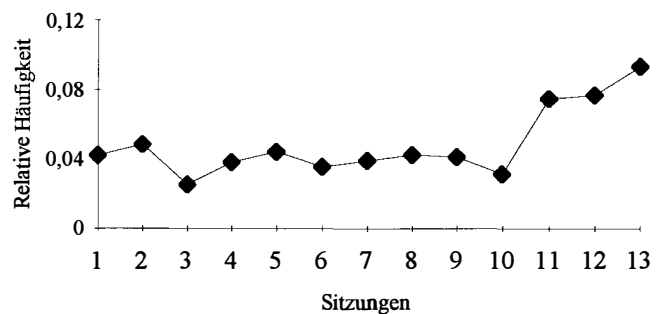


Abb. 8. Die Entwicklung des Plans „Zeige Stärken und Kompetenzen“ (Klientin) über alle 13 Sitzungen hinweg. Die Ordinate gibt die relative Häufigkeit, bezogen auf die Gesamtaktivität (d.h. alle in einer Sitzung vorkommenden Operatoren der Klientin) an

Therapeut 7: Aktiviere sie

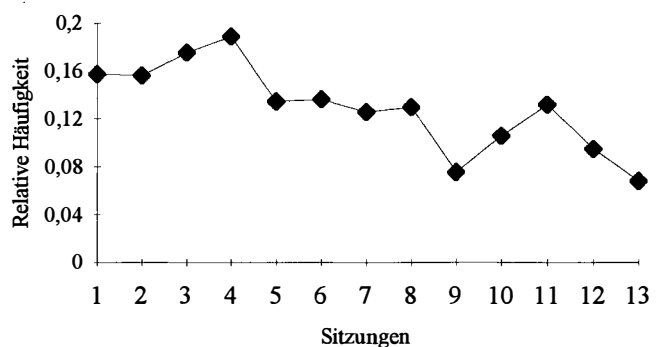


Abb. 9. Die Entwicklung des Plans „Aktiviere die Klientin“ (Therapeut) über die 13 Sitzungen hinweg. Die Ordinate gibt die relative Häufigkeit, bezogen auf die Gesamtaktivität des Therapeuten in einer Sitzung an

entstand). Komplizierte Quantifizierungsalgorithmen wurden erprobt, erwiesen sich jedoch der Addition nach verschiedenen Kriterien nicht als überlegen. Eines dieser Kriterien bestand darin, eine künstliche Überdifferenzierung der quantitativen Planskalierung zu vermeiden, ein anderes in der Einfachheit des Vorgehens. Insbesondere für die höchste Aggregationsebene der Selbstdarstellungskategorien ergeben sich daraus lückenlose quantitative Zeitreihen. Abbildung 7 zeigt eine davon.

3. Erste Ergebnisse: Beispiele für lineare Analysen des therapeutischen Prozesses

3.1 Die Häufigkeit von Plänen in der Abfolge der Therapiesitzungen

Der psychotherapeutische Prozeß wird im Rahmen unserer Einzelfallstudie als Entwicklungs- und Abfolgemuster interaktioneller Pläne repräsentiert. Die einfachste Form der Darstellung ist dabei die schlichte Auszählung der Häufigkeiten, mit denen die Pläne von Klientin und Therapeut in den einzelnen Sitzungen aktiviert sind. Dabei erkennt man, daß verschiedene

Pläne über die gesamte Therapiedauer hinweg unterschiedlich oft vorkommen (im Sinne eines Haupteffekts), man erkennt aber auch charakteristische Entwicklungen einzelner Pläne. Beispielsweise tritt der Plan der Klientin „Zeige Stärken und Kompetenzen“

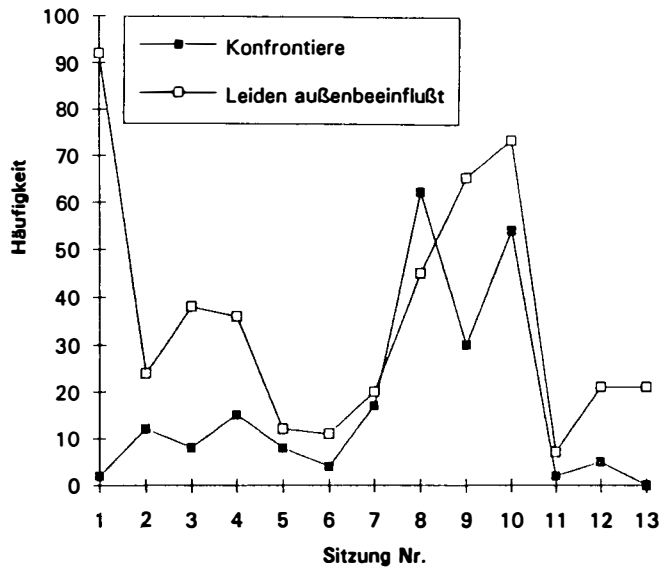


Abb. 10. Die Häufigkeiten der Oberpläne „Zeige, daß Dein Leiden stark außenbeeinflusst ist“ (Klientin) und „Konfrontiere sie mit problematischen Verhaltensweisen“ (Therapeut) über die 13 Therapiesitzungen hinweg. Dargestellt ist die Anzahl der Intervalle pro Sitzung, in denen der jeweilige Plan vorkommt

