

Fietkau, Hans-Joachim

Book — Digitized Version

Einstellungen und Werthaltungen von Psychotherapeuten: theoretische Grundlegung und empirische Befunde. Vom Fachbereich Gesellschafts- und Planungswiss. der Technischen Univ. Berlin zur Erlangung des akad. Grades eines Doktors der Philosophie genehmigte Diss.

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Fietkau, Hans-Joachim (1976) : Einstellungen und Werthaltungen von Psychotherapeuten: theoretische Grundlegung und empirische Befunde. Vom Fachbereich Gesellschafts- und Planungswiss. der Technischen Univ. Berlin zur Erlangung des akad. Grades eines Doktors der Philosophie genehmigte Diss., Technische Universität Berlin, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112650>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

EINSTELLUNGEN UND WERTHALTUNGEN VON PSYCHOTHERAPEUTEN

- Theoretische Grundlegung und empirische Befunde -

Vom Fachbereich Gesellschafts- und Planungswissenschaften
der Technischen Universität Berlin
zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Philosophie
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Hans-Joachim Fietkau

Ichtershausen bei Arnstadt/Thüringen

Berlin 1976

D 83

Berichter: Professor Dr. F. Kiener

Professor Dr. W.R. Minsel

Tag der mündlichen Prüfung: 31.1.1976

Vorwort

Herr Prof.Dr. F. Kiener weckte mein Interesse für die praktische und theoretische Auseinandersetzung mit der Gesprächspsychotherapie. Der Zusammenarbeit mit ihm verdanke ich Anregungen und Hinweise, die mich ermutigt haben, bei der Betrachtung gesprächspsychotherapeutischer Prozesse Überlegungen und empirische Befunde aus anderen Teilbereichen der Psychotherapieforschung und der Psychologie überhaupt einzubeziehen. Für die Förderung, die er mir in allen Etappen der Arbeit angedeihen ließ, fühle ich mich ihm dankbar verbunden.

Diese Arbeit ist als Teil eines breiter angelegten Forschungsprogramms zu verstehen. Frau Dipl.-Psych. L. Thiede, die mit mir zusammen Quasitherapieversuche durchführte und deren Interesse sich auf die Klienteneinstellungen richtet, verdanke ich Anregungen, Kritik und praktische Hilfe. Ohne sie hätte diese Arbeit nicht entstehen können. Erst wenn Frau Thiede ihre theoretischen Überlegungen abgeschlossen hat und ihre empirischen Befunde vorliegen, wird es vielleicht möglich sein, den Ertrag dieser Arbeit in den Rahmen eines sinnvollen Ganzen zu stellen.

Aus der Kooperation in einem anderen Forschungsprojekt mit Herrn Dr. R.K. Silbereisen und Herrn cand.psych. W. Schulz, der wesentliche Teile der elektronischen Datenverarbeitung vornahm, erwachsen mir wesentliche Anregungen für die Durchführung, Auswertung und Interpretation der empirischen Untersuchungen.

Herrn Prof.Dr. W.R. Minsel danke ich für Hinweise zur abschließenden Gestaltung der Arbeit.

Weiter danke ich allen Kollegen des Instituts für Psychologie der Technischen Universität Berlin, mit denen ich in der Zeit der Entstehung dieser Arbeit außerordentlich kollegial

zusammenarbeiten durfte. Das durch sie geschaffene Arbeitsklima und ihr Verständnis erleichterten die Bewältigung von Schwierigkeiten und Problemen, die im Zusammenhang dieser Arbeit auftauchten.

Ich danke den Studenten des Instituts für Psychologie; Sie haben mir als Praktikanten bei der Durchführung der Untersuchungen geholfen und ohne sie als Versuchspartner wäre eine Datenerhebung nicht möglich gewesen.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlegung	3
2.1. Psychotherapie und Sozialpsychologie	3
2.2. Problemlage	5
2.3. Sachsystematische Vorklärungen	6
2.4. Zum Begriff 'Einstellung'	7
2.5. Einstellung und Verhalten	10
2.6. Die Bedeutungen von Therapeuteneinstellungen in der Gesprächspsychotherapie	12
2.7. Erklärung des therapeutischen Prozesses als Einstellungsveränderung des Klienten	18
3. Vorliegende empirische Befunde	29
3.1. Therapieziele von Psychotherapeuten	29
3.2. Einstellungen des Therapeuten zur psychischen Krankheit	30
3.3. Einstellungen des Therapeuten zum Therapieprozeß	32
3.4. Einstellung des Therapeuten zum Klienten	45
3.5. Einstellung des Therapeuten zum sozialen Standort des Klienten	59
3.6. Einstellung des Therapeuten zu sich selbst	64
3.7. Berufliche Interessen des Therapeuten	66
3.8. Erfolgserwartung des Therapeuten	67
3.9. Einstellung des Therapeuten zu politischen und weltanschaulichen Fragen	69
3.10. Der soziokulturelle Hintergrund von Therapeuteneinstellungen	71
3.11. Einstellungsübereinstimmungen bei Klienten und Therapeuten	73

	Seite
4. Philosophische Einordnung	76
5. Bericht über fünf empirische Untersuchungen zu Einstellungen von Psychotherapeuten	89
5.1. Fragestellung	89
5.2. Übersicht über die durchgeführten Untersuchungen	90
5.3. Die Beurteilung von Klienteneigenschaften durch Psychotherapeuten (Voruntersuchung 1)	92
5.3.1. Fragestellung	92
5.3.2. Methode	93
5.3.3. Ergebnisse	95
5.4. Konstruktion von Skalen zur Messung von Therapeuteneinstellungen (Voruntersuchung 2)	102
5.5. Einstellung zu anderen Menschen und Selbstbeurteilung bei Psychologiestudenten und Studenten der Betriebswirtschaft (Voruntersuchung 3)	104
5.6. Einstellungen und Verhaltensweisen von Mitarbeitern im Sozialwesen (Voruntersuchung 4)	106
5.7. Therapeuteneinstellungen und das Verhalten von Klienten und Therapeuten in der Therapie (Hauptuntersuchung)	109
5.7.1. Fragestellung	109
5.7.2. Operationalisierung der Variablen	111
5.7.3. Versuchsdurchführung	112
5.7.4. Grundstruktur der Datenauswertung	117
5.7.5. Vorüberlegungen zur Ergebnisbewertung	120
5.7.6. Ergebnisse	121
5.7.6.1. Beschreibung der Struktur der Therapeuteneinstellungen	121
5.7.6.2. Beschreibung der Struktur des Klienten- und Therapeutenverhaltens	133
5.7.6.3. Zusammenhänge zwischen Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen	138

	Seite
5.7.6.4. Zusammenhänge zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen bei Psychotherapeuten	142
5.7.6.5. Zusammenhänge zwischen Therapeuteinstellungen und Klientenverhaltensweisen	146
6. Konsequenzen und Ausblick	149
7. Zusammenfassung	153
8. Literaturverzeichnis	157
9. Anhang	178

1 EINLEITUNG

In den letzten Jahren haben wir in der Psychologie ein ständig wachsendes Interesse an Psychotherapie zu verzeichnen. Einem aufgrund einer enorm großen Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung stark expandierenden Tätigkeitsfeld praktizierender Psychologen entspricht ein wachsendes Interesse an Therapiefor-
schung in der Psychologie.

So wurden in der Psychologie in den letzten dreißig Jahren insbesondere die Verhaltenstherapie und die Gesprächspsychotherapie als genuin psychologische Therapieformen theoretisch entwickelt und empirisch untermauert. Hierbei wird zunehmend kasuistisches Vorgehen durch systematische empirische Vorgehensweisen ersetzt. Es stellt beim derzeitigen Forschungsstand ein unumgängliches Erfordernis dar, der Flut empirischer Untersuchungen durch theoretische Ordnungsbestrebungen Herr zu werden. Gerade für den praktisch tätigen Psychologen stellen empirisch gut untermauerte theoretische Aussagen wesentliche Handlungserleichterungen dar.

Theorie und Praxis der Psychotherapie ist heute im deutschsprachigen Raum durch einen Schulenstreit gekennzeichnet. Es darf jedoch erwartet werden, daß auch hier - wie in der Wissenschafts- und Psychologiegeschichte allgemein - von einem bestimmten Erkenntnisstand ab ein Schulenstreit anachronistisch wird und die jeweils unterschiedlich thematisierten Gegenstandsaspekte bzw. methodalen Vorgehensweisen in übergreifende theoretische Konzeptionen integriert werden können. Die Integration unterschiedlicher therapeutischer Schulrichtungen ist im angloamerikanischen Raum weiter fortge-

schritten; eine klare Zuordnung von Therapeuten zu bestimmten Schulrichtungen ist dort nicht in dem Maße möglich, wie sie noch im deutschsprachigen Raum vollzogen wird. Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie werden auch in Deutschland zunehmend als einander ergänzende therapeutische Vorgehensweisen angesehen, während es zur Psychoanalyse eine sowohl theoretisch und methodal als auch historisch bedingte größere Distanz zu überwinden gilt.

Zukünftig wird es sinnvoller sein, von unterschiedlichen therapeutischen Interventionstechniken (BASTINE 1975) zu sprechen als von unterschiedlichen Therapieformen. Es stellt jedoch wohl eine angemessene Interpretation der Forschungslage in diesem Bereich dar, wenn man die Forderung, die verwirrende und fast unüberschbare sich auf Psychotherapie beziehende Vielzahl von Theoremen, empirischen Ergebnissen, Meinungen und persönlichen Erfahrungen in einer einheitlichen, belegten und in sich widerspruchsfreien Theorie der Psychotherapie abzubilden, für derzeit kaum erfüllbar hält. Es wird wahrscheinlich auf längere Sicht sehr schwierig sein, die Komplexität therapeutischen Geschehens mit all seinen Aspekten und Betrachtungsmöglichkeiten befriedigend abzubilden. Im derzeitigen Entwicklungsstadium kann bestenfalls der Versuch unternommen werden, vorliegende empirische Ergebnisse und theoretische Konzepte für Teilzugangsfelder der Psychotherapie zu ordnen und theoretische Leitlinien abzustecken.

2 THEORETISCHE GRUNDLEGUNG

2.1 Psychotherapie und Sozialpsychologie

Die letzte Dekade kann als eine Epoche der Revision der Psychotherapie angesehen werden - eine Revision, die insbesondere durch das Einbeziehen verschiedenster Konstrukte und Ergebnisse der Verhaltensforschung in die Therapieforschung ihren Ausdruck findet (GOLDSTEIN & SIMONSON 1971). EYSENCKs Aufsatz aus dem Jahre 1952 kann als Einbruch in die traditionelle Psychotherapie - und das war seinerzeit gleichbedeutend mit Psychoanalyse - gelten. Von da ab griff die Unzufriedenheit über die mangelnde empirische Begründung psychotherapeutischer Techniken um sich, und in den folgenden Jahren war ein deutlicher Anstieg des Interesses an empirischer Untersuchung psychotherapeutischen Geschehens zu verzeichnen. Zu Therapieerfolgsuntersuchungen kamen im Laufe der Zeit Untersuchungen, die sich mit dem therapeutischen Prozeß, der Person des Klienten, der Person des Therapeuten und deren Beziehung zueinander auseinandersetzten. Im Zentrum der Untersuchungen, die sich mit dem Geschehen in der Therapie befaßten, standen nicht selten sozialpsychologische Phänomene. Dies kann nicht verwundern, vergegenwärtigt man sich, daß es sich bei der Psychotherapie um ein Interaktionsgeschehen zwischen Klient und Therapeut (ggf. bei Gruppentherapie auch Mitklient und Cotherapeut) handelt. Die Einbeziehung sozialpsychologischer Konzepte erfolgt jedoch meist implizit, und die Versuche, den psychotherapeutischen Prozeß im Lichte derartiger Konzepte zu beschreiben, sind selten.

GOLDSTEIN & SIMONSON (1971) beklagen die mangelnde Integration sozialpsychologischer und psychotherapeutischer Konzepte und führen diesen Sachverhalt auf zweierlei zurück:

1. mangelnde Vertrautheit der Forscher mit beiden Teilbereichen der Psychologie und
2. geringe Kompatibilität der theoretischen Modellvorstellungen zwischen Sozialpsychologie und Psychoanalyse.

Die geringe Kompatibilität zwischen sozialpsychologischen und psychoanalytischen Ansätzen ist vor allem darin begründet, daß die Sozialpsychologie anders als die Tiefenpsychologie bzw. die Psychoanalyse auf beobachtbarem Verhalten und den Versuchspersonen direkt zugänglichen Erlebnisweisen aufbaut. Die Zurückweisung psychoanalytischer Konzepte und die zunehmende Beachtung overten Verhaltens und dem Klienten direkt zugänglichen Erlebens in Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie lassen jedoch den Versuch, sozialpsychologische und psychotherapeutische Konzepte zu verbinden, erfolversprechender erscheinen.

Hinter diesem Bemühen steht die folgende Grundannahme:

Interaktionsprozesse, die die Sozialpsychologie beschreibt, und Interaktionsprozesse in der Psychotherapie sind grundstrukturell ähnlich und dem Prinzip nach durch die gleichen theoretischen Begriffe und Konzepte abbildbar. Besonderheiten der therapeutischen Interaktionssituation können als Spezifikationen des theoretischen Grundmodells aufgefaßt werden.

Psychotherapie stellt eine Besonderheit menschlicher Interaktion dar. Sozialpsychologie hält jedoch allgemeine Grundprinzipien der Interaktion bereit - es kann sich also bei dem Versuch, beide Bereiche zu integrieren, nicht um eine unkritische Übernahme theoretischer

Modelle und empirischer Untersuchungen der Sozialpsychologie handeln, sondern diese können lediglich als Leitlinien des Forschens, als Suchvektoren dienen.

2.2 Problemlage

Ein in der Sozialpsychologie zentral abgehandelter Themenbereich ist die Einstellung der interagierenden Sozialpartner. Einstellungen von Therapeuten und Klienten im therapeutischen Prozeß sind im Rahmen der Therapieforschung bislang nicht hinreichend berücksichtigt worden. In der vorliegenden Arbeit soll nun versucht werden, Einstellungen von Psychotherapeuten einer näheren Inspektion zu unterziehen. Im deutschsprachigen Raum finden sich zu diesem Themenkreis kaum Hinweise. Aus dem angloamerikanischen Sprachraum sind einige Untersuchungen bekannt, die sich mehr oder minder explizit mit diesem Problem auseinandersetzen. Es soll versucht werden, eine Bestandsaufnahme des derzeitigen Forschungsstandes in diesem Bereich zu leisten. Dabei ergibt sich die Schwierigkeit, daß in Untersuchungen aus dem amerikanischen Bereich sich sehr häufig keine Hinweise auf schulmäßige Ausrichtung des Therapeuten finden, diese mithin nicht berichtet werden kann und somit häufig für deutsche Leser der Eindruck mangelnder Informiertheit bleibt. In eigenen empirischen Untersuchungen sollen erste Klärungen für deutsche Verhältnisse versucht werden. Die eigenen empirischen Untersuchungen und die sich daran und an die vorliegenden Befunde anknüpfenden Überlegungen beziehen sich insbesondere auf die Gesprächspsychotherapie. Da es nicht ohne weiteres möglich scheint, Untersuchungen über Einstellungen amerikanischer Therapeuten auf hiesige Verhältnisse zu generalisieren, müssen Schluß-

folgerungen aus amerikanischen Untersuchungen notwendig hypothetisch bleiben; sie können möglicherweise aber auch heuristischen Charakter haben.

Der Überblick über einen Themenbereich wird nicht allein durch die Sammlung empirischer Befunde ermöglicht, sondern erfordert vorgeordnet sachsystematisch ordnende Gliederungsgesichtspunkte in einem theoretischen Rahmen.

2.3 Sachsystematische Vorklärungen

Ohne einen theoretischen Bezugsrahmen stehen Ergebnisse empirischer Untersuchungen unverbunden nebeneinander. Eine sinnvolle Bestandsaufnahme in einem Forschungsbereich setzt ein formal und inhaltlich aufdifferenziertes Raster voraus, dem empirische Ergebnisse zugeordnet werden können. Es soll dazu dienen, das Forschungsterain abzustecken, vorhandene Ergebnisse einordenbar zu machen und Lücken in unserem Erkenntnisstand aufzuweisen.

a) formale Aufgliederung

Die Betrachtung von Einstellungen des Therapeuten ist unter vier Aspekten möglich:

1. Beschreibung der Einstellung (Deskription)
2. Analyse der Bedingungen, unter denen sich die Einstellungen ausbilden (Konditionalanalyse)
3. Analyse der Auswirkungen der Einstellungen (Finalanalyse)
4. Analyse der Mediatoren, über die sich Einstellungen bilden bzw. auswirken (Instrumentalanalyse)

b) inhaltliche Aufgliederung

Eine inhaltliche Klassifikation von Therapeuteneinstellungen wäre unter verschiedenen Gesichtspunkten

möglich, z.B. Einstellungen zu anderen Menschen, zu sich selbst, zu politischen und weltanschaulichen Fragen, zu Therapiezielen, zur psychischen Krankheit, zum Klienten, zum Geschehen in der Therapie, usw..

Die Entscheidung, welcher Klassifikationsgesichtspunkt am besten geeignet ist, den Gegenstandsbereich ordnend zu gliedern, bemißt sich an dem Grad der damit zu erlangenden Übersichtlichkeit. Im weiteren sollen Therapeuteneinstellungen nach dem Gegenstand, auf den sie sich richten, geordnet werden - ob das pragmatische Ziel der Gewinnung von Übersicht damit erreicht wird, mag der Leser am Ende der Arbeit entscheiden. Eine differenzierte Auffächerung von Therapeuteneinstellungen bietet LEVINSON (1962), die aber den in diesem Zusammenhang bestehenden pragmatischen Erfordernissen nicht gerecht wird.

2.4 Zum Begriff "Einstellung"

Es ist beim derzeitigen Forschungsstand nicht möglich, eine einheitliche, mindestens von einem überwiegenden Teil kundiger Fachvertreter getragene Definition von Einstellung zu leisten.

DORSCH (1970) sieht drei Aspekte von Einstellungen:

1. ein Bewußtseinszustand der Gerichtetheit auf ein Ziel
2. eine seelische Haltung gegenüber einer Person, einer Idee oder einer Sache
3. eine erfahrungstragende, veränderliche Ich-Beteiligung des Erlebens

Im angloamerikanischen Sprachraum wird das, was wir unter Einstellung verstehen, als 'attitude' und 'set'

definitivisch unterschieden, wobei unter 'set' eine relativ kurzfristige und unter 'attitude' eine relativ überdauernde Haltung eines Individuums gegenüber einem Objekt verstanden wird.

Die Frage, ob es sich bei Einstellungen um eine bestimmte Form von Verhaltensweisen handelt oder ob Einstellungen etwas sind, was gleichsam hinter den Verhaltensweisen als intervenierende und zu Teilen das Verhalten mitsteuernde Variable zu bestimmen ist, kann hier nicht entschieden werden. Betrachtet man Einstellungen selbst als eine bestimmte Klasse von Verhaltensweisen (z.B. Urteile in einem Fragebogen auf bestimmte items), so entfällt die Frage, wie valide denn diese Verhaltensweisen für die als dahinter stehend gedachte Einstellung sind (EYFERTH & KREPPNER 1972). Diese wissenschaftslogische Vereinfachung erkaufte man sich jedoch mit dem Verzicht auf die Erklärungsmöglichkeit von Verhalten durch einen Rekurs auf die dem einzelnen subjektiv zugänglichen objektbezogenen Erlebnisinhalte, Wertungen etc.. Selbstverständlich sind diese Erlebnisinhalte wieder nur via Verhalten erschließbar, das im angloamerikanischen Sprachraum häufig als 'verbal attitude' (Ausfüllen von Fragebogen etc.) angesprochen und gegenüber "tatsächlichem Verhalten" (overt behavior, overt acts) abgesetzt wird. Es besteht heute weitgehende Einigkeit darüber, daß Einstellungen nicht das Verhalten selbst sind, sondern daß es sich hierbei um erschlossene Bedingungen psychischer Abläufe handelt (HEINRICH 1974). Diese Definition ist jedoch nicht trennscharf, da unter sie auch andere theoretische Konstrukte wie Triebe, Dissonanzen, etc. fallen. Von diesen theoretischen Erklärungsbegriffen lassen sich Einstellungen jedoch abgrenzen, indem die phänomenale Zugänglichkeit der Einstellung für den Träger dieser Einstellung als gegenstandsbestimmendes Merkmal hinzugenommen wird.

Sicher sind damit auch nicht alle definatorischen Probleme aus der Welt geschaffen, denn:

Je abstrakter Einstellungen gefaßt werden, desto weniger ist das Merkmal der phänomenalen Zugänglichkeit gegeben.

Die Einstellungen, die jemand gegenüber Herrn X hat, sind ihm phänomenal gegenwärtiger als Einstellungen gegenüber Menschen so allgemein, die ja als Abstraktionen konkreter Einstellungen aufgefaßt werden können. Grauzonen scheinen hier unvermeidlich.

Häufig werden drei Aspekte von Einstellungen unterschieden: 1. emotionaler Aspekt,

2. kognitiver Aspekt,

3. aktionaler Aspekt.

Faßt man Einstellungen in der Weise übergreifend, daß diese - schon in sich außerordentlich komplexen Sachverhalte - lediglich als Aspekte eines gemeinsamen Ganzen aufgefaßt werden, so erscheint der so gefaßte Einstellungsbegriff empirisch kaum handhabbar. FISHBELIN (1967 a) unterscheidet 'attitudes' von 'beliefs'. Damit werden kognitive Konzepte von Bewertungen unterschieden, und nur letztere werden als 'attitudes' bezeichnet. Eine Herauslösung von Handlungsaspekten (i.S. von overt behavior, overt acts) scheint ebenfalls angezeigt. Erst die konzeptionelle Trennung ermöglicht eine empirische Bestimmung der Relationen der drei Sachverhalte zueinander. Unter Einstellungen verstehen wir also dem Individuum phänomenal zugängliche Bewertungen von Sachverhalten, Objekten etc..

Der wohl sehr enge Zusammenhang zwischen Bewertungen und kognitiven Konzepten macht es häufig schwer, klare Zuordnungen zu treffen. Dennoch rechtfertigt dieser Zusammenhang keine terminologische Vereinheitlichung - fortschreitende Erkenntnis ist an fortschreitende terminologische Differenzierung gebunden.

2.5 Einstellung und Verhalten

Da in dieser Arbeit Auswirkungen bestimmter Einstellungen des Therapeuten auf die Gesprächspsychotherapie näher inspiziert werden sollen, Einstellungen ihre Wirkungen sicher aber nur via Verhalten zeitigen können, stellt sich die Frage, in welchen Zusammenhang Einstellungen und Verhaltensweisen stehen. SIX (1974) resümiert die vorliegenden empirischen Untersuchungen zum Zusammenhang von Einstellung und Verhalten und muß dabei überwiegend geringe Übereinstimmungen zwischen Einstellungen und Verhalten konstatieren. Eine differenzierte Analyse negativer Befunde (keine Zusammenhänge) (LA PIERE 1934, KUTNER, WILKINS & YARROW 1952, COREY 1937, FLEISCHMANN, HARRIS & BURTT 1954, FESTINGER 1964, JANIS & FESHBACH 1953) sowie positiver Befunde (ZIMMERMANN 1927, DE FLEUR & WESTIE 1958, BRAY 1950, GREENWALD 1965, FENDRICH 1967, TITTLE & HILL 1967) führen HEINRICH (1974) zu dem Schluß, daß Zusammenhänge zumeist nur dann aufweisbar waren, wenn versucht wurde, aus mehreren Attitudenwerten auf ein bestimmtes Verhalten zu schließen. Zum Aufweis des Zusammenhanges erscheint die Standardisierung der Verhaltenssituation und die Berücksichtigung anderer Verhaltensdeterminanten, wie Belohnung, Bezugsgruppen etc., erforderlich (HEINRICH 1974). Formal ergeben sich folgende Möglichkeiten zur Erklärung der geringen gefundenen Beziehungen:

1. Die Zusammenhänge zwischen Einstellung und Verhalten sind faktisch sehr gering.
2. Einstellungen sind nicht reliabel.
3. Das overte Verhalten ist nicht reliabel.
4. Wir verfügen über keine geeigneten Meßinstrumente für die zu messenden Einstellungen.
5. Wir verfügen über keine geeigneten Meßinstrumente für das zu messende Verhalten.

FISHBEIN (1967 b) regt in diesem Zusammenhang an, nicht mehr den Zusammenhang zwischen Verhaltensweisen und Einstellungen zu bestimmten Gegenstandsklassen zu erheben, sondern die Einstellungen zu bestimmten Objekten dieser Gegenstandsklassen. Mit diesem methodischen Konzept käme man auch näher an die eingangs geforderte phänomenale Gegebenheit von Einstellungen für das Subjekt heran. Der Sache nach sieht HEINRICH (1974) folgendes als möglich an:

"Man kann nicht voraussetzen, daß jemand von vornherein weiß, wie er sich seiner Einstellung entsprechend in einer bestimmten Situation zu verhalten hätte. Es ist vielmehr zu vermuten, daß konsistentes Handeln lernbar ist und daß dort, wo sich keine klare Beziehung zwischen Attitüde und Verhalten aufzeigen läßt, der Handelnde evtl. nicht weiß, wie er sich auf konsistente Weise zu verhalten hat. Ein wichtiger Grund für attitudendiskrepantes Verhalten könnte sein, daß eine Person es einfach nicht gelernt hat, wie ihre Einstellung einfach in Verhalten umzusetzen ist."

Für diese Annahme gibt es im Augenblick noch keine empirischen Belege; sie erscheint jedoch für die Reflexion von Einstellungen im therapeutischen Prozeß als Denkmöglichkeit ausgesprochen interessant. Hieraus ließen sich auch therapeutische Therapie-Trainingskonzepte ableiten.

Zwar sind die meisten Versuche, Zusammenhänge zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen aufzuzeigen, fehlgeschlagen. Es liegen jedoch eine Reihe methodaler Gründe vor, die den Schluß, ein Zusammenhang sei sachlich nicht gegeben, verfrüht erscheinen lassen.

2.6 Die Bedeutung von Therapeuteneinstellungen in der Gesprächspsychotherapie

Bevor auf den oben angedeuteten Problembereich eingegangen werden kann, ist eine kurze Beschreibung dessen, was Gesprächspsychotherapie ist, erforderlich.

Die Gesprächspsychotherapie ist von dem amerikanischen Psychologen ROGERS Ende 1940 konzipiert worden, wurde seither laufend weiterentwickelt und durch eine Vielzahl empirischer Untersuchungen auf ihre Effektivität überprüft und hinsichtlich der Vorgänge im therapeutischen Prozeß analysiert.

Der Mensch ist für ROGERS seinem Wesen nach gut und psychisch gesund (anthropologischer Optimismus, vgl. PONGRATZ 1973). Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen gehen darauf zurück, daß man ihm gleichsam Steine in den Weg seiner Persönlichkeitsentfaltung gelegt hat. Der psychisch gestörte Mensch nimmt seine Umwelt angstbesetzt und wirklichkeitsunangemessen wahr. Zwischen dem, was er zu sein wünscht (Idealbild), und dem, was er zu sein meint (Selbstbild), klafft eine Lücke. Aufgabe der Therapie ist es, dem psychisch gestörten Menschen bei seiner Selbstverwirklichung zu helfen, ihn zu unterstützen, daß er das wird, was er sein möchte, bzw. das sein möchte, was er ist.

Der Therapeut versucht in der Therapie eine möglichst angstfreie Atmosphäre zu schaffen (Gegenkonditionierung). Er nimmt die Probleme in der Sichtweise des Klienten auf und bespricht sie mit ihm in der vom Klienten erlebten Weise. Er greift in keiner Weise inhaltlich steuernd in die Gespräche ein, sondern überläßt es dem Klienten, gemäß eigener Zielsetzungen sich reflektierend

mit seinem Erleben und mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Die Therapieziele werden vom Klienten gesetzt. Der Therapeut greift in den Prozeß des Reflektierens nicht durch Nachfragen, Interpretationen oder durch Ratschläge ein.

Während sich die Psychoanalyse sehr stark um eine Nosologie psychischer Störungen bemüht und die Verhaltenstherapie versucht, die Lernprinzipien zu benennen, die zu psychischen Störungen führen und durch die auch wieder Heilung möglich wird, ist es das Verdienst der Gesprächspsychotherapie in der Therapieforschung, die Prozesse (Prozeßvariablen) näher gekennzeichnet zu haben, die in der Therapie eine Rolle spielen. Die Analyse der Prozeßvariablen in der Gesprächspsychotherapie wurde nur durch die Forderung nach durchgängiger Tonbandprotokollierung der Therapiesitzungen möglich. Durch die Analyse dieser Tonbandprotokolle haben wir heute zwar detaillierte Kenntnis von verbal ablaufenden therapeutischen Prozessen - von den nonverbalen Prozessen wissen wir jedoch wenig. Diese sicher ähnlich wichtigen Variablen können aber im Zuge erleichterter Videoprotokollierungen zunehmend Beachtung finden.

Günstige Aspekte des Therapeutenverhaltens nach ROGERS:

1. Wertschätzung/ emotionale Wärme

Der Therapeut akzeptiert die Persönlichkeit des Klienten, ohne seine Wertschätzung und Zuwendung von irgendwelchen Bedingungen abhängig zu machen.

2. Einführendes Verstehen

Der Therapeut ist bemüht, emotionale Inhalte, die der Klient äußert, aufzugreifen und sie dem Klienten so mitzuteilen, wie er sie verstanden hat (reflection of feeling).

3. Echtheit/ Selbstkongruenz

Der Therapeut verhält sich dem Klienten gegenüber

ehrlich und offen. Er bringt sich als Person in das Gespräch ein und vermeidet schablonenhaftes - z.B. durch die Berufsrolle bedingtes - Verhalten.

Die Realisierung dieser Variablen in der Therapie durch den Therapeuten trägt zur positiven Veränderung beim Klienten bei. Diese positive Veränderung wird beim Klienten offenbar weitgehend durch ein erhöhtes Maß der Selbstexploration vermittelt.

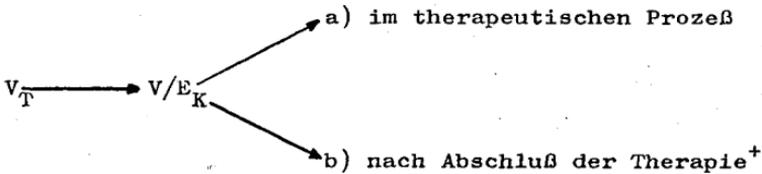
Selbstexploration des Klienten

Der Klient bemüht sich um die Klärung seiner emotionalen Erlebnisse, gefühlsmäßigen Stellungnahmen und Wertungen zu sich und seiner Umwelt.

Das Ausmaß der Selbstexploration steht im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg. Die Therapeutenvariablen ermöglichen es dem Klienten, sich über sich selbst - via Selbstexploration - klarer zu werden. Die Vermittlungsprozesse, die zwischen den Variablen und zwischen den Variablen und dem Therapieerfolg angenommen werden müssen, werden als Lernvorgänge aufgefaßt. Über die genannten 'Klassischen Variablen' hinaus sind eine Reihe von Therapeutenvariablen, wie self-disclosure, Konkretheit, Konfrontation wichtig.

Im angloamerikanischen Raum ist in den letzten Jahren damit begonnen worden, näher zu untersuchen, welche Einstellungen, Hoffnungen, Erwartungen, Sichtweisen (vgl. insbes. das Sammelreferat von SHAPIRO 1971) usf. der Therapeut mit in die Therapie einbringt. Diese Einstellungen und Haltungen des Therapeuten sind, wie jeder bestätigen können wird, wichtige Bestimmungsgrößen des Verhaltens des Therapeuten in der Therapie. Dieser Aspekt der Forschung ist im deutschsprachigen Raum jedoch bislang praktisch nicht berücksichtigt worden.

Untersuchungen, die wir zur Gesprächspsychotherapie im deutschsprachigen Raum vorfinden, gehen meist auf ein gemeinsames forschungsstrategisches Grundmuster zurück: Therapeuten und Klientenvariablen werden erhoben und miteinander in Beziehung gesetzt.



Der Aufweis von Zusammenhängen zwischen Klienten- und Therapeutenverhaltensweisen wird mit dem Ziel angestrebt, solche Therapeutenvariablen herauszuarbeiten, die für Klienten allgemein, bzw. für bestimmte Gruppen von Klienten oder Situationen günstig sind und die dann von Therapeuten auch systematisch geübt werden können. Die Wirkungen der Therapeutenvariablen können sowohl mit Bezug auf den Therapieerfolg (Effektivitätsstudien) als auch mit Bezug auf den Verlauf in der Therapie (Prozeßstudien) analysiert werden.

Das Training verbaler Therapeutenverhaltensweisen, das Bemühen, bestimmte Variablen in bestimmtem Ausmaß zu verwirklichen, erscheint vielen praktisch tätigen Gesprächspsychotherapeuten nicht hinreichend.

Der oben skizzierte forschungsstrategische Ansatz scheint nicht nur sachunangemessen, sondern stellt auch eine Verkürzung des Therapiekonzepts von ROGERS (1973, insbes. S.34-72), dar. Die von ROGERS dargelegten Auffassungen

+ V_T : Verhalten des Therapeuten

V/E_K : Verhalten/ Erleben des Klienten

zur Bedeutung von Einstellungen und Orientierungen von Beratern haben in der empirischen Forschung im deutschsprachigen Raum bislang keinen Niederschlag gefunden. Das Aufgreifen dieser Konzeption bietet ein empirisch prüfbares Alternativmodell zum bisherigen Forschungsansatz - ob dieses Modell weiter trägt, kann nur nach hinreichender empirischer Prüfung beurteilt werden. Diese ROGERS-Konzeption soll hier - thesenartig verdichtet - wiedergegeben werden:

1. Gesprächspsychotherapie ist eher ein System von Einstellungen des Therapeuten, das von Techniken ergänzt wird, als eine Methode oder Technik, die der Therapeut ausübt.
2. Therapieerfolg ist nur dann zu erwarten, wenn die Einstellungen des Beraters mit seiner therapeutischen Methode übereinstimmen.
3. Die wesentliche Einstellung des Therapeuten ist die zum Wert und zur Bedeutung des Individuums (seines Klienten), die sich insbesondere in seinem Glauben konkretisiert, daß der Mensch die Fähigkeit hat, mit den - seinem Bewußtsein zugänglichen - Aspekten seines Lebens fertig zu werden.
4. Der Therapeut muß seine Einstellungen im Gespräch verwirklichen (ROGERS hebt explizit den Begriff 'Verwirklichen' von dem Begriff 'Technik' ab).

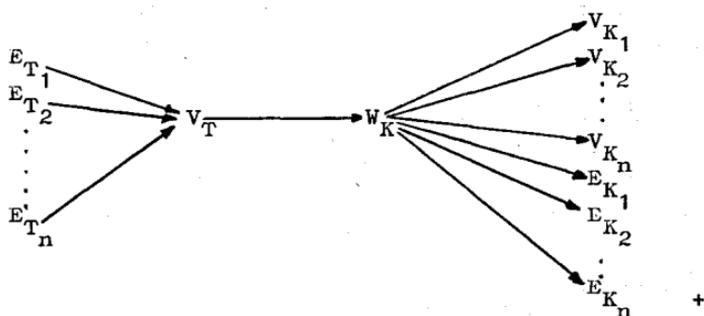
SUNDLAND & BARKER (1962) bestimmen die Rolle der Einstellung (des Therapeuten und des Klienten) für die Psychotherapie und die Therapieforchung.

1. Die Einstellung des Therapeuten hat einen Einfluß auf sein Verhalten.
2. Sein Verhalten beeinflusst die Wahrnehmung, die der Klient von ihm hat.
3. Diese Wahrnehmung steht in Zusammenhang mit Wahrnehmungen, die der Klient früher bezüglich anderer Personen und sich selbst gelernt hat.

4. Dieser Zusammenhang führt zu gewandelten Wahrnehmungen und Einstellungen.
5. Die Einstellungsänderungen beim Klienten manifestieren sich in dessen Verhalten.

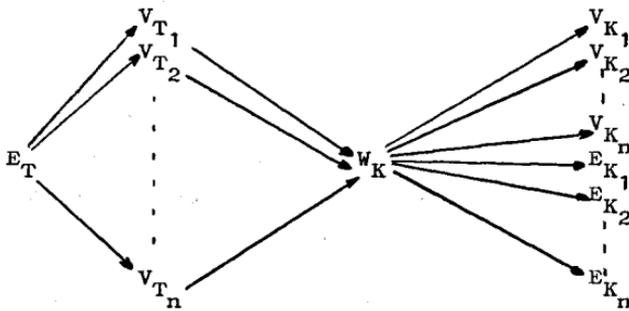
Aus vorliegenden sozialpsychologischen Untersuchungen konnte abgeleitet werden, daß ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen entweder sachlich nicht gegeben ist oder derzeit methodal nicht erhoben werden kann (vgl. 2.5). Diese Sachlage hat Konsequenzen für den Versuch einer empiriegeleiteten theoretischen Modellkonstruktion. Grundstrukturell scheinen zwei Konzeptionen denkbar:

1. Eine Verhaltensweise wird durch eine Vielzahl von Einstellungsparametern determiniert.



2. Eine bestimmte Einstellung determiniert eine Vielzahl von Verhaltensweisen. Die Auswirkung auf die jeweils einzelne Verhaltensweise ist gering - sie zeigt sich nur in der Summation der Effekte.

-
- + E_T: Einstellung des Therapeuten
 V_T: Verhalten des Therapeuten
 W_K: Wahrnehmung des Klienten
 V_K: Verhalten des Klienten
 E_K: Erleben des Klienten



Beide Modellvorstellungen sind idealtypisch reine Konzepte. Der tatsächlichen Sachlage dürfte eine Verbindung beider entsprechen, d.h.:

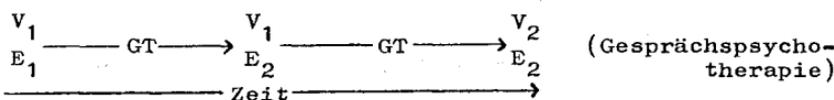
Unterschiedliche Therapeutenverhaltensweisen werden durch eine Vielzahl unterschiedlicher Therapeuteneinstellungen jeweils zu Teilen mitdeterminiert.

Dieser Ansatz fordert als forschungsstrategische Konsequenz mehrdimensionale Designs, d.h. es müssen als Prediktoren mehrere Einstellungsvariablen und als Kriterium die Kombination mehrerer Klientenvariablen berücksichtigt werden. (Die Berücksichtigung von Klientenverhaltensweisen ist insbesondere deshalb wesentlich, weil diese in höherem Maße prediktiven Wert für den Therapieerfolg besitzen als Therapeutenvariablen.)

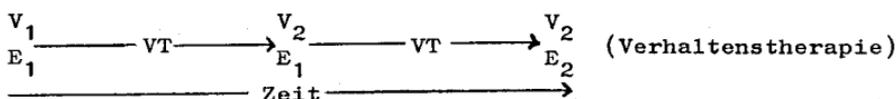
2.7 Erklärung des therapeutischen Prozesses als Einstellungsveränderung des Klienten

Die Berücksichtigung von Einstellungsvariablen stellt eine Möglichkeit zur Beschreibung des Prozeßverlaufs in der Gesprächspsychotherapie und in der Verhaltenstherapie dar, wobei die Einbeziehung dissonanztheoretischer Vorstellungen eine Erklärungsmöglichkeit der Therapieeffekte bietet und Phasen des Therapieverlaufs zu unterscheiden gestattet.

Der psychisch Gestörte, der um Therapie nachsucht, leidet zwar unter seinen Verhaltens- bzw. Erlebensweisen; diese verändern sich jedoch nicht, weil sich die diesbezüglichen Verhaltensweisen (V_1) und Einstellungen (E_1) in Homöostase befinden, kongruent sind, d.h. zueinander passen. Im Verlauf der Gesprächspsychotherapie werden die Einstellungen des Klienten zu seiner Umwelt, zu sich selbst, zu seinen Schwierigkeiten etc. verändert - neue Einstellungen (E_2) werden herausgebildet. In der Verhaltenstherapie hingegen werden systematisch neue Verhaltensweisen (V_2) geübt, bzw. alte (ungünstige) verlernt. In beiden Fällen sind nach der Modifikation Einstellungen und Verhaltensweisen des Klienten nicht mehr im Einklang. Der Klient wird selbst diesen Zustand als Phase der Unsicherheit erleben und möglicherweise versuchen, diese Unsicherheit zu verhindern (die Analyse spricht von Widerstand). Werden nun die neu gelernten Einstellungen bzw. Verhaltensweisen im Verlauf der Therapie durch die Konstanz des Therapeutenverhaltens (vgl. hierzu ESTES 1948) aufrecht erhalten, so wird der Klient zur Reduktion der entstandenen Dissonanzen seine alten Verhaltensweisen bzw. Einstellungen den neu gelernten Einstellungen bzw. Verhaltensweisen anpassen (V_1 V_2 / E_1 E_2). Dieses Modell kann folgendermaßen grafisch dargestellt werden:



- + V_1 : altes ungünstiges Verhalten
 E_1 : alte ungünstige Einstellung
 V_2 : neues günstiges Verhalten
 E_2 : neue günstige Einstellung



Wenn dieses Modell eine angemessene Beschreibung des gesprächspsychotherapeutischen Prozesses darstellt, so ergeben sich für das therapeutische Handeln in der Gesprächspsychotherapie folgende Ableitungen:

Phasen des Therapieprozesses in der Gesprächspsychotherapie

- Phase 1 Der Therapeut bemüht sich vor allem um den Aufbau einer guten Beziehung zum Klienten.
- Phase 2 Er stellt beim Klienten vorhandene Einstellungen und Sichtweisen in Frage. Er lockert das Gefüge alter Einstellungen und Sichtweisen auf.
- Phase 3 Er führt den Klienten dazu, neue Sichtweisen seiner Problemlage bzw. seiner Problemverarbeitungsmechanismen zu erarbeiten und/ oder bestehende Sichtweisen neu zu konfigurieren.
- Phase 4 Er leitet einen Prozeß der Verfestigung der neuen Sichtweisen ein und versucht zu bewirken, daß der Klient die neuen Sichtweisen auch dann beibehält, wenn sie mit seinen Verhaltensweisen (noch) nicht in Einklang stehen.
- Phase 5 Er achtet darauf, daß die Dissonanzreduktion beim Klienten nicht durch Hinzunahme neuer Kognitionen oder einem Rückfall in das alte Verhalten erfolgt und zwingt den Klienten damit, die entstandene Dissonanz durch Änderung des Verhaltens zu reduzieren.

Wir sind noch nicht in der Lage, genaue Operationalisierungen für therapeutische Verhaltensweisen zu leisten, die dieser Modellvorstellung gerecht werden. Folgende Leitgesichtspunkte erscheinen jedoch wahrscheinlich:

Therapie kann als ein Prozeß, der in unterscheidbaren Phasen verläuft, aufgefaßt werden. Der Therapeut muß sein Verhalten auf die unterscheidbaren Phasen abstimmen. Im Anfangsstadium muß er ein Verhalten zeigen, das es dem Klienten gestattet, seine Einstellungen und Denkweisen in Frage zu stellen, z.B. durch Akzeptierung, Wertschätzung, aber auch durch Konfrontation mit Widersprüchen; allgemein sind seine Ziele Konkretisierung und Differenzierung von Einstellungen und Wahrnehmungen (vgl. MARTIN 1975).

In einem mittleren Therapiestadium muß es darum gehen, neue Aspekte in den Wahrnehmungen und Einstellungen des Klienten zu evozieren und alte Sachverhalte in neuem Licht erscheinen zu lassen (operational kann möglicherweise hierunter das verstanden werden, was BASTINE(1975) als Amplifizieren beschreibt). Im weiteren Gang der Therapie sollen dann die neuen Einstellungskonfigurationen des Klienten bekräftigt werden (Selektive Verstärkung).

Die Reduktion der entstandenen Dissonanz erfolgt durch Entwicklung neuer, zum neuen Einstellungsmuster konkordanten, Verhaltensweisen und deren Realisierung.

Nachdem sich die geänderten Einstellungen beim Klienten verfestigt haben und es in der Therapie nun um den Aufbau neuer Verhaltensweisen geht, scheint an dieser Stelle der Einsatz verhaltensmodifizierender Therapiestrategien (Verhaltenstherapie) angezeigt. Dieses Therapiemodell bietet eine theoretisch begründete Möglichkeit, Gesprächs- und Verhaltenstherapie - auf Therapiephasen bezogen - zu kombinieren. Die Verhaltensänderung des Klienten, die in der Gesprächspsychotherapie auf die Einstellungsänderung folgt, kann mithin auf intraindividuelle Dissonanzen (Erleben vs. Verhalten) zurückgeführt und mit Hilfe der Dissonanztheorie erklärt werden. Dem skizzierten Modell nach besteht

aber die primäre Aufgabe der Gesprächspsychotherapie zunächst darin, diese Dissonanzen aufzureißen. Hierzu bedarf es des Anstoßes von außen. Der Aufbau der Dissonanzen ist intrapsychisch nicht erklärbar. Er bedarf zur Erklärung der Einbeziehung der therapeutischen Situation (treatment, Therapeutenpersönlichkeit etc.) in das Modell. Damit der Klient seine Einstellungen ändert und damit er mit Bezug auf sein Verhalten Spannungen aufbaut, muß er in der therapeutischen Situation Erfahrungen machen, die für ihn so gravierend sind, daß sie für ihn gleichsam nicht mehr wegzuleugnen sind. Als eine Möglichkeit, den Klienten dahin zu führen, für sich neue Einstellungen und Wahrnehmungen in der Therapie zu entwickeln, ist im oben ausgeführten Modell amplifizierendes und konfrontierendes Verhalten des Therapeuten beschrieben worden. Beiden Verhaltensweisen ist die Vermittlung dissonanter Kognitionen für den Klienten durch den Therapeuten gemeinsam. Es ist erforderlich, daß der Klient diese ihm vermittelten neuen Aspekte der Wahrnehmung seiner Person nicht sofort für sich ablehnt (Widerstand in der Psychoanalyse), sondern in seinen Selbstexplorationsprozeß einbezieht. In diesem Zusammenhang erscheint es lohnenswert, die Ergebnisse der Persuasionsforschung auf ihren heuristischen Nutzen für die Psychotherapie hin zu analysieren.

Die gängigen Psychotherapieformen unterscheiden sich nicht zuletzt durch die Tiefe der Interpretationen, die der Therapeut auf das vom Klienten Geäußerte vornimmt. Die Interpretationstiefe kann als Dissonanz beschrieben werden (vgl. BERGIN 1960, zit. nach FESTINGER & BRAMEL), nämlich die Dissonanz zwischen dem phänomenalen Erleben des Klienten und den auf dieses Erleben bezogenen theorieorientierten Beschreibungs- und Erklärungsversuchen des Therapeuten. In der Gesprächs-

psychotherapie wird vom Therapeuten eine Enthaltbarkeit hinsichtlich theorieorientierter Beschreibung und Erklärung des Klientenerlebens gefordert. Das konfrontierende Verhalten des Therapeuten in der Gesprächspsychotherapie besteht im Anbieten von alternativen, dem Klienten aber potentiell erlebnismäßig zugänglichen Erlebensweisen. Es werden damit Dissonanzen zwischen dem vom Klienten geäußerten Erleben und den Erlebnisweisen aufgerissen, die ihm vom Therapeuten zugeschrieben werden. Es gilt in der Gesprächspsychotherapieforschung als unstritten, in welchem Umfang konfrontierendes Verhalten des Therapeuten sinnvoll ist. Diese Frage scheint so aber nicht beantwortbar, sondern bedarf der Differenzierung nach Stadien der Therapie, nach Klienten und Therapeuten.

Während in der Dissonanztheorie (BREHM & COHEN 1962) ein direkter funktionaler Zusammenhang zwischen den Diskrepanzen und der Einstellungsänderung - bezogen auf alte und neue Einstellungen - postuliert wird, wird dieser Zusammenhang in der Social-Judgement-Theorie (SHERIF & HOVLAND 1961) als durch das Ausmaß der Akzeptierung oder Zurückweisung des kommunizierten Inhalts moderiert gesehen (BEUTLER 1971). Nach der Social-Judgement-Theorie beurteilt der Klient jede Therapeutenäußerung hinsichtlich ihrer Akzeptierbarkeit oder Nichtakzeptierbarkeit für sich. Wenn der Therapeut im Auge des Klienten Einstellungen hat, die dieser seinen eigenen als hinreichend ähnlich wertet und akzeptiert, dann tendiert der Klient dazu, seine eigene Position der des Therapeuten anzunähern (Assimilation des Urteils). Beurteilt er die wahrgenommenen Einstellungen nicht als akzeptabel, dann wird er seine Einstellungen nicht oder in eine gegenläufige Richtung ändern. Es erscheint überlegenswert, ob dieses Theorem der Social-Judgement-Theorie nicht ein Erklärungsmodell

für Verschlechterungen in der Therapie darstellt (gegenläufige Einstellungsveränderung). Man kann auch an "Negative Identifikation" (WINCH 1962) denken, wenn man diesen Sachverhalt in Begriffen der Modellerntheorie beschreiben will. BEUTLER (1971, BEUTLER 1975) versuchte, die Dissonanztheorie und die Social-Judgement-Theorie gegeneinander zu testen. Hierbei fand er, daß die Einstellungsänderung besser durch die kognitive Dissonanztheorie beschrieben werden kann. Dieses Ergebnis drückt sich in einem linearen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der anfänglichen Klienten-Therapeuten-Einstellungsunterschiede und dem Ausmaß aus, mit dem Klienten die Einstellung des Therapeuten übernehmen. Je größer die anfänglichen Einstellungsunterschiede waren, desto größer war die Einstellungsänderung des Klienten. Einstellungsänderung stand nicht in Zusammenhang mit Zurückweisung oder Akzeptierung der Einstellungen des Therapeuten durch den Klienten. Es erscheint denkbar, daß die Varianz in der Akzeptierung und Glaubwürdigkeit des Kommunikators (Therapeut) durch den Kommunikanten (Klient) relativ gering ist, d.h. der Therapeut ist qua Rolle glaub- bzw. akzeptierungswürdig. Weiter ist vorstellbar, daß die Dissonanzen zwischen dem Erleben des Klienten und den Verbalisierungen des Therapeuten durch den standardisierenden Einfluß therapeutischen Trainings in der BEUTLERSchen Stichprobe stark homogenisiert ist. Es erscheint vorstellbar, daß über die gesamte Bandbreite von Glaubwürdigkeit und Akzeptierung bei starker Variation des Ausmaßes der Dissonanz die Social-Judgement-Theorie zum Tragen kommt (vgl. hierzu ARONSON, TURNER & CARLSMITH 1963). Eine Klärung der Problematik scheint nur mit Hilfe quasitherapeutischer, experimenteller Settings möglich, d.h. in Therapie-live-Situationen ist die notwendige Bedingungsvariation wohl nicht gegeben.

Unter Bedingungen einer hohen Glaubwürdigkeit oder eines hohen sozialen Status des Therapeuten führen extrem diskrepante Kognitionen zu einer stärkeren Veränderung der Einstellung des Klienten in Richtung auf die kommunizierte Inhalte als bei geringerer Glaubwürdigkeit und geringerem sozialen Status. Aber - und das ist in unserem Zusammenhang noch interessanter - mit steigender Diskrepanz der Kognitionen (Interpretation) (BERGIN 1960) wird die Angleichung an die kommunizierte Kognition geringer. Beide Befunde bedeuten für die Therapie zusammengenommen:

Je mehr Glaubwürdigkeit oder sozialen Status der Therapeut besitzt, desto eher kann und soll er diskrepante Kognitionen deutlich werden lassen.

Betrachtet man die BERGINschen Ergebnisse genauer, so kann man vermuten, daß bei sehr starken kognitiven Diskrepanzen in der Therapie auch unter der Bedingung hoher Glaubwürdigkeit und hohen Status keine Einstellungsänderungen stattfinden. Es scheint also Vorsicht geboten. Auch bei hoher Glaubwürdigkeit sind wohl extrem diskrepante Kognitionen zu vermeiden, weil vorstellbar ist, daß bei gänzlich unterschiedlichen kommunizierten Einstellungen zwischen Klient und Therapeut auch die Glaubwürdigkeit des Therapeuten und damit eine Ausgangsbedingung dieser Aussage entfallen würde.

Die Einstellungsänderungen in der Gesprächspsychotherapie können als Folge der durch den Klienten in der Therapie wahrgenommenen Dissonanzen zu seinem Therapeuten aufgefaßt werden. Dies kann sich auf zweierlei beziehen:

1. Der Klient erlebt ein Therapeutenverhalten, das relativ zu seiner Selbstwahrnehmung, seinen bisherigen Erfahrungen etc. dissonant ist;
2. der Klient nimmt bei seinem Therapeuten Einstellungen und Wertungen wahr, die relativ zu seiner Selbstwahrnehmung, seinen bisherigen Erfahrungen etc. dissonant sind.

Die unter 1. oben skizzierte Auffassung kann bei Sichtung vorliegender empirischer Befunde bereits beurteilt werden. Es handelt sich lediglich um eine theoretische Umdeutung vorliegender Befunde. Der unter 2. skizzierte Standpunkt - der, wie gezeigt werden konnte, theoretisch ebenso denkbar ist, - bedarf eines Einstiegs in einen neuen Forschungsbereich. Dies soll hier versucht werden. Zunächst bedarf es für die Gesprächspsychotherapie einer Klärung, welche Therapeuteneinstellungen als therapierelevant gelten dürfen.

Therapierelevante Therapeuteneinstellungen: Folgende Einstellungsbereiche lassen sich theoretisch explizieren.

1. positive Einstellung zum Klienten

ROGERS sieht erstens das Vertrauen des Therapeuten in die Selbstheilungskräfte des Klienten und zweitens die Wertschätzung und Akzeptierung des Klienten durch den Therapeuten als therapeutisch relevant an. Die Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten muß als zu seinen Wahrnehmungen des Klienten in Wechselwirkung stehend gesehen werden. Wenn der Therapeut an seinem Klienten Merkmale wahrnimmt, die er allgemein als günstig beurteilt, wird er auch eine günstigere Einstellung zu seinem Klienten entwickeln und andererseits werden seine Einstellungen seine Wahrnehmungen mitbeeinflussen (social perception) (vgl. SUNDLAND & BARKER 1962).

2. positive Grundhaltung gegenüber Menschen allgemein

Wenn erstens die positive Einstellung des Therapeuten zum Klienten im o.a. skizzierten Sinn günstig ist und zweitens Echtheit und Selbstkongruenz des Therapeuten für den therapeutischen Prozeß wesentlich sind, dann folgt daraus, daß die günstigen Einstellungen zum Klienten nur auf der Basis allgemein günstiger mitmenschlicher Einstellungen therapeutisch sinnvoll realisiert werden können.

3. positive Einstellung des Therapeuten zu sich selbst

Ausgehend von dem FREUDSchen Konzept der Gegenübertragung ist es notwendig, die Systembedingungen des Therapeuten mitzubersichtigen, wenn man zu einer angemessenen Beschreibung der Therapeuten-Klienten-Interaktion gelangen will. Die Selbsterfahrung und Supervision in der Gesprächspsychotherapie hat ja im Wesentlichen die Funktion, dem Therapeuten die Aspekte seiner Person bewußter zu machen, die sich in seinen Therapien nachteilig auswirken können. Es wird hierbei unterstellt, daß der Therapeut dann weniger angemessen - und das hieße für die Gesprächspsychotherapie weniger offen, weniger klientenzentriert - reagiert, wenn ihm selbst problematische Bereiche in der Therapie durch den Klienten thematisiert werden. Bezogen auf die oben genannte Grundeinstellung des Therapeuten würde das aber bedeuten, daß der Therapeut dann, wenn er sich selbst wenig akzeptiert und wenig Vertrauen in seine eigene Problembewältigungsfähigkeit hat, auch nicht in der Lage sein wird, dieses Vertrauen seinem Klienten entgegenzubringen, und daß sich dies negativ auf den therapeutischen Verlauf auswirkt.

Der Prozeß der Einstellungsveränderung des Klienten durch Gesprächspsychotherapie und die auf dem Wege der Dissonanzreduktion nachfolgende Neuordnung des Klientenverhaltens ist in Abhängigkeit vom Verhalten des Therapeuten zu sehen. Positive Einstellungsveränderungen beim Klienten sieht ROGERS dann als gegeben an, wenn der Klient in der Therapie lernt, eine neue, in stärkerem Maße selbstakzeptierende Einstellung zu sich selbst zu gewinnen. Folgende Bedingungen beim Therapeuten können theoretisch als diesen Prozeß begünstigend angesehen werden:

1. Der Therapeut hat eine positive Einstellung zu sich selbst und kann diese seinem Klienten kommunizieren (Modellernen).
2. Der Therapeut hat eine positive Einstellung zu anderen Menschen, speziell seinem Klienten und kommuniziert diesem dem Klienten. Damit entsteht eine Dissonanz beim Klienten zwischen dem positiven Fremdbild des Klienten seitens des Therapeuten und dem negativen Selbstbild des Klienten. Wenn der Therapeut dieses positive Bild von seinem Klienten aufrecht erhält, muß der Klient seine Wahrnehmungsdiskrepanz reduzieren. Dies kann geschehen
 - a) durch Abbau des negativen Selbstbildes beim Klienten (erwünschte Einstellungsänderung) oder
 - b) Hinzunahme neuer Kognitionen beim Klienten (z.B. "die positive Einstellung des Therapeuten mir gegenüber ist lediglich Ausdruck einer Berufsrolle und entspricht nicht seiner wahren Sicht als Person"; daraus ist die Forderung nach Echtheit, Selbstkongruenz ableitbar). Werden neue Kognitionen zur Dissonanzreduktion benutzt, müssen diese durch den Therapeuten abgebaut werden.

In der Einstellungsforschung liegen eine Vielzahl theoretischer Modelle und empirischer Befunde vor, die in die hier durchgeführten Überlegungen nicht einbezogen wurden. Unter besonderer Berücksichtigung der Therapeuteneinstellungen in der Gesprächspsychotherapie sollten lediglich Grundzüge einer einstellungsorientierten Therapietheorie skizziert und an einigen Dimensionen inhaltlich verdeutlicht werden. Die in Kap. 5 berichteten empirischen Untersuchungen sollten dazu dienen, aufzuweisen, daß Therapeuteneinstellungen tatsächlich therapie-relevant sind. Eine differenziertere theoretische Betrachtung unter Berücksichtigung weiterer Einstellungsdimensionen erscheint sinnvoll, wenn die Therapierelevanz von Einstellungen nicht nur theoretisch, sondern auch empirisch exemplarisch belegt ist.

3 VORLIEGENDE EMPIRISCHE BEFUNDE

3.1 Therapieziele von Psychotherapeuten

Während in einer Reihe von Arbeiten (vgl. FIETKAU 1975) Ziele von Psychotherapeuten theoretisch analysiert werden und im Grunde alle Lehrbücher der Psychotherapie Ziele von Psychotherapie nennen, wissen wir jedoch wenig über die faktisch gegebenen Zielsetzungen von Psychotherapeuten. Geringen Aufschluß vermittelt eine Untersuchung von HILL (1969). HILL untersuchte Zielvorstellungen von 16 Therapeuten (9 Psychiater, 3 Psychologen und 4 psychiatrische Sozialarbeiter). Hierbei ergab die faktorielle Analyse 3 Grundmuster von Zielen:

- Faktor 1: Anwachsen der Selbsteinsicht und des Selbstgewahrseins des Klienten;
- Faktor 2: Unterstützung der Selbstachtung des Klienten, Unterstützung der Möglichkeit des Klienten mit anderen zusammenzuarbeiten, und
- Faktor 3: Hilfe für den Klienten, in seiner persönlichen Integration weiterzukommen (Kontrolle über Stimmungen, Impulse und Gedanken), Zurücknahme von Spannung und Angst.

Weibliche Therapeuten bevorzugen unterstützende Therapieziele. Während sich die Struktur der Zielvorstellungen von Psychotherapeuten auf ein relativ einfaches Grundmuster zurückführen läßt, stehen die Zielvorstellungen der Klienten unverbundener nebeneinander und ergeben eine höher dimensionierte faktorielle Struktur (HILL 1969).

Die Bedeutung von Therapiezielen des Therapeuten verdeutlicht ROSENTHAL (1955), der zeigen konnte, daß sich ethische Werte in der Therapie bei Klienten, die die Therapie erfolgreich beendeten, eher in Richtung auf die ethischen Werte des Therapeuten veränderten als bei Klienten, die die Therapie nicht erfolgreich beenden konnten. Nichterfolgreiche Klienten bewegten sich in ihren ethischen Werten im Verlauf der Therapie vom Therapeuten fort. Die Veränderung der Werthaltungen bei den Klienten im Verlauf der Therapie trat auf, obwohl alle Therapeuten einen großen Wert darauf legten, ihre Klienten nicht durch ihre eigenen Einstellungen und Werthaltungen zu beeinflussen.

3.2 Einstellungen des Therapeuten zur psychischen Krankheit

Aus der Sicht PARSONS (1972), der psychische Krankheit als die Unfähigkeit auffaßt, der Möglichkeit nach soziale Rollen zu erfüllen, kann es als eines der Hauptkriterien von Krankheit angesehen werden, daß der Kranke an seinem Zustand keine Schuld trägt. Ist er vielleicht auch durch eine Unachtsamkeit oder Nachlässigkeit erkrankt, so kann man von ihm nicht legitimerweise verlangen, er solle durch einen Entschluß oder ein 'Sichzusammenreißen' wieder gesund werden. In diesem Sinne ist der Zustand der Krankheit unfreiwillig. Auf der anderen Seite sieht man gewöhnlich die Befolgung von Normen, wie die Erfüllung von Verpflichtungen gegenüber Gruppen, als mit "freiwilligen" Entscheidungen verknüpft an; das normale Individuum kann legitimerweise verantwortlich gemacht werden. Sieht man nun aber gerade das Wesen der psychischen Erkrankung in einer Verhaltensstörung - also in dem Nichtrealisieren von Verhaltens-

erwartungen - so kann es nicht verwundern, wenn im Bewußtsein einer Vielzahl von Menschen Verhaltensstörungen nicht als Krankheit interpretiert werden. Seit einigen Jahrzehnten versuchen Psychologen und Psychotherapeuten psychische Störungen auch im Bewußtsein der Öffentlichkeit als Erkrankungen zu verankern. Ein derartiger Bewußtseinswandel ist wahrscheinlich Voraussetzung für die dringend erforderliche Verbesserung der Lage dieser Menschen. Doch diese Bemühungen, die vor allem durch die 'mental health'-Bewegung in den USA getragen wurde, war bislang nicht hinreichend erfolgreich (CUMMING & CUMMING 1957, NUNNALLY 1961, PHILLIPS 1963, 1964, SARBIN & MANCUSO 1970). Die Öffentlichkeit ist noch nicht überzeugt, daß es sich bei Fehlverhaltensweisen um einen Zustand handelt, für den der Begriff 'Krankheit' angemessen ist. Nach Ansicht von SARBIN & MANCUSO (1970) ist aber nicht nur in der Öffentlichkeit das Bild des psychisch Kranken negativ, sondern die Sichtweisen und Einstellungen von Menschen, die berufsmäßig mit psychisch Kranken umgehen, sind im Mittel implizit auch als negativ anzusehen. SARBIN (1969) hob hervor, daß psychisch gestörte Menschen auch von diesen in einen Status der 'Nonperson' manövriert werden. Das Kennzeichen dieser 'Nonperson' ist es, für sich selbst nichts entscheiden zu können, nicht zu wissen was für sich selbst gut ist usf.. U.U. stellt die Verbreitung des rogerianischen Menschenbildes eine Möglichkeit dar, diese Einstellung bei Psychologen, Ärzten, Sozialarbeitern usf. zu revidieren. Sollte sich dieses Unterfangen als unmöglich erweisen, so wäre eine Gesprächspsychotherapie, die auch Anspruch auf Mitrealisierung des anthropologischen Hintergrundes des rogerianischen Konzepts erhebt, nicht möglich. Sie würde zur technokratischen Verwirklichung von definierten Verhaltensweisen und stünde in der Gefahr, im Schematismus zu erstarren.

RALPH (1968) fand eine deutliche Abhängigkeit der Einstellung zur psychischen Erkrankung von der Art des Umgangs mit den Kranken in der Klinik. 30 Studenten unterschieden sich in ihrer Einstellung zu den Klienten sehr deutlich, je nachdem, ob sie im Rahmen traditioneller therapeutischer Konzepte in der Klinik arbeiteten oder in einer 'Companion Group', in der intensive persönliche Kontakte zwischen den Versuchspersonen und den Klienten stattfanden, mitwirkten. Die Studenten in der 'Companion Group' waren mehr 'humanitarian' und weniger 'custodial' gegenüber ihren Klienten eingestellt. Die Studenten in der 'Recreation Group' (herkömmliche Therapie) sahen eine größere Kluft zwischen normalem und unnormalem Verhalten und sahen bei den Klienten einen größeren Anteil von Schuld für ihre Erkrankung.

3.3 Einstellungen des Therapeuten zum Therapieprozeß

Das Problem, in welcher Weise die Bewertungen des therapeutischen Vorgangs durch den Therapeuten auf die Therapie Einfluß nehmen, setzt zunächst eine Klärung dessen voraus, was bei Psychotherapeuten an auf den therapeutischen Prozeß bezogenen Einstellungen überhaupt vorhanden ist. Der derzeitige Forschungsstand ist wohl gerecht beurteilt, wenn man meint, daß wir uns noch in der Phase der Beschreibung von Therapeuteinstellungen befinden und über deren Auswirkungen nur sehr begrenzte Kenntnis haben. So mußte der Versuch BÜHLERS (1962), den Einfluß von therapiebezogenen Bewertungen durch den Therapeuten auf den Therapieprozeß zu bestimmen, als eine hervorragende Analyse der disbezüglichen Lehrmeinungen enden. Über eine kasuistische Verdeutlichung hinaus - die für unterschied-

liche therapeutische Schulrichtungen und Fachvertreter hochprägnant vorgenommen wurde - mußte jedoch die Frage nach den faktischen Verhältnissen mangels vorliegendem empirischen Materials offen bleiben.

FELDMAN (1956) war der erste, der Untersuchungsergebnisse aus dem medizinischen Bereich vorlegte, in denen ein Zusammenhang zwischen dem 'Enthusiasmus' eines Arztes für eine bestimmte medikamentöse Therapie und dem Erfolg dieser Therapie nahegelegt.

Da psychotherapeutisches Vorgehen noch immer durch einen Schulenstreit gekennzeichnet ist, liegt die Frage nahe, ob die therapiebezogenen Einstellungen des Psychotherapeuten auf ein einheitliches Grundmuster reduziert werden können, oder ob nicht unterschiedliche Einstellungen - je nach therapeutischer Orientierung - anzutreffen sind. FIEDLER (1950b) fand die Einstellungen zum therapeutischen Prozeß weniger durch die Schulrichtung des Therapeuten als durch dessen Erfahrung beeinflusst. Mit zunehmender Erfahrung konvergierten die Therapeuten auf ein einheitliches Konzept einer "idealen therapeutischen Beziehung". Die "ideale therapeutische Beziehung" kennzeichnet sich positiv durch:

"An empathic relationship

Therapist and patient relate well

Therapist sticks closely to the patient's problems

The patient feels free to say what he likes

An atmosphere of mutual trust and confidence exists

Rapport is excellent

The patient assumes an active role

The therapist leaves patient free to make his own choices

The therapist accepts all feelings which the patient expresses as completely normal and understandable

A tolerant atmosphere exists

An understanding therapist

Patient feels most of the time that he is really understood

Therapist is really able to understand patient

The therapist really tries to understand the patient's feelings"

und negativ durch:

" A punitive therapist

Therapist makes the patient feel rejected

The therapist seems to have no respect for the patient

An impersonal, cold relationship

The therapist often puts the patient 'in his place'

The therapist curries favor with the patient

The therapist tries to impress the patient with his skill or knowledge

The therapist treats the patient like a child"

(FIEDLER 1950 b, S.241)

In einer weiteren Studie (ebenfalls in FIEDLER 1950b) konnten diese Befunde gestützt werden. 75 items, die drei Faktoren repräsentierten:

Faktor 1: Die Fähigkeit des Therapeuten, mit seinem Klienten zu kommunizieren;

Faktor 2: Die emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Klient und

Faktor 3: Der Status des Therapeuten relativ zu seinem Klienten (überlegen, unterlegen, gleichgestellt)

wurden durch Therapeuten - Versuchspersonen in sehr ähnlicher Weise beurteilt (ein Generalfaktor über die Rater klärte je nach Versuchsperson zwischen 66 und 90% Varianz auf). Die Beurteilungen wiesen eine sehr hohe Retest-Stabilität auf (.92). Erfahrene Therapeuten unterschiedlicher Schulrichtung realisieren eher

ein Verhalten, das der "idealen therapeutischen Beziehung" entspricht. Dieses Verhalten wird durch die theoretische Orientierung kaum beeinflusst (FIEDLER 1950a, 1951). STRUPP (1955b) kann jedoch hinsichtlich des in der Therapie beobachtbaren Verhaltens deutliche theoriekonforme Unterschiede zwischen Analytikern und Gesprächspsychotherapeuten feststellen.

Möglicherweise sind jedoch die hohen Übereinstimmungen in den Einstellungen der Therapeuten zum therapeutischen Geschehen bezüglich der FIEDLERSchen 'idealen therapeutischen Beziehung' auf das hohe Abstraktionsniveau der items zurückzuführen. Die Beantwortung der items erscheint mit Bezug auf Klienten und Nichtklienten gleichermaßen angemessen (PARLOFF 1961). Bezogen auf einen konkreteren Itemkatalog unterscheiden sich ROGERS-Therapeuten von anderen Therapeuten hinsichtlich des Ausmaßes, in dem sie die Therapeutenrolle von ihren anderen sozialen Rollen trennen und des Ausmaßes, in dem sie Informationen und Hilfestellungen für den Klienten für richtig halten. Erfahrenere Therapeuten neigen dazu, mehr Verhaltensweisen als therapeutisch sinnvoll anzusehen (FEY 1958).

Übereinstimmend zeigten FREUDianer, ROGERS-Therapeuten und SULLIVAN-Therapeuten mit wachsender Erfahrung die Tendenz (ANTHONY 1967):

- in stärkerem Maße interpretatives Vorgehen zu akzeptieren,
 - in stärkerem Maße das Beziehungsverhältnis zum Klienten zu reflektieren,
 - die Therapie eher als einen nichtplanbaren Prozeß aufzufassen,
 - es für wichtiger zu halten, daß der Klient sich selbst versteht,
 - spezifischere Therapieziele zu formulieren und
 - unbewußten Prozessen weniger Bedeutung beizumessen.
- Zugleich erleben sich Therapeuten mit zunehmender Erfahrung in der therapeutischen Situation als unsicherer.

SUNDLAND & BARKER (1962) gelang es, Unterschiede in den Einstellungen zwischen analytisch orientierten, gesprächspsychotherapeutisch orientierten und "SULLIVAN-Therapeuten" aufzuweisen. Hierbei unterschieden sich analytisch (freudianisch) orientierte Therapeuten und Gesprächspsychotherapeuten am stärksten voneinander. Konzeptanalog betonten die Analytiker eher die Bedeutung der Kindheit des Klienten. Sie betonten in stärkerem Maße die Bedeutung therapeutischer Kenntnisse und des therapeutischen Trainings. Sie glaubten weiter, der Therapeut solle seine Therapie in stärkerem Maße planen, sollte bestimmte therapeutische Ziele verfolgen und weniger spontan sein und sich in der therapeutischen Situation unpersönlicher verhalten. Es bestand die Tendenz, daß erfahrene Therapeuten (gleich welcher Schulrichtung) in ihren Urteilen weniger extreme Positionen einnahmen; Therapeuten, die in ihren Urteilen unentschlossener waren, ähnelten in ihren Einstellungen eher Gesprächspsychotherapeuten. Erfahrenere Therapeuten beschreiben sich selbst in der therapeutischen Situation als unsicherer; Therapeuten, die sich selbst für sicher hielten tendierten dazu,

- in stärkerem Maße die Konzeptualisierung eines Falles zu betonen,
- mehr Interpretationen für günstig zu halten,
- ein eher unpersönliches Herangehen an die Therapie zu bevorzugen und
- sich selbst als relativ passiv zu beschreiben.

Die Frage nach dem Einfluß der Erfahrung auf den Therapeuten, seine Einstellungen und Verhaltensweisen, ist nur sehr schwer methodisch zugänglich, weil die Ausbildung von Erfahrung mit der Zeit, die bei der Erfahrungsbildung verstreicht, kovariiert. Die Variable Zeit ist jedoch keine Einflußgröße, von der wir annehmen können, daß sie auf Einstellungen und Verhaltens-

weisen von Psychotherapeuten ohne Einfluß bleibt. Bereits innerhalb weniger Jahre kann sich das verändern, was man mit 'therapeutischem Zeitgeist' umschreiben könnte. Dieser 'therapeutische Zeitgeist' ist jedoch als Einflußgröße aus den empirischen Untersuchungen, die sich mit der Frage nach der Bedeutung der Erfahrung auf den Therapeuten befassen, nur schwer auszuschließen. Zwei methodische Vorgehensweisen sind zur Klärung der Bedeutung der Erfahrung realisiert worden.

1. Querschnittsuntersuchungen: Es werden erfahrene und unerfahrene Therapeuten (etwa hinsichtlich ihrer Einstellung zur Psychotherapie) verglichen. Hier liegt das oben angerissene Problem so, daß die erfahreneren Therapeuten ihre Einstellung einige Jahre vor den weniger erfahrenen Therapeuten im Rahmen ihrer Ausbildung erworben haben und in ihrer Lernphase mithin unter einem anderen 'Zeitgeist' gestanden haben. Ähnlichen Einfluß hat ggf. auch das unterschiedliche Alter der beiden Versuchspersonen-Gruppen, das insgesamt eine unterschiedliche Auffassung von mitmenschlichem Zusammensein implizieren kann.

2. Längsschnittuntersuchungen: Untersucht man die gleiche Versuchspersonen-Gruppe in einem Abstand von vielleicht mehreren Jahren, so hat man in der verstrichenen Zeit nicht allein ein Ansteigen therapeutischer Erfahrung zu verzeichnen, sondern als Störgrößen muß man noch andere Variablen in Rechnung stellen, wie etwa einen Wechsel in der therapeutischen Auffassung.

Es bietet sich jedoch eine dritte Möglichkeit an, mit der zumindest diese Schwierigkeiten umgangen werden können, die aber bis dato noch nicht realisiert wurde. Man müßte Versuchspersonen-Gruppen zusammenstellen, die sich hinsichtlich ihres Alters, des Zeitpunkts, an dem sie mit ihrer Therapieausbildung begonnen haben und

anderer Variablen, die man in diesem Zusammenhang für relevant halten mag, vergleichbar sind und die sich allein in der Anzahl der durchgeführten Therapien unterscheiden.

Klienten und Psychotherapeuten stimmen hinsichtlich dessen, was sie im therapeutischen Prozeß als hilfreich ansehen, nicht ganz überein (FEIFEL & EELLS 1963). Von beiden Seiten wird die Möglichkeit sich auszuspochen, Probleme und Schwierigkeiten anschneiden zu können als wesentlicher Aspekt therapeutischen Geschehens gesehen. Weiter sehen Klienten und (analytisch orientierte) Therapeuten die Möglichkeit, Spannungen auszuleben und ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen als hilfreich an. Die Therapeuten sehen die Möglichkeit, den Klienten in Krisensituationen zu unterstützen und ihm ein Ausleben in Übertragungssituationen zu ermöglichen als hilfreich an, während dies von ihren Klienten nicht in gleichem Maße günstig bewertet wird.

Klienten beurteilen Unsicherheiten und Angstlichkeiten beim Therapeuten ungünstig; diese hingegen halten insbesondere interpretative und konfrontative Aspekte therapeutischen Vorgehens für hinderlich. Weiter sehen sie eine wesentliche Störgröße in negativen Empfindungen gegenüber ihrem Klienten. Diese werden jedoch von den Klienten entweder nicht wahrgenommen oder nicht in dieser Weise bewertet. In Nacherhebungen (nach 4 Jahren) ergaben sich wieder sehr ähnliche Verhältnisse, nur wünschten sich die Klienten nun rückblickend ein eher direktives und aktives Verhalten des Psychotherapeuten, weiter betrachteten sie es als wünschenswert, wenn die therapeutischen Sitzungen häufiger stattgefunden hätten. Die sich faktisch vollziehende Veränderungen als Folge psychotherapeutischer Interventionen werden von Klienten und Therapeuten unterschiedlich gesehen:

Relative Frequency of Mayor Area Changes Occuring
Therapy, aus FEIFEL & EELLS 1963, S.313

Area of change	Patients		Therapists	
	%	Rank	%	Rank
1. Insight	52	1	37	4
2. Attitude	48	2	38	3
3. Behavioral	47 ⁺	3	71	1 ⁺
4. Symptom relief	25 ⁺⁺	4	57 ⁺⁺	2
5. Other	10	5	8	5

Note.- Percentages represent percentage of cases giving
a response classifiable in this general area

⁺p .05

⁺⁺p .01

Während die Therapeuten dazu neigen, als wesentliche Aspekte der Veränderung beim Klienten sein Verhalten und seine Symptome zu betrachten, neigen die Klienten dazu, eher Einstellungsänderungen und verbesserte Selbstsicht als die Veränderungen zu sehen, die die Therapie bei ihnen bewirkt hat. Dieses Ergebnis scheint wegen der für Therapeut und Klient unterschiedlichen Zugangsmodi (Erleben und Verhalten) zu den Prozessen, die beim Klienten als Folge der Therapie ablaufen, plausibel. Es stellt den Therapeuten jedoch vor die Aufgabe, diese Aspekte der Persönlichkeitsänderung (Einstellungen, Einsichten) im Verlauf der Therapie besser zu beachten; es birgt weiterhin einen Auftrag an die Forschung in sich.

Erfolgreichere Therapeuten beurteilen therapeutisch effektives Verhalten variabler; sie bevorzugen stärker unterschiedene Verhaltensweisen je nach Konfliktlage und ordnen ihrem Verhalten ein abgestuftes Maß an subjektiver Sicherheit zu (GOULDING 1968). Klienten scheinen in ihren Verhaltensweisen in der Therapie durch die Einstellung des Therapeuten bzgl. günstiger

Klienten- und Therapeutenverhaltensweisen beeinflussbar (HOUTS & MC INTOSH 1969). Damit wird die Einstellung des Therapeuten zum therapeutischen Prozeß zu einer wesentlichen therapierelevanten Größe.

Das Interesse des Therapeuten an der Behandlungsmethode steht im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg bei analytischen Kurztherapien (FRANK 1965) und bei Therapien von Medizinstudenten (GINSBURG & ARRINGTON 1948, FRANK 1961, GOLDSTEIN & SHIPMAN 1961). Je intensiver der Therapeut an seine Behandlungsmethode glaubt, desto mehr findet eine positive Beeinflussung des Klienten statt (BERGMAN 1958, FRANK 1961, KIEV 1964, MENNINGER 1959). Es kann vermutet werden, daß der Klient das Interesse des Therapeuten an der Behandlungsmethode zu einem Interesse an seiner Person umdeutet und diese Zuwendung des Therapeuten scheint - wie wir aus der Gesprächspsychotherapie wissen - geeignet, günstige Effekte hervorzurufen. Einstellungen des Therapeuten zum Klienten und Einstellung zur Behandlungsmethode scheinen in Zusammenhang zu stehen. Es gibt Hinweise dafür, daß die Einstellung des Therapeuten zur Behandlungsmethode primär und die zum Klienten davon abhängig ist (STRUPP 1960a,b, STRUPP & WILLIAMS 1960, STRUPP & WALLACH 1965). Einige Therapeuten mögen ihre Klienten weniger, weil diese sich nicht so gut für ihre Behandlungsmethode eignen (WALLACH & STRUPP 1960). Klienten, die dazu beitragen, Untersuchungen zu komplettieren, werden mehr gemocht als solche Klienten, die aus irgendwelchen Gründen aus der Untersuchung herausfallen (HELLER & GOLDSTEIN 1961).

(Bei den derzeitigen Modalitäten der kontrollierten Gesprächspsychotherapeutischen Vorgehens, wie sie seitens der 'Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie' vorgesehen sind, erscheint es möglich, daß die Zuwendung von Therapeuten zu

ihren Klienten davon abhängig wird, ob die Klienten zur Erlangung oder Beibehaltung des Zertifikats 'Gesprächspsychotherapeut in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie' beiträgt oder nicht.)

Das Interesse des Therapeuten am Treatment ist oft größer als sein Interesse, den Klienten in der Therapie zu behalten (HEINE & TROSSMAN 1960, MC NAIR e.a. 1963). Wir können erwarten, daß sich das Verhalten von Therapeuten gegenüber ihren Klienten ändert, wenn im Verlauf der Therapie günstige Ergebnisse (Therapieerfolge, Komplettierung von Datensätzen bei empirischen Untersuchungen etc.) anfallen. Aus der Experimentalpsychologie wissen wir, daß Versuchsleiter in solchen Fällen gegenüber ihren Versuchspersonen interessierter, liebenswürdiger und persönlicher werden - mithin (auf Therapie transponiert) günstigere therapeutische Bedingungen schaffen (ROSENTHAL 1963).

Derartige Effekte, die nicht auf die therapeutische Technik i.e.S. zurückzuführen sind und damit hinsichtlich der Therapieform als unspezifisch angesehen werden können, bezeichnen wir als Placeboeffekte. Placeboeffekte sind sowohl in der medizinischen als auch in der psychologischen Therapie bekannt (SHAPIRO 1971). Es glauben sehr viele Psychotherapeuten, daß ihre jeweilige Therapieform relativ placebofrei ist und kaum suggestive Effekte hat. Die Durchsicht relevanter empirischer Untersuchungen erweist jedoch das Gegenteil (FRANK 1961, KIEV 1964, GLOVER 1955).

WEISSMAN e.a. (1971) konnte in einer groß angelegten Untersuchung der 'American Psychological Association' zeigen, daß die Verwendung bestimmter psychotherapeutischer Interventionstechniken weniger von der Art der therapeutischen Orientierung beeinflußt werden, in der der Therapeut ausgebildet wurde, sondern eher durch

therapeutische Grundeinstellungen, die sich gut den 'themes' von Einstellungen nach LIONELLS (1966) zuordnen lassen: egalitarian, dogmatist, normalist, pragmatist, authoritarian. Diese Grundeinstellungen erweisen sich als zur Beschreibung der durch die Therapeuten verwendeten Technik bedeutsamer als die Ausbildung, die die Therapeuten erhalten haben (vgl. auch ANDREWS 1966, KLEIN et.al. 1969, LIONELLS 1966). Unterstellt man die Richtigkeit obiger Aussagen, so sollte man sich in der Therapieausbildung bemühen, dem Lernenden Gelegenheit zu geben, mehr von sich selbst zu erfahren, die eigenen Einstellungen und Haltungen besser kennenzulernen und so die therapeutischen Techniken für sich zu übernehmen und einzuüben, die der eigenen Persönlichkeitsstruktur angemessen sind (WEISSMAN e.a. 1971). Wir haben hier eine empirische Begründung für die Verwendung von Selbsterfahrungsseinheiten in Therapieausbildungssituationen. Es erscheint unter dem oben genannten Gesichtspunkt sinnvoll, die Selbsterfahrungen angehender Therapeuten auf ihren Umgang mit Therapie und Klienten thematisch zu zentrieren.

JACOBS, KNITZER, MULLER und SPILKEN (1969) finden bei 54 Psychiatern, 77 Psychologen und 78 Sozialarbeitern Unterschiede hinsichtlich dessen, was diese für therapeutisch sinnvolles Verhalten ansehen. Psychotherapeuten bewerten empathy, respect und interest höher und objectivity, dependability, sincerity, sureness und directivity weniger hoch als die, die nicht berufsmäßig Psychotherapien durchführen. Die beiden Gruppen unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Einschätzung der Bedeutung der emotionalen Wärme nicht. College-Studenten, die am Anfang ihrer Psychotherapieausbildung stehen, halten zwar verhaltenstherapeutische Interventionen für wissenschaftlich begründeter als

psychoanalytische und klientenzentrierte Vorgehensweisen. Dennoch werden letztere therapeutische Vorgehensweisen als für Klienten im allgemeinen dienlicher erachtet. Klientenzentrierte Therapie wird in Abhebung gegenüber analytischen Vorgehensweisen für Klienten mit leichteren Störungen bevorzugt. Die Einstellung der College-Studenten zu wissenschaftlichem Vorgehen im allgemeinen stand in keiner Beziehung zu der Bevorzugung einer bestimmten therapeutischen Richtung (FANCHER & GUTKIN 1971).

PONGRATZ (1973, S.382 ff.) versuchte die "Komplementarität" von Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie nachzuweisen. Er stellte sich die Frage: "Stehen die postulierten Unterschiede in der Technik nur auf dem Papier oder werden sie im therapeutischen Alltag auch praktiziert?". Der Frage nach faktischem Therapeutenverhalten erscheint jedoch die von PONGRATZ verwendete Fragebogentechnik unangemessen. So sollten folglich die PONGRATZschen Ergebnisse nicht auf tatsächliches Therapeutenverhalten, sondern auf die Einschätzung von Therapeutenverhalten hin interpretiert werden. PONGRATZ kann Dimensionen extrahieren und benennen, die die Einstellung von Therapeuten beschreiben;

1. psychoanalytisch orientiert vs. symptomorientiert,
2. Konzept idealer therapeutischer Beziehung,
3. direktiv pragmatisch vs. nicht direktiv,
4. objektiv (lerntheoretisch) vs. subjektiv.

Die vier Faktoren klären zusammen 42,7% Varianz auf und weisen damit die Einstellung des Therapeuten zum therapeutischen Prozeß als komplex aus. Die auch in den PONGRATZschen items verwendete schulenspezifische Terminologie scheint jedoch der Intention, Unterschiede in den Einstellungen von Therapeuten unterschiedlicher Schulrichtung zu trennen, unangemessen. Wahrscheinlich

wird es nur unter Verwendung theoretisch-konzeptionell weniger vorbelasteter und gewerteter Begriffe möglich sein, denkbare Einstellungsunterschiede aussagekräftig zu erheben.

Die Ergebnisse von HOWARD e.a. (1969) machen geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrnehmung des therapeutischen Prozesses durch weibliche bzw. männliche Psychotherapeuten wahrscheinlich. Männliche Therapeuten beschreiben ihr therapiebezogenes Erleben (gemessen mit dem 'Therapie Session Report' (TSR) deutlich häufiger ($^+ = p = .05$, $^{++} = p = .01$ / $N = 28$ Patienten/Therapeuten-Paare) mit folgenden Begriffen: intimate⁺, attracted⁺⁺, inadequate⁺⁺, preoccupied⁺⁺, detached⁺⁺, withdrawn⁺⁺, bored⁺⁺, angry⁺, discouraged⁺, disappointed⁺⁺, dull⁺, need to relieve bladder⁺⁺.

Es scheint so, als wären die männlichen Psychotherapeuten durch die Psychotherapien in stärkerem Maße gefühlsmäßig betroffen. Dies kann möglicherweise als eine Funktion der bei männlichen Therapeuten in dieser Situation gegebenen heterosexuellen Anziehung sein (nur weibliche Klienten bei HOWARD e.a. 1969). Männliche Therapeuten neigen eher dazu, unangenehme Gefühle auszudrücken, während weibliche Therapeuten eher positive Gefühle über die Therapie berichten. Weibliche Therapeuten reagieren in stärkerem Maße auf die Erfahrungen, die ihre Klientinnen in der Therapie machten. Die engsten Beziehungsverhältnisse ergaben sich dann, wenn die Therapeuten sich von ihren Klientinnen sexuell angezogen fühlten und wenn die Therapeutinnen die Wahrnehmung machten, ihre Klientinnen stünden zu ihnen in einer Abhängigkeitsbeziehung.

Eine wesentliche Aufgabe der Therapieforschung wird es zukünftig sein, angemessene Kategoriensysteme zu entwickeln, mit deren Hilfe die Beziehung zwischen

Klienten und Therapeuten in Abhängigkeit vom und mit Blick auf den therapeutischen Prozeß beschrieben werden kann. Die hierbei in der Attraktions-Forschung bereitgestellten Modelle sind bisher kaum hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit für den therapeutischen Bereich überprüft worden.

3.4 Einstellung des Therapeuten zum Klienten

Der Tatbestand, daß einige Therapeuten mit einigen Klienten erfolgreicher sind, mag mit den Einstellungen des Therapeuten zu diesen Klienten und deren Problemen in Zusammenhang stehen. Dies wird durch eine Reihe von Untersuchungen nahegelegt (ALEXANDER 1958, FENICHEL 1945, GOLDSTEIN 1962, HEINE & TROSMAN 1960, KUBIE 1964, MC NAIR e.a. 1962, MC NAIR e.a. 1963, OBERNDORF e.a. 1953, SNYDER & SNYDER 1961, THOMPSON 1956, WOLBERG 1954). Die Einstellung des Therapeuten zum Klienten ist eine Kennzeichnung der therapeutischen Beziehung, die von Systembedingungen des Therapeuten ausgeht, die vor Beginn der je einzelnen Therapie vorhanden sind und sich auf diese auswirken. Dieser Sachverhalt ist in der analytischen Konzeption als Gegenübertragung thematisiert worden. Der Begriff Gegenübertragung ist jedoch nicht sehr eindeutig gefaßt (ORR 1954) und erlaubt unterschiedlichste Operationalisierungen. Für BECKMANN (1974) ist die Gegenübertragung Ausdruck einer "Restneurose" des Therapeuten. CUTLER (1958) definierte sie als Konfliktzone des Therapeuten, die sich in einer Differenz zwischen seinen Selbstbeurteilungen und zugeordneten Fremdbeurteilungen auffassen läßt. Er konnte zeigen, daß Therapeuten, bei in der Therapie auftauchenden Thematiken, die im Bereich dieser Konfliktzonen liegen, mehr 'ego orientated' reagieren, d.h. dazu nei-

gen, diese Bereiche unangemessen über- bzw. unterzubetonen. Eine derartige selektive Sonderstellung einzelner therapierelevanter Inhalte widerspricht jedoch der theoretischen Grundposition der Gesprächspsychotherapie. Zur Vermeidung derartiger Effekte scheinen für die Gesprächspsychotherapie im Rahmen von Therapie-supervisionen therapiezentrierte Selbsterfahrung für den Therapeuten angezeigt.

Bereits 1953 wies FIEDLER darauf hin, daß wir zwar über die Einstellungen des Klienten zum Therapeuten und zum therapeutischen Prozeß viel wissen, daß wir aber über Einstellungen des Therapeuten zum Klienten nur wenig Informationen haben. In der Gesprächspsychotherapie ist insbesondere im therapeutischen Ansatz von GENDLIN (1970, 1974) die emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Klient als wesentliche Bedingung des therapeutischen Erfolgs herausgestellt worden (Experiencing). Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen positiven Einstellungen des Therapeuten zu seinem Klienten und dem Ausmaß, in dem der Klient in der Therapie gefühlsmäßige Reaktionen zeigt (FIEDLER 1953). Gefühlsmäßige Reaktionen des Klienten in der Therapie können aber als notwendige (sicher nicht hinreichende) Bedingungen des günstig verlaufenden therapeutischen Prozesses angesehen werden.

Was aber kann nun als günstige Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten aufgefaßt werden? Reicht es, die Einstellung des Therapeuten operational als ein 'ich finde meinen Klienten sympathisch' oder 'ich mag meinen Klienten' zu fassen (Konzept der 'interpersonal attraction'; vgl. hierzu WIENOLD (1972), der in hervorragender logischer Analyse vorliegende Theorien diskutiert), oder ist es erforderlich, daß sich zu diesem schlichten Mögen des Klienten durch den Therapeuten

andere inhaltlich näher bestimmte Einstellungen hinzukommen? Welche Bedeutung kommt dem Glauben des Therapeuten zu, der Klient könne seine Schwierigkeiten am besten selbst in den Griff bekommen und Aufgabe des Therapeuten sei es, ihm dazu lediglich günstige Bedingungen in der Therapie zu schaffen? Letztere Therapeuteinstellungen zu den Klienten sind jedenfalls konkreter und lassen weit eher verhaltensmäßige Operationalisierungen zu. Wenngleich aber die interpersonale Anziehung i.S. eines "Sich Mögens" weniger eindeutig verhaltensmäßige Korrelate nahelegt, kann daraus nicht abgeleitet werden, daß es sich hierbei um einen therapeutisch weniger bedeutsamen Sachverhalt handelt.

SCHOFIELD (1964) weist darauf hin, daß es die überwiegende Anzahl der gegenwärtig arbeitenden Psychotherapeuten bevorzugt, mit sogenannten YAVIS-Klienten zu arbeiten (YAVIS ist die Kurzform für Young, Attractive, Verbal, Intelligent, Successful). Diese Klienten haben eine größere Chance, erfolgreich therapeutisch behandelt zu werden. Dies kann nun an zweierlei liegen

- a) diese Klienten sind tatsächlich generell für psychotherapeutische Interventionen geeignet^{er} und/ oder
- b) es handelt sich hierbei um einen Erwartungseffekt (experimenter bias/self-fulfilling prophecy).

Falls letzteres zutreffen sollte, sollte es möglich sein, durch Umstrukturierung von Erwartungshaltungen beim Therapeuten diesen Effekt zu modifizieren. Wo die Ursachen aber immer zu sehen sein mögen, wir verfügen im Augenblick offenbar über therapeutische Techniken bzw. Therapeuten, die für sogenannte HOUND-Klienten (HOUND ist die Kurzform für Homely, Old, Unattractive, Nonverbal, Dump) weniger geeignet sind. GOLDSTEIN & SIMONSON (1971) stellen die Forderung auf, daß das Interesse der Psychotherapieforschung sich zunehmend

auf den HOUND-Klienten richten sollte. Das Problem scheint forschungsstrategisch in zweierlei Weise angebar:

- a) Der Sachverhalt, daß bestimmte Klienten (hier z.B. HOUND-Klienten) weniger gut therapierbar sind, ist Ergebnis davon, daß unsere therapeutischen Techniken und die ihnen zugrunde liegenden Theorien neurotischer Störungen für bestimmte Gruppen von Klienten nicht angemessen sind. Die Lösung des Problems liegt in der Entwicklung angemessener therapeutischer Interventionstechniken.
- b) Die Theorien neurotischer Störungen und die therapeutischen Interventionstechniken sind gleichermaßen für unterschiedlichste Klientengruppen geeignet. Die Therapeuten, die die Therapien durchführen, sind jedoch bei bestimmten Klientengruppen nicht in der Lage, diese angemessen zu realisieren (Sprache, negative Vorerwartungen etc.). Unter diesem Gesichtspunkt wären Modifikationen in der Ausbildung (bzw. Auswahl für die Ausbildung) erforderlich.

Der gegenwärtige Trend in der Therapieforschung (KIESLER 1971, BASTINE 1975) geht dahin, den Ansatz b) als Homogenitätsmythos abzulehnen. Eine einseitige Einbeziehung des Ansatzes a) in forschungsstrategische Überlegungen scheint jedoch ebenso sachunangemessen, wie die Auffassung, eine bessere Psychotherapie ließe sich dadurch erreichen, daß der Therapeut sich auch auf gegenwärtig nur bedingt therapierbare Klienten besser einstellen, Vorurteile abbauen und seine Wahrnehmungen diesen gegenüber verändern und seine Einstellungen verbessern müsse. Sowohl differenziertere therapeutische Interventionsstrategien (BASTINE 1975) als auch die Analyse der Einstellungen und Erwartungen von Therapeuten an ihre Klienten und die Entwicklung von Möglichkeiten, diese strukturierend zu beeinflussen (themenzentrierte Selbsterfahrung) sind erforderlich.