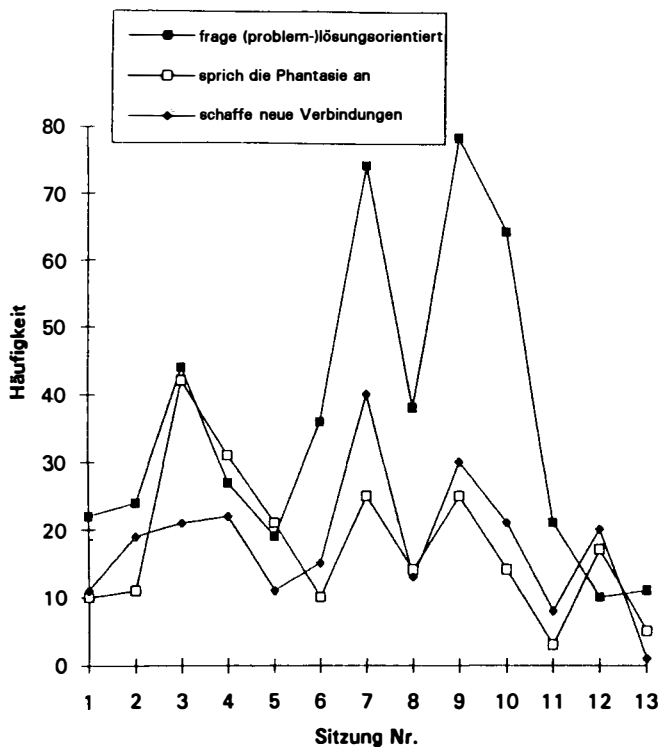


Abb. 11. Die Ko-Entwicklung dreier Unterpläne des Therapeuten („frage [problem-]lösungsorientiert“, „sprich die Phantasie an“ und „schaffe neue Verbindungen“). Dargestellt ist die Anzahl der Intervalle pro Sitzung, in denen der jeweilige Plan vorkommt

erwartungsgemäß in den letzten Therapiesitzungen häufiger auf. Ihre positiv-kompetente Selbstdarstellung nimmt zu (Abb. 8).

Der Plan des Therapeuten „Aktiviere die Klientin“ dagegen nimmt – ebenfalls erwartungsgemäß – ab. Er überläßt ihr zunehmend mehr Eigeninitiative bei der Strukturierung des therapeutischen Vorgehens (Abb. 9).

Interessanter als die isolierte Betrachtung von Planentwicklungen ist die Ko-Evolution von Plänen, welche bereits Hinweise auf Interaktionsprozesse in der Beziehungsgestaltung erlaubt. Besonders der Verlauf der Pläne „Konfrontiere Sie mit problematischen Verhaltensweisen“ (Therapeut) und „Zeige, daß Dein Leiden außenbeeinflusst ist“ (Klientin) kann geradezu als idealtypisch gelten (Abb. 10). Sieht man von der ersten Therapiestunde ab, so liegt eine Korrelation von .78 vor, bezieht man die erste Stunde mit ein, reduziert sich die Korrelation auf .44. Trotz stark ausgeprägter Externalisierung findet in der ersten Stunde keine Konfrontation statt, was sicher im Sinne des therapeutischen Beziehungsaufbaus sinnvoll ist. Der Therapeut verzichtet am Anfang und am Ende der Therapie auf konfrontative Vorgehensweisen. Eine Intensivierung findet dagegen in den Stunden 8, 9 und 10 statt, in denen die Klientin auch ausgeprägte Externalisierungstendenzen zeigt. Die Kausalrichtung muß allerdings offen bleiben: Konfrontiert der Therapeut, wenn sie die Verantwortung nach außen verlagert, oder reagiert sie mit Externalisierung, wenn der Therapeut konfrontiert? Die Mikroanalyse von Plansequenzen könnte hierzu nähere Auskunft geben.

Ein anderer interessanter Zusammenhang besteht zwischen dem Verlauf verschiedener Unterpläne des Therapeuten, z.B. (a) „frage (problem-)lösungsorientiert“, (b) „sprich die Phantasie an“ und (c) „schaffe neue Verbindungen“. Die Kovariation dieser Pläne im Stundenverlauf zeigt Abbildung 11. Die Korrelationen sind deutlich (a-b: .44, a-c: .75, b-c: .68), was sich dadurch erklären ließe, daß es sich bei allen drei Plänen um suchraum-erweiternde Strategien im Problemlöseprozeß handelt.

3.2 Die nonverbalen Signale der Aufnahmebereitschaft

Unabhängig vom zeitlichen Verlauf ist es für interaktionale Pläne von Bedeutung zu erkennen, durch welche Arten von Verhaltensindikatoren bzw. Operatoren sie repräsentiert werden. Beispielsweise wird der Plan der Klientin „Zeige Dich aufnahmebereit“ vor allem durch nonverbale Indikatoren ausgedrückt. Vergleicht man diesen (Unter-)Plan mit dem Durchschnitt aller anderen Unterpläne der Klientin, so ergibt sich eine völlig andere „Zusammensetzung“ der jeweiligen Operatorenbasis (Abb. 12).

Dieser Befund ist vor allem deshalb bedeutsam, weil therapeutische Interventionen offenbar nur dann wirksam werden können, wenn die entsprechende „Aufnahmebereitschaft“ (Ambühl und Grawe, 1988) bzw. „self-relatedness“ (Orlinsky und Howard, 1986; Orlinsky, Grawe und Parks, 1994) des Klienten gegeben ist. Es kommt daher für Therapeuten darauf an zu wissen, daß

sie die Aufnahmebereitschaft ihres Klienten primär an nonverbalen Indikatoren erkennen können. In der Ausbildung sollte konsequenterweise die Wahrnehmungsfähigkeit für die nonverbalen Signale des Gesprächspartners trainiert werden.