Der Theorie von ROGERS nach wäre zu erwarten, daß Therapeuten, die von ihrer Einstellung zu anderen Menschen her eher geneigt sind zu versuchen, sich in den Bezugsrahmen des Klienten hineinzusetzen, günstiger reagieren als solche, die eher den externen Bezugsrahmen thematisieren. Weiter kann personenorientierte Einstellung als günstiger prognostiziert werden als eine gegenstands- oder problemorientierte Einstellung. Die obigen Vermutungen konnten durch COMBS & SOPER (1963) bestätigt werden (Zusammenhänge zwischen entsprechenden Einstellungsskalen und Supervisorenurteil über die Güte des Therapeuten $r = .40 - .60$). ROGERS meint, die Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten würde sich im Verlauf seiner therapeutischen Erfahrung verändern. Während der Therapeut anfangs zumeist geringes Vertrauen in die Selbsteinsicht des Klienten und dessen Fähigkeit habe, sich selbst in konstruktiver Weise zu entwickeln (wenngleich er von der Richtigkeit des klientenzentrierten Konzepts überzeugt sein kann), verändere er mit wachsender Erfahrung Schritt für Schritt seine Einstellung in Richtung auf ein größeres Vertrauen zu seinem Klienten (ROGERS 1951).

Das Akzeptieren des Anderen und die Motivation, sich mit ihm auseinanderzusetzen, stellt eine zentrale Einflußgröße im Prozeß der Interaktion zwischen Menschen dar. Dieser Sachverhalt ist uns aus unserer Alltagserfahrung nur allzugeläufig. Eine Zusammenarbeit oder ein Zusammenleben mit einem Menschen, den man nicht akzeptiert oder an dessen Person man kein Interesse hat, ist außerordentlich erschwert. So ist es nur konsequent, wenn ROGERS als Basis des therapeutischen Kontakts ein unbedingtes Akzeptieren des Klienten durch den Therapeuten fordert. Es läßt sich aufweisen, daß diese Grundeinstellung gegenüber dem Klienten Einfluß auf den Gang der Therapie nimmt (GOLDSTEIN & SIMONSON 1971).

Die Bedeutsamkeit des Beziehungsaspekts verdeutlichen MINSEL e.a. (1973), die bei 39 Klienten zeigen können, daß die Dimension 'Anteilnahme, aktives Bemühen, am Gespräch beteiligt sein' des Therapeuten in höherem Maße Therapieerfolg (pre-post-test-Diff., Selbsteinschätzung des Klienten, Nachbefragungsdaten) voraussagt, als das Eingehen des Therapeuten auf die Gefühle des Klienten (VEE).

Der Sachverhalt, daß die Variable VEE in geringerem Maße mit Änderungswerten des Klienten in Zusammenhang zu stehen scheint als die Anteilnahme des Therapeuten, mag zwar insofern methodisches Artefakt sein, als die Varianz auf der Variable VEE eingeengt war (d.h. alle Therapeuten realisierten hinreichend gut VEE), weist jedoch auf die Notwendigkeit hin, im Therapieprozeß verstärkt auf die Beziehung zwischen Klient und Therapeut zu achten. Die Beziehung wurde hier durch außenstehende Beurteiler eingeschätzt, es erscheint möglich - vielleicht sogar wahrscheinlich -, daß eine validere Schätzung der Beziehung durch die Beteiligten selbst - via Einstellungsskalen - möglich wird und damit die Bedeutsamkeit der Therapeuten-Klienten-Beziehung in der Therapie als noch relevanter ausgewiesen werden kann.

In einer ganzen Reihe von Untersuchungen konnte eine direkte Beziehung zwischen der persönlichen Einstellung (i.S. interpersonaler Anziehung) des Therapeuten gegenüber dem Klienten und der klinischen Einschätzung des Klienten durch den Therapeuten nachgewiesen werden (STRUPP 1958a,b, STRUPP und WALLACH 1965, STRUPP und WILLIAMS 1960, WALLACH und STRUPP 1960). Darüber hinaus zeigten sich Zusammenhänge zwischen positiven Einstellungen des Therapeuten und günstigen therapeutischen Prozessen und Effekten. PARLOFF (1956) fand, daß der Therapeut sich in der Beziehung zu solchen Klienten wohl

fühlt, die jeweils seinem 'Ideal-Klienten' möglichst nahe kommen. TRUAX & WARGO (1966) konnten zeigen, daß das Interesse des Therapeuten am Klienten in einem positiven Zusammenhang mit dem Ausmaß der Introspektion steht, derer der Klient in der Therapie fähig ist. Das Therapeuteninteresse beeinflußt das Ausmaß, mit dem der Klient in der Therapie seine Gefühle ausdrücken kann. Therapeuten, die an der Problematik ihrer Klienten überdurchschnittlich interessiert sind, haben bei diesen Klienten weniger Therapieabbrüche (LORR & CALLAHAN 1963, MC NAIR 1963). Diese Tendenz besteht sowohl bezüglich Klienten, die hinsichtlich einer relativ validen Testbatterie als solche klassifiziert werden konnten, die eine hohe Therapieverweildauer erwarten ließen als auch bezüglich solcher Klienten, denen ein Therapieabbruch prognostiziert wurde. WALLACH und STRUPP (1968) konnten zeigen, daß die Beziehung zwischen der persönlichen Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten und der Einschätzung des klinischen Bildes, das er sich von seinem Klienten macht, unabhängig von seinem Erfahrungsstand als Therapeut besteht, d.h. auch erfahrene Therapeuten sind nicht dagegen gefeit, daß in ihre Beurteilung der Symptomatik des Klienten Sympathie und Antipathie eingehen.

Insgesamt jedoch spielt der Erfahrungsstand des Therapeuten für seine Einstellung gegenüber seinem Klienten eine große Rolle. Es ist häufig berichtet worden, daß unerfahrene Therapeuten in größerem Umfang Therapieerfolge aufweisen als erfahrenere Therapeuten. Dieser Sachverhalt kann jedoch nach SHAPIRO (1971) nicht als gesichert angesehen werden. Weitgehend gut abgesichert und damit möglicherweise im Zusammenhang stehend kann man jedoch feststellen, daß weniger erfahrene Therapeuten (Neulinge) ihren Klienten ein größeres Ausmaß persönlichen Interesses entgegenbringen (BARCHILON 1958,

BERMAN 1949, BRANCH & ALLISON 1962, COLE 1962, FRANK 1961, GRINKER 1958, KARNO 1965, KUBIE 1956, LOWINGER & DOBIE 1964, RIOCH 1966, STRUPP 1958c, TRUAX und WARGO 1966). Jüngere Therapeuten haben ihren Klienten gegenüber auch eine optimistischere Einstellung (STRUPP 1960b), sind von der Effektivität ihrer Behandlungsmethode überzeugter und haben mehr Interesse am Therapieergebnis (FRANK 1961, LESSE 1964b, STRUPP 1960b) - letzteres vielleicht, weil sie noch mehr Bekräftigung für ihr eigenes therapeutisches Handeln benötigen. Wir können nicht erwarten, daß unausgebildete Therapeuten sich homogen verhalten, gerade bei ihnen wird eine große Verhaltensvarianz zu erwarten sein, die aus einer Verhaltensunsicherheit in Therapiesituationen resultiert. Wenn dies zutrifft und Laientherapeuten tatsächlich in hohem Maße effektiv arbeiten, dann sind es offenbar nicht bestimmte Verhaltenstechniken, die therapeutisch effektiv sind, sondern die möglicherweise hinter den unterschiedlichen Verhaltensweisen stehenden Motivationen, Einstellungen etc., die durch die verschiedensten Verhaltensweisen gleichsam hindurchscheinen.

Die Einstellung des Therapeuten gegenüber seinem Klienten ist in Abhängigkeit von den durch den Therapeuten wahrgenommenen Klientenmerkmalen zu sehen. 135 fortgeschrittenen Studenten der klinischen Psychologie wurde ein Tonfilm einer psychotherapeutischen Sitzung gezeigt. Vor dem Film wurde den Versuchspersonen in systematisch variiertes Weise Informationen über den Klienten gegeben ('neurotisch' / 'psychopathisch' / 'keine Diagnose'). Weiter wurden ihnen Angaben über die Motivation des Klienten zur Therapie gemacht (hoher / niedriges Motivationsniveau / keine Angaben). Der Film wurde an vorher bestimmten Stellen angehalten und die Versuchspersonen wurden gebeten zu sagen, was sie an dieser Stelle als Therapeut verbalisieren würden. Diese Reaktionen

wurden einer Inhaltsanalyse nach TRUAX & CARKHUFF (1967) unterzogen, wobei 'Empathy' und 'emotionale Zuwendung' im Mittelpunkt des Interesses standen. Zusätzlich wurden von allen Versuchspersonen nach Ansehen des Films Urteile über 'attraction to patient', 'prognosis', und 'willingness to treat' erbeten. Die Ergebnisse ergaben einen Haupteffekt für die vorexperimentellen diagnostischen Informationen auf den Variablen 'warmth', 'empathy', 'attraction' und einen ähnlich signifikanten Effekt für die Motivationsinformationen auf den Dimensionen 'Prognose' und 'Bereitschaft zur Behandlung' (BEAL 1969).

In ähnliche Richtung weisen die Ergebnisse von WALLACH & STRUPP (1960): Wenn der Klient seitens des Therapeuten als sympathischer eingeschätzt wird, dann neigt der Therapeut auch eher dazu, den Klienten als neurotisch (vs. psychotisch) gestört einzustufen, ihm ein höheres Maß an Ich-Stärke zuzuschreiben, günstigere Therapieprognosen abzugeben, bessere Bedingungen für die Realisierung von 'Empathy' zu sehen und eher bereit zu sein, den Klienten in die Therapie aufzunehmen. Die normale therapeutische Vorgehensweise (des jeweiligen Therapeuten) wird eher dann durchgehalten, wenn der Klient den Therapeuten sympathisch ist. PARSONS & PARKER (1968) fanden bei 205 Versuchspersonen (Psychiater, erfahrene Medizinstudenten, Collegestudenten) eine deutlich positivere Einstellung gegenüber einem Klienten, den sie 10 mal 30 Sekunden vom Tonband hörten, wenn dieser durch den Versuchsleiter vorher als 'abhängig' (dependent) beschrieben wurde. Negativere Einstellungen ergaben sich bei der Vorstrukturierung 'normaler Klient' und 'feindseliger Klient'. Alle Versuchspersonen fühlten sich gegenüber dem als abhängig beschriebenen Klienten weniger ängstlich. Die Versuchspersonen (die ja einen unterschiedlichen Erfahrungsstand aufwiesen) unterschieden sich nur zum Teil hinsichtlich ihrer Verbalisie-

rungen: Die Psychiater zeigten signifikant weniger direktives Verbalverhalten als die beiden anderen Gruppen; die Collegestudenten und die erfahrenen Medizinstudenten unterschieden sich jedoch nicht voneinander hinsichtlich ihrer verbalen Direktivität. Beide Gruppen wiesen jedoch ein eindeutig unterscheidbares Ausbildungslevel auf. Die bei den Psychiatern verzeichnete Verminderung der verbalen Direktivität läßt sich also nicht auf allgemeinen Ausbildungsstand zurückführen; es muß vielmehr vermutet werden, daß sie in Abhängigkeit vom therapeutischen Training zu sehen ist. Dagegen differenzierte die unterschiedliche Vorerfahrung nicht die Einstellung der Versuchspersonen zu den Klienten.

Die inverse Beziehung zwischen verbaler Direktivität und therapeutischem Training stimmt mit den Ergebnissen der Untersuchungen von DEMOS & ZUWAYLIF (1963), GRIGG (1961), JONES (1963) und MUNGER & JOHNSON (1960) überein. Für die Einstellung zum Klienten konnten PARSONS & PARKER jedoch - im Gegensatz zum Verbalverhalten - keine modifizierende Wirkung des Therapie-Trainings zeigen. Möglicherweise sind Einstellungen wesentlich schwerer zu verändern als Verhaltensweisen; vielleicht spiegelt sich hier aber auch eine Ausbildungssituation wider, die wir für die Gesprächspsychotherapie in der BRD und West-Berlin beobachten können: Es wird im Training zumeist sehr viel Wert auf Veränderung und Kontrolle des Verbalverhaltens gelegt, dabei aber zu wenig berücksichtigt, daß therapeutische Tätigkeit eine bestimmte Grundhaltung erfordert. TAUSCH (1973) spricht hier von einem hilfreichen zwischenmenschlichen Beziehungsverhältnis.

GASSNER (1970) fand, daß Klienten gegenüber ihrem Therapeuten in höherem Maße attraction empfanden, wenn dieser mit ihnen hinsichtlich der Prinzipien mensch-

lichen Umgehens übereinstimmte. Bei den Therapeuten fand sich dieser Zusammenhang nicht. Dies könnte bedeuten, daß die Zuwendung, die ein Therapeut seinem Klienten gegenüber empfindet, durch Einstellungsunterschiede weniger beeinträchtigt wird, als dies beim Klienten der Fall ist.

Für PARSONS & PARKER (1968) stellte sich im Anschluß an ihre Untersuchung die Frage, ob möglicherweise durch Therapietraining Verhalten und Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten in der Therapie auseinanderklaffen - er also verbal angemessenes Therapeutenverhalten zeigt, aber negative Einstellungen zu seinem Klienten hat. Möglicherweise werden diese negativen Einstellungen zu seinem Klienten dann nonverbal kommuniziert. Die Analyse dieser möglichen Diskrepanz zwischen Verhalten und Einstellung bedürfte weiterer intensiver Forschung, wobei sich hier dissonanztheoretische Überlegungen als Erklärungskonzepte anbieten.

Möglicherweise kann - von diesen Überlegungen ausgehend - die Untersuchung von STOLER (1963) neu interpretiert werden. STOLER fand, daß Rater, die einen Klienten zum zweiten Mal vom Tonband hörten, diesen als lebenswürdiger einstufte als beim ersten Mal. Da der Therapeut während einer laufenden Therapie gezwungen ist, über längere Zeitstrecken ein positiv zuwendendes Verbalverhalten zu zeigen, muß er im Laufe der Zeit seine Einstellung in positiver Richtung ändern, wenn er nicht neue Kognitionen hinzunehmen kann, wie etwa 'Ich mag ihn zwar nicht, muß aber dennoch ihm gegenüber freundlich sein, weil es mir Geld einbringt/ meiner Ausbildung nützt' usf.. Es wäre von daher zu überlegen, welche Funktionen es haben kann, wenn der Therapeut für seine Therapie Vorteile erlangt.

Es erscheint durchaus theoretisch denkbar, daß externe Belohnungen des Therapeuten für die Therapie (Geld/

Status), es den Therapeuten ermöglichen, Diskrepanzen zwischen ungünstigen Einstellungen gegenüber seinen Klienten und Zuwendungsverhalten aufrecht zu erhalten, zumal das Interesse des Therapeuten am Klienten sehr leicht durch sein Interesse an der Behandlungsmethode überlagert werden kann (LOWINGER & DOBLE 1964, vgl. auch S.54f.).

Wenngleich es nach den oben berichteten Befunden schwer zu sein scheint, durch Training Änderungen in der Einstellung zum Klienten zu bewirken, weisen einige Befunde jedoch darauf hin, daß dies nicht unmöglich ist: CHINSKY & RAPPAPORT (1970) konnten im Gefolge eines fünfeinhalbmonatigen Praktikums von Studenten in einer psychiatrischen Klinik bei diesen Studenten Einstellungsänderungen zu den Klienten feststellen. Ein Anstieg günstiger Einstellungen gegenüber den Klienten konnte insbesondere bei der Gruppe Studenten nachgewiesen werden, die freiwillig an dem Ausbildungsprogramm teilgenommen hatten.

Hinsichtlich der Einstellung von Psychotherapeuten analytischer und rogerianischer Ausbildung zu ihren Klienten führte STRUPP (1958c) eine wichtige Untersuchung durch. 14 ROGERS-Therapeuten wurden mit 64 analytisch orientierten Therapeuten verglichen. Alle Therapeuten wurden gebeten, sich einen Film eines Erstinterviews über einen Klienten mit claustrophobischem Bild anzusehen und anschließend diesen Klienten zu beurteilen. Im Zusammenhang der Analyse von Einstellungen des Therapeuten erscheinen folgende Ergebnisse interessant: In der Sicht der Ich-Stärke, der Angstaussprägung, der sozialen Anpassung des Klienten und der Ernsthaftigkeit der Störung ergaben sich zwischen Analytikern und Rogerianern keine signifikanten Unterschiede. Die Erfolgserwartung durch eine Psychotherapie wurde jedoch von den Rogerianern signifikant ($p = .05$) besser beurteilt.

Kein Rogerianer gab eine ungünstige Therapieeinschätzung, hingegen beurteilten 40% der Analytiker den Ausgang der Therapie negativ. Rogerianische Therapeuten äußerten auch eine deutlich positive Einstellung gegenüber dem Klienten. Sie waren bei der Definition des Therapieziels deutlich zurückhaltender ($p=.001$) als Analytiker; bezogen auf den Therapieprozeß sahen sie erheblich weniger Schwierigkeiten. Rogerianer waren weniger bereit, Persönlichkeitsbereiche des Klienten zu benennen, die in der Therapie besonders focussiert bzw. (zunächst) stärker ausgeblendet werden sollten. Es ergaben sich eine Reihe weiterer Unterschiede, die sich sehr eindeutig auf die theoretischen Unterschiede zwischen den beiden therapeutischen Orientierungen rückbeziehen lassen, wie das Ausmaß der Interpretation, das Eingehen auf frühkindliche Ereignisse, das Einbeziehen der Mutterbeziehung usw.. Es ist hervorzuheben, daß die Analytiker in ihren Verhaltensweisen und Einstellungen einen deutlich größeren Spielraum aufwiesen als die ROGERS-Therapeuten.

ORLINSKY, HOWARD und HILL (1970) fanden bei zwei Therapeuten und 118 Klienten mit überwiegend high-school-Erziehung mit Hilfe therapiebegleitender Fragebögen in Individualkontakten, daß die Problematik in der Therapie - von geringfügigen Ausnahmen abgesehen - von den Therapeuten so wahrgenommen wurde, wie es auch den Erfahrungen der Klienten entsprach. Auch die faktorielle Struktur der Problembereiche entsprach sich aus beiden Sichtweisen.

In einer methodisch breiter angelegten Studie fanden COWAN e.a. (1974) bei 52 Therapeuten und 82 Klienten, daß die Therapeuten dazu tendieren, den typischen Klienten ihres Praxisfeldes (Beratungsstelle) als ängstlicher, depressiver und feindseliger wahrzunehmen, als sich ihre Klienten in ihrer Selbstwahrnehmung einschätzen. Männ-

liche Therapeuten tendierten dazu, weibliche Klienten als ängstlicher wahrzunehmen, als diese durch weibliche Therapeuten wahrgenommen werden.

Einen sehr interessanten Ansatz zur Analyse der Klientenwahrnehmung durch Psychotherapeuten findet man bei TIMÄUS & LÜCK (1973). Sie ließen durch 37 praktisch tätige Psychologen und Sozialarbeiter einschätzen, welche von 32 vorgegebenen, nichtverbalen Verhaltensweisen, in welcher Häufigkeit bei Patienten und Therapeuten vorkommen. Die befragten Therapeuten meinten bei sich und den Klienten deutlich andere nonverbale Verhaltensweisen wahrzunehmen; so werden dem Klienten signifikant häufiger folgende Verhaltensweisen zugeschrieben:

(+ = $p = .05$, ++ = $p = .01$, +++ = $p = .001$)

+++ Laute Stimme	+++ Windet sich im Stuhl
+++ Sieht nach unten	+++ Klagende Stimme
+++ Zuckt die Achseln	+++ Schlechter Blickkontakt
+++ Stirn gerunzelt	+++ Sing-Sang-Stimme
+++ Spricht schnell	++ Gebärdenspiel
+++ Hohe Stimme	++ Weite Mundbewegungen
+++ Verstohlene Blicke	+ Macht Pausen
+++ Unruhige Bewegungen	
+++ Zitternde Stimme	

und dem Therapeuten:

+++ Guter Blickkontakt
+++ Klare Ausdrucksweise
++ Nachlässige Haltung
++ Spricht langsam

Auf den Einstellungshintergrund dieses Befundes verweist folgender Sachverhalt, auf den TIMÄUS & LÜCK hinweisen:

Die hier dem Patienten zugeschriebenen Verhaltensmerkmale weisen eine deutliche Übereinstimmung mit Verhaltensweisen auf, wie sie von GITTER und KNOCH (1971) als typische Verhaltensweisen des Untergebenen herausgestellt wurden.

3.5 Einstellung des Therapeuten zum sozialen Standort des Klienten

Ausgehend vom klassischen Begriff psychischer Störung (i.S. von Krankheit) (vgl. KEUPP 1972) dürfte die soziale Schichtzugehörigkeit des Klienten das Urteil des klinischen Psychologen über die Hilfsbedürftigkeit des Klienten, die Art seiner Störung und die Möglichkeiten zu einer Therapie nicht beeinflussen. Dennoch aber scheint die Schichtzugehörigkeit des Klienten eine Variable darzustellen, die den Therapeuten in seinen Handlungsweisen und Einstellungen beeinflusst.

Bereits im diagnostischen Urteil lassen sich schichtspezifische Effekte nachweisen. Unterschichtklienten werden von Diagnostikern auf der Basis von Rorschachprotokollen als weniger angepaßt diagnostiziert und prognostisch ungünstiger beurteilt als Mittelschichtklienten mit identischen Protokollen (HAASE 1964).

Ähnlich wie im diagnostischen Prozeß beurteilen Psychiater Ersttherapiegespräche, die sie von einem Tonband hören, je nach vorinstruierter Schichtzugehörigkeit anders. Sie neigen dazu, Unterschichtklienten eher psychopathologische Symptome zuzuschreiben als Mittelschichtklienten (LEE 1968). Dem scheinbar widersprechende^{Befunde}Verhielt ROUTH & KING (1972), die in einem multiplen varianzanalytischen Vorgehen den Zusammenhang des sozialen Status des Klienten mit einer Reihe anderer Variablen untersuchten. Hierbei verwendeten sie nicht wie LEE Tonbandaufnahmen von therapeutischen Erstkontakten, sondern schriftliche Beschreibungen von Klienten, die auf drei Dimensionen systematisch variiert wurden (Unterschicht/Mittelschicht/ Verhaltensbeschreibung: normal-neurotisch-psychotisch/ Stimmungslage: neutral-depressiv). Die operationale Bestimmung der Variablen erfolgte

methodisch sorgfältig in Anlehnung an gut überprüfte Definitionen. Anders als bei LEE ergab es sich, daß die Versuchspersonen (32 Studenten und 15 Klinische Psychologen) dazu tendierten, Personen, deren Beruf die Zugehörigkeit zur Mittelschicht signalisierte, im Vergleich zu Unterschichtklienten als hilfsbedürftiger einzuschätzen.

Diese unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich jedoch einsichtig machen. Während in der LEE-Untersuchung den Urteilern gesagt wurde, die Klienten wären bereits in psychotherapeutischer Behandlung, war es bei ROUTH e.a. erst die Aufgabe der Rater, die Therapiebedürftigkeit festzustellen. Die unterschiedliche Instruktion wird auch von ROUTH e.a. als eine wesentliche Varianzquelle angesehen. Eine weitere Interpretation des Sachverhalts scheint sich in Fortführung dieser Überlegungen anzubieten. Wenn Therapeuten der Auffassung sind, Unterschichtangehörige bedürften in geringerem Umfang therapeutischer Hilfe (ROUTH et.al.), dann ist es vorstellbar, daß bei Eintritt dieses unwahrscheinlicheren Falles ein Unterschichtklient als ernsthafter gestört (LEE 1968), angesehen wird.

Es scheint, daß Verhaltensweisen, die bei Mittelschichtangehörigen bereits als neurotisches Fehlverhalten eingeschätzt werden, bei Angehörigen der Unterschicht noch als im Rahmen der Normalität liegend angesehen werden. Es ist weiter denkbar, daß die der Mittelschicht angehörenden Rater in ihrem Urteil über Angehörige der Unterschicht unsicherer waren als über Angehörige der Mittelschicht. Sie erlaubten gleichsam den Angehörigen der Unterschicht einen größeren Verhaltensspielraum, weil sie sich bezüglich der Verhaltensweisen unsicher waren, die für Angehörige dieser sozialen Schicht als angemessen gelten dürfen. Es wäre interessant, diese Untersuchung in systematischer Variation der Instruktion

und der Urteilerpopulation zur Prüfung dieser Annahmen zu replizieren.

Die Selbstbeurteilung des Klienten - sich "depressiv" oder "neutral" zu fühlen - beeinflußt das Urteil des Therapeuten bei Unterschichtklienten stärker als bei Mittelschichtklienten. Offenbar ist der Therapeut bei der Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit von Unterschichtklienten unsicherer und muß sich demzufolge stärker auf das Selbsturteil des Klienten verlassen. Hier wird deutlich, daß die Hilfsbedürftigkeit von Klienten - in der Sicht des Therapeuten - nicht allein eine Funktion eines innerpsychischen Zustands des Klienten ist, sondern vom Therapeuten implizit im Kontext der sonstigen Sozialbezüge des Klienten gesehen wird, auch wenn von ihm diese Theorie psychischer Krankheit nicht explizit unterstellt wird. In der häufig zitierten New-Haven-Study von HOLLINGSHEAD & REDLICH (1958) konnte deutlich gemacht werden, daß unterschiedliche Haltungen zu sozialen Schichtungen Einfluß auf die differentielle Zuweisung von Klienten zu psychotherapeutischen Vorgehensweisen nehmen. Neben dem Hinweis auf die Kontextgebundenheit psychischer Erkrankungen zeigt sich hier die Notwendigkeit, die Person des Therapeuten und dessen soziokulturelles Umfeld in die Betrachtung miteinzubeziehen. ROUTH & KING (1972) fanden, daß die Bereitschaft, Mittelschichtklienten eine erhöhte Therapiebedürftigkeit zuzuschreiben als Unterschichtklienten, bei Studenten deutlicher ausgeprägt sei als bei den klinischen Psychologen. Klinische Psychologen neigen aber eher dazu, für Menschen mit persönlichen Schwierigkeiten professionelle Hilfe für notwendig zu halten.

CARKHUFF & PIERCE (1967) untersuchten den Einfluß der ethnischen Zugehörigkeit (Neger/Weißer) und der sozialen Schichtzugehörigkeit (Mittel-, Unterschicht) von Klienten und Therapeuten auf die Selbstexploration der Klienten.

Bei hinreichender Interraterstabilität der Urteile (.78) ergab sich eine hochsignifikante und inhaltlich bedeutsame Interaktion zwischen ethnischer und sozialer Zugehörigkeit bei Klient und Therapeut. Die Klienten (hier weibliche Schizophrene), die bezüglich ethnischer und/ oder sozialer Zugehörigkeit den Therapeuten am ähnlichsten waren, zeigten die größte Selbstexploration. Die Selbstexploration kann hier also auch nicht nur als eine Funktion der ethnischen oder sozialen Zugehörigkeit von Klient oder Therapeut aufgefaßt werden, sondern erst eine bestimmte günstige Kombination von Therapeuten- und Klientenmerkmalen läßt diese wesentliche Verhaltensvariable des Klienten ein bestimmtes Ausmaß annehmen. Es wird deutlich, daß es nicht eine bestimmte Fähigkeit des Klienten ist, Selbstexploration zu realisieren und daß auch der Therapeut nicht unabhängig von seinem Klienten gleichermaßen zur Selbstexploration stimulieren kann, sondern daß die wechselseitige Wahrnehmung der ethnischen und sozialen Zugehörigkeit - verbunden mit entsprechend zugeordneten Einstellungen - den therapeutischen Prozeß begünstigt oder hindert. Die Einstellung zu Unterschichtklienten scheint mit bestimmten Persönlichkeitsvariablen des Therapeuten in Zusammenhang zu stehen.

KURTZ et.al. (1970) konnten zeigen, daß Falldarstellungen über Unterschichtklienten von Sozialarbeiterstudenten (N=10) signifikant und von Mitarbeitern in psychiatrischen Kliniken (N=24) der Tendenz nach auf der evaluativen Dimension eines Polaritätsprofils deutlich negativer beurteilt werden, wenn die Rater sich auf der F-Skala von ADORNO als autoritärer auswiesen. Dieser Zusammenhang erhält noch mehr Gewicht, wenn man sich verdeutlicht, daß alle Versuchspersonen weniger autoritär als das Mittel der Bevölkerung waren und damit eine deutliche Varianzreduktion auf der einen Seite der Korrelation vorhanden war.

Dieser Teilbefund stimmt mit den Befunden BLOOMBAUM's, JAMAMOTO's und JAMES' (1968) überein, die die ethnischen Einstellungen von 16 amerikanischen praktizierenden Psychotherapeuten untersuchten und fanden, daß diese eine geringfügig tolerantere Einstellung gegenüber ethnischen Minderheiten hatten als die Gesamtbevölkerung und im Mittel in ihren Auffassungen einer (ja wesentlich jüngeren) College-Population vergleichbar waren.

Es wurde deutlich, daß zwischen soziokulturellen Bestimmungen von Klient und Therapeut einerseits und dem therapeutischen Geschehen andererseits Zusammenhänge bestehen. Dies bedeutet jedoch noch nicht, daß die soziokulturelle Bestimmung kausal ohne Vermittlung anderer Variablen den therapeutischen Prozeß beeinflußt. Möglicherweise stellt der soziokulturelle Status eine Größe dar, die vermittels anderer kovariierender Variablen auf den therapeutischen Prozeß Einfluß nimmt. Es ist denkbar, daß Therapeuten Angehörigen bestimmter sozialer Schichten eher solche Einstellungen attribuieren, die sie als der Therapie angemessen ansehen. So konnten SHARAF & LEVINSON (1957) verdeutlichen, daß Therapeuten solche Klienten bevorzugen, die wie sie selbst 'psychological minded' sind, d.h. einen bestimmten Umgang mit persönlichen Schwierigkeiten pflegen und daß diese Geisteshaltung als Kennzeichen der sozialen Schicht des Therapeuten angesehen werden kann. Sie konnten zeigen, daß die Klienten ihre Therapie nicht vorzeitig abbrechen, die eine Konzeption ihrer Klientenrolle hatten, die der ihres Therapeuten entsprach.

3.6 Einstellung des Therapeuten zu sich selbst

Die Einstellung des Therapeuten zu sich selbst stellt im Zusammenhang der Analyse von Therapeuteneinstellungen einen theoretisch zentralen Aspekt dar, der in der bislang vorliegenden empirischen Forschung wenig Beachtung fand. Es ist seit FREUD in der psychoanalytisch orientierten Theorienbildung über die Veränderungsmechanismen in der Therapie häufig geäußerte Annahme, der Therapeut könne in den thematischen Bereichen, die in der Therapie zur Sprache kommen und die für ihn selbst problembesetzt sind, nicht angemessen reagieren (Gegenübertragung). BECKMANN (1974) hat die hierzu vorliegenden theoretischen Vorstellungen formalisiert und empirische Untersuchungen zu dieser Problematik durchgeführt, wobei - und dies sei besonders hervorgehoben - er bemüht war, die theoretischen Aussagen unter Verwendung zeitgemäßer empirischer Prüfmethoden zu analysieren; häufig jedoch müssen seine Aussagen wegen geringer Stichprobengrößen relativiert werden.

Wenn Therapie aber als ein Prozeß beschrieben werden kann, in dem dem Klienten Einstellungen, Erwartungen und Haltungen des Therapeuten kommuniziert werden und nach ROGERS das Vertrauen des Therapeuten in die Selbstheilungsmöglichkeiten des Klienten als therapie-relevante Einstellung aufgefaßt werden kann, dann erweist sich das Vertrauen des Therapeuten in sich selbst, die Akzeptierung seiner eigenen Person als thematisch analog und gemäß der alten FREUDSchen Hypothese als therapie-relevant. ROGERS (1951, S.520) nimmt an, Menschen mit hoher Selbstakzeptierung würden in höherem Maße durch andere akzeptiert werden. In für die Gesprächspsychotherapie außerordentlich interessanten Untersuchungen konnten MCINTYRE (1952) und FEY (1955) mit Hilfe eines FRAGEBOGENS von PHILLIPS (1951) (der in

übersetzter Fassung in der später zu berichtenden empirischen Untersuchung mit aufgegriffen wurde) diese Annahme von ROGERS spezifizieren.

MC INTYRE gab den Fragebogen von PHILLIPS zwei Extremgruppen von Versuchspersonen - solchen, die in hohem Maße von anderem akzeptiert und solchen, die nur in sehr geringem Maße von anderen akzeptiert wurden. Weder die Akzeptierung anderer noch die Akzeptierung der eigenen Person differenzierte beide Gruppen hinreichend. FEY meinte nun, die Differenz beider Meßwerte wäre psychologisch relevant und würde Voraussagen auf das Verhalten gestatten. Er hypostasierte folgende Zusammenhänge:

1. Menschen, die geringe Selbstakzeptierung und zugleich eine hohe Akzeptierung von anderen haben, neigen zu intro-punitiven Reaktionen;
2. Menschen, die eine hohe Selbstakzeptierung bei niedriger Akzeptierung anderer aufweisen, neigen zu 'extra-punitiven Projektionen' und sind weniger geeignet auf andere individuell (psychotherapeutisch) einzugehen.

In Wiederholung der Untersuchung von MC INTYRE bei Berücksichtigung verschiedener Differenzwerte kam FEY (1955) bei 58 Medizinstudenten zu folgenden Ergebnissen:

1. Weder die Einstellung zu anderen Menschen, noch die Einstellung zu sich selbst unterscheidet solche Menschen, die von anderen akzeptiert werden von denen die von anderen nicht akzeptiert werden.
2. Versuchspersonen mit hoher Selbstakzeptierung tendieren dazu, auch andere Menschen in höherem Maße zu akzeptieren (.43); sie fühlen sich auch von anderen akzeptierter (.71), werden aber tatsächlich von anderen deshalb nicht mehr akzeptiert als Versuchspersonen mit niedriger Selbstakzeptierung (.07).
3. Die eingeschätzte Akzeptierung durch andere ist mit der tatsächlichen Akzeptierung durch andere völlig unkorreliert.

Für unsere Problemstellung scheint der Zusammenhang zwischen Selbstakzeptierung und Akzeptierung von anderen wichtig. Es unterstreicht die These, in sich stabile (sich selbst akzeptierende) Therapeuten würden in höherem Maße zu therapeutisch günstigen Effekten fähig sein (vgl. auch MINSEL 1974).

3.7 Berufliche Interessen des Therapeuten

BETZ (1962) berichtet, daß es Therapeuten gibt, die in der Therapie schizophrener Klienten erfolgreicher sind (A-Therapeuten) und daß diese sich von Therapeuten mit weniger Therapieerfolgen bei Schizophrenen (B-Therapeuten) auf einer Einstellungsskala unterscheiden lassen. Es konnte in einer Reihe von Untersuchungen ausgeschlossen werden, daß A-Therapeuten generell mehr Erfolge haben, also bessere Therapeuten sind, und daß sie ein einfacheres Klientel besitzen. Während A-Therapeuten nämlich erfolgreicher mit Schizophrenen arbeiten, sind B-Therapeuten erfolgreicher bei der Therapie von Neurotikern (CALLAHAN & LORR, MC NAIR 1962, SEGAL 1970). In weiteren Untersuchungen konnten BETZ und Mitarbeiter zeigen, daß A- und B-Therapeuten sich hinsichtlich ihrer beruflichen Interessen auf dem 'Strong Vocational Interest Inventory' unterscheiden. A-Therapeuten können als sozial orientiert, B-Therapeuten als technisch interessiert angesehen werden; diese Beschreibung ist wahrscheinlich vergrößernd.

In den letzten Jahren hat die Literatur zum Problem der A- und B-Therapeuten erheblich zugenommen. Es sei an dieser Stelle auf die zusammenfassenden Arbeiten von CARSON (1967), CHARTIER (1971), KEMP (1970) und RAZIN (1971) hingewiesen.

Es ist derzeit völlig ungeklärt, warum berufliche

Interessen des Therapeuten in dieser Form den Therapieprozeß beeinflussen. Möglicherweise müssen diese Therapeuteneinstellungen in ein Netzwerk anderer Einstellungen- und Verhaltensdispositionen des Therapeuten eingebunden gesehen werden.

3.8 Erfolgserwartung des Therapeuten

Obwohl die Arzt-Patienten-Beziehung in der Medizin schon sehr lange als bedeutsam herausgestellt wird, wurde lange Zeit allein der Patient als für die daraus resultierenden Effekte verantwortlich gesehen (Vertrauen in den Arzt etc.). Die Bedeutung des Arztes oder Therapeuten wurde in diesem Zusammenhang erst sehr spät zum Forschungsthema. Mechanismen, durch die Ärzte und Psychotherapeuten zu Placebo-Effekten und damit auch zu therapeutischen Wirkungen beitragen, kann man mit SHAPIRO (1971, S.450) als 'iatroplacebogenics' (iatro-gene Placeboeffekte) bezeichnen.

SHAPIRO weist auf in der Medizin gut bekannte Beispiele hin. So war z.B. zu beobachten, daß Medikamente eine gute Wirkung zeigten, solange sie relativ neu auf dem Markt waren, daß sie dann aber in ihrer Wirkung nachließen. SHAPIRO zieht daraus das Fazit in Form der bekannten Anweisung "Treat as many patients with the new remind while they still have the power to heal" (S.442). Er sieht die Geschichte der Medizin zu großen Teilen als die Geschichte des Placebo-Effekts an. Sollte dies auch für psychotherapeutische Methoden gelten, so läßt sich so vielleicht auch der Zuspruch erklären, den die in den letzten Jahren neu entwickelten Psychotherapieformen erfahren.

GOLDSTEIN (1962) untersuchte die Therapeuten und Klientenerwartungen in der Psychotherapie. Die Betrachtung des therapeutischen Prozesses unter dem Gesichtspunkt der Erwartungshaltungen von Therapeuten und Klienten stellen eine relativ neue Entwicklung in der Psychotherapieforschung dar. In der Arbeit von GOLDSTEIN werden die Befunde, die zu diesem eminent wichtigen Forschungsbereich bis zu Ende der 50er-Jahre vorlagen, dargestellt und theoretisch eingeordnet.

STRUPP, WALLACH, WOGAN & JENKINS (1963) fanden deutliche Korrelationen zwischen der Erwartung des Therapieerfolgs durch den Therapeuten und dem Ausmaß, in dem der Klient meint, der Therapeut würde ihn mögen und ihm emotionale Wärme entgegenbringen. Dies kann damit im Zusammenhang stehen, daß die Einschätzung der Geeignetheit des Klienten für die Therapie durch den Therapeuten sein Interesse an der Behandlung beeinflusst.

HELLER & GOLDSTEIN (1961) konnten zeigen, daß die Erwartung des Therapeuten, sein Klient werde erfolgreich sein, in einer positiven Beziehung zu der 'attraction' des Klienten gegenüber dem Therapeuten steht. Dieser Zusammenhang besteht nur bei solchen Therapeutenerwartungen, die dieser zu Beginn der Therapie (hier zur 5. Stunde) gegenüber seinem Klienten hatte. Die Therapeutenerwartungen, die der Therapeut später im Verlauf der Therapie gegenüber seinem Klienten hat oder entwickelt (10. und 15. Kontakt), stehen nicht in Beziehung zu dem 'attraction-Gefühl' des Klienten gegenüber dem Therapeuten. Eine ähnliche zeitliche Veränderung der Auswirkung der Erwartungen von Psychotherapeuten auf die Beziehung zwischen Klient und Therapeut werden nach HELLER & GOLDSTEIN (1961) von LENNARD & BERNSTEIN (1960) und ROTTER (1954) berichtet. Das bedeutet, daß die durch den Klienten wahrgenommene gute Beziehung zu seinem Therapeuten sich in den ersten

Therapiekontakten bildet und verfestigt und daß es mit den Erfolgserwartungen des Therapeuten zusammenhängt, ob sich diese Beziehung ausbilden kann.

ASPRONTE, JOHNSTON, MC NEAL (1970) konnten allerdings bei einer Untersuchung mit hospitalisierten psychiatrisch Kranken (N=200) keinen Einfluß der Erfolgserwartung auf den Therapieerfolg nachweisen. Therapieerfolg wurde hier aber operationalisiert als Dauer des Klinikaufenthalts. Es ist denkbar, daß dieses Kriterium ungeeignet war: Häufig werden gerade die Klienten länger in der Klinik behalten, bei denen man günstige therapeutische Effekte erhofft und daher mehr Aufwand zu investieren bereit ist. Wenn solche Erwägungen unsystematisch Einfluß auf die Dauer der Behandlung nehmen, kann sie nicht als Indikator für den Erfolg der therapeutischen Bemühungen dienen.

3.9 Einstellungen des Therapeuten zu politischen und weltanschaulichen Fragen

Demokratischer eingestellte Psychotherapeuten zeigen mehr Therapieerfolge. Diese Annahme konnte LERNER (1973) an 45 Klienten und 15 Therapeuten bestätigen. Die von LERNER gewählte Operationalisierung demokratischer Einstellung bezieht sich jedoch auf die Einstellung des Therapeuten zum Klienten und zum therapeutischen Prozeß. Der Therapeut, der hier liberaler urteilt und auf weniger Kontrolle Wert legt, hat mehr Erfolg. Es fragt sich, ob sich dieser Befund auf allgemein-politische Einstellungen generalisieren läßt. Möglicherweise wird hier auch lediglich die theoretisch geforderte Einstellung gemessen, die das Vertrauen des Therapeuten in die eigenen Möglichkeiten des Klienten betrifft.

MAYFIELD (1963) untersuchte die persönliche 'Weltanschauung' oder das Wertsystem des Psychotherapeuten und dessen Einfluß auf den Therapieprozeß. Die 'Way of Life scale' wurde postalisch an eine Stichprobe von 600 praktizierenden Psychotherapeuten (Psychologen und Psychiater) versandt, von denen 248 (44%) diesen Fragebogen ausfüllten. Die 'Way of Life scale' beschreibt 13 unterschiedliche 'Lebensstile', Die Versuchspersonen mußten beurteilen, in welchem Ausmaß sie persönlich in dem jeweils beschriebenen 'Lebensstil' leben möchten. Psychotherapeuten zeigten hierbei eine hohe Übereinstimmung in ihren Bevorzugen von Lebensstilen. Sie befürworteten einen Lebensstil, der nach MAYFIELD durch die Begriffe 'flexibility and dynamic integration of enjoyment, action, and contemplation' gekennzeichnet wird. In ihren Urteilen stimmten die Psychotherapeuten stark mit einer Stichprobe amerikanischer College-Studenten überein. Die relativ homogene Bevorzugung bestimmter Lebensstile durch Psychotherapeuten wird durch deren Erfahrung und theoretische Orientierung sowie durch das Ausmaß des Durchführens von Psychotherapien nicht beeinflußt, hingegen deuten sich Zusammenhänge zwischen den Lebensstilen und therapie-relevanten Einstellungen und Verhaltensweisen an.

Im deutschsprachigen Raum fand NAGEL (1971) relativ hohe Übereinstimmungen zwischen analytisch und rogerianisch orientierten Therapeuten hinsichtlich dessen, was sie unter 'Anpassung' verstehen. Lediglich hinsichtlich solcher items, in denen therapieschulenspezifische Auffassungen anklangen, ergaben sich Unterschiede.

JONES (1962) untersuchte den Einfluß autoritärer Persönlichkeitsstrukturen auf Einstellungen und Verhaltensweisen untrainierter und unerfahrener Personen, die in Quasitherapiesituationen die Rolle des Therapeuten übernahmen. Eine Versuchspersonen-Stichprobe von undergraduate

Psychologiestudenten wurde nach der California-F-Skala in 20 hoch, 20 mittel und 20 wenig autoritär eingestellte Versuchspersonen unterteilt. Diesen Versuchspersonen wurden vier Erstinterviews mit psychiatrischen Klienten im Film vorgespielt. Die Reaktionen, die sie in dieser Situation gaben, wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Nach jedem Film beantworteten die Versuchspersonen einen Fragebogen, füllten ein semantisches Differential aus und bekamen die GOUGH-Adjective Check List (GOUGH & HEILBRUNN 1965) vorgelegt. Die Ergebnisse lagen in der erwarteten Richtung. Die Quasitherapeuten, die auf der F-Skala hoch luden, zeigten ihren Klienten gegenüber in stärkerem Maße eine zurückweisende Einstellung und strukturierten ihre Rolle eher im Sinne eines Gebens direkter Anweisungen.

PARKER (1967) konnte einen Zusammenhang zwischen der direktiven Einstellung, gemessen mit der GOUGH-Adjective Check List und der eingeschätzten Direktivität therapeutischer Gespräche bei 32 Erstgesprächen von 16 Therapeuten nachweisen.

Zwischen den Therapeuten besteht offenbar eine hohe Übereinstimmung in ihren Weltanschauungen, die jedoch nicht auf spezifische Trainingseffekte zurückzuführen sind (MAYFIELD 1963, NAGEL 1971). Welche Unterschiede zu anderen Populationen bestehen, ist weitgehend ungeklärt. Bestehende Unterschiede scheinen aber bereits in der Entscheidung, Psychotherapeut zu werden (bzw. Arzt, Psychologe), ihren Niederschlag zu finden.

3.10 Der soziokulturelle Hintergrund von Therapeuteinstellungen

Die Einstellungen des Psychotherapeuten zur Therapie und zu seinem Klienten sind, wie Einstellungen wohl

generell, durch Vorstellungen, Erwartungen und Normen mitgeprägt, die an den Therapeuten durch sein soziales Umfeld herangetragen werden. Die Attribuierung von sozialem Status, Prestige etc., die der Therapeut in der Gesellschaft erfährt, werden seine Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung beeinflussen. Sie beeinflusst weiter die Wahrnehmung, die der Klient von seinem Therapeuten hat und die Wahrnehmung, die der Therapeut von seinem Klienten hat, denn der soziale Standort, den der Therapeut seinem Klienten zuschreibt, hängt von der Sicht seines eigenen Standortes ab.

JASPERS (1965) charakterisiert die Rolle des Arztes in der Gesellschaft als eine schon immer in der Menschheitsgeschichte bedeutsame, als die des Heilers, des Priesters oder des Wissenschaftlers. Das Prestige des Priesters, Wissenschaftlers und Arztes sind in unserer Gesellschaft in der Rolle des Psychotherapeuten vereint (FRANK 1959, FRANK 1961, JASPERS 1965, KIEV 1964, SCHMIDENBERG 1939). Diese Attribuierung von Status an den Therapeuten stützt eine Sichtweise des Therapeuten durch den Klienten, die vielleicht Grundlage der in der Psychoanalyse beschriebenen Übertragungseffekte ist.

Es kann erwartet werden, daß eine derartige Zuschreibung von sozialem Prestige die Suggestibilität des Klienten in der Therapie stark erhöht (ESTES 1948, FRANK 1961, SARGANT 1957, SCHMIDENBERG 1939). Ähnlich wie die experimentellen Ergebnisse durch das Ansehen des Experimentators beeinflußt werden, wirkt sich das Ansehen des Therapeuten auf den Therapieerfolg aus (FRIEDMAN 1965, KARNO 1965, KURLAND & ROSENTHAL 1965, MASSERMAN 1957, ULLMAN & MC FARLAND 1957). Die Wahrnehmung des Klienten, durch einen angesehenen Therapeuten als Klient akzeptiert zu werden und durch ihn Zuwendung zu erfahren, kann als eine Bekräftigung des Klienten aufgefaßt werden (BORING 1964, SCHMIDENBERG 1939).

Das gesellschaftliche Ansehen des Psychotherapeuten mag bei dem Profitinteresse, das Psychotherapeuten sehr häufig nachgesagt wird, eine große Rolle spielen. Das Profitmotiv in der Therapie ist hinsichtlich seiner Auswirkungen kaum untersucht. Es kann aber davon ausgegangen werden, daß es eine bedeutsame Determinante des Interesses des Therapeuten an der Behandlung darstellt und damit wohl auch den Erfolg der Therapie beeinflußt (CHODOFF 1964, DAVIDS 1964, FOREMAN 1964, KUBIE 1964, LESSE 1962, MOWRER 1963, UBELL 1964).

3.11 Einstellungsübereinstimmungen von Klienten und Therapeuten

Die Übereinstimmung von Einstellungen zwischen Therapeuten und Klienten scheint in der Therapie eine bedeutsame Rolle zu spielen, wenngleich sie in der empirischen Forschung bislang kaum Beachtung fand. JOHNSON (1970) untersuchte Aufgaben- vs. Personorientierung von Klienten und Therapeuten auf ihre Bedeutung für die Therapie hin. Das Ausmaß, in dem Therapeut und Klient auf dieser Dimension übereinstimmten, stellte sich als bedeutsame Variable heraus: In Therapeuten-Klienten-Dyaden, die unter Berücksichtigung der Ergebnisse der "Task-Personal-Dimension" gemacht wurden, fand JOHNSON auch eine größere Übereinstimmung bei der Einschätzung der Persönlichkeitsstörung des Klienten durch Therapeut und Klient; beide stimmten weiter im Ausmaß der Zeitschätzung mehr überein, die sie bis zum Eintreten der ersten Besserung veranschlagten. Die Aufgabe und Bedeutsamkeit des Therapeuten wurde in gemachten Dyaden ähnlicher Klienten und Therapeuten von beiden übereinstimmender beurteilt.

Therapeuten hingegen, die nicht die gleiche Orientierung zeigten wie ihre Klienten, beurteilten diese als gestörter, vermuteten einen längeren Zeitraum bis zu ersten therapeutischen Effekten und berichteten im Verlauf der Therapie über geringere therapeutische Fortschritte. Analog dazu erwarteten die Klienten, die in ihrer Orientierung auf der "Task-Personal-Dimension" nicht mit ihrem Therapeuten übereinstimmten, das Verstreichen eines längeren Zeitraums bis zum Eintreten erster positiver Therapieeffekte, berichteten über geringeren therapeutischen Fortschritt und waren mit den Erfahrungen, die sie im Verlauf der Therapie sammelten, weniger zufrieden.

Therapeuten und Klienten stimmten also in hohem Maße in ihrer Beurteilung der Therapie überein, wenn sie ähnliche Ergebnisse auf der "Task-Personal-Dimension" aufwiesen. Man kann annehmen, daß es sich hierbei nicht allein um eine Beeinflussung des Urteilsverhaltens, sondern um eine Beeinflussung des tatsächlichen Therapieverlaufs und -erfolgs handelt, wenngleich allein die Beeinflussung des Urteilsverhaltens einen wichtigen und bei der Zuordnung von Therapeuten und Klienten beachtenswerten Tatbestand darstellen würde.

Psychotherapeuten vermuten bei ihren Klienten Wertvorstellungen, die ihren eigenen mehr entsprechen, als es - gemessen an der Selbstbeurteilung der Klienten - der Fall ist. Weder Klienten noch Therapeuten nehmen einander (mit Bezug auf die Selbsteinschätzung des jeweils anderen) valide wahr (WARSHAW & BAILEY 1966). Eine Reihe von Untersuchungen weist darauf hin, daß zum einen prätherapeutische Selektionsprozesse seitens der Therapeuten und der Klienten (d.h. es meldet sich eine selektierte Stichprobe zur Therapie) stattfinden und daß sich zum anderen in der Therapie Einstellungsangleichungen vollziehen (in der Regel nähert sich die

Einstellung des Klienten an die des Therapeuten an). Klienten, die die Kriterien für die Psychotherapie erfüllen, haben häufig die gleichen soziokulturellen Erwartungen, Hintergründe und Interessen wie ihre Therapeuten (BRANCH & ALLISON 1962, COLE 1962, EYSENCK 1965, HOLLINGSHEAD & REDLICH 1958, LOWINGER & DOBIE 1964, MEEHL 1955, WOOD, ROKUSIN & MORSE 1965, SCHAFFER & MYERS 1954, ZETZEL 1965).

Therapeuten übermitteln ihren Klienten auf subtilem Wege eine Reihe von Informationen, wie Hypothesen, Erwartungen, Einstellungen kulturelle Werte, Interpretationen etc. (ALEXANDER 1958, FRANK 1961, GILL & BRENNAN 1948, GOLDSTEIN 1962, KARNO 1965, KRASNER 1962, MARMOR 1962, ROSENTHAL 1963, STRUPP & WALLACH 1965). ROSENTHAL (1955) zeigte, daß sich moralische Wertungen der Klienten mit Richtung auf ihre Therapeuten änderten. PALMORE, LENNARD & HENDIN (1959) berichten eine ansteigende Ähnlichkeit im sprachlichen Verhalten von Klient und Therapeut. STEKEL (1951) berichtet, daß die Träume der Klienten die theoretischen Erwartungen ihrer Therapeuten bestätigen. WHITHORN (1959) meint, daß erfolgreiche Therapien Veränderungen von Werthaltungen in Richtung auf von Therapeuten als angemessen angesehene Werte des menschlichen Lebens zeitigen. WELKOWITZ, COHEN & ORTMEYER (1967) meinen sogar, daß die Abbruchquote eine Funktion der Unfähigkeit des Klienten sei, sich den Einstellungen des Therapeuten anzupassen. Das Problem der Einstellungsähnlichkeit zwischen Klient und Therapeut wurde vorwiegend mit Hinblick auf "tatsächlich vorhandene" Einstellungsähnlichkeiten untersucht. WARSHAW & BAILEY (1966) zeigten aber, daß Therapeuten dazu neigen, ihre Wertvorstellungen in den Klienten zu projizieren. Daran anknüpfend müßte eigentlich die Frage nach den wahrgenommenen Einstellungsähnlichkeiten stärker zum Forschungsthema werden.

4 PHILOSOPHISCHE EINORDNUNG

Wie es DREVER (1970) hervorhebt, handelt es sich bei Einstellungen um "seelische Haltungen gegenüber einer Person, einer Idee oder einer Sache, verbunden mit einer Wertung oder Erwartung". Einstellungen sind also als Werturteile aufzufassen. Wenn wir den Einfluß von Einstellungen auf den therapeutischen Prozeß für wahrscheinlich halten, so hätten wir es damit für genauso wahrscheinlich, daß Werthaltungen des Therapeuten auf den therapeutischen Prozeß Einfluß nehmen. Dies steht aber in vermeintlichem Gegensatz zu erklärten Grundpositionen der Gesprächspsychotherapie. Der Theorie der Gesprächspsychotherapie nach soll sich der Therapeut bewertender Stellungnahmen enthalten. Dennoch sieht schon ROGERS sehr klar, daß dieses Programm offenbar nicht immer durchgehalten werden kann:

"What he (the therapist) does, the attitude he holds, his basic concept of his role, all influence therapy to a marked degree." (ROGERS 1951, S.19)

In der Geschichte der Psychologie hat man sich mit wechselndem Interesse mit Wertungen beschäftigt. So hebt KÜLPE (1903) mit Bezugnahme auf den, seine Zeit stark beherrschenden, Evolutionsgedanken in Deutlichkeit hervor, daß der Empirismus als biologische oder psychogenetische Theorie der Entstehung von Werten hohe Anerkennung verdiene; eine solche Theorie würde aber bereits immer den Begriff des sittlichen Wertes voraussetzen. Wir könnten so nur zeigen, wie sich das Sittliche entwickelt, nachdem wir bereits wissen, was sittlich sei: "Ein Apriorismus im Sinne einer Festsetzung darüber, was als sittlich zu gelten habe, ist daher für eine Durchführung der genetischen Aufgabe

unentbehrlich. ... I d e a l e, die unser Wollen bestimmen und unserem Gewissen als Maßstäbe dienen, lassen sich niemals durch eine entwicklungsgeschichtliche Untersuchung begründen, die immer nur lehren kann, was geschehen ist oder gegolten hat, nicht was geschehen oder gelten soll " (S.289).

JASPERS (1960) veröffentlichte im Jahre 1919 eine seiner Vorlesungen unter dem Titel 'Psychologie der Weltanschauungen'. Diese Arbeit war es, die nach seinen Worten seinen Weg in die Philosophie ebnete. Hierbei handelt es sich jedoch weniger um eine 'Psychologie' als vielmehr um eine Philosophie der Weltanschauungen. Hierzu bemerkt JASPERS selbst: "Daß das Buch 'Psychologie' der Weltanschauungen heißt, ist äußerlich durch meine damalige akademische Position bedingt. Ich war habilitiert für Psychologie, nicht für Philosophie. ... Doch mein philosophischer Impuls drängte im Kleide der Psychologie zum Ganzen." (JASPERS 1960, Vorwort) So knüpft denn JASPERS nicht an die Widersprüchlichkeit empirischer Aussagen an, sondern schafft ein hochdifferenziertes System psychologisch-philosophischer Begriffe, mit deren Hilfe er den Sachbereich gliedert, der durch die Begriffe 'Einstellung', 'Weltbild', 'Weltanschauung' abgesteckt wird.

STERN (1924, S.1) beschreibt die Bedeutung von Wertungen für den Menschen in bildhafter Deutlichkeit: "Der Mensch in seiner ursprünglichen Lebendigkeit ist kein bloßer Betrachter und Theoretiker. Ihm ist seine eigene Person und alles, was ihn umgibt, nicht nur Gegenstand des Schauens und Denkens, sondern auch - ja vor allem - Zielpunkt seines Wirkens und Schaffens. Die Welt ist ihm nicht nur Schauplatz, Wandelpanorama, Begriffssystem, sondern Heimat oder Kampfstätte."

Für die Psychotherapie unternimmt es Charlotte BÜHLER (1961, 1962), in der Verfolgung historischer Leitlinien verschiedene therapeutische Schulrichtungen und Ansätze auf ihre Stellungnahmen zu Werturteilen des Therapeuten hin zu analysieren und kasuistisch verdeutlichend therapeutische Problemsituationen darzustellen, die Werturteile des Therapeuten erforderlich werden lassen. Wenngleich BÜHLER die Frage nach der sich faktisch vollziehenden Wertung des Therapeuten aufwirft, kann sie sie aus Mangel an vorliegendem empirischen Material nicht beantworten. So muß es bei einer hervorragenden Analyse der therapeutischen Lehrmeinungen über Werturteile und deren Bedeutung für die Therapie bleiben.

Durch den Werturteilsstreit der sechziger Jahre in der deutschen Soziologie, der auch die Gemüter der Psychologen erhitzte, war eine neutral-sachliche Diskussion der Wertfrage in der Psychologie allgemein erschwert, und auch für die Psychotherapie wurde dieses Thema im deutschsprachigen Raum fast nicht aufgeworfen. Es stellt ein großes Verdienst OERTERS (1970) dar, die Reflexion von Wertungen in der Psychologie wieder auf einen sachlichen Boden gestellt zu haben.

Eine pauschale Beurteilung der Werturteilsfrage ist beim derzeitigen Problemstand unangemessen. Wissenschaftliche Forschung hat es mit Werturteilen unterschiedlichster Form zu tun, und es ist dringend geboten, Werturteile in der Wissenschaft hinsichtlich ihres wissenschaftlichen Stellenwertes näher zu kennzeichnen. Die Sachlage sei hier am Beispiel der Therapieforschung verdeutlicht. Diese Aufgliederung knüpft an ALBERT (1965) an, auf den auch zur weiteren Verdeutlichung der Grundposition verwiesen sei.

Wissenschaft - hier die Therapieforschung - kann und muß sich mit Werturteilen - hier speziell des Therapeuten - auseinandersetzen. Sie stellen einen legitimen Gegenstand wissenschaftlicher Forschung dar. Durch Werturteile des Forschers werden seine methodischen Möglichkeiten eingeengt. Moralische Entscheidungen verbieten Caspar-Hauser-Versuche genauso wie die Bildung von Wartegruppen bei akut Suicidalen. Durch wertende Vorentscheidungen wählt sich der Forscher seinen Forschungsgegenstand aus. Systemdeterminanten des Forschers (etwa seine Interessenlage) bestimmen die Auswahl des Forschungsgegenstandes mit. Der Forscher selbst unterliegt externen Determinanten (Einfluß wissenschaftlicher Modeströmungen, Auftraggeber etc.). Wissenschaftliches Forschen ist an Vorannahmen gebunden (etwa an die Forderung nach Widerspruchsfreiheit wissenschaftlicher Sätze). Diese Annahmen sind durch Wissenschaft, die sie ja erst konstituieren, nicht verbindlich zu machen; sie sind letztlich subjektive Setzungen der Wissenschaft oder des Forschers und i.d.S. Wertungen. Wertungen dieser Art sind metasprachliche Aussagen (Aussagen über Wissenschaft) und berechtigen nicht zu der Annahme, daß Wertungen notwendiger Bestandteil objektsprachlicher Aussagen (Aussagen in der Wissenschaft) sind.

Ob und in welcher Form wissenschaftliche Sätze der Therapieforschung in der Praxis des Therapeuten zur Anwendung kommen, stellt, zumindest bei willentlichem Entscheid des Therapeuten, eine wertende Entscheidung des Praktikers dar. Es fragt sich jedoch, ob diese Entscheidung wissenschaftlicher Forschung zugerechnet werden kann und welche Konsequenzen sich aus der Zuordnung oder Nichtzuordnung dieser Entscheidung zur Wissenschaft ergeben würden. Es handelt sich hier um ein begriffslogisches Problem der Bereichsbestimmung von Wissenschaft.

Wertfreiheit für objektsprachliche Sätze muß als methodisches Leitprinzip in der Wissenschaft aufrecht erhalten werden. Der Tatbestand, daß Wertungen auch im objektsprachlichen Satzsystem der Wissenschaft historisch immer wieder aufgewiesen werden konnten und von einem späteren historischen Standort aus auch für unser heutiges Satzsystem mit Sicherheit aufweisbar sein werden, rechtfertigt es nicht, das Wertfreiheitsprinzip als Leitidee wissenschaftlichen Forschens aufzugeben. Es ist vielmehr notwendiger Bestandteil wissenschaftlichen Forschens, subjektive Wertungen und Überzeugungen zugunsten intersubjektiv überprüfbarer Aussagen zu ersetzen.

Es muß sehr genau zwischen Werturteilen, Einstellungen und Zielen, die der Therapeut faktisch hat und solchen, die im Rahmen der theoretischen Konzeption der Gesprächspsychotherapie impliziert oder gefordert sind, unterschieden werden. Die faktisch vorhandenen werden sicher durch die theoretisch begründeten beeinflusst.

SKINNER (1973) meint, die menschliche Entwicklung und damit auch die Veränderung in der Therapie sei nur im Zusammenhang mit Belohnungen und Bestrafungen zu sehen, mit der die Umwelt auf das Verhalten des Menschen einwirkt. Der Mensch sei nicht frei, sondern determiniert durch das System von Konditionierungen, in dem er steht. Freiheit der Entwicklung wurde aber von ROGERS als das Wesensmerkmal der gesunden Entwicklung bzw. der Gesundung in der Therapie aufgefaßt. Hier, in der Gesprächstherapie, ist der Therapeut dazu aufgerufen, dem Klienten eine 'freie' Entwicklung seiner Persönlichkeit zu ermöglichen. In der Verhaltenstherapie wird durch strikte Kontrolle des Klientenverhaltens seitens des Therapeuten eine positive Veränderung angestrebt. Kennzeichnet der Unterschied, so wie er hier angedeutet wurde und wie er zu einer heftigen Kontro-

verse zwischen SKINNER und ROGERS führte, den wesentlichen Unterschied zwischen beiden Therapieformen oder ist es so, daß auch in der Gesprächspsychotherapie Kontrolle des Klientenverhaltens durch den Therapeuten immer dann bereits notwendig stattfinden muß, wenn beide, Klient und Therapeut nur in irgendeiner Form interagieren?

Menschliches Verhalten ist immer (auch) durch das Verhalten anderer Menschen mitbestimmt und ist insofern immer schon unfrei. Wie THARP und WETZEL (1969, S.205) herausstellen, handelt es sich hier nicht um einen Begriff von Freiheit, dem das gegenübersteht, was der Begriff 'Control' bezeichnet. Sie betonen: "Control is not the opposite of freedom". Freiheit könne nur als eine bestimmte Form der Kontrolle angesehen werden, da ja Kontrolle immer gegeben sei; Freiheit sei eine Kontrollform, die zu Freude, Kreativität und Würde des Menschen beitrüge.

Die ethische Implikation dieser Überlegung für therapeutisches Handeln besteht also nicht in einer Alternative Kontrolle oder keine Kontrolle (Freiheit), sondern muß darin gesucht werden, wie und mit welchen Zielen sich Psychotherapie realisiert. Die Aufgabe, anderen Menschen zu helfen, impliziert notwendig auch eine Form der Kontrolle über den anderen Menschen.

Bevor die Zielvorstellungen der klientenzentrierten Therapie näher diskutiert werden sollen, scheint es sinnvoll, die allgemeine Bedeutung von Zielen und Leitideen im Gang wissenschaftlichen Handelns zu kennzeichnen.

Wissenschaftlichem Handeln sind Zielvorstellungen vorgeordnet. Die Aufgabe der empirisch wissenschaftlichen Forschung ist es, Wege zu dieser Zielverwirklichung aufzuzeigen. Im Lichte des modernen 'non-statement-view' in der Wissenschaftstheorie dienen wissenschaft-

liche Theorien als Werkzeuge zur Erreichung vorgegebener Zielvorstellungen. Soweit hätte HABERMAS (1973) recht, wenn er meint, die Trennung zwischen Zielen und Mitteln würde zu einer rationalen Wahl von Mitteln bei einer irrationalen Wahl von Zielen führen. So wirft er Max WEBER vor, dieser hätte den Sozialwissenschaften die Aufgabe zugewiesen, lediglich technologisch verwertbares Wissen zu produzieren. Die Auffassung HABERMAS' basiert allerdings auf einem verkürzten Verständnis sogenannter neopositivistischer oder kritisch-rationalistischer oder analytischer Wissenschaftsauffassung. Neben der Bereitstellung von Mitteln ist es nämlich wesentliche Aufgabe - insbesondere der Sozialwissenschaften - die Auftretenswahrscheinlichkeiten von Nebeneffekten und Folgen bestimmter Zielvorgaben mitzureflektieren und nach Möglichkeit empirisch zu bestimmen. Die Analyse der wissenschaftlich wahrscheinlich gemachten Nebeneffekte und Folgen bestimmter Zielvorstellungen macht eine auf rationaler Einsicht basierende Kritik der Zielvorstellungen möglich. Die Bewertung der Ziele, Nebeneffekte und Folgen selbst steht jedoch auch weiter außerhalb empirisch wissenschaftlicher Begründbarkeit. Der Diskussion um den Stellenwert von Zielvorstellungen in der Wissenschaft wäre eine Unterscheidung in Letztziele und Teilziele dienlich. Während sich Letztziele nicht empirisch - wissenschaftlich begründen lassen, ist es möglich, aus diesen Teilziele ; die Operationalisierungen darstellen oder im Prozeß der Zielerreichung zeitlich vorgeordnet sind, logisch abzuleiten oder empirisch zu begründen. Für die Therapieforchung bedeutet das, daß wir eine Trennung zwischen therapeutischen Letztzielen auf der einen Seite und Teilzielen auf der anderen Seite vollziehen müssen. Teilziele lassen sich wieder aus den Letztzielen rational ableiten.

BERGOLD u.a. (1973) hoben auf dem ersten deutschen Verhaltenstherapie-Kongress 1973 in München die Notwendigkeit einer Zieldiskussion therapeutischen Handelns für die Verhaltenstherapie hervor. Wenn bereits führende Vertreter der Verhaltenstherapie eine klare Zielorientierung für ihr Handeln vermissen, dann muß es vordergründig so scheinen, als lägen die Dinge in der Gesprächspsychotherapie noch mehr im Argen, ist doch hier die Enthaltensamkeit des Therapeuten hinsichtlich der Richtung, in dem der therapeutische Prozeß abläuft, Programm; die Steuerung des Therapeuten beschränkt sich auf das Anstreben therapeutischer Nahziele, wie "der Klient soll über sich sprechen", "er soll sich auf aktuelle Empfindungen beziehen und konkret sein."

Das Moment des Nichtsteuerns spricht einen Aspekt der Gesprächspsychotherapie an, durch den sie sehr gut von der Verhaltenstherapie ihrer Grundstruktur nach abgegrenzt werden kann. Während in der Verhaltenstherapie bestimmte inhaltliche Ziele als Endpunkte einer zumindest vorläufigen Entwicklung gesetzt werden, richtet sich die Zielvorstellung der Gesprächstherapie auf einen Prozeß. Ziel der Therapie ist es also, nicht bestimmte statische Zustände zu erreichen, sondern dem Menschen zu der Möglichkeit zu verhelfen, bestimmte Prozesse durchlaufen zu können, die es ihm ermöglichen sollen, mit verschiedenartigsten Problemen selbständig fertig zu werden. Diese Zielvorstellung der Gesprächspsychotherapie macht auch deutlich, weshalb der Diskussion einer Indikationsfrage, die sich auf Krankheitssymptome bezieht, in der Theorie der Gesprächspsychotherapie so wenig Platz gegeben wird und, wenn die Gesprächspsychotherapie-Theorie auch reale Entsprechung haben sollte, weshalb die empirische Forschung an diesem Punkt so sehr stagniert.

Anders als in der Verhaltenstherapie, in der singular einzelne Ziele der Entscheidung des jeweiligen Klienten oder Therapeuten anheim gestellt werden, sind durch ROGERS umfassendere, d.h. allgemeinere und abstraktere Zielwerte definiert worden, aus denen sich, sofern sich diese Ziele als operationalisierbar erweisen sollten, auch konkrete Teilziele und damit auch therapeutische Vorgehensweisen rational ableiten lassen (vgl. FIETKAU 1975).

Im klientenzentrierten Konzept lassen sich mit ROGERS die Zielwerte der Therapie folgendermaßen bestimmen:

Der Mensch soll einen Prozeß des Werdens, der Veränderung realisieren, in dem er Wert und Würde aufgrund der Entfaltung der ihm innewohnenden Möglichkeiten erhält. Dieser Prozeß der Selbstfindung soll den Menschen in die Lage versetzen, neuen Erfahrungen gegenüber offener zu sein, sich einer verändernden Welt schöpferisch anzupassen.

Die Annahme einer dem Menschen innewohnenden Tendenz zur positiven Selbstverwirklichung⁺ ist als anthropo-

⁺ Die Definition der letzten Ziele oder Werte bei ROGERS erinnert sehr stark an den Personalismus von W. STERN (1924):

'"Nur Personen haben Selbstwert" und "Alle Personen haben Selbstwert" - das ist der Wertglaube des kritischen Personalismus.' (Hervorhebung im Original durch Sperrdruck S.65) Unter Person versteht STERN aber ein Existierendes, das trotz Vielzahl seiner Teile eine real eigenartige und eigenwertige Einheit bildet und als solche trotz der Vielheit der Teilfunktionen eine einheitliche, zielstrebige Selbsttätigkeit vollbringt.

Hier haben wir ganz erstaunliche Parallelen zur Theorie von C. ROGERS:

- Das Bewerten von Ereignissen an Personen;
- die Zuweisung von Wert zu Personen, die nicht an Bedingungen geknüpft ist;
- die Person als Einheit mit zielstrebigem Selbsttätigkeit, Autonomie.

logischer Optimismus häufig kritisiert worden. Faßt man die Selbstaktualisierungstendenz des Menschen als eine quasiempirische Aussage über real Antreffbares auf, so wird man sich außerordentlichen Schwierigkeiten - vielleicht sogar der Unmöglichkeit - gegenübersehen, dies zu belegen. Interpretiert man die anthropologische Grundhaltung von ROGERS jedoch nicht als Aussagen über Faktisches, sondern als normative Forderungen, so lassen sich diese forschungslogischen Probleme ausräumen. Es scheint sinnvoll, die ROGERSsche Grundauffassung vom Menschen als eine Zielvorstellung therapeutischer (oder generell mitmenschlicher) Interaktion aufzufassen. Der Klient soll sich auf die oben skizzierten Werte in der Therapie hinbewegen. Es ist Aufgabe von Therapeut und Klient - und beigeordnet der Therapiefor- schung -, diese Leitvorstellungen allgemein oder bezogen auf Klientengruppen zu operationalisieren, d.h. Teilziele zu definieren und therapeutische Methoden zuzuordnen. Unter Berücksichtigung der bereits berichteten Befunde scheint es sinnvoll, anzunehmen, daß eine Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten wie 'mein Klient, Partner etc. ist aus sich selbst heraus in der Lage, die oben skizzierten Werte zu realisieren; ich als Therapeut kann ihm bei der Verwirklichung dieser Ziele behilflich sein', dem therapeutischen Prozeß unter Vorgabe obiger Ziele dienlich ist.

Das Problem der Zielsetzung therapeutischen Handelns wurde in jüngster Zeit insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Anpassung diskutiert. In der 5. Auflage des Buchs 'Gesprächspsychotherapie' (1973) widmet auch TAUSCH dem Problem der Anpassung erstmals stärker seine Aufmerksamkeit. TAUSCH beschreibt im Zusammenhang mit dieser Diskussion die Effekte der Gesprächspsychotherapie:

- Verminderung von Ängstlichkeit,
- Vergrößerung von Selbstachtung und Akzeptierung der eigenen Person,

- Verminderung von Psychoneurotizismus,
- Verminderung von Introversion/Zunahme von Extraversion,
- Größeres Ausmaß von Autonomie,
- Unabhängigkeit von Urteilen und Einstellungen anderer,
- Größeres Vertrauen in die eigene Person,
- Vermehrte Spontanität.

Diese Effekte müssen aber auch unter dem Zielgesichtspunkt therapeutischen Handelns gesehen werden, denn letztlich handelt es sich um positiv bewertete Ziele therapeutischen Handelns, deren Realisierungsmöglichkeit im therapeutischen Prozeß durch empirische Daten nahegelegt wird. Die Realisierungsmöglichkeit entbindet jedoch nicht von der Notwendigkeit vorgeordneter Entscheidungen, ob diese Effekte zu akzeptieren seien oder nicht. Diese o.a. realisierbaren Veränderungen lassen sich zwanglos mit den Zielvorstellungen von ROGERS in Verbindung bringen. Die ROGERS-Zielvorstellungen scheinen also zumindest approximativ in der Gesprächspsychotherapie erreichbar.

Eine sehr konkrete Fassung therapeutischer Ziele erscheint dem wissenschaftlichen und praktisch-therapeutischen Fortschritt kaum dienlich. Es erscheint sinnvoller, globale Zielvorstellungen vorzugeben und aus diesen (rational/empirisch) Teilziele und Konkretionen (bezogen auf das Verhalten, das Erleben und die Umwelt des Klienten) abzuleiten.

Sehr eng, konkret und detailliert definierte Zielvorstellungen wissenschaftlichen Handelns seitens einer Ideologie, eines Einzelnen oder einer Gruppe von Menschen, die aufgrund ihrer Machtposition in der Lage sind, Veränderungsziele zu definieren, engen wissenschaftliches Handeln ein und entziehen die Zieldefinition letztlich einer rationalen Kritik. Die rogerianische Theorie der Persönlichkeit läßt einen weiten Spielraum für die Ableitung inhaltlicher Teilziele.

Diese Teilziele müssen nun nicht ausschließlich therapeutisch orientiert sein, sondern können sich allgemeiner auf die Veränderung der Interaktion zwischen Menschen beziehen; sie können Strukturen gesellschaftlicher Wirklichkeit betreffen. Es erscheint also möglich und vielleicht lohnend, ausgehend vom rogerianischen Menschenbild, eine Theorie der Gesellschaft zu entwerfen, in der die Verwirklichung seiner Vorstellungen wahrscheinlicher wird. Mutmaßlich muß diese Gesellschaftstheorie jedoch anders als die SKINNERS (1973) aussehen, die eher auf eine in sich geschlossene und als optimal gestaltet gedachte Gesellschaft hinzielt. ROGERS betont jedoch nicht eine bestimmte Endform, sondern hebt die Prozeßhaftigkeit hervor. Es wäre also an eine gesellschaftliche Wirklichkeit zu denken, die Züge der 'offenen Gesellschaft', wie es ROPPER genannt hat, trägt. Diese Gesellschaft wäre vor allem durch ständige Veränderung gekennzeichnet und müßte es den Menschen ermöglichen, eigenverantwortlich zu handeln, sich selbst zu verwirklichen, angstfrei zu reagieren und offen neue Erfahrungen zu machen.

Das rogerianische Bild der "fully functioning person" stellt ein Wertkonzept dar, das universalistischen Anspruch erhebt, d.h. es erscheint für ROGERS sinnvoll, diese Zielvorstellung auf jeden Menschen ohne Ansehen der Person zu projizieren. Innerhalb dieser Modellvorstellung vertritt er jedoch ein ausgesprochen individualistisches Konzept, d.h. es soll dem einzelnen Klienten überlassen bleiben, welche Form der Lebensverwirklichung er wählt. So vereint ROGERS in seiner Theorie die beiden möglichen Endpunkte der Auffassung psychologischer Anpassung: Allgemeingültige Normvorstellungen vs. individuelle Formen der Verwirklichung von Normen.

Das Problem der Zielvorstellungen therapeutischen Handelns ist jedoch nicht allein ein Problem rein abstrakt theoretischen Interesses. Je nach Lösung dieser Frage wird man Therapeuten unterschiedlich in ihrem Verhalten und in ihren Einstellungen auszubilden haben. Die Frage, wie der Mensch als idealtypisch gedacht wird, ist selbst eine Einstellungsfrage. Das Konzept der idealen, anzustrebenden Persönlichkeit beeinflusst das Verhalten des Therapeuten und hat Einfluß auf den Klienten.

Die Auseinandersetzung um die Ziele der Therapie ist von grundlegender Bedeutung und verspricht außerordentliche wissenschaftliche Fruchtbarkeit. Sollte es möglich sein, therapeutische Zielsetzungen festzulegen und wissenschaftlich zu untermauern, so wäre damit für die Therapieforschung und für die therapeutische Praxis viel gewonnen. Ausgehend von dieser Zieldefinition wäre es Aufgabe der Forschung, der Zielerreichung dienende therapeutische Vorgehensweisen zu untersuchen. Die Indikationsfrage ließe sich im Hinblick auf aus den Zielvorstellungen abgeleitete notwendige Eingangs- oder Prozeßbedingungen bearbeiten. Die Inhalte der Therapeutenausbildung könnten auf dieser Basis besser formuliert und legitimiert werden. Die gesamte Therapieforschung stünde mit dem Vorliegen verbindlicher therapeutischer Zielvorstellungen auf wesentlich sicherem Boden. Aber auch der Praktiker könnte profitieren; er könnte Unsicherheiten, die die Richtung seines therapeutischen Handelns betreffen, abbauen.

5 BERICHT ÜBER FÜNF EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZU EINSTELLUNGEN VON PSYCHOTHERAPEUTEN

5.1 Fragestellung

In den zu berichtenden empirischen Untersuchungen sollen Einstellungen, die Psychotherapeuten zu anderen Menschen, zu ihren Klienten und zu sich selbst haben, beschrieben und hinsichtlich ihrer Entstehungsbedingungen und Auswirkungen analysiert werden. Aus dem eingangs explizierten theoretischen Modell der Bedeutung von Psychotherapeuteneinstellungen für den therapeutischen Prozeß lassen sich theoretisch drei Hauptgegenstandsbereiche der Einstellungen herleiten:

1. Die Einstellung des Therapeuten zu anderen Menschen;
2. Die Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten und die Wahrnehmung seines Klienten;
3. Die Einstellung des Therapeuten zu sich selbst i.S. wahrgenommener Selbstsicherheit im Umgang mit anderen Menschen.

Unter der Rahmenhypothese 'die Einstellungen von Psychotherapeuten beeinflussen den Verlauf therapeutischer Gespräche' lassen sich unter Einbeziehung der in 2.7 explizierten theoretischen Überlegungen vier Einzelhypothesen differenzieren:

1. Die Einstellungen des Therapeuten wirken sich auf sein Verhalten in der Therapiesituation aus.
2. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Einstellungen des Therapeuten und der Art, wie er seinen Klienten wahrnimmt.
3. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Therapeuten- und Klientenverhalten.
4. Über das Therapeutenverhalten wirken sich die Einstellungen des Therapeuten auch auf das Verhalten des Klienten in der Therapie aus.

5.2 Übersicht über die durchgeführten Untersuchungen

Da es sich bei der Bearbeitung dieser Fragestellung um einen Einstieg in ein im deutschsprachigen Raum unbearbeitetes Forschungsfeld handelt, mußten Voruntersuchungen durchgeführt werden, die insbesondere dazu dienten, die für die Hauptuntersuchung notwendigen Meßinstrumente zu konstruieren und vor der Planung und Durchführung der Hauptuntersuchung Erfahrungen in diesem Gegenstandsbereich zu sammeln.

Voruntersuchung 1: Die Beurteilung von Klienteneigenschaften durch Psychotherapeuten¹

Ziel der Untersuchung war die Erstellung eines Katalogs von Klienteneigenschaften, die Psychotherapeuten bei der Beurteilung von Klienten heranziehen und die für die Therapeuten - bezogen auf den Therapieerfolg - prädiktiven Wert besitzen. Es sollte versucht werden, die Urteilsdimensionen zu extrahieren und zu beschreiben, die in der Wahrnehmung von Klienten durch Therapeuten zentral sind. Es sollte analysiert werden, welche Merkmale des Therapeuten, z.B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, diese Urteilsbildung beeinflussen. An dieser Untersuchung nahmen 94 Psychotherapeuten teil.

Voruntersuchung 2: Konstruktion von Skalen zur Messung von Therapeuteneinstellungen²

Zur Durchführung der Hauptuntersuchung mit dem Ziel der Überprüfung der vier eingangs beschriebenen Versuchshypothesen ist das Vorliegen hinreichend stabiler Meßinstrumente erforderlich, die die Einstellung von Psychotherapeuten (1) zu anderen Menschen, (2) zu ihren Klienten und (3) zu sich selbst erfassen. Es wurden

¹ Für die Mithilfe bei dieser Untersuchung danke ich Frau Dipl.-Psych. Inka BLECK.

² Für die Mithilfe bei dieser Untersuchung danke ich Herrn cand.-psych. Immo ZÖLLER und Frau cand.-psych. Eva KOHNERT.

zwei amerikanische Fragebögen ins Deutsche übertragen und bei 258 Versuchspersonen (überwiegend Psychologiestudenten) erprobt und unter Berücksichtigung der erhaltenen Befunde bereinigt.

Voruntersuchung 3: Einstellung zu anderen Menschen und Selbstbeurteilung bei Psychologiestudenten und Studenten der Betriebswirtschaft.³

Hier konnten erstmals die in der Voruntersuchung 2 konstruierten Fragebögen erprobt werden. Weiter sollte versucht werden, zu analysieren, ob bestimmte Einstellungen als spezifisch für Psychologen oder Psychologiestudenten angesehen werden können. An dieser Untersuchung nahmen insgesamt 220 Studenten als Versuchspersonen teil.

Voruntersuchung 4: Einstellungen und Verhaltensweisen von Mitarbeitern im Sozialwesen⁴

In dieser Untersuchung konnte die Validität der Einstellungsskalen in therapieähnlichen Situationen (Beratungsgespräche von Sozialarbeitern) für die Beurteilungsskalen erprobt werden, die in der Hauptuntersuchung der Beschreibung von Therapeuten- und Klientenverhalten dienen sollten. An dieser Untersuchung waren 21 Sozialamtsmitarbeiter, 63 Sozialhilfeempfänger und 20 Psychologiestudenten (als Rater) beteiligt.

³Die Datenerhebung besorgte eine studentische Arbeitsgruppe im Rahmen eines Grundkurses in Gesprächspsychotherapie.

⁴Die Untersuchung wurde zusammen mit Herrn Dipl.-Psych. R. SILBEREISEN und Herrn cand.-psych. W. SCHULZ durchgeführt.

Hauptuntersuchung: Therapeuteneinstellungen und das Verhalten von Klienten und Therapeuten in der Therapie.

Ziel der Hauptuntersuchung war die Klärung der eingangs beschriebenen Fragestellung. An der Hauptuntersuchung nahmen als Quasiklienten und Quasitherapeuten 150 Psychologiestudenten teil. Die Beurteilung der Verhaltensweisen von Klienten und Therapeuten erfolgte durch 80 psychotherapeutisch erfahrene Psychologen und Ärzte.

An den fünf hier zu beschreibenden Untersuchungen nahmen insgesamt 906 Versuchspartner teil. Ihnen allen sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

5.3 Die Beurteilung von Klienteneigenschaften durch Psychotherapeuten (Voruntersuchung 1)

5.3.1 Fragestellung

Die Wahrnehmung des Klienten durch den Therapeuten kann als ein wesentlicher Aspekt der Einstellungs- und Urteilsbildung des Therapeuten zu seinem Klienten angesehen werden: Es stellt sich die Frage, welche Aspekte der Persönlichkeit des Klienten in der Wahrnehmung des Therapeuten eine bedeutsame Rolle spielen. Insbesondere erscheinen die Aspekte beachtenswert, die der Therapeut bei der Beurteilung der Geeignetheit des Klienten für die Therapie zugrunde legt. Ziel der Untersuchung war also die Feststellung der Persönlichkeitsmerkmale, die Psychotherapeuten bei ihren Klienten für wichtig, d.h. für den Therapieverlauf notwendig oder hinderlich ansehen.

5.3.2 Methode

Die Persönlichkeitsbeschreibung sollte in alltagssprachlichen Begriffen erfolgen, um zu verhindern, daß die Therapeuten im Grunde nur theoretisch Erwünschtes und nicht ihre persönlichen Einstellungen bekunden. 10 Therapeuten unterschiedlicher Schulrichtungen und unterschiedlichen Ausbildungsstandes wurden gebeten, Begriffe zu nennen, die wichtige Persönlichkeitseigenschaften des Klienten beschreiben. Nach Sichtung des Materials ergab sich eine Liste von 42 Begriffen (Anhang, Anlage 1), die z.T. i.S. des alltagssprachlichen Gebrauchs als polar angesehen werden können. Es erschien notwendig, auch einige gegensätzlich anmutende Begriffe in die Liste für die Untersuchung aufzunehmen. So wurde es möglich, zu überprüfen, ob sich diese Begriffe auch in den Ergebnissen als polar auswiesen und damit einen Hinweis bieten, ob die Versuchspersonen in ihrem Urteilsverhalten zuverlässig waren, d.h. keine Zufallsankreuzungen vornahmen.

Die Begriffe wurden auf folgender Skala von +3 bis -3 eingestuft:

- +3 = Dieses Merkmal ist Voraussetzung für einen erfolgreichen Therapieverlauf.
- +2 = Dieses Merkmal ist sehr günstig für einen erfolgreichen Therapieverlauf.
- +1 = Dieses Merkmal ist eher günstig für einen erfolgreichen Therapieverlauf.
- 0 = Dieses Merkmal hat keine Auswirkung.
- 1 = Dieses Merkmal ist eher ungünstig für einen erfolgreichen Therapieverlauf.
- 2 = Dieses Merkmal ist sehr ungünstig für einen erfolgreichen Therapieverlauf.
- 3 = Dieses Merkmal verunmöglicht einen erfolgreichen Therapieverlauf.

Darüber hinaus wurden die Therapeuten - Versuchspersonen gebeten, in freier Beantwortung zu der Frage Stellung zu nehmen:

"Welche weiteren Klientenmerkmale begünstigen einen erfolgreichen Therapieverlauf, bzw. welche Klientenmerkmale erschweren einen erfolgreichen Therapieverlauf?"

Der Fragebogen wurde an 270 Psychotherapeuten unterschiedlicher Schulrichtung verschickt. Da die Adressen z.T. per Zufall den Branchenbüchern 'Berlin' und 'Großraum Köln' unter dem Stichwort 'Psychotherapeuten' entnommen wurden, konnte eine Stratifizierung der Stichprobe von vornherein nicht vorgenommen werden. Neben den Adressen der Therapeuten, die per Zufall den Branchenbüchern entnommen wurden, wurden Therapeuten angeschrieben, die den verhaltenstherapeutischen und gesprächspsychotherapeutischen Berufsverbänden angehören.

Von den 270 angeschriebenen Therapeuten sandten 94 (34,8%) quantitativ auswertbare Fragebögen zurück, von denen 63 auf die offene Frage qualitativ auswertbare Hinweise gaben. Die demografischen Angaben auf den zurückgesandten Fragebögen waren nicht in allen Fällen vollständig, so daß in einer Reihe von Fällen keine Zuordnung zu den vorgegebenen Klassifizierungen vorgenommen werden konnte. So ergaben sich bezüglich einzelner Klassifikationsgesichtspunkte niedrige und - da keine Gleichverteilung der missing datas vorlag - unterschiedliche Versuchspersonen-Anzahlen.

In der weiteren Analyse konnten wir also von folgenden Stichprobengrößen ausgehen:

Insgesamt: 94 Versuchspersonen

klassifiziert nach Art der Zusatzausbildung: 75

Psychoanalytiker: 28

Gesprächspsychotherapeuten: 31

Verhaltenstherapeuten: 6

Eklektiker (Kurse in verschiedenen Therapieformen): 10

klassifiziert nach Alter: 82

bis 35 Jahre: 32
36 bis 50 Jahre: 30
über 50 Jahre: 20

klassifiziert nach Grundstudium: 77

Medizin: 22
Psychologie: 55

klassifiziert nach Geschlecht: 78

männlich: 56
weiblich: 22

5.3.3 Ergebnisse

Berücksichtigt man insgesamt alle die Beschreibungsbegriffe, die in hohem Maße von den Therapeuten für günstig bzw. ungünstig gehalten wurden (Begriffe, deren \bar{x} vom Skalennullpunkt um mindestens 1.00 abweichen), so ergaben sich folgende Beschreibungsbegriffe aus der Sicht der Therapeuten als besonders relevant:

günstig beurteilte Persönlichkeitsmerkmale:

intelligent
tatkräftig
optimistisch
offen
engagiert
kritisch
aufgeschlossen
unabhängig
willensstark
jünger
dynamisch
vertrauensvoll

ungünstig beurteilte Persönlichkeitsmerkmale:

träge
 argwöhnisch
 schweigsam
 mit religiöser Bindung
 pessimistisch
 verschlossen
 gleichgültig
 mißtrauisch
 phantasiearm

Die in Beantwortung auf die frei formulierte Frage als wesentlich erachteten Klientenmerkmale sind in Anlage 3 aufgelistet.

Über die Begriffe wurde eine Faktorenanalyse gerechnet und die ersten 5 Faktoren varimaxrotiert.

Die Matrix der Eigenwerte der Faktoren stimmt mit der psychologischen Interpretierbarkeit der Faktoren gut überein; nach Faktor 6 nimmt die Eigenwerteverteilung asymptotischen Charakter an. Von daher sind die Faktoren 6 und folgende sehr stark als Zufallsprodukte anzusehen.

Die Matrix der Faktorenladungen und die Interkorrelationen sind für die ersten 5 Faktoren im Anhang vollständig aufgelistet. (Anlage 4) Dem heterogenen Ausgangsmaterial entsprechend ergab sich eine Faktorenstruktur, in der auf die einzelnen Faktoren nur ein geringer Varianzanteil entfällt, d.h. aber auch, daß hier ein relativ differenziertes Urteilsverhalten vorliegt.

Aus der Faktorenstruktur lassen sich die Grunddimensionen, die ein Therapeut bei seinen Klienten als wesentlich ansieht, extrahieren:

Faktor 1: (Varianzanteil 12%)

Benennung: Beziehung des Klienten zum Therapeuten, Interaktionsmöglichkeit

Markiertvariablen: optimistisch (.54), offen (.48), beeinflussbar (.53), vertrauensvoll (.60), ge-

sprächig (.48), sachlich (-.43), argwöhnisch (-.56), schweigsam (-.70), kritisch (-.52), verschlossen (-.75), mißtrauisch (-.73).

Faktor 2: (Varianzanteil 8%)

Benennung: Aktivität und Dynamik des Klienten

Markiervariablen: tatkräftig (.58), selbstsicher (.63); männlich (.52), beruflich erfolgreich (.58), willensstark (.44), jünger (.41), dynamisch (.49), gesprächig (.41), kontaktfreudig (.54).

Faktor 3: (Varianzanteil 8%)

Benennung: Fähigkeit des Klienten zur konstruktiven Auseinandersetzung mit Problemen.

Markiervariablen: träge (.43), unsicher (.53), sachlich (-.47), beherrscht (-.56), ordentlich (-.60).

Faktor 4: (Varianzanteil 7%)

Benennung: Kognitive Differenziertheit des Klienten.

Markiervariablen: phantasiearm (.61), intelligent (-.65), empfindsam (-.68), engagiert (-.45), kritisch (-.48), mit religiöser Bindung (-.54).

Faktor 5: (Varianzanteil 7%)

Benennung: Lebensgrundstimmung des Klienten (optimistisch/aufgeschlossen vs. pessimistisch)

Markiervariablen: pessimistisch (.42), optimistisch (-.52), aufgeschlossen (-.71), unabhängig (-.60), liberal (-.42), unbekümmert (-.45).

Bei der Einschätzung der Therapieeignung eines Klienten durch den Therapeuten werden durch diesen implizit fünf Urteilsdimensionen berücksichtigt. Diese hier aufgelisteten Beurteilungsaspekte decken sich nicht völlig

mit der Behauptung, Therapeuten würden den sogenannten YAVIS-Klienten (SCHOFIELD 1964) bevorzugen (vgl.S.47). Die Merkmale young, attractiv, verbal, intelligent und successfull erweisen sich im Lichte der hier vorliegenden Befunde lediglich als Spezifikationen der zugrunde liegenden Urteilsdimensionen, wobei beim YAVIS-Klienten die Lebensgrundstimmung des Klienten (Faktor 5) und seine Fähigkeit, sich mit Problemen gezielt auseinanderzusetzen (Faktor 3), nicht berücksichtigt wurden. Ebenso ist der Beziehungsaspekt (Faktor 1) in dem Merkmalsmuster des YAVIS-Klienten nicht enthalten; er spielt jedoch in der Beurteilung der Therapieeignung sowohl faktisch als auch theoretisch (besonders deutlich im Modell der Gesprächspsychotherapie) eine bedeutsame Rolle.

Für die Hauptuntersuchung sollten die Eigenschaftsbegriffe zur Beschreibung von Klienten Berücksichtigung finden, die in der Voruntersuchung von den Therapeuten in positivem oder negativem Sinne als besonders wichtig eingestuft wurden, d.h. die um $\bar{+} 1,00$ im Mittel von 0,00 abwichen. Es kann erwartet werden, daß die Merkmale, die in der Sicht der Therapeuten bei der Beurteilung von Klienten im Zusammenhang der Indikationsfrage eine besonders bedeutsame Rolle spielen, auch in besonderer Weise den therapeutischen Prozeß und die Einstellungen des Therapeuten zum Klienten beeinflussen.

An der o.a. Begriffsliste waren jedoch für die Verwendung im Hauptversuch noch folgende Korrekturen erforderlich:

1. 'jünger' wurde als Merkmal gestrichen. Es ist bei einem konkreten Klienten nicht einstuftbar.
2. 'mit religiöser Bindung' wurde ergänzt zu 'Bindung an soziale, ethische oder religiöse Normen'.
3. Begriffe, die sowohl alltagssprachlich als auch in der Einstufung hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für den therapeutischen Prozeß durch die Therapeuten als synonym oder antonym verwendet werden, sollten aus der Liste genommen werden (in Klammern der korrelative Zusammenhang):

- tatkräftig-willensstark (.51) 'tatkräftig' wurde gestrichen; der Begriff 'dynamisch', der in der Liste verbleibt, bedeutet zumindest alltagssprachlich wohl Ähnliches.
- optimistisch-pessimistisch (-.47) 'optimistisch' wurde gestrichen, um eine annähernde Gleichverteilung positiv und negativ eingestufte Begriffe zu erhalten.
- argwöhnisch-mißtrauisch (.56) 'argwöhnisch' wurde gestrichen.
- schweigsam-verschlossen (.59) 'schweigsam' wurde gestrichen, da dies zu sehr auf die Häufigkeit des Sprechens in der Therapiestunde bezogen werden und weniger als Persönlichkeitsmerkmal des Klienten aufgefaßt werden kann.