3.3 Die Korrelationen zwischen den Selbstdarstellungskategorien von Klientin und Therapeut im Laufe der Therapie

Natürlich lassen sich die dargestellten Befunde noch nicht generalisieren, da sie lediglich auf einem Einzelfall beruhen. Dennoch machen sie deutlich, daß die Methode der Sequentiellen Plananalyse in der Lage ist, relevante und interessante Aspekte therapeutischer Prozesse abzubilden. Die eigentliche Stärke der Methode liegt jedoch in der hochfrequenten Auflösung der therapeutischen Beziehungsanalyse, welche zu qualitativen (Abb. 6) und quantitativen Zeitreihen (Abb. 7) führt. Sucht man zwischen den quantitativen Planzeitreihen hoher Auflösung nach korrelativen Zusammenhängen, so stellt man zunächst fest, daß die Korrelationen über die gesamten Therapiesitzungen hinweg insgesamt nicht sehr hoch liegen, meist unter .40. Dies kann man als eine im Rahmen der psychologischen Forschung übliche Größenordnung hinnehmen. Unseres Erachtens drückt sich darin bereits die Tatsache aus, daß es sich im Fall der therapeutischen Beziehungsgestaltung um ein multifaktorielles, insbesondere nichtlineares dynamisches System handelt – und die lineare Korrelation zwischen nichtlinearen Prozessen ist oft nicht sehr hoch, auch wenn die Prozesse von ein und demselben System erzeugt werden (vgl. Schiepek und Strunk, 1994). Zudem gibt es Hinweise darauf, daß die charakteristischen Zeiträume für deutlich positive oder deutlich negative Resonanz zwischen Therapeuten- und Klienten-Selbstdarstellung kleiner sind als eine Therapiesitzung (vgl. Teil II dieser Arbeit).

Bemerkenswerter ist jedoch die Richtung und der Trend der Korrelationen im Verlauf der Therapie. Betrachten wir beispielsweise die drei übergeordneten Selbstdarstellungskategorien der Klientin: I „Suche nach Zuwendung / Anerkennung / guter Beziehung“, II „Externalisation / Hilfslosigkeit demonstrieren“ und III „Problembearbeitung (Selbstöffnung vs. Vermeidung)“ (vgl. Abb. 5). Dabei kann die Kategorie III als für den Fortgang der therapeutischen Arbeit charakteristisch und förderlich betrachtet werden, nicht jedoch die Kategorie II. Kategorie I ist wohl für die allgemeine Beziehungsgestaltung wichtig, ansonsten aber eher therapieuntypisch: positiv, kompetent und sympathisch darstellen wollen sich wahrscheinlich viele Menschen in vielen Situationen. Konsequenterweise ist die Korrelation zwischen der Kategorie III und den anderen beiden durchgängig negativ, wobei die negative Korrelation zwischen „Problembearbeitung“ und „Externalisation/Hilfslosigkeit demonstrieren“ in mehreren Sitzungen am deutlichsten ausgeprägt ist. Interaktionale Pläne, welche eine Bereitschaft zur Problembearbeitung signalisieren, sind also auch empirisch gesehen etwas anderes als Pläne bzw. Selbstdarstellungsformen, die das nicht tun (also z.B. Externalisierung und all-

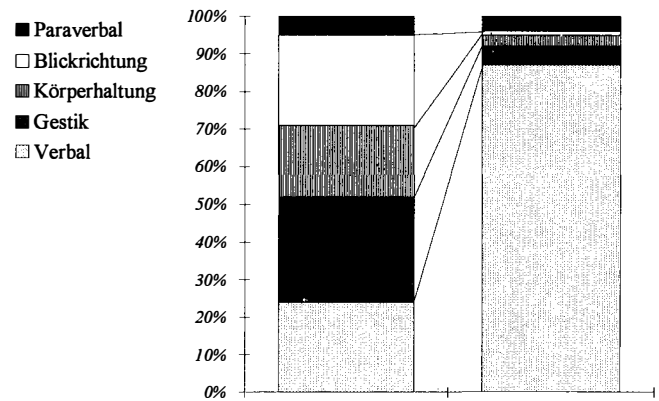


Abb. 12. Die Operatoren-Zusammensetzung des Unterplans „Zeige Dich aufnahmebereit“ (linke Säule) im Vergleich mit der durchschnittlichen Operatoren-Zusammensetzung aller anderen 32 Unterpläne der Klientin (rechte Säule). 100% bezieht sich auf die Gesamtzahl der Operatoren des Unterplans „Zeige Dich aufnahmebereit“ bzw. auf die durchschnittliche Operatorenzahl der anderen Unterpläne