Für die Hauptuntersuchung verblieben damit folgende Begriffe zur Beschreibung von Eigenschaften von Klienten:

1. träge
2. offen
3. vertrauensvoll
4. pessimistisch
5. kritisch
6. engagiert
7. Bindung an soziale, ethische oder religiöse Normen
8. phantasiearm
9. mißtrauisch
10. aufgeschlossen
11. intelligent
12. willensstark
13. verschlossen
14. unabhängig
15. gleichgültig
16. dynamisch (vgl. Anlage 6)

Zusammenhang mit Therapeutenmerkmalen

Wenn die vorliegende Untersuchung auch vorwiegend darauf abzielte, die Klientenmerkmale zu beschreiben, die in der Sichtweise der Therapeuten bei der Beurteilung der Therapieeignung wesentlich sind und auf eine Ana-

lyse der Entstehungsbedingungen dieser Einstellungen verzichtet werden sollte, so erlauben die erhobenen demografischen Daten der Therapeuten einige Hinweise auf die Kovariation der Einstellungen mit eben diesen Daten. Ein Vergleich der Faktorwerte der Versuchspersonen auf den relevanten Dimensionen ist wegen der zu geringen Größe der Teilstichproben nicht möglich; die Übereinstimmung der Dimensionalität der Urteilsstruktur in den Teilstichproben konnte nicht mittels eines Faktorstrukturvergleichs geprüft werden. So kann der Vergleich lediglich auf Item-Basis durchgeführt werden. Bei der Stratifizierung der Teilstichproben werden

1. die Art der therapeutischen Zusatzausbildung
2. das Alter
3. die Grundausbildung (Medizin/Psychologie)
4. das Geschlecht und
5. die berufliche Stellung (angestellt/freiberuflich)

des Therapeuten berücksichtigt. (Zusammenstellung der Mittelwerte und t-Tests vgl. Anlagen 2,5) Die folgenden dargestellten Unterscheidungen sind mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant.

Zusatzausbildung

Verhaltenstherapeuten halten das Merkmal 'mit religiöser Bindung' für ungünstiger als Psychoanalytiker und Gesprächspsychotherapeuten. Bei Psychoanalytikern findet sich hier sogar eine leicht positive Einschätzung. 'Träge' Klienten werden von Gesprächspsychotherapeuten in sehr deutlichem Maße für ungeeigneter gehalten als von Verhaltenstherapeuten. Hier spiegelt sich klar die Forderung nach Eigeninitiative des Klienten in der Gesprächspsychotherapie wider, während der Klient in der Verhaltenstherapie eher als jemand gesehen wird, mit dem etwas geschieht. Verhaltenstherapeuten sehen es in stärkerem Maße als förderlich an, wenn der Klient 'beherrscht' und 'beeinflussbar' ist.

Alter

Jüngere Therapeuten (bis 35 Jahre) beurteilen das Merkmal 'mit religiöser Bindung' ungünstiger als Therapeuten der beiden anderen (älteren) Altersgruppen; ebenso erscheint ihnen die 'Gleichgültigkeit' des Klienten in stärkerem Maße die Therapie negativ zu beeinflussen, als es Therapeuten meinen, die älter als 50 Jahre sind. Die über 50 Jahre alten Therapeuten stufen die 'Gewissenhaftigkeit' des Klienten als im positiven Sinne für die Therapie bedeutsamer ein als ihre 36-50-jährigen Kollegen. Sie erachten ebenso die Intelligenz und eine kritische Haltung des Klienten als für die Therapie wesentlicher. 'Schweigsamkeit' jedoch wird von ihnen in erheblich geringerem Maße als therapiehemmend angesehen. Während die jüngeren Therapeuten (bis 35 Jahre) es für eher günstig halten, wenn der Klient 'beeinflußbar' ist, sehen die älteren Therapeuten (ab 50) dies als ungünstig an.

Grundausbildung (Medizin - Psychologie)

Ein gewisser Optimismus der Klienten wird von Psychologen in stärkerem Maße als günstig eingestuft als von Medizinern; analog dazu sehen Psychologen pessimistisch eingestellte Klienten in stärkerem Maße für die Therapie weniger geeignet an. Mediziner hingegen gewichten die Merkmale 'mit religiöser Bindung' und 'jünger' günstiger. Phantasiearmut sehen die Mediziner als größeres Hindernis für die Therapie an als die Psychologen.

Geschlecht

Weibliche Therapeuten gewichten die Merkmale 'tatkraftig' und 'willensstark' günstiger. Sie bevorzugen offenbar Klienten, die Merkmale aufweisen, die dem männlichen Stereotyp entsprechen. Männliche Therapeuten sehen hingegen die Merkmale 'gewissenhaft', 'exzentrisch' und 'phantasiearm' günstiger, bzw. weniger therapiebehindernd als weibliche Therapeuten.

berufliche Stellung (angestellt - freiberuflich)

Relativ zu den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten sehen die angestellten Psychotherapeuten folgende Merkmale als günstiger bzw. weniger ungünstig an: 'intelligent', 'schweigsam', 'liberal', 'mit religiöser Bindung', 'dynamisch', 'pessimistisch', 'unbeherrscht', 'gleichgültig', 'mißtrauisch'. Relativ zu den angestellten Psychotherapeuten sehen die freiberuflich tätigen die folgenden Merkmale als günstiger bzw. weniger ungünstig an: 'beeinflußbar', 'vertrauensvoll', 'phantasiarm' und 'konservativ'.

5.4 Konstruktion von Skalen zur Messung von Therapeuteneinstellungen

Zu den drei hier interessierenden Bereichen der Therapeuteneinstellung -

- a) Einstellung zu sich selbst
- b) Einstellung zu anderen Menschen
- c) Einstellung zum Klienten -

liegen im deutschsprachigen Raum keine eingeführten Skalen vor, die hinreichend genau das messen, was dem hier angesprochenen Problembereich gerecht werden könnte. Im angloamerikanischen Sprachraum liegen jedoch Einstellungsskalen vor, die die Einstellung zu sich selbst und zu anderen messen. Der 'self-other-questionnaire' (PHILLIPS 1951) und der Einstellungsfragebogen 'Acceptance of self and others' (BERGER 1952) weisen nach SHAW & WRIGHT 1967 sehr gute statistische Gütekennwerte auf. Die Skala von PHILLIPS ist zudem durch FEY (1955) bereits im Rahmen der therapierelevanten Forschung (vgl. S.) erfolgreich verwendet worden. Die Items beider Fragebögen wurden übersetzt; es entstand so ein Fragebogen mit 114 Items (siehe Anlage 7).

Da die Homogenität der Items nicht notwendig vorausgesetzt werden konnte und die Übernahme der amerikanischen Kennwerte nicht möglich ist, dies aber für die Hauptuntersuchung eine notwendige Voraussetzung war, und zudem eine Kürzung des Fragebogens erforderlich schien, wurde eine Voruntersuchung mit dem Ziel durchgeführt, den Fragebogen faktoriell zu bereinigen. Der Fragebogen wurde 258 Versuchspersonen (zumeist Studenten) gegeben. Die im Anschluß daran durchgeführte Faktorenanalyse ergab nach Varimax-Rotation drei psychologisch und mathematisch sinnvolle Faktoren - einen Faktor, der die Einstellung zu sich selbst mißt und zwei Faktoren, die die Einstellung zu anderen Menschen betreffen. Für die Endfassung des Fragebogens wurden dann solche Items berücksichtigt, die

1. auf einem der drei Faktoren mit $.35$ laden
2. deren Quotient aus Ladungsquadrat und Kommunalität (bezogen auf die drei Faktoren) $.80$ war.

Beide Kriterien gewährleisteten es, bezogen auf die drei Faktoren relativ "rein" ladende Items zu selektieren.⁺

Da die Einstellung zum anderen Menschen generell mit der Einstellung zu einem konkreten Anderen (hier dem Klienten) verglichen werden sollte, wurde es erforderlich, den Items, die die Einstellung zu anderen Menschen messen, analog formulierte Items, die die Einstellung zu einem konkreten Anderen anzielen, zuzuordnen.

⁺ Trotz Nichterfüllens der genannten Kriterien wurden die Items 61 und 87 in die Testendfassung aufgenommen, weil diese auf theoretischen Überlegungen für Gesprächspsychotherapeuten besonders relevant erscheinen. Der Sachverhalt, daß diese Items faktoriell nicht laden, besagt noch nichts über ihre mögliche Bedeutung für den therapeutischen Prozeß.

Beispiel: Manche meiner Freunde brauchen bei ihren Entscheidungen meine Ratschläge oder meine Hilfe.

vs.

Mein Gesprächspartner braucht bei seinen Entscheidungen meine Ratschläge oder meine Hilfe.

Da diese Transformation nicht bei allen Items sinnvoll war, wurden diejenigen Items aus der Erfassung des Fragebogens herausgenommen, die nichttransponierbar waren.⁺

Es verblieben 43 Items in der Endfassung des Fragebogens, der die Einstellung des Therapeuten zu sich selbst und zu anderen messen sollte (Anlage 8). Davon messen 20 Items die Einstellung des Therapeuten zu anderen. Diese Items bildeten in der transformierten Fassung einen Fragebogen mit 20 Items, der die Einstellung des Therapeuten zu seinem konkreten Klienten mißt (vgl. Anlage 9).

5.5 Einstellung zu anderen Menschen und Selbstbeurteilung bei Psychologiestudenten und Studenten der Betriebswirtschaft (Voruntersuchung 3)

Die Itemstruktur des Fragebogens 'Einstellung zu sich selbst und zu anderen Menschen' (43 Items) wurde bei 65 Psychologie- und 155 Betriebswirtschaftstudenten ermittelt und miteinander verglichen. So ergibt sich die für die Hauptuntersuchung wichtige Information, welche spezifischen Reaktionstendenzen bei Psychologiestudenten zu erwarten sind. Nach dem Scree-Test ergaben sich für Psychologiestudenten drei und für Betriebswirtschaftstudenten vier sinnvoll interpretierbare Faktoren. Der Faktorstrukturvergleich wurde über

⁺ Item 89 wurde leicht geändert, um es transponierbar zu machen.

vier Faktoren gerechnet. Over all ergab sich eine Ähnlichkeit der beiden Datenmatritzen von $R = .83$. Es gibt z.Zt. keine mathematische Möglichkeit, den Ähnlichkeitskoeffizienten R auf Signifikanz zu prüfen. Auf Erfahrungswerte bezugnehmend kann jedoch dieser Wert nur bedingt als Hinweis darauf gelten, daß die Faktorenstrukturen als identisch anzusehen sind. Die beiden ersten Faktoren weisen eine sehr hohe Ähnlichkeit (.91/.90), die beiden folgenden Faktoren wiesen jedoch keine hinreichende Ähnlichkeit (.69/.68) auf.

Faktor 1 : (Varianzanteil bei Studenten der Betriebswirtschaft 19%, bei Psychologiestudenten 20%)
Benennung: Unsicherheit, Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, geringes Selbstwertgefühl

Psychologiestudenten zeigen geringere Selbstsicherheit, größere Verletzbarkeit und Selbstzweifel als Studenten der Betriebswirtschaft.
(signifikante Unterschiede bei den Items 7,8, 10, 16, 19, 21, 33, 40, vgl. Anlage)

Faktor 2: (Varianzanteil bei Studenten der Betriebswirtschaft 8%, bei Psychologiestudenten 10%)
Benennung: Bereitschaft auf andere einzugehen und anderen zu helfen

Psychologiestudenten zeigen (Item 14, 29, 38) mehr Rücksicht auf die Ansichten und Bedürfnisse anderer, eine höhere Bereitschaft zu engen Kontakten und ein größeres Bedürfnis, sich mit den eigenen Problemen auseinanderzusetzen.

Die Faktoren 3 und 4 können nicht mehr als beiden Gruppen gemeinsam angesehen werden. Auf Itembasis zeigen sich jedoch folgende Unterschiede: Studenten der Betriebswirtschaft neigen eher dazu, Ratschläge zu geben und das Verhalten anderer dirigistisch zu beeinflussen (Items 9, 20, 26), Psychologiestudenten äußern mehr Sympathie für

andere Menschen mit Schwierigkeiten oder Schwächen (Item 13, 16) und schreiben sich selbst bei Auseinandersetzungen mit Sozialpartnern mehr Unsicherheit zu (alle Unterschiede sind mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant).

5.6 Einstellungen und Verhaltensweisen von Mitarbeitern im Sozialwesen (Voruntersuchung 4)

Vier der im Hauptversuch verwendeten Klientenbeurteilungsskalen (vgl. Anhang 10) erwiesen sich im Zusammenhang einer Analyse von Gesprächsverhaltensweisen von Klienten und Beratern in einem Berliner Sozialamt (vgl. SILBEREISEN & FIETKAU 1975) als relevante Kriterien für eine Reihe von Beschreibungsmerkmalen der Berater. 21 Mitarbeiter des Sozialamts zeichneten verschiedene unausgelesene Gespräche mit Sozialhilfeempfängern auf Tonband auf.

Das Beraterverhalten wurde beschrieben durch

1. Äußerungsdominanz des Beraters. Unter Äußerungsdominanz ist die Relation Anzahl der Wörter des Beraters zu Anzahl der Wörter des Klienten zu verstehen.
2. Sprecherwechsel. Unter Sprecherwechsel ist die Häufigkeit des Gesprächswechsels (vom Klienten zum Berater, vom Berater zum Klienten) in einer Zeiteinheit zu verstehen.

Nach einer Faktorenanalyse der Einstufungen des Beraterverhaltens auf einem Polaritätsprofil mit 16 Skalen ergaben sich drei Faktoren zur Beschreibung des Beraterverhaltens:

3. Ermütigung
4. Anteilnahme
5. Sicherheit
6. Rollenübernahme- Bei den Beratern wurde ein Testverfahren zur Prüfung ihrer Fähigkeit zur Rollenübernahme

durchgeführt. Unter Rollenübernahme ist die Fähigkeit des Klienten zu verstehen, sich in andere hineinzuversetzen (vgl. SILBEREISEN 1976).

Diese sechs Therapeutenvariablen standen mit dem Ausmaß der Selbstexploration der Klienten in Beziehung. Die Selbsteexploration wurde auf 4 Skalen gemessen, die relevante Aspekte dieser Klientenverhaltensweise erfassen.

Es zeigt sich, daß eine so simple Variable wie die relative Häufigkeit der Wörter bei Therapeut und Klient die Selbstexploration des Klienten voraussagt. Je mehr der Therapeut redet (Äußerungsdominanz), desto weniger setzt sich der Klient mit sich selbst auseinander, desto weniger geht er im Gespräch innerlich mit und desto weniger äußert er sich differenziert über seine Umwelt. Eine weitere wesentliche Therapeutenverhaltensweise stellt die Anteilnahme dar. In je höherem Maße der Therapeut an den Problemen seines Klienten Anteil nimmt, desto mehr setzt sich dieser im Gespräch mit sich selbst auseinander, desto mehr geht er im Gespräch innerlich mit und desto differenzierter kann er sich mit sich selbst auseinandersetzen. Ermutigende Verhaltensweisen des Therapeuten führen dazu, daß der Klient in stärkerem Maße seine eigenen Gefühle akzeptiert. Die Fähigkeit zur Rollenübernahme bei Therapeuten ermöglicht diesem offenbar ein Verhalten, das den Klienten dazu führt, sich in stärkerem Maße mit sich selbst auseinanderzusetzen - es erscheint denkbar, daß dieses Verhalten sich in einem verstärkten Eingehen des Therapeuten auf die Situation und Problemlage manifestiert. Es kann angenommen werden, daß geringe Äußerungsdominanz des Beraters, hohe Anteilnahme und Ermutigung wie seine Fähigkeit zur Rollenübernahme den Selbstexplorationsprozeß des Klienten in Beratungsgesprächen fördern.

Mit Hilfe des vom Verfasser entwickelten Fragebogens 'Einstellungen des Therapeuten zu sich selbst und zu anderen' (in der ursprünglichen Langfassung) konnten bei den 21 Mitarbeitern aus dem Berliner Sozialamt und deren Klientel folgende Zusammenhänge deutlich gemacht werden:

Je mehr die Sozialamtberater den Items (Item-Nummer in Klammern)

'Ich ignoriere die Gefühle anderer, wenn ich irgend-etwas wichtiges abschließen will' (69) und

'Ich sehe nur dann einen Grund, für andere etwas zu tun, wenn sie sich auch für mich einsetzen' (108)

zustimmten, desto größer wurde auch die Außerungsdominanz (Anteil der Wörter Berater : Klient) des Beraters ($r=.43$ und $.44$).

Die Häufigkeit des Wortwechsels zwischen Klient und Berater stand im positiven Zusammenhang mit der Beantwortung der Items

'Ich habe häufig Minderwertigkeitsgefühle' (65; $r=.50$) und

'In zwischenmenschlichen Beziehungen bin ich ziemlich schüchtern und unsicher' (67; $r=.40$).

Das Erleben eigener Insuffizienz führt offenbar zu einem Beraterverhalten, das einen häufigen Gesprächswechsel zwischen Klient und Berater begünstigt. Der Berater ergeht sich weniger in langen Ausführungen.

Das Ausmaß, in dem der Berater auf seinen Klienten ermutigend wirkt (Ergebnis aus einer Faktorenanalyse über Urteile unabhängiger Rater) steht in Zusammenhang mit:

'Ich habe häufig Minderwertigkeitsgefühle' (65; $r=.58$),

'Ich habe nur wenig Vertrauen zu mir selbst' (88; $r=.40$),

'Ich lasse mich von Leuten, die mit mir diskutieren, leicht verwirren' (105; $r=.47$),

'Manchmal verstehen mich andere Leute, wenn ich versuche, sie vor Fehlern zu bewahren, die einen wesentlichen Einfluß auf ihr Leben haben könnten' (80; $r=-.40$).

Ein Berater wirkt dann eher ermutigend, wenn er nicht zu selbstsicher ist und - vielleicht als Folge intensiveren Nachdenkens über sich selbst - auch Schwierigkeiten bei sich sieht.

Das Ausmaß, in dem ein Berater gegenüber seinem Klienten sicher wirkt, steht im Zusammenhang mit den Items:

'In zwischenmenschlichen Kontakten bin ich ziemlich schüchtern und unsicher' (67; $r=-.43$) und

'Ich ignoriere die Gefühle anderer, wenn ich irgendetwas wichtiges abschließen will' (69; $r=.48$).

Die durch unabhängige Rater eingestufte Sicherheit scheint gut mit der subjektiv erlebten Sicherheit der Berater übereinzustimmen.

Die Fähigkeit der Berater, sich in andere hineinzuversetzen (Rollenübernahme), steht im Zusammenhang mit

'Ich habe nur wenig Vertrauen zu mir selbst' (88; $r=-.43$).

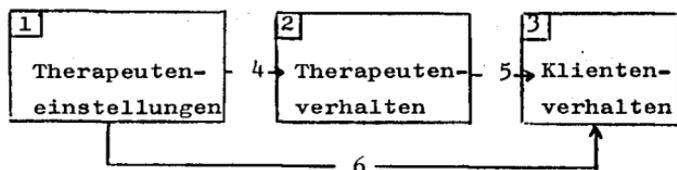
5.7 Therapeuteneinstellungen und das Verhalten von Klienten und Therapeuten in der Therapie (Hauptuntersuchung)

5.7.1 Fragestellung

"Welche Auswirkungen haben Einstellungen von Psychotherapeuten auf ihr Verhalten in der Therapie und auf das Verhalten des Klienten".

Wenn die Überlegung richtig ist, daß Einstellungen des Therapeuten sein Verhalten in der Therapie mit-

bestimmen und sein Verhalten auf das Verhalten des Klienten in der Therapie Einfluß hat, so ergibt sich folgende Darstellungsmöglichkeit des hier beschriebenen Prozesses:



In dieses Schema sind Rückkoppelungsschleifen nicht einbezogen worden. Dies soll nicht bedeuten, daß das Klientenverhalten keine Auswirkungen auf das Therapeutenverhalten zeigt und auf den Therapeuten nicht einstellungsmodifizierend wirken kann; es sind lediglich Beziehungen aufgezeigt, die im Rahmen dieser Untersuchung analysiert werden können. Im einzelnen ergeben sich 6 im Schema verortbare Problembereiche:

1. Beschreibung der Struktur der Therapeuteneinstellungen
2. Beschreibung der Struktur der Therapeutenverhaltensweisen
3. Beschreibung der Struktur der Klientenverhaltensweisen
4. Beziehung zwischen Therapeuteneinstellungen und Therapeutenverhaltensweisen
 H_0 : Es besteht kein Zusammenhang
 H_1 : Es besteht ein Zusammenhang
5. Beziehung zwischen Therapeutenverhaltensweisen und Klientenverhaltensweisen
 H_0 : Es besteht kein Zusammenhang
 H_1 : Es besteht ein Zusammenhang
6. Beziehung zwischen Therapeuteneinstellungen und Klientenverhalten
 H_0 : Es besteht kein Zusammenhang
 H_1 : Es besteht ein Zusammenhang

Der Zusammenhang zwischen Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen ist im Rahmen der Gesprächspsychotherapieforschung ausreichend untersucht und belegt. Es ist gut vorstellbar, daß die Einstellungen des Psychotherapeuten unmittelbar auf sein Verhalten Einfluß nehmen und der Klient auch unmittelbar auf das Verhalten des Therapeuten reagiert. Es kann jedoch als wahrscheinlich gelten, daß es einige (Therapie) Zeit braucht, bis der Klient lernt, die hinter den Verhaltensweisen des Therapeuten stehenden Einstellungen wahrzunehmen. Da es aus Kapazitätsgründen nicht möglich war, Therapieverläufe längerfristig in hinreichendem Stichprobenumfang zu beobachten, ist eine Prüfung des Problembereichs 6 erschwert.

5.7.2 Operationalisierung der Variablen

1. Therapeuteneinstellungen

Im Rahmen der Voruntersuchungen wurden im Geleit theoretischer Überlegungen folgende Fragebogen zur Messung der Therapeuteneinstellung entwickelt:

- Einstellung des Therapeuten zu anderen Menschen
- Einstellung des Therapeuten zu sich selbst
- Einstellung des Therapeuten zum Klienten
- Wahrnehmung des Klienten durch den Therapeuten

2. Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen

Als Klientenverhaltensweisen sollen hier solche Aspekte beschrieben werden, die für den Therapieerfolg - theoretisch begründet und empirisch belegt - prediktive Validität besitzen. Als Therapeutenverhaltensweisen sollen die beschrieben werden, die eben diese Klientenverhaltensweisen beeinflussen. Bei der Definition dieser Verhaltensweisen und zugeordneter Skalen scheint eine Orientierung an der Untersuchung von SCHWARTZ (1975) ange-

zeigt, weil hier in größerem Umfang Klienten- und Therapeutenverhaltensweisen in ihrer Interdependenz analysiert wurden. Die von SCHWARTZ verwendeten Skalen mußten jedoch leicht modifiziert werden, um die meßtheoretisch notwendige Eindimensionalität wahrscheinlicher zu machen. Im einzelnen werden folgende Dimensionen erfaßt:

beim Therapeuten

- Innere Beteiligung
- Emotionale Zuwendung
- Eingehen auf die Gefühle des Klienten
- Echtheit
- Selbsteinbringung

beim Klienten

- Ausmaß des Sprechens über gefühlsmäßige Erlebnisinhalte
 - Ausmaß des mit sich selbst Auseinandersetzens
 - Gefühlsmäßige Distanziertheit
 - Spontanität des Sprechens
 - Akzeptierung der eigenen Gefühle
- (Beurteilungsskalen vgl. Anlage 10)

5.7.3 Versuchsdurchführung

Um die zu untersuchenden Zusammenhänge hinreichend statistisch sichern zu können, war eine Stichprobengröße von mindestens 50 Therapeuten- / Klientenpaaren erforderlich. Es war nicht möglich, in diesem Umfang unter den notwendigen Kontrollerfordernissen Therapien durchführen zu lassen. Aus diesem pragmatischen Grund - aber auch mit Rückgriff auf allgemeinere Überlegungen - schien es angezeigt, sogenannte Quasitherapien durchzuführen. Da hinreichende Datenmengen an homogenen Klienten- und Therapeutenstichproben unter kontrollierten Bedingungen in der therapeutischen

Praxis nur schwer erhoben werden können (vgl. Untersuchungen, die vor allem im deutschsprachigen Raum im Rahmen der Therapieforschung durch geführt wurden), bietet sich die Verwendung quasitherapeutischer Settings an.

Unter 'Quasitherapien' können experimentell hergestellte Arrangements verstanden werden, die (optimal) therapeutische Situationen simulieren und in denen die Kontrolle verschiedener Variablen möglich wird.

Der Einwand, Quasitherapien würden nicht für die echte Therapiesituation repräsentativ sein, erinnert an die Argumentation, mit der sich WUNDT um die Jahrhundertwende auseinandersetzen mußte; Versuchspersonen in Laborsituationen würden kaum als repräsentativ für das Verhalten von Menschen im Alltag angesehen werden. Der Erfolg experimenteller Untersuchungen in der Psychologie - die Übertragbarkeit ihrer Ergebnisse auf die Alltagsrealität - läßt die Verwendung von Quasitherapien in der Therapieforschung sinnvoll erscheinen. Die Realitätsnähe derartiger therapeutischer Gespräche wird nicht allein durch die historische Analogie belegt, sondern drückt sich z.B. auch darin aus, daß nach zu Forschungszwecken durchgeführten Quasitherapien sehr häufig ein Teil der Gespräche auf Wunsch der 'Klienten' als echte Therapien weitergeführt werden.

In jüngster Zeit wird zunehmend psychisch gestörtes Verhalten als Besonderung (Extrem) normalen Verhaltens aufgefaßt und als von diesem nicht qualitativ unterschieden (KEUPP 1972) definiert. Die Modelle (z.B. Lerntheorien), die zur Erklärung von Verhalten und Erleben allgemein herangezogen werden, bewähren sich auch zunehmend im klinischen Bereich und stützen damit diese Annahme. Wenn 'normales' und 'abnormes' Verhalten und Erleben mit den gleichen begrifflichen Kategorien und Verknüpfungsregeln beschrieben werden können, so

kann vermutet werden, daß es sich hier lediglich um verschiedene Ausprägung gleicher Merkmale handelt. Sowohl die wissenschaftshistorische Analogie, als auch die forschungspraktische Erfahrung und die theoretischen Grundlagen sprechen für die Möglichkeit, Quasitherapien in der Therapieforschung sinnvoll einzusetzen. Der Einsatz quasitherapeutischer Vorgehensweisen ermöglicht es, hinreichend große Datenfelder kontrolliert zu erheben.

Die Argumentation für die Möglichkeit der Verwendung von Quasitherapien in der Therapieforschung darf jedoch nicht so verstanden werden, daß alle therapierelevanten Fragestellungen besser mit Hilfe experimenteller Settings beantwortet werden können. Die Klärung der Indikationsfrage unter Verwendung symptomorientierter Klassifikationsgesichtspunkte bedarf weiterhin 'echter' Klienten, ebenso die Entwicklung symptomorientierter differenzieller Therapiestrategien. Quasitherapeutische Settings werden - wie hier - insbesondere bei der Analyse des therapeutischen Prozesses Verwendung finden können.

Versuchspersonen

Am Hauptversuch nahmen 75 Klienten-Therapeuten-Paare teil. 'Klienten' und 'Therapeuten' waren überwiegend Studenten des Instituts für Psychologie der Technischen Universität Berlin. Die 'Therapeuten' waren Studenten, die nach Beendigung zweier Theoriekurse und eines Trainingskurses in Grsprächspsychotherapie an einem zweiten Trainingskurs in Gesprächspsychotherapie teilnahmen. Die 'Klienten' waren vorwiegend Studenten, die gerade einen ersten Trainingskurs in Gesprächspsychotherapie am Institut für Psychologie absolvierten. Sie meldeten sich auf die Frage, wer denn Interesse habe, einmal mit einem Kommilitonen über Dinge zu reden, die ihn persönlich interessieren oder bewegen. Gleichzeitig wurde auf die Möglichkeit hingewiesen,

in diesem Zusammenhang gesprächspsychotherapeutische Verhaltensweisen einmal in unmittelbarer Anschauung kennenzulernen.

Versuchsablauf

Quasiklienten und Quasitherapeuten wurden einander zufällig zugeordnet. Zwischen beiden fanden zwei Gespräche von je 40 Minuten in einem einwöchigen Abstand statt. Die Klienten wurden vor dem ersten Gespräch folgendermaßen instruiert:

Dein Gesprächspartner ist ein Kommilitone, der in der Gesprächspsychotherapieausbildung steht und dort bereits Erfahrungen sammeln konnte. Das Gespräch, das ihr jetzt haben werdet, wird ca. 40 Minuten dauern. Die Gestaltung dieser Zeit wird weitgehend durch dich bestimmt werden. Es erscheint sinnvoll, wenn du in dieser Zeit über etwas sprechen würdest, was dich persönlich beschäftigt wie z.B. dein Studium, deine Wohnsituation, deine Freunde oder deine Arbeit.

Nach jedem Gespräch füllten die 'Therapeuten' die Einstellungsfragebögen aus, die konkret auf ihren Gesprächspartner bezogen waren ("Einstellung des Therapeuten zum Klienten" und "Wahrnehmung des Klienten durch den Therapeuten"). Während des Versuchszyklus wurden Gruppenversuche durchgeführt, in denen die Fragebögen appliziert wurden, die nicht auf den konkreten Gesprächspartner bezogen waren, sondern die "Einstellungen des Therapeuten zu anderen Menschen" und die "Einstellung des Therapeuten zu sich selbst" betrafen. Die Quasitherapiegespräche wurden vollständig auf Tonkassetten mitprotokolliert. Im Raum stand weiter eine Fernsehkamera, die jedoch fest eingestellt war und nicht durch einen Kameramann bedient wurde. Die verwendeten Videobänder hatten eine Laufzeit von 23 Minuten; der in einem Nebenraum aufgestellte Videorecorder wurde 10 Minuten nach Gesprächsbeginn eingeschaltet und lief dann bis zur 34. Gesprächsminute mit. Auf diese Weise wurde ein mittlerer Gesprächsabschnitt videoprotokolliert. Bei 65 der 75 durchge-

führten Quasitherapien waren nach Abschluß der Versuche die Daten vollständig vorhanden. Die 10 Therapien, bei denen Daten fehlten, wurden nicht ausgewertet.

Durchführung der Ratingversuche

Zur Beurteilung der Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen wurden Ratern zweiminütige Gesprächsausschnitte der Videoaufzeichnungen über einen Fernsehschirm dargeboten; aus jedem Gespräch wurden zwei Ausschnitte (12.-14. Minute und 18.-20. Minute) ausgewählt. Die Merkmale wurden von den Ratern anhand einschlägiger Skalen eingeschätzt (vgl. Anlage 10). In einem Vorversuch wurde ermittelt, daß einer Ratergruppe maximal 35 Therapieausschnitte dargeboten werden durften, wenn Verfälschungen durch Ermüdung und sinkende Konzentration verhindert werden sollten. Deshalb wurden die darzubietenden Ausschnitte der 130 Therapiegespräche für die Ratingdurchführung folgendermaßen zusammengestellt:

1. Therapiegespräch:

Gespräche 1-32, 1. Ausschnitt: Ratergruppe 1

Gespräche 33-65, 1. Ausschnitt: Ratergruppe 2

Gespräche 1-32, 2. Ausschnitt: Ratergruppe 3

Gespräche 33-65, 2. Ausschnitt: Ratergruppe 4

Die Ausschnitte der zweiten Therapiegespräche wurden analog für die Ratergruppen 5-8 zusammengestellt.

Eine Ratergruppe bestand aus 10 Personen, fünf von ihnen beurteilten den Therapeuten, fünf den Klienten; nach der Hälfte der einzuschätzenden Ausschnitte wurde - nach einer Pause - das Einstufungsobjekt gewechselt, d.h. es beurteilten nun die Rater den Therapeuten, die vorher den Klienten zu beobachten hatten, und umgekehrt. Dieses Setting wurde aus zwei Gründen gewählt: zum einen konnten bei den Ratern Sättigungseffekte vermindert werden, zum anderen konnte durch die Trennung von Therapeuten- und Klientenbeurteilungen ge-

währleistet werden, daß die Einschätzungen von Therapeut und Klient voneinander unabhängig geschahen. Auftretende Zusammenhänge zwischen Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen konnten daher als Auswirkungen realer Gegebenheiten und nicht als Ratingartefakte (halb-Effekt) aufgefaßt werden.

Die Rater waren überwiegend Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte, die sich in der Gesprächspsychotherapieausbildung befanden und in diesem Zusammenhang mindestens einen theoretischen und einen praktischen Kurs absolviert hatten, jedoch nicht im selben Ausbildungsgang wie die Quasitherapeuten und Quasiklienten waren. Sie wurden vor der Durchführung der Ratingversuche ca. eine Stunde lang auf die Bedeutung der Skalen hin trainiert; es handelte sich mithin um ein konzeptorientiertes Rating (vgl. LANGER & SCHULZ v. THUN 1975).

5.7.4 Grundstruktur der Datenauswertung

Nach der Durchführung der Hauptuntersuchung fielen drei große Datenfelder an:

1. Therapeuteneinstellungen (Deskription der Befunde: Anlage 11)
2. Therapeutenverhaltensweisen (Deskription der Befunde: Anlage 17)
3. Klientenverhaltensweisen (Deskription der Befunde: Anlage 16)

Hauptziel der Untersuchung war es, die Interdependenz dieser Datenfelder zu analysieren. Um die Beziehung zwischen diesen drei Variablengruppen verstehen zu können, ist als Vorbedingung eine genaue Kenntnis dessen erforderlich, was diese Variablenbündel beinhalten. Die Faktorenanalyse der Therapeuteneinstellungen, der Therapeutenverhaltensweisen und der Klientenverhaltens-

weisen ermöglicht eine Beschreibung dessen, was als hinreichend verlässliche Information in den jeweiligen Datengruppen enthalten ist.

Nach der Binnenanalyse der Datenfelder erfolgt die Verknüpfung der Variablengruppen, wobei sich statistisch formal die Aufgabe stellt, mit Hilfe einer Reihe von Prediktoren eine Reihe von Kriterien vorauszuschätzen. Es ergeben sich drei Analyseprobleme dieser Art:
(vgl. Hypothesen S.110)

	Prediktor	Kriterium
Problem 1	Therapeuteneinstellungen	Therapeutenverhalten
Problem 2	Therapeutenverhalten	Klientenverhalten
Problem 3	Therapeuteneinstellung	Klientenverhalten

Eine Möglichkeit der statistischen Analyse dieser Probleme ist in der kanonischen Korrelation gegeben. In der kanonischen Korrelationsanalyse werden bei Prediktor und Kriterium jeweils die optimalen linearen Kombinationen der Einzelvariablen gebildet, aus denen der größtmögliche Anteil gemeinsamer Varianz der beiden Linearkombinationen als kanonische Regression ermittelt wird. Da kurvilineare Zusammenhänge nicht gebildet werden können, stellt der Linearzusammenhang für den Fall de facto vorliegender kurvilineareren Beziehungen eine Unterschätzung des Zusammenhangs dar. Bei den derzeit gegebenen Möglichkeiten automatischer Datenverarbeitung ist eine kurvilineare Variablenkombination nur hypothesengesteuert durchführbar, d.h. es ist nicht möglich, hypothesenfrei zu analysieren, welche kurvilinearen Beziehungen optimale Kombinationen ergeben. Ohne genauere theoretische Ansätze als die hier vorliegenden bliebe eine kurvilineare Analyse blindes Probieren, das auch bei Verwendung moderner elektronischer Auswertungsverfahren einen gewaltigen Aufwand erfordern würde. Dies kann hier nicht geleistet werden.

Ähnlich wie in der Faktorenanalyse werden bei der kanonischen Korrelation bezüglich beider Variablen-
gruppen (Prediktor und Kriterium) Linearkombinationen
gebildet. Es erfolgt also auch hier eine Datenreduk-
tion auf die Grunddimensionen der Datenfelder. Thera-
peuten- und Klientenverhaltensweisen sind auf jeweils
5 Skalen, die Therapeuteneinstellungen hingegen auf
einer Vielzahl von Variablen (Items) gemessen, wobei
die Anzahl der Items die Anzahl der beobachteten Fälle
(Therapeuten-Klienten-Paare) deutlich übersteigt.
Würde man eine derartig hohe Anzahl von Variablen bei
einer vergleichsweise niedrigen Zahl von Fällen in die
kanonische Analyse eingeben, so wären auch hohe er-
mittelte Zusammenhänge in starkem Maße zufallsabhängig.
Deshalb wurden die Therapeuteneinstellungen durch vor-
geschaltete Faktorenanalysen auf wenige Grunddimensio-
nen reduziert, die zudem gegenüber den einzelnen Items
als reliabler angesehen werden können. Die Faktoren-
werte der Therapeuten auf den Einstellungsfaktoren
wurden dann in die kanonische Korrelation eingegeben.
Bei den Klienten- und Therapeutenverhaltensweisen war
es wegen der geringen Anzahl von Meßskalen nicht er-
forderlich, die zu Beschreibungszwecken durchgeführten
Faktorenanalysen als Eingangsgrößen für die kanonische
Korrelation zu verwenden. Da die kanonische Korrelation
lediglich eine over-all-Schätzung der Zusammenhänge
beider Datenfelder bietet, bleibt die Analyse der Ein-
zelzusammenhänge der Prediktoren und Kriterien zum Ver-
ständnis des strukturellen Zusammenhangs wesentlich.

Da hier keine spezifischen Annahmen über den Therapie-
verlauf vorliegen, werden zur Analyse der genannten
Probleme die Einstellungsdaten des Therapeuten und die
Beurteilungen des Therapeuten- und Klientenverhaltens
zur Erhöhung der Reliabilität über die beiden Stunden
gemittelt. Zur Analyse der Konsistenz von Einstellungen
und Verhaltensweisen sind natürlich auch getrennte Be-
trachtungen möglich.

5.7.5 Vorüberlegungen zur Ergebnisbewertung

Eine wesentliche Erfahrung wurde nach der Durchführung der Untersuchung deutlich:

Die Psychologiestudenten, die als Therapeuten und Klienten die quasitherapeutischen Gespräche bestritten, waren offenbar durch die Beteiligung an anderen Untersuchungen bezüglich des Ausfüllens von Fragebögen so gesättigt, daß begründet befürchtet werden kann, durch übereiltes und unsorgfältiges Ausfüllen sei bei der Einstellungsmessung mehr als wünschenswert Fehlervarianz aufgetreten.

Dieses Phänomen konnte bei der Durchführung der Quasitherapien nicht beobachtet werden; hier war die Motivation erheblich höher. Ebenso war es möglich, die Rater hinreichend zu motivieren. Diese Bemerkungen sollen nicht als Vorwurf gegen die beteiligten Studenten verstanden werden, sondern spiegeln ein Problem wider, das im Zusammenhang psychologischer Forschung wohl ebenso häufig gegeben wie selten ausgesprochen ist. Wir müssen nach Möglichkeiten suchen, die an der Forschung beteiligten Versuchspartner für ihre Tätigkeit stärker zu motivieren.

Der hier vorliegende Sachverhalt bedeutet für die Bewertung der Befunde folgendes:

Die zwischen Therapeuteneinstellungen einerseits und dem Verhalten von Therapeuten und Klienten andererseits vorhandenen Zusammenhänge werden sich in den vorliegenden Datenstrukturen aufgrund des mutmaßlich hohen Fehlervarianzanteils bei den Therapeuteneinstellungsfragebögen nicht so deutlich niederschlagen, wie sie realiter bestehen. Die real bestehenden Zusammenhänge werden darüber hinaus auch dadurch nicht in der tatsächlich bestehenden Höhe abgebildet, weil die kanonische Korrelation die lineare Kombinierbarkeit der Variablen modellmäßig unterstellt, diese jedoch

realiter nicht notwendig angenommen werden muß. Es kann also mit großer Sicherheit unterstellt werden, daß die Zusammenhänge, die sich als signifikant erweisen, in der Höhe unterschätzt werden. Damit muß bei der Dateninterpretation weniger die Höhe der Zusammenhänge als deren überzufälliges Auftreten berücksichtigt werden.

Produkt-Moment-Korrelationen sind bei einer Stichprobengröße von 65 ab .24 auf dem 5%-Niveau, ab .31 auf dem 1%-Niveau signifikant. Korrelative Zusammenhänge zwischen .19 und .23 werden im Folgenden auch zur Interpretation herangezogen werden. Die Wahrscheinlichkeit, daß diese Zusammenhänge auch de facto bestehen, ist immer noch größer als 90%. Es scheint mit Hinblick auf die Datenerhebungsbedingungen gerechtfertigt, diese Zusammenhänge (als Trends) mitzuberechnen.

Diese Überlegungen sind nicht für diese Untersuchung spezifisch. Sie gelten mehr oder minder generell für solche Datenerhebungsverfahren, in denen eine Kontrolle diverser Störbedingungen nicht möglich ist, sondern wo in der experimentellen Situation die Variablenvielfalt realer Verhältnisse erhalten bleibt.

5.7.6 Ergebnisse

5.7.6.1 Beschreibung der Struktur der Therapeuteneinstellungen⁺

Die Einstellung des Therapeuten zu sich selbst und zu anderen wurde in einem Fragebogen in Gruppentestsitzungen erhoben. Durch die Voruntersuchung war die Zuordnung der Items zu den beiden Bereichen geklärt, sodaß hier eine getrennte Auswertung der Items vorge-

⁺ Interkorrelationen und varimaxrotierte Faktorenstruktur der Items sind im Anhang vollständig aufgeführt.

(vgl. Anlagen 12-15)

nommen werden konnte.

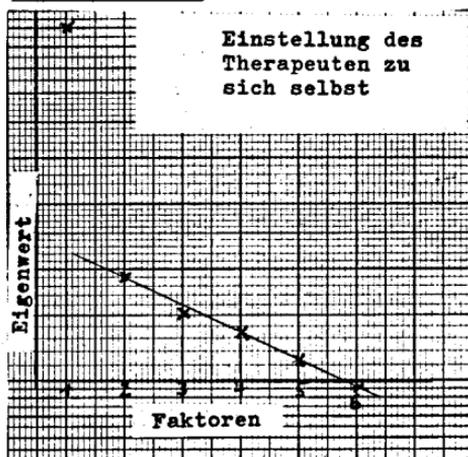
Einstellung zu sich selbst

Die Einstellung des Therapeuten zu sich selbst wurde mit 23 Items gemessen. Die Faktorisierung der Items ergab folgende Eigenwerte und Varianzanteile der Faktoren:

	Eigenwert	% aufgeklärter Varianz
Faktor 1	9,03	39,3
Faktor 2	1,91	8,3
Faktor 3	1,48	6,5
Faktor 4	1,34	5,8

Nach dem Scree-Test⁺ ergibt sich ein sinnvoll zu interpretierender Faktor.

Scree - Test



⁺ Der Scree-Test gibt an, wieviel Faktoren einer Faktorenanalyse praktisch bedeutsam sind. Bei logarithmischer Abtragung der Eigenwerte der Faktoren geht der Eigenwertabfall der Faktoren mit höherer Ordnungsnummer annähernd in eine Gerade über. Die Faktoren, die noch deutlich über dieser Geraden liegen, werden als praktisch bedeutsam angesehen. In diesem Beispiel liegt lediglich der Faktor 1 deutlich oberhalb der Linie.

Nach der Bestimmung der Anzahl (n) der zu berücksichtigenden Faktoren mit Hilfe des Scree-Tests werden $n + 1$ Faktoren (vgl. GAENSSLEN & SCHUBÖ 1975) varimax-rotiert. Im weiteren werden dann die rotierten Strukturen berücksichtigt.

Der erste Faktor wird durch folgende Markiervariablen definiert:

Item		Ladung
3	Wenn ich mich in einer Gruppe befinde, bin ich gewöhnlich still, aus Furcht, etwas Falsches zu sagen.	.78
16	Ich lasse mich von Leuten, die mit mir diskutieren, leicht verwirren.	.70
32	Ich bin auf Parties und Versammlungen vorsichtig, weil ich Angst habe, daß ich Dinge tun oder sagen könnte, die anderen nicht gefallen.	.71
34	Wenn ich mich an eine Gruppe wende, werde ich unsicher und habe Schwierigkeiten, mich richtig auszudrücken.	.82
35	In einer Gruppe oder Versammlung äußere ich meine Meinung nicht gerne, weil ich befürchte, daß ich bzw. meine Meinung nicht akzeptiert werden.	.75

Was dieser Faktor mißt, kann ziemlich eindeutig als mangelndes Selbstvertrauen in sozialen Situationen interpretiert werden. Diese soziale Unsicherheit kann auch als mangelnde soziale Kompetenz aufgefaßt werden. Die zu messende Einstellung des Therapeuten zu sich selbst konkretisiert sich als Sicherheit in sozialen Situationen. Sie hat nichts zu tun mit einer persönlichen, individuellen Unsicherheit; diese wird durch den Faktor 2 repräsentiert. Es erscheint für weitere Forschung beachtenswert, daß Unsicherheit in sozialen Situationen und persönliche, individuelle Unsicherheit (bei Psychotherapeuten?, bei Studenten?) nur wenig korreliert zu sein scheinen. Dies wurde bei der Konstruktion des Fragebogens nicht erwartet und so kann die zweite sicher sehr wesentliche Dimension persön-

licher Einstellung des Psychotherapeuten nicht berücksichtigt werden, weil sie in diesem Fragebogen zu wenig stark ausgeprägt ist und zu wenig Gewähr für verlässliche Befunde liefert.

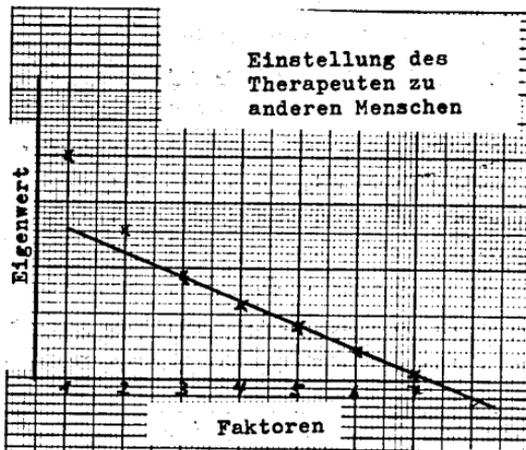
Einstellung zu anderen Menschen

Die Einstellung des Therapeuten zu anderen Menschen wurde mit Hilfe von 20 Items erfaßt. Die Faktorisierung der Items ergab folgende Eigenwerte und Varianzanteile der Faktoren:

	Eigenwert	% aufgeklärter Varianz
Faktor 1	4,0	20,2
Faktor 2	2,5	12,9
Faktor 3	1,8	9,5
Faktor 4	1,6	8,3
Faktor 5	1,4	7,0

Die Analyse mit Hilfe des Scree-Tests ergab zwei beizubehaltende Faktoren:

Scree - Test



Der Faktor 1 wird nach Rotation durch folgende Markier-
variablen definiert:

Item		Ladung
13	Es fällt mir schwer, Sympathie für Leute zu empfinden, von denen ich meine, daß ihre Schwierigkeiten hauptsächlich durch ihre eigenen Unzulänglichkeiten verursacht wurden.	.59
15	Ich sehe nur dann einen Grund, für Andere etwas zu tun, wenn sie sich auch für mich einsetzen.	.62
27	Ich ignoriere die Gefühle Anderer, wenn ich irgendetwas Wichtiges abschließen will.	.54
31	Ich bin nicht bereit, für andere Leute Zeit und Energie aufzubringen; ich halte es für wichtiger, mich mehr um meine Familie, meine Freunde und um mich zu kümmern; andere Leute sollten sich selbst helfen.	.67
43	Leute, die nicht hart und zielstrebig an sich arbeiten, können von mir keine Hilfe erwarten, wenn sie in Schwierigkeiten geraten.	.72

Die im Faktor 1 beschriebene Einstellung kann als Aus-
druck mangelnden sozialen Engagements aufgefaßt wer-
den.

Faktor 2 wird nach Rotation durch folgende Markier-
variablen definiert:

Item		Ladung
9	Ich sage den Leuten häufig, was sie tun sollten, wenn sie Schwierigkeiten bei Entscheidungen haben.	.74
20	Wenn jemand, den ich kenne, Schwierigkeiten hat, mit irgendwelchen Dingen fertig zu werden, sage ich ihm gern, was zu tun ist.	.81
26	Ich versuche auf irgend eine Art und Weise, Andere dazu zu bringen, das zu tun, was ich möchte.	.55

Faktor 2 charakterisiert eine direktive Einstellung
des Therapeuten.

Einstellung des Therapeuten zum Klienten

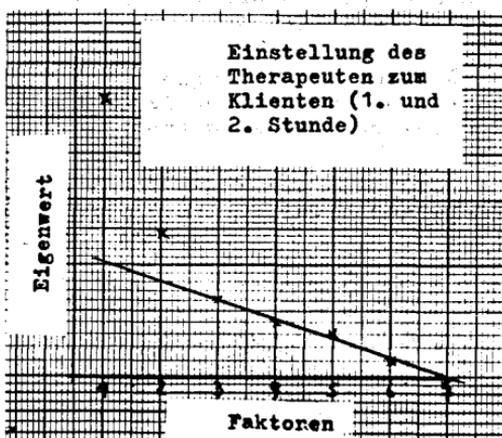
Der Fragebogen, der die Einstellung des Therapeuten zu seinem Klienten erfassen sollte, wurde analog zu den Items konstruiert, die die Einstellung des Therapeuten zu anderen Menschen maßen. Der Fragebogen wurde nach der 1. und nach der 2. Quasitherapiestunde gegeben. Zwischen dem 1. und dem 2. Gespräch ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Beurteilung der Klienten durch die Therapeuten. Dies weist sowohl auf eine Urteilsstabilität der Therapeuten gegenüber ihren Klienten als auch auf eine Zuverlässigkeit des Meßverfahrens und ermöglicht es, beide Stunden zusammen zu betrachten.

Die Faktorenanalyse über die 20 Items ergab folgende Eigenwerte und Varianzaufklärungen:

	Eigenwert	% aufgeklärte Varianz
Faktor 1	5,14	25,7
Faktor 2	2,46	12,3
Faktor 3	1,64	8,2
Faktor 4	1,40	7,0
Faktor 5	1,33	6,7

Nach dem Scree-Test sind zwei Faktoren praktisch bedeutsam:

Scree - Test



Faktor 1 wird nach Rotation durch folgende Markier-
variablen definiert:

Item		Ladung
6	Es fällt mir schwer, Sympathie für meinen Gesprächspartner zu empfinden, weil ich meine, daß seine Schwierigkeiten hauptsächlich durch seine eigenen Unzulänglichkeiten verursacht wurden.	.55
7	Solange ich sicher sein kann, meine Ziele durchsetzen zu können, interessieren mich die Ansichten meines Gesprächspartners wenig.	.62
8	Ich sehe nur dann einen Grund, für meinen Gesprächspartner etwas zu tun, wenn er sich auch für mich einsetzt.	.68
9	Ich finde es nicht gut, meinem Gesprächspartner zu gefällig zu sein, denn wenn ich zu gefällig wäre, würde ich ausgenutzt werden.	.53
11	Ich halte nichts von Kompromissen, wenn mein Gesprächspartner Wertvorstellungen hätte, die sich nicht mit meinen decken, würde ich keinen Wert auf weitere Gespräche mit ihm legen.	.62
12	Ich versuche gar nicht erst freundlich zu meinem Gesprächspartner zu sein, denn ich meine, daß er mich nicht leiden kann.	.67
14	Ich versuche auf irgend eine Art und Weise meinen Gesprächspartner dahin zu bringen, das zu tun, was ich möchte.	.63
20	Wenn mein Gesprächspartner nicht hart und zielstrebig an sich arbeitet, kann er keine Hilfe von mir erwarten.	.58

Faktor 1 repräsentiert ein mangelndes Engagement des
Therapeuten gegenüber seinem Klienten.

Faktor 2 wird nach Rotation durch folgende Markier-
variablen definiert:

Item		Ladung
1	Ich glaube, mein Gesprächspartner könnte es akzeptieren, wenn ich versuchen würde, ihn vor Fehlern zu bewahren, die einen wesentlichen Einfluß auf sein Leben haben könnten.	.76

Item		Ladung
3	Ich kann mir vorstellen, daß ich meinem Gesprächspartner häufig sagen könnte, was er tun sollte, wenn er bei seinen Entscheidungen Schwierigkeiten hat.	.78
5	Mein Gesprächspartner braucht bei seinen Entscheidungen meine Ratschläge oder meine Hilfe.	.65
10	Wenn mein Gesprächspartner Schwierigkeiten hätte, mit irgendwelchen Dingen fertig zu werden, würde ich ihm gern sagen, was zu tun ist.	.81

Faktor 2 repräsentiert die Direktivität des Therapeuten gegenüber seinem Klienten.

Die Dimensionalität der Beurteilung und die Bedeutung der Faktoren entsprechen sich bei den Fragebögen "Einstellung des Therapeuten zu anderen Menschen" und "Einstellung zu seinem Klienten" so, wie es von der Konzeption geplant war.

Wahrnehmung des Klienten durch den Therapeuten

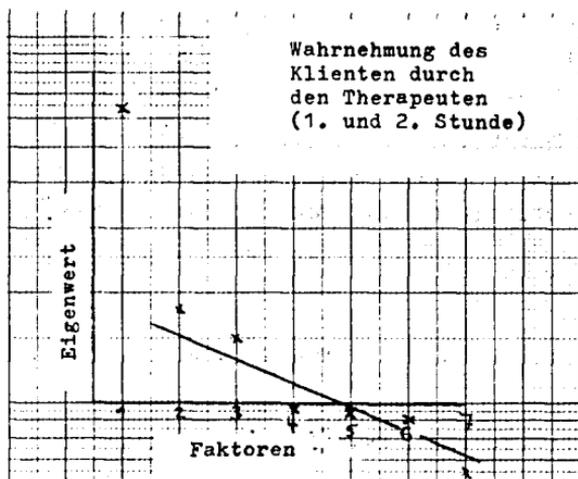
Nach jeder der beiden Stunden stufte der Therapeut auf 16 Skalen seinen Klienten ein. Abgesehen von einigen geringfügigen Unterschieden sind die Einstufungen nach der ersten und der zweiten Stunde vergleichbar. Im weiteren sollen die über die beiden Stunden gemittelten Werte berücksichtigt werden. Nach der Faktorisierung der 16 Skalen ergeben sich folgende Eigenwerte und Varianzanteile:

	Eigenwert	% aufgeklärte Varianz
Faktor 1	6,3	39,4
Faktor 2	1,8	11,7
Faktor 3	1,5	9,5
Faktor 4	0,9	6,0
Faktor 5	0,9	5,7

Der Scree-Test (für die über die 1. und 2. Stunde gemittelten Daten) ergibt je nach Interpretation entwe-

der drei oder einen praktisch relevanten Faktor. Faktorisiert man die 1. und 2. Stunde jedoch einzeln, so ergeben sich für die 1. Stunde ein und für die 2. Stunde zwei relevante Faktoren (nach Scree-Test). Die Einzelanalyse spräche also dafür, entweder einen oder zwei Faktoren zu berücksichtigen. Da der zweite Faktor inhaltlich sinnvoll interpretiert werden kann, scheint es angemessen, den zweiten Faktor mit in die weitere Betrachtung einzubeziehen.

Scree - Test



Der Faktor 1 wird nach Rotation durch folgende Markiervariablen definiert:

Item		Ladung
2	offen	.87
3	vertrauensvoll	.73
6	engagiert	.59
8	phantasiarm	-.55
9	mißtrauisch	-.67
10	aufgeschlossen	.75
13	verschlossen	-.71
16	gleichgültig	-.51

Der Faktor kann als die durch den Therapeuten wahrgenommene Offenheit des Klienten interpretiert werden.

Der Faktor 2 wird nach Rotation durch folgende Markiervariablen definiert:

Item		Ladung
1	träge	-.70
4	pessimistisch	-.49
5	kritisch	.54
6	engagiert	.60
11	intelligent	.70
12	willensstark	.66
14	unabhängig	.59
15	dynamisch	.71

Der Faktor kann als die durch den Therapeuten wahrgenommene intellektuelle Dynamik des Klienten interpretiert werden.

Zusammenfassung

Die Messung der Einstellung des Therapeuten ergab sieben Aspekte:

1. Mangelndes soziales Engagement
2. Direktivität
3. Soziale Unsicherheit
4. Mangelndes Engagement für den Klienten
5. Direktivität gegenüber dem Klienten
6. Wahrgenommene Offenheit des Klienten
7. Wahrgenommene intellektuelle Dynamik des Klienten

Die Bezeichnungen der Aspekte der Therapeuteneinstellungen sind anhand von Faktorenanalysen gewonnen. Sie sind nicht so zu interpretieren, daß Therapeuten z.B. mangelndes soziales Engagement aufweisen oder direktiv sind. Sie bezeichnen lediglich den Pol der wesentlichen Einstellungsdimensionen, der in der Faktorenanalyse mit positiven Faktorenladungen belegt ist.

Die Faktoren könnten genauso gut durch den anderen Pol gekennzeichnet werden, wobei dann jedoch bei der Korrelation der Faktorwerte immer Umpolungen vorgenommen werden müßten und dadurch beim Leser leicht Verwirrung entstehen könnte.

Beziehung der Therapeuteneinstellungen untereinander

Aus der Untersuchung der Beziehung der einzelnen Aspekte der Therapeuteneinstellungen untereinander ergeben sich interessante Ergebnisse, die auch zum besseren Verständnis der Befunde zu den Auswirkungen der Einstellungen auf das Verhalten von Therapeut und Klient dienlich sind.

Die Faktorwerte der Therapeuten auf den sieben Aspekten der Therapeuteneinstellungen wurden interkorreliert. Es muß beachtet werden, daß Interkorrelationen von Faktorwerten, die aus einer orthogonalrotierten Faktorstruktur stammen, per Definition 0.00 sein müssen. Da dieser Null-Zusammenhang nicht interpretiert werden kann, sind die entsprechenden Felder der Interkorrelationsmatrix mit 0 gekennzeichnet.

Interkorrelation der Therapeuten-Einstellungs-Dimensionen

	1	2	3	4	5	6	7
1	—	0	.280	.590	.122	-.034	.006
2		—	.029	.213	.236	.045	.017
3			—	.201	.170	.141	-.198
4				—	0	-.110	-.085
5					—	.108	.030
6						—	0
7							—

1. Mangelndes soziales Engagement
2. Direktivität
3. Soziale Unsicherheit
4. Mangelndes Engagement für den Klienten
5. Direktivität gegenüber dem Klienten
6. Wahrgenommene Offenheit des Klienten
7. Wahrgenommene intellektuelle Dynamik des Klienten

Eine der Hauptfragen der Untersuchung bestand in der Analyse des Zusammenhangs allgemeiner Einstellungen des Therapeuten mit Einstellungen, die er gegenüber seinem Klienten hat. Da das soziale Engagement und die Direktivität des Therapeuten in vergleichbarer Weise für beide Bereiche erhoben wurde, ist eine direkte Relationierung der beiden Aspekte möglich.

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang (.59) zwischen dem allgemeinen sozialen Engagement des Therapeuten und dem Engagement, das er seinem Klienten entgegenbringt. Therapeuten, die sich für ihre Klienten engagieren, engagieren sich in anderen sozialen Bezügen auch für ihre Mitmenschen. Ein gleicher direkt proportionaler Zusammenhang besteht auch zwischen der allgemeinen Direktivität des Therapeuten und dem Ausmaß direkter Einstellung gegenüber seinem Klienten (.23).

Dieser Zusammenhang ist zwar deutlich vorhanden, er ist aber auch deutlich niedriger als der erste; man muß bei seiner Bewertung beachten, daß gerade die Direktivität gegenüber dem Klienten für Gesprächspsychotherapeuten einen theoretisch vorbelasteten Parameter darstellt. Die theoretische Forderung nach 'Non-direktivität in der Gesprächspsychotherapie' mag die hier vorliegenden Befunde im Sinne sozialer Erwünschtheit verzerrt haben. Dieser Fehler wirkt sich mindernd auf die Höhe des empirisch ermittelten Zusammenhangs aus.

Die allgemein direktive Einstellung des Therapeuten beeinflußt sein soziales Engagement am Klienten. Je direkter der Therapeut eingestellt ist, desto weniger soziales Engagement bringt er seinem Klienten entgegen. (.21).

Nicht nur die Einstellung des Therapeuten zu anderen Menschen, auch seine Einstellung zu sich selbst beeinflußt seine Haltung gegenüber dem Klienten und die Wahrnehmung bestimmter Persönlichkeitsaspekte des Klienten. Je unsicherer sich ein Therapeut in sozialen Situationen fühlt und über je weniger soziale Kompetenz er verfügt, desto weniger allgemeines soziales

Engagement hat er (.28), desto weniger engagiert er sich auch für seinen Klienten (.20) und desto weniger intellektuelle Dynamik (-.19) schreibt er seinem Klienten zu. Mindestens auf der Einstellungsebene kann nach diesen Befunden die Selbtsicht des Therapeuten als eine zentrale Variable in der Gesprächspsychotherapie angesehen werden. In diesen Befunden liegt die Rechtfertigung der Selbsterfahrung in der Therapieausbildung.

5.7.6.2 Beschreibung der Struktur des Klienten- und Therapeutenverhaltens

Das Klienten- und Therapeutenverhalten wurde durch unabhängige Rater auf jeweils 5 Skalen beurteilt. Urteilsgegenstand waren je zwei Ausschnitte aus den beiden Quasitherapiestunden. Die Mittelwerte und Streuungen sowie die Korrelationen und Faktorenanalysen der Ratings der beiden Stunden sind im Anhang wiedergegeben (Anlagen 16,17). Sie tragen kaum zur Klärung der hier vorliegenden Fragestellung bei; da die Klienten und Therapeuten-skalen als Kriterium für die Einstellungswerte des Therapeuten fungieren sollen, ist die Kenntnis der Skalenstruktur wichtig.

Für die 10 Ratingskalen ergaben sich getrennt nach 1. Stunde und 2. Stunde (1/2), 1. Ausschnitt und 2. Ausschnitt (A/B) und 1. Materialstichprobe und 2. Materialstichprobe (I/II) folgende Interraterübereinstimmungen nach EBEL:

	1/A/I	1/A/II	1/B/I	1/B/II	2/A/I	2/A/II	2/B/I	2/B/II
Therapeuten- skala 1	.75	.72	.70	.67	.69	.73	.69	.79
2	.70	.69	.60	.73	.71	.59	.75	.73
3	.62	.78	.70	.76	.66	.67	.76	.71
4	.31	.34	.60	.23	.42	.59	.59	.51
5	.72	.68	.72	.80	.83	.86	.82	.75

	1/A/I	1/A/II	1/B/I	1/B/II	2/A/I	2/A/II	2/B/I	2/B/II
Klienten- skala 1	.70	.84	.76	.86	.69	.79	.85	.82
2	.74	.90	.77	.83	.73	.78	.74	.81
3	.61	.75	.73	.75	.65	.76	.77	.72
4	.78	.89	.91	.86	.87	.68	.89	.89
5	.47	.52	.27	.34	.47	.67	.23	.67

Die in der Tabelle aufgeführten EBEL-Koeffizienten geben an, zu welchem Prozentsatz die Rater einschätzung hinsichtlich ihrer Abstände und Relationen austauschbar sind. Allgemeine Niveauunterschiede der Rater sind nivelliert. Sie dürfen in unserem Zusammenhang als unwichtig angesehen werden, weil hier die relative Stellung der Urteilsobjekte (Therapeuten und Klienten) zueinander interessiert (vgl. LANGER & SCHULZ v. THUN 1975, S.93).

Es fällt auf, daß es den Ratern schwer fiel, die Therapeutenskala 'Echtheit' und die Klientenskala 'Akzeptierung der eigenen Gefühle' hinreichend übereinstimmend zu beurteilen. Bezüglich beider Urteilsdimensionen scheinen bei den Ratern divergierende implizite theoretische Konzepte vorzuliegen. Für die weitere Auswertung der Daten muß erwartet werden, daß diese wegen ihres hohen Fehlervarianzanteils als Prediktoren bzw. Kriterien weniger tauglich sind. Sollten sich dennoch Zusammenhänge ausweisen lassen, so kann davon ausgegangen werden, daß die der Sache nach bestehenden Zusammenhänge durch die aus der Datenstruktur hergeleiteten Koeffizienten unterschätzt werden.

Faktorenanalyse über die Klientenbeurteilungen

Die Faktorenanalyse der Klientenbeurteilungen (beide Stunden, beide Ausschnitte, alle Rater) ergibt einen 2-dimensionalen Urteilsraum. Das Urteilsverhalten der Rater kann als stabil bezeichnet werden. Eine kreuzvalidierende, getrennte Faktorisierung der

1. und 2. Stunde (mit jeweils anderen Ratern) ergibt praktisch identische Faktorenstrukturen, sodaß eine zusammenfassende Betrachtung beider Stunden angezeigt ist.

Faktorenstruktur (1.+2. Stunde zusammen)

	Eigenwert	% aufgeklärter Varianz
Faktor 1	3,0	60
Faktor 2	1,3	26
		Σ 86

Markiervariablen und Faktorenladungen nach Varimax-rotation

		SKALA	F ₁	F ₂
F ₁	1)	Ausmaß des Sprechens über gefühlsmäßige Erlebnisinhalte	.96	.11
	2)	Ausmaß, in dem sich der Klient mit sich selbst auseinandersetzt	.94	.13
	3)	Gefühlsmäßige Beteiligung des Klienten	.89	.19
F ₂	4)	Spontanität des Sprechens	.23	.85
	5)	Akzeptierung der eigenen Gefühle	.05	.90

Interpretation

Faktor 1: Das Ausmaß, in dem ein Klient über seine gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte spricht und in dem er sich mit sich selbst auseinandersetzt sowie die gefühlsmäßige Beteiligung des Klienten im therapeutischen Gespräch wird durch die Rater nicht differenziert. Da die Rater hinreichend auf das Rating vorbereitet wurden, andererseits auch hinreichend am Versuch motiviert waren, scheint ein enger Zusammenhang zwischen diesen Variablen der Sache nach zu bestehen. Die genannten Beurteilungsgesichtspunkte scheinen Aspekte von Selbstexploration darzustellen und keine eigenen Verhaltensdimensionen zu repräsentieren.

Faktor 2: Unabhängig von der unter 1. beschriebenen Dimension scheint das Ausmaß zu sein, in dem der Klient seine eigenen Gefühle akzeptiert. Während die Selbstexploration Ausdruck eines Bemühens des Klienten ist, sich mit seinen eigenen Gefühlen intensiv auseinanderzusetzen, kennzeichnet das Ausmaß, in dem er seine Gefühle akzeptiert, eher den Standort des Klienten (prozeßhaft vs. statisch). Ausdruck dafür, wie weit es einem Klienten gelungen ist, sich und seine Gefühle zu akzeptieren, scheint die Spontaneität zu sein, mit der er über sich selbst sprechen kann ($r=.59$). Es entspricht der Persönlichkeitstheorie von ROGERS, daß derjenige, der sich mit seinen Gefühlen akzeptiert, auch bereit ist, spontan über sich zu reden.

Faktorenanalyse über die Therapeutenbeurteilungen

Die Faktorenanalyse der Therapeutenbeurteilungen (beide Stunden, beide Ausschnitte, alle Rater) ergibt ebenfalls einen 2-dimensionalen Urteilsraum. Das Urteilsverhalten der Rater kann als stabil bezeichnet werden. Eine kreuzvalidierende Faktorisierung der 1. und 2. Stunde (mit jeweils anderen Ratern) ergibt faktisch identische Faktorenstrukturen, so daß eine zusammenfassende Betrachtung beider Stunden angezeigt ist.

Faktorenstruktur (1.+2. Stunde zusammen)

	Eigenwert	%aufgeklärter Varianz
Faktor 1	3,5	70
Faktor 2	1,0	20
		Σ 90

Markiervariablen und Faktorenladungen nach Varimaxrotation

SKALA		F ₁	F ₂
1)	Innere Beteiligung des Therapeuten	.79	.53
2)	Emotionale Zuwendung des Therapeuten	.89	.36
3)	Ausmaß, in dem der Therapeut auf die Gefühle des Klienten eingeht	.94	-.12
4)	Echtheit des Therapeuten	.71	.56
5)	Selbsteinbringung des Therapeuten	.08	.96

Interpretation

Faktor 1: Der Faktor 1 repräsentiert das Eingehen des Therapeuten auf den Klienten. Er wird konstituiert durch das Ausmaß, in dem der Therapeut die Gefühle des Klienten aufgreift (VEE), in dem er ihm emotionale Zuwendung entgegenbringt und innerlich an dem, was der Klient vorbringt, beteiligt ist. Therapeuten, die in höherem Maße VEE und emotionale Zuwendung realisieren, zeigen auch in höherem Maße 'Echtheit' (.57). Diese vier Variablen können als Aspekte therapeutischen Basisverhaltens aufgefaßt werden.

Faktor 2: Eine zweite Verhaltensdimension stellt die Selbsteinbringung des Therapeuten dar. Diese ist nicht unkorreliert zu einigen Aspekten der ersten Dimension (Eingehen des Therapeuten auf den Klienten). So korreliert die Selbsteinbringung des Therapeuten mit der wahrgenommenen Echtheit des Therapeuten (.54) und mit der inneren Beteiligung des Therapeuten (.53). Mit dem Ausmaß, in dem der Therapeut auf die Gefühle des Klienten eingeht (VEE), besteht kein Zusammenhang (.03).

Möglicherweise kann man Faktor 1 als einen Faktor auffassen, der die Technik der Gesprächspsychotherapie repräsentiert, während Faktor 2 das Ausmaß charakterisiert, in dem der Therapeut - gleichsam außerhalb antrainierter therapeutischer Verhaltensweisen - eine Beziehung zu seinem Klienten eingeht. Echtheit und Innere Beteiligung haben Anteile von beidem, während die Selbsteinbringung eine eigenständige Verhaltensdimension kennzeichnet.

5.7.6.3 Zusammenhänge zwischen Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen⁺

Das Therapeuten- und Klientenverhalten wurde auf jeweils 5 Skalen erhoben:

- Th 1: Innere Beteiligung des Therapeuten
- Th 2: Emotionale Zuwendung des Therapeuten
- Th 3: Ausmaß, in dem der Therapeut auf die Gefühle des Klienten eingeht
- Th 4: Echtheit des Therapeuten
- Th 5: Selbsteinbringung des Therapeuten
- Kl 1: Ausmaß des Sprechens über gefühlsmäßige Erlebnisinhalte
- Kl 2: Ausmaß in dem sich der Klient mit sich selbst auseinandersetzt
- Kl 3: Gefühlsmäßige Beteiligung des Klienten
- Kl 4: Spontaneität des Sprechens
- Kl 5: Akzeptierung der eigenen Gefühle

⁺ Die Zusammenhänge zwischen Psychotherapeuteneinstellungen und Psychotherapeuten- und Klientenverhaltensweisen sind vollständig in der Anlage 18 aufgeführt.

Die kanonische Korrelation zwischen den 5 Therapeutenvariablen (Prediktoren) mit den 5 Klientenvariablen (Kriterien) beträgt $R=.75$ ($p<.001$). Dieser kanonische Zusammenhang stellt den maximal möglichen Zusammenhang zwischen den in den beiden Datenblocks (Therapeuten- und Klientenvariablen) optimal gebildeten Linearkombinationen der Einzelvariablen dar. Durch die Kenntnis des Therapeutenverhaltens (gemessen auf diesen 5 Skalen) kann 56% der Varianz des Klientenverhaltens (gemessen auf den 5 Klientenskalen) vorausgesagt werden.

Partialisiert man die durch diesen Zusammenhang aufgeklärte Varianz aus den beiden Datenblocks heraus, so ergibt sich für die verbleibenden Restmatrizen kein signifikanter linearer Zusammenhang.

Im einzelnen haben die erhobenen Skalen an der kanonischen Prediktorvariable (CANVAR 1) und der zugehörigen kanonischen Kriteriumsvariable (CANVAR 2) folgenden Anteil:

<u>CANVAR 1</u>		<u>CANVAR 2</u>	
Th 1	-.04	K1 1	.08
Th 2	-.73	K1 2	-1.04
Th 3	-.19	K1 3	.08
Th 4	.13	K1 4	-.31
Th 5	.88	K1 5	.14

Im einzelnen ergeben sich folgende Korrelationen zwischen Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen:

	Th 1	Th 2	Th 3	Th 4	Th 5
K1 1	.22	.35	.55	.10	-.33
K1 2	.23	.36	.51	.09	-.41
K1 3	.24	.32	.49	.17	-.26
K1 4	-.03	.05	.23	-.00	-.34
K1 5	-.03	-.04	.09	-.06	-.18

Interpretation

Die höchsten Zusammenhänge ergeben sich zwischen dem Ausmaß, mit dem der Therapeut auf die Gefühle seines

Klienten eingeht und dem Sprechen des Klienten über gefühlsmäßige Erlebnisinhalte (.55), dem Ausmaß, in dem sich der Klient mit sich selbst auseinandersetzt (.51) und der gefühlsmäßigen Beteiligung des Klienten (.49). Diese Klientenverhaltensweisen werden durch die innere Beteiligung und die emotionale Zuwendung des Therapeuten günstig beeinflusst.

Erklärungen dieser Zusammenhänge bieten sich an:

- a) Je mehr der Therapeut auf die Gefühle des Klienten eingeht, innerlich beteiligt ist und emotionale Zuwendung zeigt, desto mehr wird es dem Klienten möglich, die drei oben genannten Verhaltensaspekte zu realisieren.
- b) Wenn der Klient das bezeichnete Verhalten zeigt, wird es dem Therapeuten möglich, auf die Gefühle seines Klienten einzugehen; er wirkt innerlich beteiligt und zeigt emotionale Zuwendung.
- c) Die Therapeuten- und Klientenvariablen bedingen sich wechselseitig.
- d) Die Zusammenhänge bestehen nicht realiter, sondern nur in der Wahrnehmung der Rater. Die auf Gesprächspsychotherapie trainierten Rater nehmen einen funktionierenden oder nicht funktionierenden therapeutischen Prozeß wahr und attribuieren diesem sowohl bestimmte Therapeuten- als auch bestimmte Klientenmerkmale.

Die hier aufgeführten Interpretationsmöglichkeiten dieser Zusammenhänge schließen sich wechselseitig nicht aus. Es ist jedoch unklar, welches Gewicht welcher Sichtweise zukommt. Bei den derzeit gängigen Designs in der Gesprächspsychotherapieforschung kann die Interpretation d) auch dann nicht ganz ausgeschlossen werden, wenn - wie hier - die Beurteilung von Klient und Therapeut durch unterschiedliche Rater erfolgt, solange der Rater, der den Therapeuten beurteilt, auch den Klienten wahrnimmt und umgekehrt. Bietet man jedoch

nur den Therapeuten oder nur den Klienten seinen Ratern via Tonband oder Videoband dar, so ist die Einschätzung des Therapieverlaufs (Interaktionsprozeß) erheblich gestört. Wir befinden uns hier in einem bislang ungelösten methodischen Dilemma. Ist dieses Dilemma für sich schon problematisch genug, so ist es geradezu peinlich, wenn wir vor diesen Schwierigkeiten die Augen verschließen.

In der Korrelationsmatrix fällt auf, daß die Selbsteinbringung des Therapeuten mit allen Klientenvariablen negativ korreliert. Die Ursachen für diese negativen Zusammenhänge können in verschiedenem gesehen werden:

- a) Bei Klienten, die in geringem Umfang die Klientenvariablen realisierten, fiel es den relativ unerfahrenen Therapeuten schwer, auf deren Gefühle einzugehen, und sie flüchteten sich gleichsam in Verhaltensweisen, die der Alltagskommunikation eher entsprechen.
- b) Wenn der Therapeut von sich redet, sich selbst in die Therapie einbringt, dann wird zwangsläufig der Klient in geringerem Umfang über seine eigenen Gefühle reden. Da es sich hier um vergleichsweise kurze Therapieausschnitte handelt, besagt das nichts über die langfristige Effizienz dieses Therapeutenverhaltens, denn trotz des Effekts der kurzfristigen Verminderung des Sprechens über eigene Gefühle könnte dennoch dadurch eine langfristig erhöhte Selbstexploration des Klienten evoziert werden.

Das Ausmaß, mit dem der Klient von sich aus redet und in dem er seine eigenen Gefühle akzeptiert, kann durch die vorgegebenen Therapeutenmerkmale nicht vorausgesagt werden; dieser Befund kann nicht verwundern, gegenwärtigt man sich die geringe Interraterstabilität hinsichtlich der Klientenvariablen "Akzeptierung der

eigenen Gefühle". Es kann mithin nicht behauptet werden, der Zusammenhang bestehe faktisch nicht, vielmehr konnte er in dieser Untersuchung nicht aufgewiesen werden. Über das Bestehen oder Nichtbestehen dieses Zusammenhangs können hier keine Aussagen gemacht werden.

5.7.6.4 Zusammenhäng zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen bei Psychotherapeuten

Die kanonische Korrelation zwischen den sieben Einstellungsvariablen und den 5 Verhaltensvariablen beträgt $R = .55$ und kann auf dem 2%-Niveau als signifikant angesehen werden⁺. Damit ist sichergestellt, daß die Einstellungen des Therapeuten sein Verhalten in Therapiegesprächen beeinflussen.

Die Einzelvariablen gehen mit folgender Gewichtung in die beiden kanonischen Variablen ein:

CANVAR 1

Mangelndes soziales Engagement	.16
Direktivität	-.25
Soziale Unsicherheit	-.68
Mangelndes Engagement für den Klienten	.02
Direktivität gegenüber dem Klienten	.19
Wahrgenommene Offenheit des Klienten	.00
Wahrgenommene intellektuelle Dynamik des Klienten	-.86

CANVAR 2

Innere Beteiligung des Therapeuten	2.96
Emotionale Zuwendung des Therapeuten	-2.29
Ausmaß in dem der Therapeut auf die Gefühle des Klienten eingeht	0.08

⁺ Die Korrelation des 2. kanonischen Variablensatzes ist nicht mehr signifikant.

Echtheit des Therapeuten - .32

Selbsteinbringung des Therapeuten - .74

Da sowohl bei der kanonischen Prediktorvariable als auch bei der Kriteriumsvariable einige Merkmale sehr stark und andere kaum repräsentiert sind, liegt die Vermutung nahe, daß der kanonische Zusammenhang sehr stark auf Zusammenhänge der Einzelvariablen zurückzuführen ist.

Bei der Analyse des korrelativen Zusammenhangs zwischen Therapeuteneinstellungen und Therapeutenverhaltensweisen in der Therapie ergeben sich eine Reihe überzufälliger Zusammenhänge. Die vollständige Interkorrelationsmatrix ist in Anlage 18 wiedergegeben. Hier sei lediglich interpretierend auf die bedeutsamen Abhängigkeiten eingegangen.

Das Theorem der Gesprächspsychotherapie, die Direktivität des Therapeuten hätte einen ungünstigen Einfluß auf den therapeutischen Prozeß, läßt sich systemimmanent bezüglich direkter Einstellungen des Therapeuten belegen. Therapeutenverhaltensweisen, die in der Gesprächspsychotherapie als günstig angesehen werden, werden negativ durch eine direktive Haltung des Therapeuten beeinflußt. Je direkter der Therapeut allgemein eingestellt ist, desto

- unbeteiligt wirkt er in seinen Äußerungen (-.36),
- weniger emotionale Zuwendung zeigt er seinem Klienten (-.29),
- unechter wirkt er (-.27),
- mehr hält er sich aus dem Gespräch heraus (-.24).

Es fällt auf, daß die allgemeine direktive Haltung des Therapeuten für diese Verhaltensaspekte prediktiven Wert besitzt, diese Zusammenhänge sich aber nicht bei seiner direktiven Einstellung gegenüber seinem Klienten zeigen. Es liegt nahe zu vermuten, daß hier ein Meßartefakt vorliegt. Während der Therapeut noch bereit ist, bezüglich 'anderer Menschen' die Fragebogen-

items in direkter Richtung zu beantworten, erscheint ihm das bezüglich seines Klienten theoretisch unerwünscht und er paßt sich in seiner Antworttendenz der theoretischen Norm an. Damit werden bezüglich der direktiven Haltung gegenüber seinem Klienten keine validen Messungen möglich, und wahrscheinlich durchaus vorhandene Abhängigkeiten werden hier nicht abgebildet. Die allgemeine direkte Haltung des Therapeuten ist jedoch gegenüber der spezifischen, auf den jeweiligen Klienten bezogenen Haltung auch als Prediktor von größerer praktischer Relevanz. Es wird damit möglich, mit Hilfe dieser Einstellungsmessung günstiges bzw. ungünstiges Therapeutenverhalten zu prognostizieren.

Nicht nur die allgemeine Haltung gegenüber anderen Menschen, sondern auch seine Einstellung zu sich selbst - die an sich selbst wahrgenommene Sicherheit in sozialen Situationen - hat prediktiven Wert für das Verhalten des Therapeuten in der Therapiesituation. Je größer die soziale Unsicherheit des Therapeuten ist, desto weniger geht er auf die vom Klienten vorgebrachten Gefühle ein (-.19), desto mehr bringt er sich aber selbst in das therapeutische Gespräch ein (.20). Diese Zusammenhänge scheinen dafür zu sprechen, daß Therapeuten, die sich selbst als in sozialen Situationen unsicher erleben, tatsächlich über eine geringere soziale Kompetenz verfügen. Die mangelnde soziale Kompetenz kann als mangelnde Flexibilität in sozialen Situationen interpretiert werden. Diese mangelnde Flexibilität führt dazu, daß die sich unsicher fühlenden Therapeuten nicht in der Lage sind, in den Therapiegesprächen die Gesprächssituation nach theoretischen Vorgaben zu strukturieren, d.h. in ihrem Sinne zu gestalten; so können sie die Forderung, auf die Gefühle des Klienten einzugehen, weniger gut erfüllen. Es scheint so, als ließen sich in sozialen

Situationen unsichere Therapeuten eher vom Klienten in Richtung auf eine symmetrischere Alltagskommunikation steuern, in der auch der Therapeut stärker über sich selbst spricht, als es den Modellvorstellungen der Gesprächspsychotherapie entspricht.

Bei den klientenbezogenen Therapeuteneinstellungen ergeben sich folgende Zusammenhänge:

Je weniger soziales Engagement der Therapeut seinem Klienten entgegenbringt, desto mehr hält er sich aus dem Gespräch mit seinem Klienten als Person heraus (-.22). Es fällt auf, daß das Merkmal 'Selbsteinbringung des Therapeuten' sehr komplex ist. Es wird einerseits begünstigt durch mangelnde soziale Kompetenz des Therapeuten, andererseits durch sein Engagement am Klienten. Möglicherweise repräsentiert die Variable 'Selbsteinbringung des Therapeuten' keinen einheitlichen Sachverhalt, sondern muß im Geleit weiterer Forschung in zwei oder mehr Aspekte aufdifferenziert werden.

Es besteht ein umgekehrt proportionaler Zusammenhang zwischen dem Ausmaß, mit dem der Therapeut auf die Gefühle seines Klienten eingeht und der Offenheit, die er bei seinem Klienten wahrnimmt (-.22). Möglicherweise ist es so, daß die - hier relativ unerfahrenen - Therapeuten dann, wenn es ihnen möglich wurde, auf die Gefühle des Quasiklienten einzugehen, mutmaßten, daß ihre Quasiklienten - die ja auch theoretische Gesprächspsychotherapiekenntnisse hatten - ihnen lediglich helfen wollten, als Therapeut angemessenes Verhalten zeigen zu können, und daß dies von den Therapeuten als weniger offen wahrgenommen wurde.

5.7.6.5 Zusammenhänge zwischen Therapeuteneinstellungen und Klientenverhaltensweisen

Die kanonische Korrelation zwischen Therapeuteneinstellungen und Klientenverhaltensweisen ergibt keine signifikanten Zusammenhänge, obwohl zwischen den Einstellungen des Therapeuten und seinem Therapieverhalten einerseits und dem Therapeuten- und Klientenverhalten andererseits derartige Beziehungen bestehen. Möglicherweise sind zwei Therapiestunden zu wenig, um Auswirkungen der Therapeuteneinstellungen auf das Verhalten des Klienten deutlich hervortreten zu lassen, während die Verhaltensweisen des Therapeuten kurzfristiger wirkende Einflußgrößen darstellen.

Aber bereits in den beiden hier untersuchten Therapiestunden lassen sich bei der Betrachtung der Einzelkorrelationen überzufällige Zusammenhänge aufzeigen.

Je sozial unsicherer sich der Therapeut selbst sieht, desto mehr Akzeptierung der eigenen Gefühle nehmen unabhängige Rater bei seinem Klienten wahr (.20).

Dieser Zusammenhang erscheint zunächst theoretischen Modellvorstellungen der Gesprächspsychotherapie zu widersprechen. Sollte man nicht erwarten, daß 'selbstsichere' und 'sozial kompetente' Therapeuten eher in der Lage sind, Klienten zu einer verstärkten Akzeptierung ihrer eigenen Gefühle zu bringen?

Es muß jedoch bei gründlicher Interpretation folgendes berücksichtigt werden: Bei dem, was hier als Akzeptierung eigener Gefühle beim Klienten beschrieben ist, handelt es sich nicht um eine Charakterisierung aufgetretener therapeutischer Effekte, sondern um kurzfristig (innerhalb zweier Stunden) beobachtbare Reaktionsweisen des Klienten. Es wäre ein Fehler, beides gleichzusetzen. Als kurzfristige Klientenreaktion scheint jedoch dieses Verhalten verständlich. Die Unsicherheit des Therapeuten - seine mangelnde soziale

Kompetenz - führt dazu, daß der Therapeut die Therapiesituation nicht gegen den auftretenden Widerstand des Klienten i.S. einer therapeutisch günstigen - d.h. aber auch für den Klienten belastenden Situation - gestalten kann. Indem er aber in stärkerem Maße eine Alltagssituation in dem therapeutischen Gespräch zuläßt und i.S. der Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte weniger auf die Gefühle seines Klienten eingeht, kommt es dazu, daß der Klient im Gespräch weniger in den Grenzbereich seiner Problematik und Schwierigkeiten (vgl. MARTIN 1975) gelangt und über weniger problembeladene und angstbesetzte Bereiche seiner Persönlichkeit sprechen kann. Aus der Sicht der Rater wirkt er dann sicherer und eher seine eigenen Gefühle akzeptierend. Die Selbstexploration des Klienten ist aber durch ein mittleres Ausmaß an Erregung, Angst und Unsicherheit mit gekennzeichnet. Therapeuten, die sich in sozialen Situationen unsicher fühlen und über geringe soziale Kompetenz verfügen, sind mithin weniger in der Lage, eben diesen Selbstexplorationsprozeß bei ihren Klienten zu evozieren.

Es fällt auf, daß die Akzeptierung der Gefühle des Klienten in höherem Maße mit der Selbsteinschätzung des Therapeuten zusammenhängt als mit den hier erhobenen Therapeutenverhaltensmerkmalen.

Wenn der Therapeut seinen Klienten als besonders offen und vertrauensvoll wahrnimmt, dann beurteilen unabhängige Rater diesen Klienten eher als

er setzt sich weniger mit sich selbst auseinander (-.21)

er wirkt gefühlsmäßig distanzierter (-.35)

er akzeptiert weniger seine eigenen Gefühle (-.19).

Hier bietet sich wieder die gleiche Interpretation wie bezüglich des Zusammenhangs zwischen der durch den Therapeuten wahrgenommenen Offenheit des Klienten und dem Eingehen auf die Gefühle des Klienten durch

den Therapeuten an. Es scheint tatsächlich so zu sein, daß Klienten, die dem Therapeuten sehr schnell ein Verhalten zeigen, das den theoretischen Forderungen der Gesprächspsychotherapie entspricht, als weniger offen wahrgenommen werden. Es kann als wahrscheinlich gelten, daß dieser Effekt auf die spezifische Quasitherapiesituation zurückzuführen ist, in der der Therapeut wußte, daß die Klienten auch über theoretische Forderungen der Gesprächspsychotherapie informiert sind und mithin sozial erwünschtes Verhalten i.S. der theoretischen Norm zeigen konnten. Ob dieser Effekt auch in realen Therapien ausweisbar ist, muß hier offen bleiben.

Ein weiteres Wahrnehmungsproblem des Therapeuten deutet sich in den folgenden Zusammenhängen an:

Je weniger der Klient von sich aus redet und je mehr er seine eigenen Gefühle akzeptiert - beides aus der Sicht der Rater -, desto mehr intellektuelle Dynamik nimmt der Therapeut bei seinem Klienten wahr (-.25/-.43). Klienten, die eher still sind und vielleicht eher zögernd und stockend sprechen und damit auch den Eindruck hervorrufen, sie würden ihre eigenen Gefühle kaum akzeptieren, rufen bei ihren Therapeuten den Eindruck hervor, sie würden stark kognitiv an sich arbeiten, und dies wird seitens des Therapeuten als intellektuelle Dynamik interpretiert.

6 KONSEQUENZEN UND AUSBLICK

Bei allen Einwänden, die gegenüber den berichteten empirischen Befunden geltend gemacht werden können, erscheint es möglich, aus diesen Rückschlüsse auf die zugrunde liegenden theoretischen Überlegungen zu ziehen.

Bereits die Analyse der angloamerikanischen Untersuchungen legte die Annahme nahe, das Therapeutenverhalten werde durch die Einstellungen des jeweiligen Therapeuten beeinflusst. Diese Ergebnisse, wie auch die Ergebnisse der hier berichteten empirischen Untersuchung, stützen die Forderung von ROGERS, bei der Beschreibung des therapeutischen Geschehens die Einstellungen des Therapeuten als zentrale Einflussgrößen aufzufassen und entsprechend mitzuberücksichtigen. Zwar werden auch in der vorliegenden Untersuchung die Klientenverhaltensweisen besser durch die Verhaltensweisen des Therapeuten vorausgesagt als durch seine Einstellungen, aber dennoch erscheint es lohnend, diesen Forschungsansatz weiter zu verfolgen. Bei gerechter Beurteilung des Forschungsstandes sollten die folgenden Gesichtspunkte mitbedacht werden:

1. Gegenüber den vergleichsweise elaborierten Skalen zur Messung von Therapeutenverhaltensweisen stellen die bislang in diesem Bereich verwendeten Einstellungsmessinstrumente gleichsam ad hoc entwickelte Blindversuche dar.
2. Es muss als sehr wahrscheinlich gelten, dass der Klient in seinem Verhalten kurzfristig eher auf das Verhalten des Therapeuten reagiert als auf dessen Einstellung. Erst nach längerem Kennen kann er möglicherweise von diesem abstrahierend auf die Einstellungen des Therapeuten reagieren.

3. Da in Ratingversuchen nie auszuschliessen ist, dass die Rater eigentlich nicht den Therapeuten oder Klienten beurteilen, sondern den Gesamteindruck der Interaktion, besteht die Gefahr, dass die berichteten Zusammenhänge zwischen Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen überschätzt wurden. Dieser Fehler ist bei der Bestimmung des Zusammenhangs zwischen Therapeuteneinstellungen, seinen Verhaltensweisen und den Verhaltensweisen des Klienten nicht gegeben.

Es kann nicht taxiert werden, in welchem Masse die vorliegenden Befunde durch diese drei Schwierigkeiten beeinträchtigt werden; dass eine derartige Einflussnahme besteht, kann jedoch als sicher gelten. Neben diesen Problemen, die sich auf die Abbildbarkeit der theoretischen Überlegungen in den empirischen Untersuchungen beziehen, ergeben sich Probleme auf der theoretischen Ebene selbst. Vielleicht ist der Versuch, die Einflüsse, die die Einstellungen des Therapeuten auf dessen Verhalten und das Verhalten des Klienten haben, Stückwerk und eine angemessene Bewertung der Bedeutung von Therapeuteneinstellungen erst in einem gänzlich anders konzipierten Beschreibungsmodell therapeutischen Handelns möglich. Bei der vorliegenden Untersuchung werden neue Beschreibungsaspekte des Therapiegeschehens mit Beschreibungskategorien in Verbindung gebracht, die einem gänzlich anderen forschungslogischen Ansatz entstammen. Es kann derzeit kaum abschliessend beurteilt werden, welche Bestandstücke eine einheitlichere theoretische Konzeption haben müsste. Die Quellen, aus denen diese zu beziehen wären, werden erst in jüngster Zeit für die Therapie entdeckt. Theoretische Modelle aus unterschiedlichsten Teilbereichen der Psychologie finden beschreibend und/oder erklärend Anwendung auf das therapeutische Geschehen. Für eine einstellungsorientierte Therapie der Psychotherapie scheinen insbesondere Aspekte wie z.B. die folgenden sinnvoll:

Übertragung und Gegenübertragung,
 Zuweisung sprachlicher Etiketten zu individuellen
 Erleben (labeling approach),
 Beziehungen zwischen Verhaltensweisen und
 Einstellungen (erklärt z.B. unter Zugrundelegung
 des Dissonanztheorie),
 Klärung verhaltens- und erlebnissteuernder
 Wertkonzepte bei Klient und Therapeut,
 Definition von Therapiezielen in Einstellungs-
 begriffen,
 Verwendung von Einstellungsbegriffen bei der
 Definition von Teilzielen im therapeutischen Prozess.

Die aufgeführten Konzepte und Forderungen sind forschungs-
 logisch nicht vergleichbar. Es soll auch nicht der Anschein
 erweckt werden, als würden diese bereits ausreichen, eine
 einstellungsorientierte Therapietheorie zu konstituieren.

Wenn die vorliegende Arbeit Anregungen gegeben hat, diese
 Betrachtungsweise der Psychotherapie weiter zu betreiben,
 dann war sie mit Hinblick auf die gesteckten Ziele erfolgreich.
 Es kann als wahrscheinlich gelten, dass künftige Forschung
 in diesem Bereich dann zu klareren Ergebnissen kommt, wenn
 die empirischen Untersuchungen auf ein konsistentes theo-
 retisches Modell bezogen sind und der notwendige Forschungs-
 aufwand, der sich aus Längsschnittuntersuchungen und hin-
 reichenden Stichprobengrößen ergibt, geleistet werden kann.
 Eine Neukonzeption der Gesprächspsychopathietheorie
 in der skizzierten Form kann nicht als akademische Spielerei
 verstanden werden, sondern zieht enorme Konsequenzen für
das praktische therapeutische Handeln nach sich. Sollten
 sich Einstellungen von Psychotherapeuten als zentrale
 Mediatoren therapeutischen Erfolgs herausstellen, so
 könnte bei Therapeuten ein grösseres Spektrum von
 Verhaltensweisen als therapeutisch günstig zugelassen werden,
 sofern diese nur in der Wahrnehmung des Klienten mit bestimmten
 Einstellungen, Erwartungen und Haltungen des Therapeuten
 korrespondieren. Therapeutenausbildung würde sich weniger auf das

Training von Verhaltensweisen als auf die Beeinflussung von Einstellungen auszurichten haben. Diese Konsequenzen stellen nur insofern Zukunftsmusik dar, als sie sich derzeit nur bedingt empirisch-wissenschaftlich untermauern lassen.