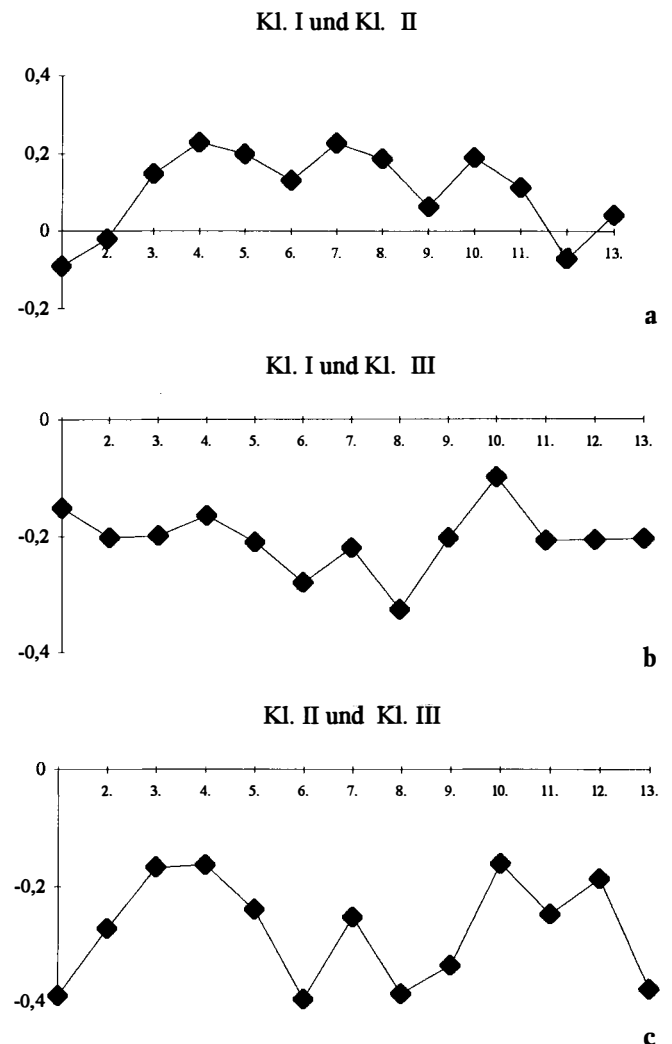


Abb. 13. Die Korrelationen der drei Selbstdarstellungs-Zeitreihen der Klientin (vgl. Abb. 5), berechnet für jede einzelne Sitzung. a Kl. I mit Kl. II; b Kl. I mit Kl. III; c Kl. II mit Kl. III. (Kl. I: „Suche nach Zuwendung/Anerkennung/guter Beziehung“; Kl. II: „Externalisation/Hilfslosigkeit demonstrieren“; Kl. III: „Problembearbeitung (Selbstöffnung vs. Vermeidung)“)

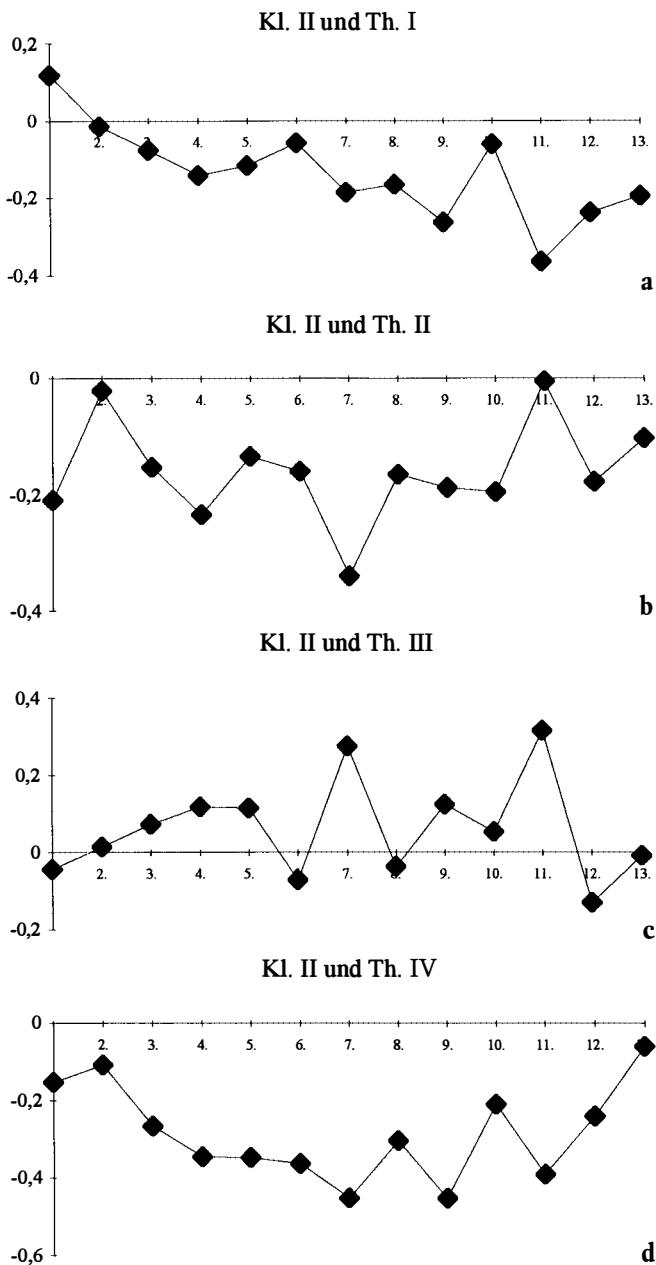


Abb. 14. Die Korrelationen bestimmter Selbstdarstellungs-Zeitreihen von Klientin und Therapeut über die 13 Sitzungen hinweg. Dargestellt sind „Externalisation/Hilflosigkeit demonstrieren“ (Kl II) mit „Vertrauen, Sicherheit vermitteln“ (Th I) (a), mit „Konfrontation, Verunsicherung“ (Th II) (b), mit „Eigenverantwortlichkeit der Klientin fördern“ (Th III) (c) und mit „aktiver, strukturierender therapeutischer Arbeit“ (Th IV) (d)

gemeine positive Selbstdarstellung). Die Selbstdarstellungskategorien I und II dagegen korrelieren fast durchgängig positiv (s. Abb. 13). Diese Korrelationsstruktur interpretieren wir als Validierungshinweis für unsere theoretisch (und nicht faktorenanalytisch) vorgenommene Zuordnung der Oberpläne zu übergeordneten Selbstdarstellungskategorien.

Bemerkenswert ist auch der Zusammenhang zwischen der Kategorie II „Externalisation/Hilflosigkeit demonstrieren“ auf Seiten der Klientin und den Selbstdarstellungs- bzw. Handlungskategorien des Thera-

peuten (aufgeführt in Abb. 5), wobei natürlich auch hier auf die Unzulässigkeit von Kausalschlüssen auf der Grundlage von Korrelationen hingewiesen werden muß. Die Korrelation mit der Therapeutenkategorie I „Vertrauen, Sicherheit vermitteln“ wird über die Sitzungen hinweg jedenfalls zunehmend negativer (Abb. 14 a). Hilflose und externalisierende Selbstdarstellungen können also im Fortgang der Therapie mit zunehmend weniger Unterstützung durch vertrauensstiftende Botschaften des Therapeuten rechnen, bzw. umgekehrt: Je weniger Sicherheitssignale der Therapeut über die Therapie hinweg sendet, um so hilfloser und weniger selbstverantwortlich für ihre Probleme stellt sich die Klientin dar.

Die Korrelation mit der Kategorie II „Konfrontation“ ist durchgehend negativ (bzw. in zwei Sitzungen nahe Null), was einerseits bedeuten kann, daß konfrontative Strategien Externalisierungen und Hilflosigkeitsdarstellungen erschweren, aber auch, daß der Therapeut auf derartige Selbstdarstellungen tendenziell (man beachte die Höhe der Korrelationen) nicht mit Konfrontation reagiert (Abb. 14 b). Wir erhalten also auf der Ebene der Mikroprozesse ein anderes Bild als auf der Ebene der groben zeitlichen Auflösung in Therapiesitzungen (s. Abb. 10), welche natürlich innerhalb der Sitzungen nicht mehr differenziert. Dies sollte zu Denken geben, denn ein großer Teil der bislang durchgeführten Therapieprozeßforschung beruht auf Globaleinschätzungen von gesamten Sitzungen. Trendmäßig erkennen wir in Abb. 14 c einen eher positiven Zusammenhang mit der Strategie III „Eigenverantwortlichkeit der Klientin fördern“ des Therapeuten. Interpretiert man den Zusammenhang aus der Sicht des Therapeuten, könnte man sagen, daß er bei „Externalisation/Hilflosigkeit demonstrieren“ eher an die Eigenverantwortlichkeit der Klientin appelliert als konfrontiert. Deutlich negativ korreliert vor allem im mittleren Teil der Therapie die „aktive, strukturierende Arbeit“ des Therapeuten mit der Externalisation und Hilflosigkeit der Klientin (Abb. 14 d). Lenkung und Strukturierung werden vom Therapeuten als ungeeignete Strategien betrachtet, auf Externalisierungen und Hilflosigkeitsdemonstrationen zu reagieren, und daher vermieden. Handlungsorientierung läßt sich durch andere Strategien (z.B. durch Maßnahmen zur Förderung der Eigenverantwortlichkeit) offenbar besser fördern (vgl. Hartung und Schulte, 1991). Man kann den Zusammenhang daher auch komplementär interpretieren: Lenkung und Strukturierung sind nicht dazu angetan, Externalisierung und hilflose Selbstdarstellungen zu fördern.

Es sei darauf hingewiesen, daß eine Signifikanzprüfung der einzelnen Korrelationskoeffizienten im vorliegenden Fall nicht sinnvoll wäre. Da die Korrelationsberechnungen pro Sitzung auf ca. 250 bis 300 Meßzeitpunkten beruhen, würden bereits sehr niedrige Koeffizienten hochsignifikant.

3.4 Vergleich zwischen Interview- und Rückmeldephase

In der lösungsorientierten Kurzzeittherapie folgt auf das therapeutische Interview eine kurze Beratung des

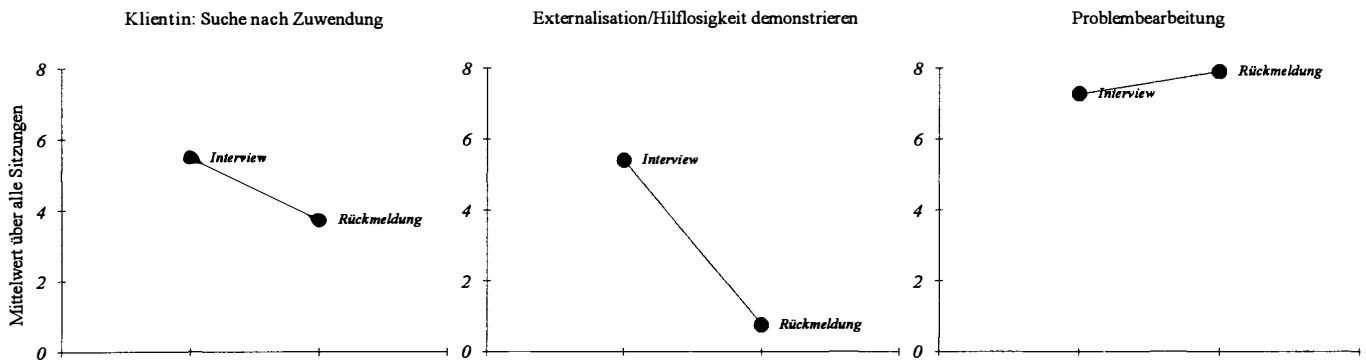


Abb. 15. Das Beziehungsangebot der Klientin im Vergleich von Interview- und Rückmeldephase. Dargestellt ist das Niveau der jeweiligen Zeitreihen in den beiden Phasen, gemittelt über alle 13 Therapiesitzungen