Lehranalyse und Selbsterfahrung als längst übliche Bestandteile therapeutischer Ausbildung können jedoch als Elemente der Ausbildung aufgefaßt werden, die weit stärker auf Einstellungsveränderungen als auf das Training spezifischer Verhaltensweisen des Therapeuten abzielen. Mit einer zunehmenden wissenschaftlichen Untermauerung der dahinter stehenden Betrachtungsweise therapeutischen Handels kann erwartet werden, daß auch hier intuitives Vorgehen durch kontrollierte Strategien ersetzt wird.

Die Erkenntnis, daß Therapeuteneinstellungen sowohl in der klassischen Therapiekonzeption der Psychoanalyse als auch in den konkreten Erfahrungen von Therapeuten, die sich modernerer Interventionsstrategien bedienen, eine zentrale Stellung einnehmen, läßt hoffen, daß der Versuch, diese in eine naturwissenschaftlich explizierte Theorie therapeutischen Handels zu integrieren, fruchtbar ist.

Durch die vorliegende empirische Untersuchung kann die These, daß Einstellungen von Psychotherapeuten den therapeutischen Prozeß mitbeeinflussen, gestützt werden. Wenn die in Kap. 2.6 und 2.7. skizzierte einstellungsorientierte Therapietheorie auch nur wenige Aspekte des therapeutischen Geschehens berücksichtigt und diese nur grob verknüpft, so kann dieses Modell durch die vorliegende Befunde nicht in seiner Gesamtheit als belegt gelten. Dies ist allein durch eine Reihe aufeinander abgestimmter empirischer Forschungsprojekte möglich. Die berichteten Ergebnisse lassen jedoch die weitere Verfolgung der in dieser Arbeit entworfenen forschungsstrategischen Leitlinie sinnvoll erscheinen.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Die Beschäftigung mit Einstellungen und Grundhaltungen des Psychotherapeuten stellt einen schon in der Theorie der Psychoanalyse bekannten Grundzug des Nachdenkens über Psychotherapie dar. In der empirischen Forschung zur Psychotherapie fanden Therapeuteneinstellungen bislang nur im amerikanischen Sprachraum Beachtung, aber auch dort treten therapietheoretische Überlegungen, die Einstellungen von Psychotherapeuten zum Ausgangspunkt nehmen, hinter Vorstellungen zurück, die am Verhalten des Therapeuten ansetzen und dies als Prediktor für den therapeutischen Prozeß und die therapeutischen Effekte verwenden. Forschungslogisch sind vor empirischer Prüfung im Grunde jedoch beide Aspekte gleichwertig zu beachten. Es läßt sich aufweisen, daß es zumindest denkmöglich scheint, via Therapeuteneinstellungen das Therapiesgeschehen besser vorauszusagen als via Therapeutenverhaltensweisen. Ob dieser Denkmöglichkeit faktische Verhältnisse entsprechen, ist eine empirische Frage, die - zumindest derzeit - nicht abschließend beurteilt werden kann. Es kann jedoch als sicher gelten, daß Therapeuteneinstellungen unterschiedlichster Art den Therapieprozeß beeinflussen. Theoretische Überlegungen lassen vorab die Einstellung des Therapeuten zu anderen Menschen, zu sich selbst und zu seinem Klienten, sowie die Wahrnehmung, die er von seinem Klienten hat, als besonders relevant erscheinen. Diese Aspekte wurden in der vorgelegten Untersuchung als

- 1) (mangelndes) soziales Engagement des Therapeuten,
- 2) Direktivität des Therapeuten, 3) soziale Unsicherheit des Therapeuten, 4) (mangelndes) Engagement des Therapeuten für seinen Klienten, 5) Direktivität

des Therapeuten gegenüber seinem Klienten, 6) durch den Therapeuten wahrgenommene Offenheit des Klienten und 7) durch den Therapeuten wahrgenommene intellektuelle Dynamik des Klienten, operational gefaßt, erhoben und mit Dimensionen der Beschreibung von Therapeuten- und Klientenverhaltensweisen in Beziehung gesetzt, die nach dem derzeitigen Kenntnisstand als therapierrelevant gelten dürfen. Es konnte deutlich gemacht werden, daß die Einstellungen des Psychotherapeuten sein therapeutisches Verhalten beeinflussen. Dieses Verhalten wirkt sich nachweislich auf das Verhalten des Klienten aus. Der naheliegende und hier auch hypothetisch unterstellte Schluß, daß die Einstellungen dann auch das Klientenverhalten beeinflussen müßten, konnte nicht durchgängig bestätigt werden. Mutmaßlich müssen bei diesem Befund Unzulänglichkeiten der Meßinstrumente und der Datenerhebungsverfahren in Rechnung gestellt werden. Keinesfalls kann jedoch die Eingangshypothese, Therapeuteneinstellungen beeinflussen Klientenverhaltensweisen als falsifiziert gelten. Im einzelnen können künftig folgende Aussagen über Einstellungen und Haltungen von Psychotherapeuten als wahrscheinlich gelten:

Die Aussage SCHOFIELD's (1964), Psychotherapeuten würden sog. YAVIS-Klienten (young, attractiv, verbal, intelligent, successful) bevorzugen, müßte einerseits allgemeiner gefaßt und andererseits ergänzt werden. Bei der Beurteilung der Indikationsfrage ziehen Therapeuten ihre Beziehung zu dem Klienten, dessen Aktivität und Dynamik, seine Auseinandersetzungsfähigkeit mit Problemen, seine kognitive Differenziertheit und seine Lebensgrundstimmung heran.

Psychologiestudenten (und mutmaßlich auch Psychotherapeuten) zeigen im Vergleich zu Studenten der Betriebswirtschaft in höherem Maße Verletzbarkeit und Selbstzweifel. Sie sind weniger selbstsicher. Sie haben in

höherem Maße die Tendenz, auf andere einzugehen und sich mit den Bedürfnissen anderer auseinanderzusetzen - halten sich jedoch selbst in der Auseinandersetzung mit Sozialpartnern für unsicherer.

Psychotherapeuten, die gegenüber anderen Menschen in höherem Maße soziales Engagement besitzen und weniger direktiv eingestellt sind, realisieren diese Haltungen auch gegenüber ihren Klienten. Je direkter der Therapeut eingestellt ist, desto weniger soziales Engagement bringt er auch seinen Klienten entgegen. Je sicherer sich der Therapeut selbst in sozialen Situationen fühlt, desto mehr allgemeines soziales Engagement hat er, desto mehr engagiert er sich auch für seinen Klienten, und desto mehr intellektuelle Dynamik schreibt er seinem Klienten zu. Je direkter die Grundhaltung des Therapeuten ist, desto unbeteiligter wirkt er in seinen Äußerungen, desto weniger emotionale Zuwendung zeigt er seinem Klienten, desto unechter wirkt er und desto mehr hält er sich selbst aus dem therapeutischen Gespräch als Person heraus.

Je sozial unsicherer der Therapeut selbst ist, desto weniger geht er auf die vom Klienten vorgebrachten Gefühle ein, desto mehr bringt er sich jedoch selbst in das Therapieschehen ein. Letzteres scheint dafür zu sprechen, daß sozial unsicherere Therapeuten dazu neigen, die therapeutische Situation eher wie eine 'alltägliche' Gesprächssituation zu gestalten, und nicht in der Lage sind, therapeutische Gespräche nach theoretischen Vorgaben zu strukturieren. Dies führt beim Klienten dazu, daß er in den Therapiesprächen mit sozial sich unsicherer fühlenden Therapeuten weniger verunsichert wird und für außenstehende Beobachter in höherem Maße den Eindruck erweckt, er würde seine eigenen Gefühle akzeptieren. Dies resultiert wahrscheinlich daraus, daß dieser

Klient in geringerem Maße dazu geführt wird, sich in problematische Bereiche seiner Person hineinzusetzen und ein Gespräch im Grenzbereich seiner Problematik und Schwierigkeiten zu führen.

Die Einstellung des Therapeuten, in Sonderheit auch seine Einstellung zu sich selbst, kann als wesentliche Bestimmungsgröße des therapeutischen Prozesses verstanden werden. Es muß als wahrscheinlich gelten, daß die hier aufgewiesenen Abhängigkeiten auch auf den Ausgang der Therapie ihren Einfluß nehmen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

ALBERT, H.

Wertfreiheit als methodisches Prinzip. In: Topitsch, E.
Logik der Sozialwissenschaften, Köln, Berlin 1965, 2.Aufl.

ALEXANDER, F.

Unexplored areas in psychoanalytic theory and treatment. In: Behav. Sci., 1958, 3, 293-316

ANDREWS, J.D.W.

Psychotherapy of phobias. In: Psychological Bull.
1966, 66, 455-480

ANTHONY, N.

A longitudinal analysis of the effect of experience on the therapeutic approach. In: Journal of Clinical Psychology 1967, 23, 4, 512-516

ARONSON, E., TURNER, J.A. & CARLSMITH, J.M.

Communicator credibility and communication discrepancy as determinants of opinion change. In: Journal of abnormal Psychology 1963, 67, 31-36

BARCILON, J.

On countertransference "cures". In: Journal am. Psychoanal. Ass., 1958, VI, 222

BASTINE, R.

Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In: Tscheulin, D., Jankowski, P., Fietkau, H.-J., Mann, F.: Gesprächspsychotherapie heute. Bericht über den 1. europäischen Kongress für Gesprächspsychotherapie, Würzburg 1974. In Vorbereitung (1976)

BEAL, A.

Biased therapists: The effects of prior exposure to case history material on therapist's attitudes and behavior toward patients. Unpubl. doctoral Diss., Syracuse Univ. 1969

BETZ, J.B.

Experiences in research in psychotherapy with schizophrenic patients. In: Strupp, H.H. & Luborsky, L. (Eds.): Research in psychotherapy. Washington 1962¹, 1969², S.41-60

BLOOMBAUM, M., YAMAMOTO, J. & JAMES, Q.,

Cultural stereotyping among psychotherapists. In: Journal of consulting and clinical psychology, 1968,32,1,S.99

BOARD, F.A.

Patients' and physicians' judgments of outcome of psychotherapy in an outpatient clinic. In: AMA Arch. Gen.Psychiat., 1959,1,185-196

BORING, E.G.

Cognitive dissonance: Its use in science. In: Science, 1964,145,680-685

BREHM, J.W. & COHEN

Explorations in cognitive dissonance. New York, Wiley 1962

BÜHLER, Ch.

Werte in der Psychotherapie. In: Frankl, V.E., Gerbsattel, V.E. Freih. v. & Schultz, J.H.: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. 5, München, Berlin 1961, S.588-604

BÜHLER, Ch.

Values in psychotherapy. Glencoe 1962

CARKHUFF, R.R. & PIERCE, R.

Differential effects of therapist race and social class upon patient depth of self-exploration in the initial clinical interview. In: Journal of consulting psychology, 1967,31(6),632-634

CARSON, R.C.

A and B therapist "types". A possible critical variable in psychotherapy. In: Journal of Nervous and Mental Disease, 1967,14447-54

CHARTIER, G.M.

The A-B therapist variable: real or imagined? In: Psychol. Bull. 1971,75,22-33

BECKMANN, D.

Der Analytiker und sein Patient. Untersuchung zur Übertragung und Gegenübertragung, Bern, Stuttgart, Wien 1974

BERGER, E.

The relation between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. In: Journal abnormal and social Psychology, 1952,47,778-782

BERGIN, A.

Personality "interpretations" as dissonant persuasive communications. Unpubl.doct.diss., Stanford Univ. 1960

BERGMAN, P.

The role of faith in psychotherapy. In: Bull. Menninger Clinic., 1958,22,92-103

BERGOLD, J.B., FRÖSCHEN, G., KEUPP, H., KLINKERS, J., KOPKOW, A., MÜHLEN, G., PERMIEN, A., RÜGGERBERG, A., STEVENS, U., ZIMMER, D., Emanzipation und Verhaltensmodifikation: Widersprüche und Möglichkeiten.

In: J.C. Brengelmann & W. Tunner: Behaviourtherapy - Verhaltenstherapie. München, Berlin, Wien 1973,367ff.

BERMAN, L.

Countertransferences and attitudes of the analyst in the therapeutic process. In: Psychiatry, 1949, 12,159-166

BEUTLER, L.E.

Predicting outcomes of psychotherapy: A comparison of predictions from two attitude theories.

In: Journal of consulting and clinical Psychology, 37,1971,411-416

BEUTLER, L.E., JOHNSON, D.T., NEVILLE, C.W., ELKINS, D. JOBE, A.M. ,

Attitude Similarity and Therapist Credibility as Predictors of attitude change and improvement in psychotherapy. In: Journal of abnormal and social psychology, 1975,43,1,90-91

CHODOFF, P.

Psychoanalysis and fees. In: *Comprehens. Psychol.*, 1964,5,137-145

CHINSKI, J.M. & RAPPAPORT, J.

Attitude change in college students and chronic patients: A dual perspective. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35,1970,388-394

COLE, N., BRANCH, C., and ALLISON, R.

Some relationships between social class and the practice of dynamic psychotherapy. In: *Am. Journal of Psychiatry*, 1962,118,1004-1012

COMBS, A.W. & SOPER, D.W.

The perceptual organization of effective counselors. In: *Journal counseling Psychology*, 1963,10,222-226

COREY, S.M.

Professed attitudes and actual behavior. In: *Journal of educational Psychology*, 1937,38,271-280

COWAN, M.L., WEINER, E.A., & WEINER, B.

Therapist perceptions of clients and client self-report In: *Journal of clinical psychology*, 1974,30,2,S.227-230

CUMMING, E. & CUMMING, J.

Social status and attitudes toward psychological disorder: The problem of tolerance and deviance. In: *American Sociological Review* 1967,32,417-433

CUTLER, R.

Countertransference effects in psychotherapy.

In: *Journal of consult. psychology*, 1958,22,349-356

DAVIDS, A.

The relation of cognitive-dissonance theory to an aspect of psychotherapeutic practice. In: *Amer. Psychol.*, 1964,19,329

DE FLEUR, M.L. & WESTIE, F.R.

Verbal attitudes and overt acts: an experiment on the salience of attitudes. In: *Americ^{Sociol.} Review* 1958, 23,667-673

DEMOS, G. & ZUWAYLIF, F.

Counselor movement as a result of an intensive six-week training program in counseling. In: *Personel and Guidance Journal* 1963,42,125-218

DORSCH, F.

Psychologisches Wörterbuch, Meiner/Huber, Bern 1970

DREVER, J. & FRÖHLICH, W.D.

Wörterbuch der Psychologie, DTV München 1969

ESTES, S.G.

Concerning the therapeutic relationship in the dynamics of cure. In: *Journal of consult. Psychology*, 1948,12,76-81

EYFERTH, K. & KREPPNER, K.

Entstehung, Konstanz und Wandel von Einstellungen. In: C.F. Graumann (Hg.), *Handbuch der Sozialpsychologie*, 2. Halbband, Göttingen, Hogrefe, 1972, S.1342-1370

EYSENCK, H.J.

The effects of psychotherapy: An evaluation.

In: *Journal of Consulting Psychology*, 1952,16,319-324

EYSENCK, H.J.

The effects of psychotherapy. In: *Int. Journal of Psychiat.*, 1965,1,97-142

FANCHER, R.E. & GUTKIN, D.

Attitudes toward science, insight, therapy and behavior therapy, In: *Journal of clinical psychol.* 27,1971, 153-155

FELDMAN, P.E.

The personal element in psychiatric research.

In: *Am. Journal of Psychology*, 1956,113,52

FEIFEL, H. & EELLS, J.

Patient and therapists assess the same psychotherapy

In: *Journal of consult. psychology*, 1963,27(4) 310-318

Abstr. 1964,2810

FENDRICH, J.M.

A study of the association among verbal attitudes, commitment and overt behavior in different experimental situations. In: *Social Forces* 1967,45,347-355

FENICHEL, O.

The psychoanalytic theory of neurosis.

New York: W.W. Norton & Co., 1945

FESTINGER, L.

Behavioral support for opinion change. In:

Public Opinion Quarterly, 1964,28,406-417

FESTINGER, L. & BRAMEL, D.

The reactions of humans to cognitive dissonance.

In: Bachrach, A.J.: Experimental foundations of clinical psychology, N.J. 1962,254-279

FEY, W.F.

Acceptance by others and its relation to acceptance of self and others: a reevaluation. In: J. of abnormal and social psychology, 1955,274-276

FEY, W.F.

Doctrine and experience: Their influence upon the psychotherapist. In: J. of consult. psychology, 1958,22,403-409

FIEDLER, F.E.

A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic non-directive and Adlerian therapy.

In: J. of Consult.Psychol., 1950a,14,436-445

FIEDLER, F.E.

The concept of an ideal therapeutic relationship.

In: Journal of consulting psychology, 1950b,14,239-245

FIEDLER, F.E.

Quantitative studies on the role of therapists' feelings toward their patients. In: Mowrer, O.H., Psychotherapy theory and research. New York: Ronald Press, 1953. S.296-315

FIETKAU, H.-J.

Einige Überlegungen zu Definition und Meßbarkeit von Therapiezielen. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 1975, im Druck

FISHBEIN, M.

A Consideration of Beliefs, and Their Role in Attitude Measurement. In: Fishbein, M.: Readings in Attitude Theory and Measurement. New York, London, Sydney, 1967a, S.257-266

FISHBEIN, M.

Attitude and the Prediction of Behavior.

In: M. Fishbein: Readings in Attitude Theory and Measurement. New York, London, Sydney, 1967b, S.477-492

FLEISCHMANN, E. HARRIS, E. & BURTT, H.

Leadership and supervision in industry: an evaluation of a training program. Columbus: Ohio State University 1955

FOREMAN, M.E.

On cognitive dissonance as motivation toward successful therapy. In: Am.Psychol., 1964, 19, 777

FRANK, J.D.

Persuasion and healing. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1961

FRANK, J.D.

Discussion of paper by H.J. Eysenck, "The effects of psychotherapy." In: Int.J. of Psychiat., 1965, 1, 150-152

FRANK, J.D., GLIEDMAN, L.H., IMBER, S.D., STONE, A.R., & NASH, E.H.,

Patient's expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. In: Am. J. of Psychiat., 1959, 115, 961

FRIEDMAN, N., KURLAND, D., & ROSENTHAL, R.

Experimenter behavior as an unintended determinant of experimental results. In: J. Proj. Techn. and Asses., 1965, 29, 479-490

GAENSSLEN, H. & SCHUBO, W.

Einfache und komplexe statistische Analyse.

München, Basel 1973, UTB, Reinhardt

GASSNER, M.S.

Relationship between patient-therapist compatibility and treatment effectiveness. In: Journal of consulting and clinical psychology, 1970, 34, 408-414

GENDLIN, E.T.

A theory of personality change. In: Wart, J.T. & Tomlinson: New Directions in client centered therapy, Boston 1970

GENDLIN, E.T.

Client centered and experiential psychotherapy.

In: Wexler, D.A. & Rice (Eds.): Innovations in client centered therapy, New York 1974

GILL, M.G. & BRENMAN, M.

Research in psychotherapy. In: Am. Journal Orthopsychiat. 1948,18,100-110

GLOVER, E.

Common technical practices: A questionnaire research.

In: The technique of psychoanalytic therapy (transference). New York, International University, Press, 1955, 261-350

GOLDSTEIN, A.P.

Therapist-patient expectancies in Psychotherapy. Oxford 1962

GOLDSTEIN, A.P. & SHIPMAN, W.G.

Patient expectancies, symptom reduction and aspects of the initial psychotherapeutic interview.

In: Journal of clinical psychology, 1961,XVII,129,133

GOLDSTEIN, A.P., & SIMONSON, W.R.

Social approaches to psychotherapy research.

In: Bergin, A.E., & Garfield, S.L.: Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical Analysis, 154-195, New York, London, Sydney, Toronto 1971

GOUGH, A.E. & HEILBRUNN, A.B.

The adjective Check list manual. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologist Press. 1965

GRINKER, R.R.

Discussion of article by W. Bromberg. "An analysis of therapeutic artfulness" In: Am. Journal Psychiat., 1958,114,725

GINSBURG, S.W. & ARRINGTON, W.

Aspects of psychiatric clinic practice. In: Am. Journal Orthopsychiat., 1948,18,322-333

GITTER, A.G. & KNOCHE, E.J.

Leadership: The nonverbal route. Paper presented at the XVIIth International Congress of Applied Psychology. Liege 1971, zit. nach Timaeus und Lück

GOULDING, D.A.

Conceptions of psychotherapy and effectiveness of therapist performance in clinical students.

Diss. Abstr. 1968,29(4-B), 1506-1507

GREENWALD, A.G.

Behavior change following a persuasive communication

In: Journal of Personality 1965,33,370-391

GRIGG, A.E.

Client response to counselors at different levels of experience. In: Journal of Consulting Psychology 1961,8,217-223

HAASE, W.

Socio-economic class in examiner bias. In: Riessman, F. e.a. (Eds.): Mental health of the poor N.J. Free press 1964

HABERMAS, J.

Dogmatismus, Vernunft und Entscheidungen. Zu Theorie und Praxis in der verwissenschaftlichten Zivilisation.

In: Theorie und Praxis, Neuwied 1963, 231-260

HEINE, R.W. & TROSSMAN, H.

Initial expectations of the doctor-patient interaction as a factor in continuance in psychotherapy.

In: Psych. J. Study Interperson. Processes, 1960. 23,275-278

HEINRICH, H., Ch.

Verbale Attitüden und tatsächliches Verhalten.

In: Ztsch. für experimentelle und angewandte Psychologie 1974, XXI,1,S.62-79

HELLER, K. & GOLDSTEIN, A.P.

Client dependency and therapist expectancy as relationship maintaining variables in psychotherapy.

In: Journal of consulting psychology 1961,25,371-375

HILL, J.A.

Therapist goals, patient aims and patient satisfaction in psychotherapy. In: Journal of Clinical Psychology 25, 1969, 455-459

HOLLINGSHEAD, A.B. & REDLICH, F.C.

Social class and mental illness. New York: Wiley 1958

HOUTS, P.S., MACINTOSH, S. & MOOS, R.H.

Patient-therapist interdependence: Cognitive and behavioral. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1969,33(1),40-45, Abstr. 1969b,11433

HOWARD, K.I., ORLINSKY, D.E. & HILL, J.A.

The therapist's feeling in the therapeutic process.

In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1969,25(1), 83-93

JANIS, I.I. & ^FRESHBACH, S.

Effects of fear-arousing communications. In: Journal of abnormal and social Psychology 1953,48,78-92

JASPERS, K.

Psychologie der Weltanschauungen. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960⁵

JASPERS, K.

The nature of psychotherapy. Chicago 1965

JOHNSON, F.L.

The importance of the psychotherapist: Patient and therapist conceptions.

Diss. Abstr. Intern. 1970,30(9-B), 4373-4374

JONES, V.

Attitude changes in an N.D.E.A. Institute In: Personnel and Guidance Journal, 1963,42,387-392

JONES, W.St.

Some correlates of the authoritarian personality in a quasi-therapeutic situation.

Diss. Abstr. 1962,23,(2), 691-692

KARNO, M.

Communication reinforcement and "insight" - the problem of psychotherapeutic effect. In: Am. Journal of Psychotherapy, 1965,XIX,467-479

KEMP, D.E.

Routinizing art: Implications of research with the A-B scale for the practice of psychotherapy. In: Journal of the American College Health Association 1970,18, 238-240

KEUPP, H.

Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie.
München, Urban & Schwarzenberg 1972

KIESLER, D.J.

Experimental Designs in Psychotherapy research.
In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.) Handbook
of Psychotherapy and Behavior Change. New York,
London, Toronto 1971, 36-74

KIEV, A.

The study of folk psychiatry. In: Kiev, A. (Ed),
Magic, faith, and healing. London: Collier-Macmillan,
Ltd. 1964

KLEIN, M.H., DITTMANN, A.T., PARLOFF, M.B. & GILL, M.M.

Behavior therapy: Observations and reflections.
In: Journal of Consulting and Clinical Psychology
1969, 33, 259-266

KRASNER, L.

The therapist as a social reinforcement machine.
In: Strupp, H.H. & Luborsky, L. (Eds.): Research in
psychotherapy, Washington 1962¹, 1969², S.61-94

KUBIE, L.

Some unsolved problems of psychoanalytic therapy.
In: F. Fromm-Reichmann & J. Moreon (Eds.), Progress
in psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1956

KUBIE, L.

The changing economics of psychotherapeutic practice.
J. Nerv and Ment. Dis., 1964, 139, 311-312

KÜLPE, O.

Einleitung in die Philosophie. Leipzig 1903³, 1895¹

KURTZ, N., KURTZ, R. & HOFFNUNG, R.

Attitudes toward the lower- and middle - class
psychiatric patients as a function of authoritarianism
among mental health students. In: Journal of con-
sulting and clinical Psychology 1970, 35, 338-341

KUTNER, B., WILKINS, C. & YARROW, P.

Verbal attitudes and overt behavior involving racial
prejudice. In: Journal of abnormal and social Psycho-
logy 1952, 47, 649-652

LANGER, I. & SCHULZ v. THUN, F.

Messung komplexer Merkmale in Psychologie und Pädagogik. München, Basel 1975, Reinhardt Verlag

LA PIERE, R.T.

Attitudes versus actions. In: Social Forces 1934, 13, 230-237

LEE, S.D.

Social class bias in the diagnosis of mental illness. Unpubl. doctoral diss. Univ. of Oklahoma 1968

LENNARD, H.L. & BERNSTEIN, A.

The anatomy of psychotherapy. New York 1960

LERNER, B.

Democratic values and therapeutic efficacy. A construct validity study. In: Journal of abnormal Psychology 1973, 82, 3, 491-498

LESSE, S.

Placebo reactions in psychotherapy. In: Dis. Nerv. System, 1962, 23, 1-7

LESSE, S.

Placebo reactions and spontaneous rhythms: Their effects on the results of psychotherapy. In: Am. Journal of Psychotherapy, 1964, XVIII, 99-115

LEVINSON, D.J.

The psychotherapist's contribution to the patient's treatment career. In: Strupp, H.H. & Luborsky, L. (Eds.): Research in psychotherapy. Washington 1962¹, 1969², 13-24

LIONELLS, M.

Themes of therapy: A study of the effects of personality and ideology on therapeutic style.

Unpubl. doctoral dissertation, Univ. of Chicago 1966

LOWINGER, P. & DOBIE, S.

Psychiatrist as a variable in the process of interview and treatment. In: Nature 1964, 201, 1246

LOWINGER, P. & DOBIE, S.

What are the prejudices about his patient?

In: Psychotherapy and Psychosomatics 1967, 15(1), 42

MARMOR, J.

Psychoanalytic therapy as an educational process: Common denominators in the therapeutic approaches of different psychoanalytic "schools". In: Masserman, J.H. (Ed.), Science and psychoanalysis. Vol. 5 New York: Grune & Stratton, 1962

MARTIN, D.G.

Gesprächs-Psychotherapie als Lernprozeß. Müller, Salzburg 1975

MASSERMAN, J.H.

Evolution vs. "revolution" in psychotherapy: A bio-dynamic integration. In: Behav. Sci., 1957, 2, 89-100.

MAYFIELD, P.N.

The Weltanschauung of psychotherapists and selected correlates in a quasitherapy situation.

Diss. Abstr. 1963, 23(12, Pt.1), 4745-4746

MC INTYRE, C.J.

Acceptance by others, and its relation to acceptance of self and others. In: Journal of abnormal ^{and} social Psychology 1952, 47, 624-626

MC NAIR, D.M., CALLAHAN, D.M. & LORR, M.

Therapist "type" and patient response to psychotherapy. In: Journal of consult. Psychology 1962, 26, 425-429

MC NAIR, D.M., LORR, M. & CALLAHAN, D.M.

Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. In: Journal of consulting Psychology, 1963, 27, 10

MC NEAL, B.F., JOHNSTON, R., ASPROMONTE, V.A.

Effect of accurate forecast on length of hospital stay of psychiatric patients. In: Journal of consult. and clinical Psychology 1970, 35, 91-94

MEEHL, P.E.

Psychotherapy. In: Ann. Rev. of Psychol. 1955, 6, 357-378

MENNINGER, K.

The academic lecture, hope. In: Am. Journal of Psychiat., 1959, 115, 481-491

MINSEL, W.R.

Praxis der Gesprächspsychotherapie. Böhlems Verlag,
Wien 1974

MINSEL, W.R., LANGER, I., PETERS, U., TAUSCH, R.

Bedeutsame weitere Variablen des Psychotherapeuten-
verhaltens. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie
1973,2,197-210

MOWRER, O.

Payment or repayment? The problem of private practice.
In: Am. Psychol., 1963,18,577-580

MUNGER, P.F. & JOHNSON C.A.

Changes in attitudes associated with an N.D.E.A.
counseling and guidance institute. In: Personnel
an Guidance Journal, 1960,38,751-753

NAGEL, K.

Das Anpassungskonzept von Psychtherapeuten. Eine
empirische Untersuchung. In: Psychologische Rundschau
1971,13,526-549

NUNNALLY, J.

Popular concepts of mental health. New York: Holt,
Rinhart & Winston 1961

OBERNDORF, C.P., GREENACHRE, P. & KUBIE, L.

Symposium on the evaluation of therapeutic results.
In: Int. Journal of Psychoanal., 1953,XXIX,13

OERTER, R.

Struktur und Wandlung von Werthaltungen, München 1970

ORLINSKY, D.E., HOWARD, K.I. & HILL, J.A.

The patients concerns in psychotherapy.

In: Journal of Clinical Psychology 1970,26(1),104-111

PALMORE, E., LENNARD, H.L., & HENDIN, H.

Similarities of therapist and patient verbal behavior in
psychotherapy. In: Sociometry 1959,22,12-22

ORR, D.W.

Transference and countertransference: a historical
survey. In: Journal of amer. Psychoanal. Assn.
1954,2,621-670

PARKER, G.V.C.

Some concomitants of therapist dominance in the psychotherapy interview. In: Journal of consulting Psychology 1967,31,313-318

PARLOFF, M.B.

Some factors affecting the quality of therapeutic relationships. In: Journal of abnormal and social Psychology 1956,52,5-10

PARLOFF, M.B.

Therapist-patient relationships and outcome of psychotherapy. In: Journal of Consult. Psych. 1961,25,29-38

PARSONS, T.

Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, A., Brocher, T., Mering, v.O., Horn, K.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln 1972,57-87

PARSONS, L.B. & PARKER, G.V.

Personal attitudes, clinical appraisals, and verbal behavior of trained and untrained therapists. In: Journal of consulting and clinical Psychology 1968,32,1,64-71

PHILLIPS, D.L.

Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. In: American Sociological Review 1963,28,963-972

PHILLIPS, D.L.

Rejection of the mental ill: The influence of behavior and sex. In: American Sociological Review 1964,29,679-686

PHILLIPS, E.L.

Attitudes toward self and others: A brief questionnaire report. In: Journal of consult. Psychol. 1951,15,79-81

PONGRATZ, L.

Lehrbuch der klinischen Psychologie, Göttingen, Hogrefe 1973

RALPH, D.E.

Attitudes toward mental illness among two groups of college students in a new psychiatric hospital setting. In: Journal of consulting and clinical Psychology 1968,32,98

RAZIN, A.M.

The A-B variable in psychotherapy: A critical review. In: Psychol. Bull. 1971,75,1-21

RIOCH, M.J.

Changing concepts in the training of therapists. In: Journal of consulting Psychol. 1966,30,290-292

ROGERS, C.R.

Client Centred Therapie. Its current practice, implications and theory, Boston 1951

ROGERS, C.

Die Klient-bezogene Gesprächspsychotherapie. München, Kindler 1973

ROSENTHAL, D.

Changes in some moral values following psychotherapy. In: Journal of consulting Psychology 19,431-436,1955

ROSENTHAL, R.

On the social psychology of the psychological experiment: The experimenter's hypothesis as unintended determinant of experimental results. In: Am. Science, 1963,51,268-283

ROTTER, J.R.

Social learning and clinical psychology. New York 1954

ROUTH, D.K. & KING, K.M.

Social class bias in clinical judgement. In: Journal consulting and clinical Psychology 1972,38,202-207

SARBIN, T.R.

The scientific status of the mental illness metaphor. In: Plog, S.C. & Edgerton (Eds.), Changing perspectives in mental illness. New York 1969

SARBIN, Th.,R. & MANCUSO, J.C.

Failure of moral enterprise: attitudes of the public toward mental illness. In: Journal of consulting and clinical Psychology 36,1970,159-173

SARGANT, W.

Battle for the mind. New York: Doubleday & Co., 1957

SCHAFFER, L. & MYERS, J.K.

Psychotherapy and social stratification.

In: Psychiatry, 1954,17,83-93

SCHMIDENBERG, M.

The role of suggestion in analytic therapy.

In: Psychoanal. Rev., 1939,XXVI,223

SCHOFIELD, W.

Psychotherapy, the purchase of friendship.

Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall. 1964

SCHWARTZ, H.-J.

Zur Prozeßforschung in klienten-zentrierter Gesprächs-
psychotherapie. Bedingungen des Behandlungseffekts
in Anfangsgesprächen.

unveröffentl. Diss., Hamburg 1974

SEGAL, B.

A-B distinction and therapeutic interaction.

In: Journal of consulting and clinical Psychology

1970,34,442-446

SHAPIRO, A.K.

Placeboeffects in Medicine, Psychotherapy, and Psycho-
analysis. In: Bergin A.E. & Garfield, S.L. (Eds.)

Psychotherapy and behavior change. New York, London,
Sydney, Toronto 1971, 439-473

SHARAF, M.R. & LEVINSON, D.J.

Patterns of ideology and role-definition among
psychiatric residents. In: Greenblatt, M. LEVINSON,
D.J. & WILLIAMS R.H. (Eds.): The patient and the
mental hospital. New York: Free Press 1957

SHAW, M.E. & WRIGHT, J.M.

Scales for the measurement of attitudes. New York,
Mc Graw 1967

SILBEREISEN, R.K.

Untersuchung zum Zusammenhang von Rollenübernahme
und Therapeutenvariablen der Gesprächspsychotherapie.

In: Tscheulin, D., Jankowski, P., Fietkau, H.-J.,

Mann, F.: Gesprächspsychotherapie heute - Bericht über den 1. Europ. Kongress für Gesprächspsychotherapie 1974. in Vorbereitung (1976)

SILBEREISEN, R.K. & FIETKAU, H.-J. (Hrg.)

Beratung im Sozialwesen. Klientenerwartungen und Beraterverhalten. Untersuchungsstrategien, Forschungsergebnisse und Trainingsmodelle.

München: Juventa. in Vorbereitung (1975)

SIX, B.

Einstellung und Verhalten. Erweiterte Fassung des Übersichtsreferates zum Thema 'Einstellung und Verhalten', gehalten auf dem 29. Kongreß der Deutschen Gesprächspsychotherapeuten Salzburg 1974

SKINNER, B.F.

Futurum Zwei "Walden two". Die Vision einer aggressionsfreien Gesellschaft. Rowohlt Hamburg 1973

SNYDER, W.U., & SNYDER, B.J.

The psychotherapy relationship. New York: The Macmillian Co., 1961

SPIPKEN, A.Z., JACOBS, M.A., MULLER, J.J. & KNITZER, J.

Personality characteristics of therapists: Description of relevant variables and examination of conscious preferences. In: Journal of consulting and clinical Psychology 1969,33,3,317-326

STEKEL, W.

How to understand your dreams. New York, Eton 1951

STERN, W.

Wertphilosophie, Leipzig 1924

STOLER, N.

Client likeability: A variable in the study of psychotherapy. In: Journal of consulting Psychology 1963, 27,175-178

STRUPP, H.H.

An objective comparison of Rogerian and psychoanalytic techniques. In: Journal of consulting Psychology 1955,19,1-7

STRUPP, H.H.

The performance of psychiatrists and psychologists in a therapeutic interview. In: Journal of clinical Psychology 1958,14,219-226 (a)

STRUPP, H.H.

The psychotherapist's contribution to the treatment process. In: Behav. Science 1958,3,34-67(b)

STRUPP, H.H.

The performance of psychoanalytic and client-centered therapists in an initial interview. In: Journal of Consul. Psychol. 1958,22,265-274(c)

STRUPP, H.H.

Nature of psychotherapist's contribution to treatment process. In: A.M.A. Arch. Gen. Psychiat. 1960,3, 219-231(a)

STRUPP, H.H.

Psychotherapists in action. New York: Grune & Stratton, 1960(b)

STRUPP, H.H. & WALLACH, M.A.

A further study of psychiatrists' responses in quasi-therapy situations. In: Behavioral Science, 1965,10, 113-134

STRUPP, H.H., WALLACH, M.S., WOGAN, M., JENKINS, J.W.

Psychotherapist's assessment of former patients. In: Journal of nerv. and ment. Dis. 1963,137,222-230

STRUPP, H.H. & WILLIAMS, J.V.

Some determinants of clinical evaluations of different psychiatrists. In: Archives of General Psychiatry, 1960,2,434-440

SUNDLAND, D.M. & BARKER, E.N.

The orientation of psychotherapists. In: Journal of consulting Psychology 1962,26(3),201-212

TAUSCH, R.

Eigenverantwortliches Studium zur wissenschaftlichen Berufsausbildung in Gesprächspsychotherapie. In: Informationsblätter der GwG (13), 1973

TAUSCH, R.

Gesprächstherapie. Hogrefe, Göttingen 1973⁵

THARP, R.G. & WETZEL, R.J.

Behavioral modification in the natural environment.
Academic press. New York, London 1969

THOMPSON, C.

The role of the analyst and personality in therapy.

In: Am. Journal of Psychotherapy 1956,10,347-359

TIMAEUS, E. & LÜCK, E.

Aspekte nichtverbaler Kommunikation in der Therapie.

In: Gruppendynamik, Forschung und Praxis, 1973,4,1,31-32

TITLE, C.R. & HILL, R.J.

Attitude measurement and prediction of behavior:
an evaluation of conditions and measurement techniques.

In: Sociometry 1967,30,199-213

TRUAX, C.B. & CARKHUFF, R.R.

Toward Effective Counseling and Psychotherapy, Chicago
1967

TRUAX, C.B. & WARGO, D.G.

Psychotherapeutic encounters that change behavior
for better or for worse. In: Am. Journal of Psycho-
therapy 1966,XX,499

UBELL, E.

Efforts to measure psychotherapy succes.

New York Herald Tribune, Oct.4,1964

ULLMAN, L.P. & MC FARLAND, R.L.

Productivity as a variable in TAT protocols: A
methodological study. In: Journal of Proj. Tech.
1957,21,80-87

WALLACH, M.S. & STRUPP, H.H.

Psychotherapists' clinical judgments and attitudes
towards patients. In: Journal of consulting Psychology
1960,24,316-323

WARSHAW, L. & BAILEY, M.A.

Congruency of patient-therapist values for human
happiness. In: Psychol. Reports 1966, 19(2)592

- WEISSMAN, H.N., GOLDSCHMID, M.L. & STEIN, D.D.
 Psychotherapeutic orientation and training: their
 relation to the practices of clinical psychologists.
 In: Journal of consulting and clinical Psychology
 1971,37,31-37
- WELKOWITZ, J., COHEN, J. & ORTMEYER, D.
 Value systems similarity: Investigation of patient-
 therapist dyads. In: Journal of Consulting Psycho-
 logy 1967,31,48-55
- WIENOLD, H.
 Kontakt, Einfühlung und Attraktion. Stuttgart, Enke 1972
- WHITEHORN, J.C.
 Goals of psychotherapy. In: E.A. Rubinstein & M.B.
 Parloff (Eds): Research in psychotherapy. Washinton:
 American Psychological Association 1959
- WINCH, R.F.
 Identification and its familial determinants.
 The Bobbs-Merrill Company, Inc. Indianapolis 1962
- WOLBERG, L.R.
 The technique of psychotherapy. New York: Grune &
 Stratton, 1954
- WOOD, E.C., ROKUSIN, J.M. & MORSE, E.
 Resident psychiatrist in the admitting office.
 In: Arch. Gen. Psychiat. 1965,13,54-61
- ZETZEL, E.R.
 The effects of psychotherapy. In: Int. Journal
 Psychiat. 1965,1,144-150
- ZIMMERMANN, C.C.
 Types of farmers' attitudes. In: Social Forces
 1927,5,591-596

Nachtrag

- FIEDLER, F.E.
 Factor analyses of psychoanalytic, non-directive
 and Adlerian therapeutic relationships.
 In: Journal of consulting Psychology, 1951,13,32-38

Übersicht über den Anhang

- Anlage 1 Liste der Beschreibungsbegriffe für die Klientenmerkmale
- Anlage 2 Deskription der Beurteilung der Klientenmerkmale durch Psychotherapeuten
- Anlage 3 Antworten auf die offene Frage in der Psychotherapeutenbeurteilung der Klientenmerkmale
- Anlage 4 Interkorrelation und Faktorenstruktur der 42 Beschreibungsbegriffe
- Anlage 5 Unterschiede in der Beurteilung der Klientenmerkmale
- Anlage 6 Fragebogen zur Wahrnehmung von Klientenmerkmalen durch Psychotherapeuten
- Anlage 7 Fragebogen zur Messung der Einstellung des Psychotherapeuten zur sich selbst und zu anderen Menschen (Langform)
- Anlage 8 Fragebogen zur Messung der Einstellung des Psychotherapeuten zu sich selbst und zu anderen Menschen (revidierte Fassung)
- Anlage 9 Fragebogen zur Messung der Einstellung des Psychotherapeuten zu seinem Klienten
- Anlage 10 Psychotherapeuten- und Klientenbeurteilungsskalen
- Anlage 11 Deskription der Fragebogendaten aus dem Hauptversuch
- Anlage 12 Einstellung des Psychotherapeuten zu sich selbst (Interkorrelation und Faktorenstruktur)
- Anlage 13 Einstellung des Psychotherapeuten zu anderen Menschen (Interkorrelation und Faktorenstruktur)
- Anlage 14 Einstellung des Psychotherapeuten zu seinem Klienten (Interkorrelation und Faktorenstruktur)
- Anlage 15 Wahrnehmung des Klienten durch den Psychotherapeuten (Interkorrelation und Faktorenstruktur)
- Anlage 16 Beurteilung des Klientenverhaltens
- Anlage 17 Beurteilung des Psychotherapeutenverhaltens
- Anlage 18 Zusammenhänge zwischen Psychotherapeuteneinstellungen und Psychotherapeuten- und Klientenverhaltensweisen.

Anlage 1 Liste der Beschreibungsbegriffe für Klienten-
merkmale

Reihenfolge 1 ⁺	Reihenfolge 2
1. gewissenhaft	1. gewissenhaft
2. intelligent	2. engagiert
3. tatkräftig	3. pessimistisch
4. sachlich	4. konservativ
5. selbstsicher	5. jünger
6. träge	6. empfindsam
7. männlich	7. vertrauensvoll
8. optimistisch	8. kritisch
9. argwöhnisch	9. männlich
10. beherrscht	10. sympathisch
11. empfindsam	11. willensstark
12. ordentlich	12. gesprächig
13. offen	13. dynamisch
14. schweigsam	14. exzentrisch
15. engagiert	15. ordentlich
16. kritisch	16. kontaktfreudig
17. beeinflussbar	17. intelligent
18. aufgeschlossen	18. freundlich
19. unabhängig	19. mit religiöser Bindung
20. exzentrisch	20. sachlich
21. freundlich	21. offen
22. liberal	22. phantasiearm
23. sympathisch	23. gleichgültig
24. beruflich erfolgreich	24. liberal
25. mit religiöser Bindung	25. beeinflussbar
26. willensstark	26. verschlossen
27. jünger	27. weiblich
28. unbekümmert	28. beruflich erfolgreich
29. bedächtig	29. schweigsam
30. unsicher	30. unbeherrscht
31. dynamisch	31. bedächtig
32. weiblich	32. tatkräftig
33. pessimistisch	33. selbstsicher
34. vertrauensvoll	34. mißtrauisch
35. unbeherrscht	35. unbekümmert
36. verschlossen	36. träge
37. gesprächig	37. unsicher
38. gleichgültig	38. aufgeschlossen
39. kontaktfreudig	39. unabhängig
40. mißtrauisch	40. optimistisch
41. phantasiearm	41. argwöhnisch
42. konservativ	42. beherrscht

⁺ im Folgenden ist die Auswertung nach Reihenfolge 1
vorgenommen

Anlage 2 Deskription der Beurteilung der Klientenmerk-
male durch Psychotherapeuten

	\bar{x}	s^2
1. gewissenhaft	0,892	0,935
2. intelligent	1,585	0,568
3. tatkräftig	1,250	0,594
4. sachlich	0,846	1,288
5. selbstsicher	0,391	1,331
6. träge	-1,527	0,679
7. männlich	0,022	0,300
8. optimistisch	1,289	0,628
9. argwöhnisch	-1,191	0,693
10. beherrscht	0,174	0,915
11. empfindsam	0,823	0,851
12. ordentlich	0,341	0,541
13. offen	1,979	0,687
14. schweigsam	-1,108	0,978
15. engagiert	1,785	0,727
16. kritisch	1,064	1,006
17. beeinflussbar	0,174	1,819
18. aufgeschlossen	1,543	0,810
19. unabhängig	1,143	0,829
20. exzentrisch	-0,908	0,917
21. freundlich	0,538	0,495
22. liberal	0,804	0,606
23. sympathisch	0,811	0,616
24. beruflich erfolgreich	0,478	0,662
25. mit religiöser Bindung	1,129	0,649
26. willensstark	1,000	0,795
27. jünger	1,121	0,313
28. unbekümmert	-0,054	1,125
29. bedächtig	0,292	0,570
30. unsicher	-0,123	0,986
31. dynamisch	1,099	0,753
32. weiblich	0,170	0,220
33. pessimistisch	-1,077	0,779
34. vertrauensvoll	1,308	1,177
35. unbeherrscht	-0,604	0,793
36. verschlossen	-1,378	0,550
37. gesprächig	0,922	0,822
38. gleichgültig	-1,967	0,568
39. kontaktfreudig	1,494	0,695
40. mißtrauisch	-1,130	0,885
41. phantasiearm	-1,191	0,758
42. konservativ	-0,500	0,570

Anlage 3 Antworten auf die offene Frage in der Psycho-
therapeutenbeurteilung der Klientenmerkmale

(Zahlen in Klammern kennzeichnen Anzahl der Mehrfachnennungen)

günstig	ungünstig
umstellungsfähig experimentierfreudig (3) Bereitschaft zur Veränderung entwicklungsbereit	Angst vor Veränderung
ungehemmt erzählend (2) verbalisierungsfähig spricht über Gefühle sprechfähig	Angst, intellektuelle Fassade zu verlieren gehemmt unanschauliche Ausdrucksweise unehrlich
zukunftsorientiert planend realistisch wägend vergleichend	mißtrauisch verbittert subjektivistisch realitätsfern selbstlobend
selbstakzeptierend	depressiv (2) selbstaggressiv dauernde Klagen
Eigenbedürfnisse sehend repressionsfähig selbstsicher Ich-stark	außengesteuert unselbständig Anklammern an andere autoritätsgläubig (2) suggestibel
flexibel kreativ geistig beweglich progressiv	nachtragend rigide (3) beharrlich starr (2) voll Vorurteile fanatisch unbelehrbar introvertiert
Rückhalt bei der Umwelt gefühlvoll subtil wahrnehmend unmittelbar erlebend differenziertes Fühlen (2) vorstellungsvermögend gemütvoll (2)	einsam intellektualisierend } (8) rationalisierend } kontrollierend } ideologisiert (3)

günstig	ungünstig
fragend mitdenkend kooperierend (3) selbstreflektierend (4) selbstkritisch konditionierbar einsichtig (2)	abschweifend Unvermögen zur Introspektion extrapunitiv uneinsichtig
Leidensdruck vorhanden motiviert Leidensfähigkeit gesundungswillig	kommt nicht von selbst hat Leidensgewinn wehleidig
ausgeglichen zuverlässig	süchtig (2) ungeduldig (2) hedonistisch zwanghaft (3) zu agil hysterisch
interessiert ausdauernd	interessenlos passiv (3) antriebschwach Zurückweichen vor Belastungen bequem willenschwach willenlos vegetativ labil (2) träge apathisch entscheidungsunfähig ängstlich
altruistisch tolerant	fordernd egoistisch verwöhnt anspruchsvoll narzistisch perfektionistisch skrupellos kühl

Die Begriffsennungen sind nach Gruppen zusammengefaßt.
 Eine derartige Zusammenfassung ist jedoch fast ausschließlich in das Belieben des Auswerters gestellt.
 Mögen sie lediglich als eine Lesehilfe dienen.