Therapeuten mit seinem Team, welches die Therapie-sitzung hinter der Einwegscheibe oder am Monitor verfolgt hat. Anschließend gibt der Therapeut dem Klienten eine Rückmeldung, meist in Form von Anerkennung bzw. Komplimenten und Anregungen zum Nachdenken, Beobachten oder Experimentieren (vgl. de Shazer, 1989). Diese Rückmeldephase hat folglich eine deutlich andere Beziehungsstruktur als die Interviewphase, was sich in den interaktionellen Plänen von Klientin und Therapeut niederschlagen müßte. So wäre beispielsweise zu erwarten, daß sich im günstigen Fall die Aufnahmebereitschaft erhöht, ja insgesamt die Nettoinvestition in die Problembearbeitung (Selbstdarstellungskategorie III der Klientin) zumindest nicht abnimmt. Die Kategorie „Externalisation/Hilflosigkeit“ müßte abnehmen, da diese auf Verbalisierungen angewiesen ist, während die Klientin während der Rückmeldephase hauptsächlich zuhört, also wenig redet, und auch aufmerksam und deutlich ich-beteiligt sein sollte. Die Kategorie „Suche nach Zuwendung/Anerkennung/guter Beziehung“ müßte während der Rückmeldephase ebenso reduziert sein, da es für verbal unterstützte positive Selbstdarstellungen wenig Gelegenheit gibt. Abbildung 15 zeigt, daß diese Erwartungen weitgehend bestätigt werden.

Der Vergleich zwischen den Beziehungsangeboten bzw. der Beziehungsgestaltung in der Interview- und in der Rückmeldephase läßt sich noch wesentlich weiter differenzieren, wobei wir die Hypothese verfolgen, daß eine gelungene Rückmeldung nicht nur ein deutliches „Yes-Set“ (also Signale der Akzeptanz und der Bestätigung, wie sie am Auftreten des Plans „Zeige Dich aufnahmebereit“ erkennbar sein müßten), sondern auch Merkmale der Induktion einer Alltagstrance aufweist. All dies ist Gegenstand der momentan laufenden Datenauswertung.

4. Diskussion

Die hier beschriebenen Auswertungen stellen nicht mehr dar als einige erste Schritte. Es sollte gezeigt werden, daß es auch mit konventioneller Statistik möglich ist, aus den prozessual angelegten Kodierungen einige interessante Trends und Zusammenhänge herauszufiltern. Das Wesentliche dürfte aber von Algorithmen zur synchronen und diachronen Musteridentifi-

kation zu erwarten sein, welche derzeit entwickelt und angewandt werden. Die Frage ist, welche Plankonstellationen in welcher Phase der Therapie vorkommen und wie sie ineinander übergehen. Eine Orientierungshilfe für die Hypothesengenerierung könnte dabei das „Generic Model“ von Orlinsky und Howard (1986) bzw. Orlinsky, Grawe und Parks (1994) leisten, das die Beziehungsqualität, Einzelinterventionen, Mikroergebnisse innerhalb einer Sitzung („in-session outcome“) und die „self-relatedness“ des Klienten (d.h. die Aufnahme- und Problembearbeitungsbereitschaft) in ihrer Kreiskausalität thematisiert.

Nach mehreren, in ähnlicher Weise analysierten Einzelfällen ließen sich dann eventuell Aussagen darüber machen, welche Art der Beziehungsgestaltung (d.h. der Verwirklichung bestimmter interaktioneller Pläne oder Heuristiken) durch den Therapeuten/die Therapeutin in welchem Kontext zu welchen Planaktivierungen auf Seiten der Klientin/des Klienten führt. Praxisrelevant wäre es dabei sowohl, wenn sich bestimmte Regelmäßigkeiten zeigen ließen, die man dann „anwenden“ könnte, als auch, wenn diese nicht existierten. Dies würde die therapeutische Beziehungsgestaltung einmal mehr als jeweils einzigartigen, von den sich begegnenden Persönlichkeiten und der aktuellen Situation abhängigen Prozeß ausweisen, worauf sich Ausbildungen und Supervisionen einzustellen hätten. In jedem Fall sollte diese Art von Forschung zu einem vertieften Verständnis der Therapeut-Klient-Beziehung beitragen. Und ein erweitertes Verständnis hat dann wieder Konsequenzen auf die professionelle Kommunikation über Therapie.

Die von uns entwickelte Erhebungsmethode ebenso wie die benutzten Analyseverfahren sind auf die Annahme einer wechselseitigen Beeinflussung von Therapeut/in und Klient/in hin angelegt. Wenn man sich nochmal Abb. 6 ansieht, kann man sich das wohl kaum anders vorstellen. Die Zeiten, in denen man das Therapeutenverhalten bzw. die Intervention als unabhängige und das Klientenverhalten als abhängige Variable betrachtet hat, sind eben schon lange vorbei (im Grunde seit 1953, also seit Sullivans „Interpersonal Theory of Psychiatry“).

Die vorliegende Studie fügt sich übrigens in einen Trend ein, der durch eine Öffnung der systemischen Therapien (denen die lösungsorientierte Kurzzeitthe-

rapie nach de Shazer meist zugerechnet wird) für empirische Forschung gekennzeichnet ist. Dabei können Einzelfallanalysen wie diese deutlich machen, wie vielfältig sich das Beziehungsverhalten systemischer Therapeuten gestaltet (vergleichbar dem anderer Schulrichtungen), auch wenn sie sich an ganz einfachen (lösungsorientierten) Heuristiken orientieren. Und es kann schließlich auch deutlich werden, daß die von systemischen Praktikern vorgenommene Selbstbeschreibung ihres Handelns in Kategorien von „Sinn“, „Zeit“ und „Kontext“ einer empirischen Therapieforschung nicht widerspricht, sondern im Gegenteil diese Kategorien auch für eine wissenschaftliche Annäherung an Psychotherapie notwendig, sinnvoll und vor allem methodisch umsetzbar sind.

Literatur

- Adler A (1912; 1972) Über den nervösen Charakter. Fischer, Frankfurt/M
- Ambühl H, Grawe K (1988) Die Wirkungen von Psychotherapien als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klienten. *Klin Psychol Psychopathol Psychother* 36: 308–327
- Anchin JC, Kiesler DJ (eds) (1982) *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Pergamon, New York
- Bastine R (1981) Adaptive Indikationen in der zielorientierten Psychotherapie. In: Baumann U (Hrsg) *Indikation zur Psychotherapie: Perspektiven für Forschung und Praxis*. Urban und Schwarzenberg, München, S 158–168
- Bastine R, Fiedler P, Kommer D (1989) Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Z Klin Psychol* 18: 3–19
- Beck U (1986) *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Benjamin LS (1993) *An interpersonal approach to the DSM axis II personality disorders*. Guilford, New York
- Caspar F (1989) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
- Ciampi L (1982) *Affektlogik*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Czagalik D (1989) *Psychotherapie als Prozeß: Mehrebenenanalytische Untersuchung zu Struktur und Verlauf psychotherapeutischer Interaktionen*. Habilitationsschrift, Universität Ulm
- Czagalik D (1990) *Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie*. In: Tschuschke V, Czagalik D (Hrsg) *Psychotherapie – welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 7–30
- Dörner D (1983) *Empirische Psychologie und Alltagsrelevanz*. In: Jüttemann G (Hrsg) *Psychologie in der Veränderung*. Beltz, Weinheim Basel, S 13–29
- Elbert T, Ray WJ, Kowalik ZJ, Skinner JE, Graf KE, Birbaumer N (1994) Chaos und physiology – deterministic chaos in excitable cell assemblies. *Physiol Rev* 74: 1–47
- Friedlander ML und Schwartz GS (1985) *Toward a theory of strategic self-presentation in counseling and psychotherapy*. *J Counseling Psychology* 32: 483–501
- Grawe K (1982) *Indikation in der Psychotherapie*. In: Bastine P, Fiedler K, Grawe K, Schmidtchen S, Sommer G (Hrsg) *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Edition Psychologie, Weinheim, S 171–178
- Grawe K (1986) *Schema-Theorie und interaktionelle Psychotherapie*. Forschungsbericht, Universität Bern
- Grawe K (1987) *Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata. Ein Prozeß mit nicht vorhersehbarem Ausgang*. In: Caspar F (Hrsg) *Problemanalyse in der Psychotherapie*. DGVT, Tübingen, S 72–87
- Grawe K (1988) *Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung*. *Z Klin Psychol* 17: 1–7
- Grawe K (1992) *Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre*. *Psychologische Rundschau* 43: 132–162
- Grawe K (1994) *Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie*. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 3: 357–370
- Grawe K, Caspar F (1984) *Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung*. In: Baumann U (Hrsg) *Psychotherapie: Makro- und Mikroperspektiven*. Hogrefe, Göttingen, S 177–197
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1993) *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe-Gerber M, Benjamin LS (1989) *Structural analysis of social behavior (SASB). Coding manual for psychotherapy research*. Forschungsbericht, Universität Bern
- Greenberg LS (1986) *Change process research*. *J Consult Clin Psychol* 54: 4–9
- Greenberg LS (1991) *Research on the process of change*. *Psychotherapy Research* 1: 3–16
- Greenberg LS, Pinsof HM (eds) (1986) *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Guildford, New York
- Hartung J, Schulte D (1991) *Anregung eines handlungsorientierten Kontrollmodus im Therapieprozeß*. In: Schulte D (Hrsg) *Therapeutische Entscheidungen*. Hogrefe, Göttingen, S 107–131
- Hentschel U (1990) *Zur therapeutischen Allianz*. In: Tschuschke V, Czagalik D (Hrsg) *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 71–98
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS (1988) *Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications*. *J Consult Clin Psychol* 56: 885–892
- Kelly GA (1955) *The psychology of personal constructs*. Norton, New York
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R (1992) *Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate immunity?* *J Consult Clin Psychol* 60: 563–575
- Kiesler DJ (1982a) *Interpersonal theory for personality and psychotherapy*. In: Anchin JC, Kiesler DJ (eds) *Handbook of Interpersonal Psychotherapy*. Pergamon, New York, pp 3–24
- Kiesler DJ (1982b) *Confronting the client-therapist relationship in psychotherapy*. In: Anchin JC, Kiesler DJ (eds) *Handbook of Interpersonal Psychotherapy*. Pergamon, New York, pp 274–295
- Kiesler DJ (1983) *The 1982 Interpersonal circle: a taxonomy for complementarity in human transactions*. *Psych Rev* 90: 185–214
- Kriz J (1992) *Chaos und Struktur. Quintessenz*, München
- Kruse P, Stadler M, Pavlekovic B, Gheorghiu V (1992) *Instability and cognitive order formation: self-organization principles, psychological experiments and psychotherapeutic interventions*. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) *Self-organization and clinical psychology*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 102–117
- Laux L, Weber H (1993) *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung*. Kohlhammer, Stuttgart
- Lazarus RS, Launier R (1981) *Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt*. In: Nitsch JR (Hrsg) *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*. Huber, Bern, S 213–259
- Leary T (1957) *Interpersonal diagnosis*. Ronald Press, New York
- Levine RL, Fitzgerald HE (eds) (1992) *Analysis of dynamic psychological systems, vol. 2*. Plenum Press, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) *Understanding transference: the CCRT method (The core conflictual relationship theme)*. Basic Books, New York
- Miller GA, Galanter E, Pribram KH (1960) *Plans and the structure of behavior*. Holt, Rinehart & Winston, New York (Deutsch: *Strategien des Handelns*. Klett, Stuttgart, 1973)

- Mummendey HD (1990) Psychologie der Selbstdarstellung. Hogrefe, Göttingen
- Nelson RO (1987) DSM-III and behavioral assessment. In: Last CG, Hersen M (eds) Issues in diagnostic research. Plenum, New York, pp 303–327
- Orlinsky DE, Howard KJ (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, pp 311–384
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks R (1994) Process in 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
- Piaget J (1976) Die Äquilibration der kognitiven Strukturen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Renner K-H, Laux L, Schiepek G (1993) Self-Modeling. Die eigene Person als Video-Vorbild. Forschungsforum. Berichte aus der Otto-Friedrich-Universität Bamberg 5: 149–156
- Rice LN, Greenberg LS (eds) (1984a) Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process. Guilford Press, New York
- Rice LN, Greenberg LS (1984b) The new research paradigm. In: Rice LN, Greenberg LS (eds) Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process. Guilford Press, New York, pp 7–26
- Rice LN, Saperia EP (1984) Task analysis of the resolution of problematic reaction. In: Rice LN, Greenberg LS (eds) Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process. Guilford Press, New York
- Richter K, Schiepek G, Köhler M, Schütz A (1995) Von der statischen zur Sequentiellen Plananalyse. Psychother Psychosom Med Psychol (im Druck)
- Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988) Berliner Psychotherapiestudie. Psychosom Med Psychoanal 34: 32–49
- Scheier C, Tschacher W (1994) Nichtlineare Analyse dynamischer psychologischer Systeme I: Konzepte und Methoden. System Familie 7: 133–144
- Schiepek G (1991) Systemtheorie der Klinischen Psychologie. Vieweg, Braunschweig
- Schiepek G (1994a) Ist eine systemische Psychotherapieforschung möglich? Klin Psychol Psychother Psychopathol 42: 297–318
- Schiepek G (1994b) Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. Ähnlichkeiten, Unterschiede, Zukunftsperspektiven. Psychother Forum 2/4: 183–190
- Schiepek G (1994c) Der systemwissenschaftliche Ansatz in der Klinischen Psychologie. Z Klin Psychol 23: 77–92
- Schiepek G, Fricke B, Kaimer P (1992) Synergetics of psychotherapy. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) Self-organization and clinical psychology. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 239–267
- Schiepek G, Strunk G (1994) Dynamische Systeme. Grundlagen und Analysemethoden für Psychologen und Psychiater. Asanger, Heidelberg
- Schindler L (1989) Das Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP). Ein Instrument zur systematischen Beobachtung des Verhaltens von Therapeut und Klient. Z Klin Psychol 18: 68–79
- Schneider H (1983) Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses. Huber, Bern
- Schneider H (1992) Theories of self-organizing processes and the contribution of immediate interaction to change in psychotherapy. In: Tschacher W, Schiepek G, Brunner EJ (eds) Self-organization and clinical psychology. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 268–282
- Schütz A (1992) Selbstdarstellung von Politikern. Analysen von Wahlkampfauftritten. Deutscher Studien Verlag, Weinheim
- Schulte D, Wittchen H-U (1988) Wert und Nutzen klassifikatorischer Diagnostik für die Psychotherapie. Diagnostica 34: 85–98
- Schulte D, Künzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T (1991) Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobien. In: Schulte D (Hrsg) Therapeutische Entscheidungen. Hogrefe, Göttingen, S 15–42
- Schuster HG (1989) Deterministic chaos. An introduction, 2nd edn. VCH, Weinheim
- de Shazer S (1989) Wege erfolgreicher Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Shoham-Salomon V (1990) Interrelating research processes of process research. J Consult Clin Psychol 58: 295–303
- Silberschatz G, Curtis JT, Nathans S (1989) Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. Psychotherapy 26: 40–46
- Stiles WB, Shapiro DA (1989) Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. Clin Psychology Review 9: 521–543
- Strong SR (1987) Interpersonal influence theory as a common language for psychotherapy. J Integrative Eclectic Psychotherapy 6/2: 173–184
- Sullivan HS (1953) The interpersonal theory of psychiatry. Norton, New York
- Tress W (Hrsg) (1992) SASB. Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Asanger, Heidelberg

Korrespondenz: PD Dr. Günter Schiepek, Westfälische-Wilhelms-Universität Münster, Psychologisches Institut I, Rosenstraße 9, D-48143 Münster, Bundesrepublik Deutschland.

PD Dr. Günter Schiepek, Hochschullehrer für Klinische Psychologie an der Universität Münster. Mitglied der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Systemische Therapie (ÖAS), der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und der Society for Psychotherapy Research (SPR). Arbeitsschwerpunkte: Anwendung der Synergetik und der Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme auf Psychotherapie, Ätiologie- und Verlaufsforschung psychischer Störungen (Schizophrenie, Alkoholismus, Depression), Emotionsforschung, Intra- und Intergruppaldynamik.