Anlage 4 Interkorrelation der 42 Beschreibungsbegriffe

item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1.00									
2	.05	1.00								
3	-.03	.12	1.00							
4	.30	.23	.08	1.00						
5	-.13	.07	.33	.28	1.00					
6	-.00	-.04	-.03	-.01	.27	1.00				
7	-.06	.02	.19	.06	.39	.02	1.00			
8	-.17	-.13	.25	-.07	.14	-.11	.00	1.00		
9	.12	.03	-.15	.18	-.09	.23	-.04	-.29	1.00	
10	.15	.06	.08	.35	.23	-.01	.18	.06	-.11	1.00
11	.04	.37	.00	-.13	-.14	.00	-.17	-.15	.03	.01
12	.38	-.02	.26	.27	.04	-.10	.04	.00	-.03	.40
13	.03	.00	.39	.03	.03	-.10	-.05	.45	-.29	.03
14	.21	.02	.00	.26	.00	.13	-.02	-.38	.19	.06
15	.08	.19	.31	-.07	.04	-.01	.06	.19	.02	.04
16	.07	.28	-.04	.23	-.03	-.04	.03	-.20	.35	-.05
17	.01	-.17	.17	-.13	.05	.05	.07	.28	-.35	.18
18	-.22	.07	.16	.08	-.04	-.07	-.03	.38	-.08	-.01
19	-.01	.22	.18	.24	.19	-.02	.04	.22	.05	.13
20	.30	-.08	-.08	-.01	.14	.29	.14	-.18	.26	.07
21	.09	-.18	.27	.18	.06	-.04	.02	.38	-.16	.18
22	-.01	.02	.10	.18	.12	-.32	.11	.27	-.15	.18
23	-.01	-.06	.20	-.00	.00	.01	-.09	.22	-.16	.07
24	-.07	.00	.40	.05	.36	.03	.23	.21	-.03	.09
25	.10	.14	-.10	.13	.02	-.27	.18	-.04	-.04	.21
26	.09	.05	.51	.08	.23	-.15	.15	.27	-.19	.40
27	.11	.24	.20	.03	.31	.00	.13	-.06	-.03	.15
28	-.19	-.00	.00	-.02	.13	.14	.07	.35	-.11	-.00
29	-.03	.05	.06	.07	.07	.02	.27	.10	.17	.19
30	-.12	-.08	-.17	-.28	-.34	.20	-.21	-.12	.21	-.16
31	.05	.21	.19	.10	.33	-.03	.33	.22	.01	.18
32	-.27	.19	.12	.03	.13	-.06	.23	.13	-.10	-.06
33	.16	.03	-.04	-.13	-.15	.06	.00	-.47	.36	-.25
34	-.08	.02	.18	-.23	.08	.05	.08	.37	-.20	-.11
35	-.10	-.01	.02	-.05	-.00	.27	-.04	-.20	.20	-.42
36	.31	.14	-.17	.39	-.01	.13	-.03	-.36	.36	.07
37	-.13	.13	.24	-.06	.15	-.03	.26	.25	-.20	.19
38	.11	-.05	-.16	-.03	.01	.32	.10	-.11	.08	-.07
39	-.02	.06	.46	.10	.28	.05	.26	.42	-.07	.01
40	.14	.03	-.02	.16	.04	.24	.11	-.45	.56	-.10
41	-.05	-.38	.04	-.26	.01	.19	.03	.09	-.21	-.11
42	.01	-.26	-.20	-.07	-.21	.05	.02	-.12	.20	-.04

item	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11	1.00									
12	.05	1.00								
13	.08	.18	1.00							
14	.10	.13	-.32	1.00						
15	.19	-.07	.22	-.18	1.00					
16	.20	-.08	.03	.36	.13	1.00				
17	-.12	.14	.26	-.26	.01	-.48	1.00			
18	-.04	.12	.29	-.04	.14	.26	.00	1.00		
19	.06	-.00	.10	.08	.13	.25	-.11	.39	1.00	
20	-.03	.06	-.15	.19	.02	.04	-.10	-.19	-.12	1.00
21	-.13	.30	.28	-.12	.16	-.22	.25	.23	.20	-.02
22	-.03	.28	.17	.04	-.00	-.15	.04	.26	.15	-.12
23	.11	.12	.02	-.07	.28	-.29	.26	.04	.03	-.03
24	-.10	.17	.14	-.14	.08	-.17	.09	-.11	.15	.14
25	.10	.26	-.07	.08	-.17	.01	-.04	-.22	-.09	.01
26	.04	.29	.31	-.15	.11	-.01	.17	.04	.05	.02
27	.24	.04	.11	.01	.20	.04	.10	-.02	.29	-.04
28	-.14	-.22	.19	-.14	.04	-.09	.13	.20	.19	.05
29	.07	.12	.03	.03	.16	.23	-.08	.34	.11	-.06
30	.14	-.15	-.07	-.12	.10	.12	.02	.01	-.18	.16
31	.17	.15	.11	-.07	.21	.04	-.04	.06	.33	.04
32	-.13	-.21	.05	.04	-.06	.01	.13	.08	.13	-.15
33	.16	.06	-.20	.33	-.04	.25	-.22	-.16	-.16	.37
34	.22	-.16	.35	-.34	.33	-.13	.43	.04	-.11	-.09
35	-.01	-.26	-.01	.13	.06	.14	-.06	.09	.05	.21
36	-.02	-.04	-.33	.59	-.17	.38	-.28	-.11	-.00	.29
37	.04	.22	.46	-.39	.05	-.05	.27	.09	.06	-.06
38	-.17	-.04	-.05	.28	-.19	.17	-.17	-.01	-.09	.20
39	.03	.21	.50	-.27	.08	-.17	.19	.23	.27	-.18
40	.00	.05	-.36	.44	.05	.27	-.25	-.08	.03	.41
41	-.30	-.15	.10	.08	-.13	-.11	.12	-.09	-.22	.19
42	-.11	-.11	-.14	.07	-.09	.16	.04	.08	.00	.07

item	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
21	1.00										
22	.46	1.00									
23	.46	.29	1.00								
24	.17	.12	.11	1.00							
25	.01	.23	.05	.14	1.00						
26	.13	.02	.08	.27	.13	1.00					
27	.01	.23	-.05	.26	.08	.14	1.00				
28	.20	.23	-.07	.11	-.02	-.00	.15	1.00			
29	.09	.04	-.10	-.05	-.02	.10	.02	-.03	1.00		
30	-.17	-.39	-.05	-.24	-.20	-.08	-.20	-.10	.14	1.00	
31	.06	.19	.04	.34	.33	.25	.33	.10	.02	-.25	1.00
32	.16	.25	.17	.00	.16	.02	.12	.17	-.09	-.15	.19
33	-.14	-.08	.02	.00	.08	-.15	-.03	-.16	-.00	.12	-.16
34	.15	-.06	.20	.11	.02	.16	.20	.25	.08	.01	.15
35	-.18	-.29	-.09	-.13	-.39	-.24	-.00	-.03	-.12	.21	-.11
36	-.19	-.19	-.20	-.15	.11	-.13	-.01	-.22	.05	.13	-.21
37	.12	.10	.14	.17	.16	.32	.11	.10	.06	-.03	.26
38	-.12	-.10	-.14	-.06	-.01	-.11	-.00	.20	-.00	.03	-.04
39	.36	.29	.28	.35	.12	.27	.17	.14	.14	-.16	.30
40	-.21	-.12	-.10	.02	-.12	-.25	.02	-.17	-.07	.12	-.04
41	.06	-.22	-.05	-.12	-.11	-.01	-.19	.09	-.15	.09	-.25
42	-.06	-.33	-.14	-.14	-.03	-.10	-.17	.04	.13	.34	-.18

item	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
32	1.00										
33	-.03	1.00									
34	.15	-.09	1.00								
35	-.02	.17	-.09	1.00							
36	.01	.25	-.30	.24	1.00						
37	.10	-.06	.35	-.14	-.44	1.00					
38	-.02	.20	-.16	.30	.25	-.01	1.00				
39	.18	-.11	.24	-.05	-.29	.47	.03	1.00			
40	-.05	.47	-.44	.35	.48	-.35	.16	-.22	1.00		
41	.01	.11	.17	.10	.06	-.07	.30	-.09	.01	1.00	
42	-.12	.14	-.02	.11	.23	-.24	.07	-.14	.14	.20	1.00

Anlage 4 Faktorenstruktur der 42 Beschreibungsbegriffe
 (nach Varimax-Rotation)

item	I	II	III	IV	V	h^2
1	-.257	.133	-.332	-.036	.336	.308
2	-.122	.079	-.085	-.653	-.057	.458
3	.207	.584	-.065	-.148	-.151	.433
4	-.431	.145	-.469	-.071	-.278	.509
5	-.087	.630	-.117	.080	-.196	.462
6	-.224	.362	.433	.207	.094	.421
7	-.085	.520	-.082	.069	-.084	.296
8	.538	.185	-.027	.114	-.521	.609
9	-.563	.043	.203	-.209	.113	.417
10	-.019	.238	-.564	.004	.003	.376
11	.078	-.017	.044	-.681	.266	.543
12	-.020	.251	-.597	-.024	.137	.439
13	.480	.295	.036	-.130	-.273	.410
14	-.704	-.003	-.141	.050	.033	.520
15	.220	.251	.202	-.448	-.041	.355
16	-.520	-.034	.179	-.482	-.187	.571
17	.529	.217	-.038	.297	.063	.421
18	.036	-.026	.115	-.172	-.709	.548
19	-.163	.189	-.060	-.314	-.595	.518
20	-.366	.391	.142	.201	.381	.493
21	.252	.243	-.299	.223	-.354	.387
22	.100	.081	-.550	.014	-.420	.496
23	.312	.159	-.173	.044	.004	.155
24	.121	.580	-.169	.013	.013	.380
25	-.009	.083	-.539	-.086	.194	.343
26	.280	.436	-.274	-.126	.054	.363
27	.006	.407	-.098	-.355	-.049	.304
28	.148	.201	.176	.198	-.450	.335
29	-.087	.087	.023	-.251	-.238	.135
30	.012	-.194	.532	-.096	.257	.396
31	.067	.486	-.226	-.340	-.132	.424

item	I	II	III	IV	V	h^2
32	.043	.136	-.037	.033	-.354	.148
33	-.395	.113	.185	-.077	.420	.385
34	.598	.289	.263	-.134	.039	.530
35	-.305	.099	.618	.021	-.050	.487
36	-.754	-.040	-.012	.023	.119	.585
37	.482	.410	-.067	-.171	-.015	.434
38	-.366	.196	.247	.308	-.031	.330
39	.324	.542	-.093	-.090	-.327	.522
40	-.730	.152	.164	.005	.183	.617
41	.051	.105	.325	.612	.093	.503
42	-.201	-.146	.296	.189	.026	.186

Varianzanteile der Faktoren

Faktor 1 Varianzanteil: .119

Faktor 2 Varianzanteil: .084

Faktor 3 Varianzanteil: .080

Faktor 4 Varianzanteil: .065

Faktor 5 Varianzanteil: .070

Anlage 5 Unterschiede in der Beurteilung der Klientenmerkmale

In der Tabelle sind die mittleren Einstufungen der 94 Therapeuten auf den 42 Begriffen wiedergegeben. Wenn signifikante ($p < .05$) Unterschiede (t-Test für homogene, ggf. heterogene Varianzen, einfakt. Varianzanalyse mit Scheffé-Test) zwischen den Gruppen bestehen, sind die Gruppenmittelwerte - die sich signifikant unterscheiden - aufgeführt und durch einen senkrechten, durchgehenden Strich getrennt. Durch gestrichelte Linien getrennte Mittelwerte bedeuten, daß die von dieser Linie getrennten Mittelwerte sich untereinander nicht, wohl aber gegenüber dem 3. Wert überzufällig unterscheiden.

Anlage 6 Fragebogen zur Wahrnehmung von Klientenmerkmalen durch Psychotherapeuten

Gespräch Nr.:

Datum:

Therapeut:

Klient:

191

Kontakt Nr.:

Uns interessiert jetzt der Eindruck, den Du in dieser Stunde von Deinem "Klienten" hattest. Zur Beschreibung stehen Dir 16 Begriffe zur Verfügung. Bitte gib bei jedem an, inwieweit er nach Deinem Eindruck bei Deinem Gesprächspartner zutrifft. Du kannst Dein Urteil auf 7 Stufen abgeben, wobei

	+3 = sehr stark
Zutreffendes	+2 = stark
bitte	+1 = eher stark
ankreuzen!	0 = weder stark noch schwach
	-1 = eher schwach
	-2 = schwach
	-3 = sehr schwach

ausgeprägt bedeutet.

1. träge	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2. offen	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3. vertrauensvoll	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4. pessimistisch	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5. kritisch	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6. engagiert	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7. Bindung an soziale, ethische oder religiöse Normen	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8. phantasiearm	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9. mißtrauisch	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10. aufgeschlossen	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11. intelligent	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12. willensstark	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13. verschlossen	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14. unabhängig	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15. dynamisch	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16. gleichgültig	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Anlage 7 Fragebogen zur Messung der Einstellung des Psychotherapeuten zu sich selbst und zu anderen Menschen (Langform)

A N L E I T U N G

Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen und Einstellungen finden.

Sie können jede entweder mit

- 1 - trifft nicht zu,
- 2 - trifft selten zu,
- 3 - trifft öfter zu,
- 4 - trifft ziemlich oft zu oder mit
- 5 - trifft zu

beantworten. Kreuzen Sie bitte die entsprechende Ziffer an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

1. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den "besten" Eindruck machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
2. Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht gut auf Sie. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, welche noch am ehesten für Sie zutrifft.

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 2 = trifft selten zu
 3 = trifft öfter zu
 4 = trifft ziemlich oft zu
 5 = trifft zu

- | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| s | 1. Wenn ich mit Problemen konfrontiert werde und Entscheidungen treffen muß, erweisen sich diese Entscheidungen meist als nicht besonders erfolgreich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o | 2. Es fällt mir leicht, beträchtlichen Einfluß auf einige meiner Freunde auszuüben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o | 3. Sobald irgend jemand in meiner Gegenwart einen Fehler macht, werde ich ihn mit Sicherheit darauf hinweisen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o | 4. Wenn ich über ein Gebiet besonders gut Bescheid weiß, doch irgend jemand nicht mit mir übereinstimmt, fühle ich mich dadurch sofort zurückgesetzt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s | 5. Ich habe dauernd das Gefühl, mein Verhalten rechtfertigen oder entschuldigen zu müssen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s | 6. Wenn mir jemand seine Kritik direkt ins Gesicht sagt, fühle ich mich sehr niedergeschlagen und wertlos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s | 7. Ich ändere meine Meinung (oder die Art meiner Handlungsweisen), nur um jemandem zu gefallen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o | 8. Es fällt mir schwer, echtes Interesse an den Unternehmungen meiner Freunde zu finden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s | 9. Ich bedaure meine Handlungsweise, wenn ich herausfinde, daß ich dadurch jemanden verletzt habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o | 10. Ich beanstande die Kleidung, das Auftreten, oder die Gedanken von einigen Freunden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 2 = trifft selten zu
 3 = trifft öfter zu
 4 = trifft ziemlich oft zu
 5 = trifft zu

- o 11. Manche meiner Freunde handeln durchweg so, daß ich es nicht billige. 1 2 3 4 5
- s 12. Es bedrückt mich, wenn ich daran denke, daß mich Freunde oder Bekannte nicht leiden könnten. 1 2 3 4 5
- o 13. Es fällt mir schwer, einige Gruppen als gleichwertig zu akzeptieren, die als Minderheiten in unserer Gesellschaft leben. 1 2 3 4 5
- s 14. Ich fühle, daß ich weniger wert bin als einige meiner Freunde. 1 2 3 4 5
- s 15. Ich bin auf Parties und Versammlungen vorsichtig, weil ich Angst habe, daß ich Dinge tun oder sagen könnte, die anderen nicht gefallen. 1 2 3 4 5
- s 16. Es beunruhigt mich, daß ich mich nicht rechtzeitig oder schnell genug zu etwas aufraffen kann. 1 2 3 4 5
- o 17. Ich meine, daß ein großer Teil der Probleme unserer Welt von bestimmten Gruppen verursacht wird, die ihrem Wesen nach eigennützig und wenig vertrauenswürdig sind. 1 2 3 4 5
- s 18. Ich habe das Gefühl, daß ich zum Wohlergehen anderer zu wenig beitrage. 1 2 3 4 5
- o 19. Wenn ich jemanden kennenlerne, versuche ich herauszufinden, in welchen Bereichen ich über- bzw. unterlegen bin. 1 2 3 4 5
- o 20. Personen, die für Ehrenämter gewählt werden, sind meistens Streber oder Leute mit entsprechenden Beziehungen. 1 2 3 4 5

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 2 = trifft selten zu
 3 = trifft öfter zu
 4 = trifft ziemlich oft zu
 5 = trifft zu

-
- o 21. Man sollte es in Kauf nehmen, andere hin und wieder zu verletzen, weil es unmöglich ist, es allen recht zu machen. 1 2 3 4 5
- o 22. Enge Freundschaft zu schließen beinhaltet stets ein Risiko und es mag sich sogar als schädlich für einen der Beteiligten erweisen. 1 2 3 4 5
- s 23. Wenn ich nicht ganz bestimmte Veränderungen in meinem Verhalten (oder Leben) vornehme, könnte ich ein Versager werden. 1 2 3 4 5
- s 24. Wenn ich irgendwo versagt habe, brauche ich einige Tage oder länger um darüber hinwegzukommen. 1 2 3 4 5
- o 25. Im großen und ganzen verfügen Studenten über keine große soziale und emotionale Reife. 1 2 3 4 5
- o 26. Manche, die ich kenne, wurden eingebildet oder es wurde schwer mit ihnen auszukommen, nachdem sie Erfolg hatten oder zu Ansehen gelangt sind. 1 2 3 4 5
- s 27. Bei ersten Begegnungen fällt es mir schwer einzuschätzen, ob andere mich mögen oder ablehnen. 1 2 3 4 5
- o 28. Manche meiner Freunde brauchen bei ihren Entscheidungen meine Ratschläge oder meine Hilfe. 1 2 3 4 5
- o 29. Man sollte nicht auf die Meinung anderer hören, wenn man sicher ist, daß man recht hat. 1 2 3 4 5
- s 30. Wenn ich an etwas denke, was ich falsch gemacht habe oder in Zukunft falsch machen werde, überfällt mich panische Angst. 1 2 3 4 5

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 - 2 = trifft selten zu
 - 3 = trifft öfter zu
 - 4 = trifft ziemlich oft zu
 - 5 = trifft zu
-

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| s 31. Wenn ich manchmal gelobt werde, habe ich das Gefühl, dieses Lob nicht richtig zu verdienen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 32. Ich glaube, daß ich mich von meinen Freunden und guten Bekannten unterscheide. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 33. Man lernt schnell, daß man von anderen nur sehr wenig erwarten darf. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 34. In Gesellschaft mit meinen Freunden verhalte ich mich ruhig oder greife sogar zu kleinen Notlügen, um zu verbergen, daß ich anders denke als sie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 35. Der sogenannte Erfolg der meisten Leute hat sich aus den Gelegenheiten ergeben, die sich ihnen boten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 36. Erfolg und sozialer Status anderer bedeuten mir solange wenig, bis sie nicht bewiesen haben, daß sie zu echter persönlicher Freundschaft fähig sind. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 37. Ich bin in meinen Gefühlen leicht zu verletzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 38. Wenn ich an meine Vergangenheit denke, dann gibt es einige Punkte, über die ich beschämt bin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 39. Ich würde mich glücklicher fühlen, wenn mir nicht bestimmte Grenzen gesetzt wären. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 40. Solange ich sicher sein kann, meine Ziele durchsetzen zu können, interessieren mich die Ansichten anderer wenig. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 - 2 = trifft selten zu
 - 3 = trifft öfter zu
 - 4 = trifft ziemlich oft zu
 - 5 = trifft zu
-

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| s 41. Ich zweifle daran, daß sich meine Pläne so entwickeln, wie ich es gerne möchte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 42. Ich glaube, ich bin zu schüchtern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 43. In einer Gruppe oder Versammlung äußere ich meine Meinung nicht gerne, weil ich befürchte, daß ich bzw. meine Meinung nicht akzeptiert werde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 44. Es fällt mir schwer Sympathie für Leute zu empfinden, von denen ich meine, daß ihr Unglück hauptsächlich durch ihre eigene Unzulänglichkeit verursacht wurde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 45. Leute, die nicht hart und zielstrebig arbeiten, können von mir keine Hilfe erwarten, wenn sie in Schwierigkeiten geraten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 46. Ich kritisiere mich selbst, wenn ich mich in einigen Situationen dumm oder unangemessen verhalten habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 47. Streikende sind für mich ein Ärgernis, wenn Nachteile für mich dabei entstehen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 48. Einige Leute versuchen immer mehr Vorteile für sich zu beanspruchen, als ihnen zustehen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 49. Es sind immer die gleichen Leute, die die meisten Schwierigkeiten, von denen wir in den Zeitungen lesen, verursachen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 50. Wenn ich höre, daß jemand eine schlechte Meinung von mir hat, versuche ich, sobald ich ihn/sie das nächste Mal treffe, einen möglichst günstigen Eindruck zu hinterlassen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
- 2 = trifft selten zu
- 3 = trifft öfter zu
- 4 = trifft ziemlich oft zu
- 5 = trifft zu

- | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|
| ms 51. | Ich würde es gut finden, wenn mir jemand sagte, wie meine persönlichen Probleme zu lösen wären. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s 52. | Ich stelle den Wert meiner Person nicht in Frage, selbst wenn ich glaube, daß es andere tun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o 53. | Ich komme mit allen gut aus, egal ob es sich um Leute aus sozial hohen oder niedrigen Schichten handelt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mo 54. | Ich kann mich so in meine Arbeit vertiefen, daß es mich nicht beunruhigt, keinen wirklichen Freund zu haben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mo 55. | Ich bin nicht bereit, für andere Leute Zeit und Energie aufzubringen; ich halte es für wichtiger, mich mehr um meine Familie und um mich zu kümmern; andere Leute sollten sich selbst helfen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 56. | Wenn andere etwas Nettes über mich sagen, ist es für mich schwer zu glauben, daß sie es auch wirklich so meinen. Ich habe vielmehr den Eindruck, daß sie es einfach nicht ernst meinen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 57. | Ich kann es nicht ertragen, wenn mich jemand kritisiert oder über mich redet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 58. | Ich äußere mich kaum über sozialpolitische Probleme, weil ich befürchte, andere könnten mich kritisieren oder auslachen, wenn ich das Falsche sage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 59. | Ich muß feststellen, daß ich nicht besonders erfolgreich bin, aber ich glaube nicht, daß ich meine Energien noch besser einsetzen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mo 60. | Ich finde es nicht gut, anderen Leuten gefällig zu sein, denn wenn man zu gefällig ist, wird man ausgenutzt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 - 2 = trifft selten zu
 - 3 = trifft öfter zu
 - 4 = trifft ziemlich oft zu
 - 5 = trifft zu
-

- s 61. Ich betrachte die meisten meiner Gefühle, die ich anderen Leuten gegenüber empfinde, als ziemlich natürlich und akzeptabel. 1 2 3 4 5
- ms 62. Das meiste, was ich mache, läßt mich unzufrieden sein. Gelingt mir aber mal etwas, werde ich schnell überheblich und ich bin dann wieder unzufrieden mit mir. 1 2 3 4 5
- ms 63. Ich fühle, daß ich mich von anderen Leuten unterscheide, doch würde ich mich sicherer fühlen, wenn dies nicht allzusehr der Fall wäre. 1 2 3 4 5
- ms 64. Ich fürchte, daß Leute, die ich mag, herausfinden könnten, wie ich wirklich bin. Ich habe Angst, sie könnten über mich enttäuscht sein. 1 2 3 4 5
- ms 65. Ich habe häufig Minderwertigkeitsgefühle. 1 2 3 4 5
- ms 66. Ich bin nicht in der Lage, gegenüber anderen soviel durchzusetzen, wie ich es eigentlich sollte. 1 2 3 4 5
- ms 67. In zwischenmenschlichen Kontakten bin ich ziemlich schüchtern und unsicher. 1 2 3 4 5
- ms 68. Nur um vorwärtszukommen und um beliebt zu sein neige ich dazu, mich so zu verhalten, wie andere es von mir erwarten. 1 2 3 4 5
- mo 69. Ich ignoriere die Gefühle anderer, wenn ich irgendetwas Wichtiges abschließen will. 1 2 3 4 5
- s 70. Ich bin in der Lage, meine Probleme selbst zu bewältigen und das macht mich ziemlich selbstsicher. 1 2 3 4 5

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 - 2 = trifft selten zu
 - 3 = trifft öfter zu
 - 4 = trifft ziemlich oft zu
 - 5 = trifft zu
-

- mo 71. Ich halte nichts von Kompromissen; wenn Leute Wertvorstellungen haben, die sich nicht mit meinen decken, lege ich keinen Wert auf den Umgang mit Ihnen. 1 2 3 4 5
- mo 72. Der Ehepartner, muß nicht immer den eigenen Vorstellungen entsprechen, aber man sollte versuchen, ihn in die erwünschte Richtung zu beeinflussen. 1 2 3 4 5
- mo 73. Ich habe keine Bedenken, anderen ein wenig auf die Füße zu treten, wenn es mir hilft, was ich vom Leben erwarte zu erhalten. 1 2 3 4 5
- ms 74. Ich fühle mich unsicher, wenn ich mit Leuten zusammentreffe, die eine mir beruflich übergeordnete Position einnehmen. 1 2 3 4 5
- mo 75. Ich versuche auf irgendeine Art und Weise andere dazu zu bringen, daß sie das tun, was ich möchte. 1 2 3 4 5
- mo 76. Ich sage den Leuten häufig, was sie tun sollten, wenn sie Schwierigkeiten bei Entscheidungen haben. 1 2 3 4 5
- ms 77. Irgendwie fühle ich mich durcheinander. 1 2 3 4 5
- mo 78. Ich fühle mich am wohlsten, wenn ich alleine bin. 1 2 3 4 5
- o 79. Ich fühle mich anderen gegenüber weder über- noch unterlegen. 1 2 3 4 5
- o 80. Manchmal verstehen mich andere Leute, wenn ich versuche, sie vor Fehlern zu bewahren, die einen wesentlichen Einfluß auf ihr Leben haben könnten. 1 2 3 4 5

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
2 = trifft selten zu
3 = trifft öfter zu
4 = trifft ziemlich oft zu
5 = trifft zu
-

- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| ms | 91. Ich glaube, daß ich bestimmte Fähigkeiten habe und andere Leute meinen das auch, aber ich zweifle, ob ich sie richtig einsetzen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s | 92. Ich bin zuversichtlich, etwas im Hinblick auf zukünftige Probleme unternehmen zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mo | 93. Ich glaube schon, daß manche von vornherein Anerkennung erhalten sollten, aber mir ist kaum eine Leistung bekannt, die dies später gerechtfertigt hätte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| o | 94. Sobald mich jemand um Rat in einer persönlichen Angelegenheit fragt, sage ich ihm lieber, daß er sein Problem selbst abwägen sollte, als ihm zu sagen, was er zu tun hat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms | 95. Ich schätze, daß ich ziemlich angebe, um andere zu beeindrucken. Ich weiß, daß ich nicht so bin, wie ich zu sein verbe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mo | 96. Ich denke, daß man sich meistens seinen Weg durchs Leben erkämpfen muß. Das bedeutet, daß man auch rücksichtslos sein muß. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mo | 97. Ich kann nicht gegen das Gefühl angehen, mich den meisten Leuten gegenüber, die ich kenne, über- oder unterlegen zu fühlen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| s | 98. Wenn andere Leute ein Urteil über mich fällen, kümmere ich mich nicht darum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| mo | 99. Die gleichen Wertmaßstäbe, die ich an mein Handeln anlege, verlange ich auch bei anderen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 2 = trifft selten zu
 3 = trifft öfter zu
 4 = trifft ziemlich oft zu
 5 = trifft zu
-

- o 100. Ich kann auch freundlich zu Leuten sein, die Dinge tun, die ich für falsch halte. 1 2 3 4 5
- ms 101. Ich wünsche mir sehr oft, so zu empfinden wie andere. 1 2 3 4 5
- ms 102. Wenn ich mich in einer Gruppe befinde, bin ich gewöhnlich still, aus Furcht Falsches zu sagen. 1 2 3 4 5
- ms 103. Ich habe die Tendenz, meinen Problemen auszuweichen. 1 2 3 4 5
- mo 104. Wenn jemand schwach ist, neige ich dazu, ihn auszunutzen. Ich glaube, man muß seine Ellenbogen gebrauchen, um seine Ziele zu erreichen. 1 2 3 4 5
- mo 105. Ich lasse mich von Leuten, die mit mir diskutieren, leicht verwirren. 1 2 3 4 5
- mo 106. Wenn ich mit Jüngeren zu tun habe, erwarte ich, daß sie tun, was ich ihnen sage. 1 2 3 4 5
- ms 107. Wenn ich mich so geben würde, wie ich wirklich bin, würden die Leute schlecht von mir denken. 1 2 3 4 5
- mo 108. Ich sehe nur dann einen Grund, für andere etwas zu tun, wenn sie sich auch für mich einsetzen. 1 2 3 4 5
- s 109. Ich fühle, daß ich auf dem gleichen Niveau wie andere stehe, und das hilft mir, gute Beziehungen zu ihnen aufzunehmen. 1 2 3 4 5

Zutreffende Zahl bitte ankreuzen:

- 1 = trifft nicht zu
 2 = trifft selten zu
 3 = trifft öfter zu
 4 = trifft ziemlich oft zu
 5 = trifft zu

- | | | | | | | |
|---------|--|---|---|---|---|---|
| mo 110. | Wenn jemand, den ich kenne, Schwierigkeiten hat, mit irgendwelchen Dingen fertig zu werden, sage ich ihm gern, was zu tun ist. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 111. | Mir gegenüber reagieren die Leute anders, als sie es normalerweise anderen gegenüber tun. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 112. | Ich lebe zu sehr nach den Maßstäben anderer Leute. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 113. | Wenn ich mich an eine Gruppe wende, werde ich unsicher und habe Schwierigkeiten, mich richtig auszudrücken. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ms 114. | Wenn ich nicht immer solches Pech hätte, würde ich viel mehr zustande bringen, als ich es bisher getan habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anlage 8 Fragebogen zur Messung der Einstellung des Psycho-
therapeuten zu sich selbst und zu anderen Menschen
(revidierte Fassung)

S/O_{1,2,8}

Name/Chiffre:

Datum:

Beruf:

Alter:

Geschlecht:

abgeschlossene Therapieausbildung:

wenn ja, welche:

A N L E I T U N G

Sie werden in den folgenden Fragebogen einige Aussagen finden. Wir bitten Sie, anzukreuzen, in welchem Maße die Aussagen für Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Es stehen Ihnen jeweils sieben Antwortmöglichkeiten zur Verfügung:

- +3 = trifft zu
- +2 = trifft ziemlich gut zu
- +1 = trifft eher zu
- 0 = weder zutreffend noch unzutreffend
- 1 = trifft eher nicht zu
- 2 = trifft ziemlich schlecht zu
- 3 = trifft nicht zu

Bitte kreuzen Sie das an, was Ihrem Eindruck am ehesten entspricht!

1. Andere Leute akzeptieren es, wenn ich versuche, sie vor Fehlern zu bewahren, die einen wesentlichen Einfluß auf ihr Leben haben könnten. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
2. Ich habe nur wenig Vertrauen zu mir selbst. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
3. Wenn ich mich in einer Gruppe befinde, bin ich gewöhnlich still, aus Furcht, Falsches zu sagen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
4. Ich habe dauernd das Gefühl, mein Verhalten rechtfertigen oder entschuldigen zu müssen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
5. Ich fühle, daß ich weniger wert bin als einige meiner Freunde. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
6. Ich habe keine Bedenken, anderen ein wenig auf die Füße zu treten, wenn es mir hilft, das zu erhalten, was ich vom Leben erwarte. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
7. Ich glaube, daß ich bestimmte Fähigkeiten habe und andere Leute meinen das auch, aber ich zweifle, ob ich sie richtig einsetzen kann. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
8. Ich bin in meinen Gefühlen leicht zu verletzen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
9. Ich sage den Leuten häufig, was sie tun sollten, wenn sie Schwierigkeiten bei Entscheidungen haben. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
10. Ich bin nicht in der Lage, gegenüber anderen soviel durchzusetzen, wie ich es eigentlich sollte. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
11. Ich betrachte die meisten meiner Gefühle, die ich anderen Leuten gegenüber empfinde, als ziemlich natürlich und akzeptabel. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
12. Manche meiner Freunde brauchen bei ihren Entscheidungen meine Ratschläge oder meine Hilfe. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
13. Es fällt mir schwer, Sympathie für Leute zu empfinden, von denen ich meine, daß ihre Schwierigkeiten hauptsächlich durch ihre eigenen Unzulänglichkeiten verursacht wurden. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

14. Solange ich sicher sein kann, meine Ziele durchsetzen zu können, interessieren mich die Ansichten anderer wenig. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
15. Ich sehe nur dann einen Grund, für andere etwas zu tun, wenn sie sich auch für mich einsetzen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
16. Ich lasse mich von Leuten, die mit mir diskutieren, leicht verwirren. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
17. Ich finde es nicht gut, anderen Leuten gefällig zu sein, denn wenn man zu gefällig ist, wird man ausgenutzt. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
18. In zwischenmenschlichen Kontakten bin ich ziemlich schüchtern und unsicher. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
19. Ich zweifle daran, daß sich meine Pläne so entwickeln, wie ich es gerne möchte. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
20. Wenn jemand, den ich kenne, Schwierigkeiten hat, mit irgendwelchen Dingen fertig zu werden, sage ich ihm gern, was zu tun ist. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
21. Ich kann es nicht ertragen, wenn mich jemand kritisiert oder über mich redet. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
22. Ich fühle mich unsicher, wenn ich mit Leuten zusammentreffe, die eine mir beruflich übergeordnete Position einnehmen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
23. Ich halte nichts von Kompromissen; wenn Leute Wertvorstellungen haben, die sich nicht mit meinen decken, lege ich keinen Wert auf Gespräche mit ihnen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
24. Oft versuche ich gar nicht erst, freundlich zu anderen zu sein, wenn ich meine, daß sie mich nicht leiden können. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
25. Ich habe das Empfinden, daß ich jemand bin, mit dem es sich lohnt, Kontakt aufzunehmen und kann mir nicht vorstellen, daß mich irgendjemand nicht mag. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

26. Ich versuche auf irgendeine Art und Weise andere dazu zu bringen, das zu tun, was ich möchte. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
27. Ich ignoriere die Gefühle anderer, wenn ich irgendetwas Wichtiges abschließen will. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
28. Wenn ich an etwas denke, was ich falsch gemacht habe oder in Zukunft falsch machen werde, überfällt mich panische Angst. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
29. Ich ziehe es vor, lieber alleine zu bleiben, als eine enge Freundschaft zu Leuten aus meiner Umgebung zu pflegen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
30. Ich fürchte, daß Leute, die ich mag, herausfinden könnten, wie ich wirklich bin. Ich habe Angst, sie könnten über mich enttäuscht sein. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
31. Ich bin nicht bereit, für andere Leute Zeit und Energie aufzubringen; ich halte es für wichtiger, mich mehr um meine Familie, meine Freunde und um mich zu kümmern; andere Leute sollten sich selbst helfen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
32. Ich bin auf Parties und Versammlungen vorsichtig, weil ich Angst habe, daß ich Dinge tun oder sagen könnte, die anderen nicht gefallen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
33. Wenn ich über ein Gebiet besonders gut Bescheid weiß, doch irgendjemand nicht mit mir übereinstimmt, fühle ich mich dadurch sofort zurückgesetzt. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
34. Wenn ich mich an eine Gruppe wende, werde ich unsicher und habe Schwierigkeiten, mich richtig auszudrücken. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
35. In einer Gruppe oder Versammlung äußere ich meine Meinung nicht gerne, weil ich befürchte, daß ich bzw. meine Meinung nicht akzeptiert werde. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

- 5. Ich fühle, daß ich auf dem gleichen Niveau wie andere stehe und das hilft mir, gute Beziehungen zu ihnen aufzunehmen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- 7. Meine Art, wie ich anderen Personen gegenüber empfinde, erweckt ein gewisses Schuldgefühl in mir. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- 8. Ich habe die Tendenz, meinen Problemen auszuweichen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- 9. Ich habe häufig Minderwertigkeitsgefühle. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- 10. Wenn mir jemand seine Kritik direkt ins Gesicht sagt, fühle ich mich sehr niedergeschlagen und wertlos. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- 11. Es macht mir Spaß, auch Leuten, die ich nicht gut kenne, kleine Gefälligkeiten zu erweisen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- 12. Wenn ich an meine Vergangenheit denke, dann gibt es einige Punkte, über die ich beschämt bin. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- 13. Leute, die nicht hart und zielstrebig an sich arbeiten, können von mir keine Hilfe erwarten, wenn sie in Schwierigkeiten geraten. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

Anlage 9 Fragebogen zur Messung der Einstellung des Psycho-
therapeuten zu seinem Klienten

Gespräch Nr.:
 Name/Chiffre:
 Beruf:
 Alter: 0,1,2,s
 Geschlecht: Datum:
 abgeschlossene Therapieausbildung:
 wenn ja, welche:

A N L E I T U N G

In dem vorangegangenen Gespräch konntest Du von Deinem Gesprächspartner einen Eindruck gewinnen. Im folgenden Fragebogen findest Du einige Aussagen, die ihn und Dich betreffen. Wir bitten Dich, anzukreuzen, in welchem Umfang die Aussagen zutreffen oder nicht zutreffen. Es stehen Dir zur Beantwortung sieben Möglichkeiten zur Verfügung:

- +3 = trifft zu
- +2 = trifft ziemlich gut zu
- +1 = trifft eher zu
- 0 = weder zutreffend noch unzutreffend
- 1 = trifft eher nicht zu
- 2 = trifft ziemlich schlecht zu
- 3 = trifft nicht zu

Bitte kreuze das an, was Deinem Eindruck am ehesten entspricht!

1. Ich glaube, mein Gesprächspartner könnte es akzeptieren, wenn ich versuchen würde, ihn vor Fehlern zu bewahren, die einen wesentlichen Einfluß auf sein Leben haben könnten. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
2. Ich hätte keine Bedenken, meinem Gesprächspartner ein wenig auf die Füße zu treten, wenn es mir helfen könnte, das zu erhalten, was ich vom Leben erwartete. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
3. Ich kann mir vorstellen, daß ich meinem Gesprächspartner häufig sagen könnte, was er tun soll, wenn er bei Entscheidungen Schwierigkeiten hat. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
4. Ich betrachte die meisten meiner Gefühle, die ich meinem Gesprächspartner gegenüber empfinde als ziemlich natürlich und akzeptabel. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
5. Mein Gesprächspartner braucht bei seinen Entscheidungen meine Ratschläge oder meine Hilfe. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
6. Es fällt mir schwer, Sympathie für meinen Gesprächspartner zu empfinden, weil ich meine, daß seine Schwierigkeiten hauptsächlich durch seine eigenen Unzulänglichkeiten verursacht wurden. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
7. Solange ich sicher sein kann, meine Ziele durchsetzen zu können, interessieren mich die Ansichten meines Gesprächspartners wenig. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
8. Ich sehe nur dann einen Grund für meinen Gesprächspartner etwas zu tun, wenn er sich auch für mich einsetzt. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
9. Ich finde es nicht gut, meinem Gesprächspartner zu gefällig zu sein, denn wenn ich zu gefällig wäre, würde ich ausgenutzt werden. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
0. Wenn mein Gesprächspartner Schwierigkeiten hätte, mit irgendwelchen Dingen fertig zu werden, würde ich ihm gern sagen, was zu tun ist. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

-2-

11. Ich halte nichts von Kompromissen; wenn mein Gesprächspartner Wertvorstellungen hätte, die sich nicht mit meinen decken, würde ich keinen Wert auf weitere Gespräche mit ihm legen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
12. Ich versuche gar nicht erst freundlich zu meinem Gesprächspartner zu sein, denn ich meine, daß er mich nicht leiden kann. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
13. Ich habe das Empfinden, daß es für meinen Gesprächspartner lohnend wäre, mit mir Kontakt aufzunehmen. Ich kann mir nicht vorstellen, daß er mich nicht mag. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
14. Ich versuche auf irgendeine Art und Weise meinen Gesprächspartner dazu zu bringen, das zu tun, was ich möchte. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
15. Ich würde die Gefühle meines Gesprächspartners ignorieren, wenn ich irgend etwas wichtiges abschließen wollte. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
16. Ich würde es vorziehen, lieber alleine zu bleiben als enge Freundschaft mit meinem Gesprächspartner zu pflegen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
17. Ich bin nicht bereit, für meinen Gesprächspartner Zeit und Energie aufzubringen; ich halte es für wichtiger, mich mehr um meine Familie, meine Freunde und mich zu kümmern; mein Gesprächspartner sollte sich selbst helfen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
18. Ich fühle, daß ich auf dem gleichen Niveau wie mein Gesprächspartner stehe, und das hilft mir, gute Beziehungen zu ihm aufzunehmen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
19. Es könnte mir Spaß machen, meinem Gesprächspartner kleine Gefälligkeiten zu erweisen. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
20. Wenn mein Gesprächspartner nicht hart und zielstrebig an sich arbeitet, kann er keine Hilfe von mir erwarten. +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

Anlage 10 Klientenbeurteilungsskalen

Fi/Thi

KLIENTENBEURTEILUNGSBOGEN

Ausschnitt:

Rater:

Datum:

- | | | | |
|--|---------------|---|-----------|
| 1. Der Klient spricht <u>kaum</u> über seine gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte | 1 2 3 4 | Der Klient spricht <u>überwiegend</u> über seine gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte | 5 6 7 |
| 2. Man spürt, daß der Klient sich <u>kaum</u> mit sich selbst auseinandersetzt | 1 2 3 4 | Man spürt, daß der Klient sich <u>intensiv</u> mit sich selbst auseinandersetzt | 5 6 7 |
| 3. Bei seinen Schilderungen wirkt der Klient <u>gefühlsmäßig distanziert</u> | 1 2 3 4 | Bei seinen Schilderungen geht der Klient <u>innerlich mit</u> | 5 6 7 |
| 4. Der Klient redet <u>kaum</u> von sich aus | 1 2 3 4 | Der Klient redet <u>meistens</u> von sich aus | 5 6 7 |
| 5. Man spürt, daß der Klient seine eigenen Gefühle <u>wenig</u> akzeptiert | 1 2 3 4 | Man spürt, daß der Klient seine eigenen Gefühle <u>sehr</u> akzeptiert | 5 6 7 |

THERAPEUTENBEURTEILUNGSBOGEN

Ausschnitt:

Rater:

Datum:

- | | | |
|---|---------------------------|--|
| 1. Der Therapeut wirkt in seinen Äußerungen innerlich <u>unbeteiligt</u> | 1 2 3 4 5 6 7 | Der Therapeut wirkt in seinen Äußerungen innerlich <u>beteiligt</u> |
| 2. Der Therapeut zeigt gegenüber seinem Klienten <u>wenig</u> emotionale Zuwendung | 1 2 3 4 5 6 7 | Der Therapeut zeigt gegenüber seinem Klienten <u>viel</u> emotionale Zuwendung |
| 3. Der Therapeut geht <u>nicht</u> auf die vom Klienten vorgebrachten Gefühle ein | 1 2 3 4 5 6 7 | Der Therapeut geht <u>immer</u> auf die vom Klienten vorgebrachten Gefühle ein |
| 4. Der Therapeut wirkt in seinem Verhalten <u>unecht</u> | 1 2 3 4 5 6 7 | Der Therapeut wirkt in seinem Verhalten <u>sehr echt</u> |
| 5. Der Therapeut <u>hält sich</u> selbst als Person aus dem Gespräch mit dem Klienten <u>heraus</u> | 1 2 3 4 5 6 7 | Der Therapeut <u>bringt sich</u> selbst als Person in das Gespräch mit dem Klienten <u>ein</u> |

Anlage 11 Deskription der Fragebogendaten aus dem
Hauptversuch

Fragebogen - Einstellung zu sich selbst und Einstel-
lung zu anderen Menschen

item	\bar{x}	s^2	item	\bar{x}	s^2
1	3.24	1.43	23	5.63	1.51
2	5.23	2.05	24	4.80	2.41
3	5.12	2.20	25	4.30	1.84
4	5.29	2.11	26	4.15	2.41
5	6.04	1.38	27	5.29	1.96
6	4.60	2.27	28	5.16	2.89
7	4.66	2.22	29	6.15	1.13
8	3.35	2.17	30	5.69	2.21
9	3.96	2.28	31	6.01	1.35
10	3.60	2.68	32	5.41	1.90
11	1.89	0.59	33	5.27	2.45
12	3.35	1.35	34	4.60	2.65
13	5.38	1.95	35	4.84	2.32
14	5.67	1.50	36	2.87	1.82
15	5.35	1.45	37	5.89	1.62
16	4.67	2.72	38	5.18	2.18
17	5.36	2.42	39	4.66	2.85
18	5.03	1.99	40	4.61	2.67
19	4.90	2.24	41	3.07	1.60
20	3.75	2.40	42	4.35	3.76
21	4.44	2.78	43	5.96	1.15
22	4.20	2.56			

Fragebogen - Einstellung zum Klienten

Stunde 1			Stunde 2	
item	\bar{x}	s^2	\bar{x}	s^2
1	3.43	2.15	3.46	2.81
2	5.00	2.62	5.50	2.22
3	4.52	3.25	4.53	3.03
4	1.83	0.76	1.56	0.53
5	5.30	2.06	5.15	2.60
6	6.32	1.31	6.32	0.94
7	6.43	1.18	6.36	0.67
8	6.24	1.09	6.13	1.12
9	5.43	2.18	5.78	1.79
10	3.92	2.97	3.93	2.71
11	6.26	1.00	6.15	0.97
12	6.75	0.28	6.55	0.65
13	3.75	2.15	3.61	1.92
14	5.70	2.11	5.33	2.22

Stunde 1			Stunde 2	
item	\bar{x}	s^2	\bar{x}	s^2
15	5.86	2.21	5.56	2.06
16	4.61	2.92	4.64	3.35
17	5.90	1.30	5.43	2.59
18	3.07	2.26	2.69	1.74
19	3.73	2.13	3.41	1.68
20	5.56	1.96	5.73	1.94

Fragebogen - Wahrnehmung des Klienten durch den Therapeuten

Stunde 1			Stunde 2	
item	\bar{x}	s^2	\bar{x}	s^2
1	5.21	2.17	5.47	2.09
2	3.43	2.58	2.95	3.07
3	3.57	2.43	3.01	2.10
4	4.60	2.76	4.73	3.07
5	2.72	1.52	2.55	1.06
6	2.87	1.80	2.84	1.63
7	3.66	2.31	3.47	1.87
8	4.60	1.99	4.83	2.20
9	4.15	2.65	4.75	2.37
10	3.13	2.24	2.86	1.90
11	2.42	0.83	2.32	0.72
12	3.34	1.58	3.41	1.96
13	4.72	2.50	4.69	2.87
14	4.03	1.99	4.10	2.09
15	3.53	2.16	3.67	1.69
16	5.54	1.42	5.56	1.84

Anlage 12 Einstellung des Therapeuten zu sich selbst

Var 2 = item 2

Var 3 = " 3

⋮

Var 42 = item 42 des Fragebogens

"Einstellung des Psychotherapeuten

zu sich selbst und zu anderen Menschen."

Es sind hier die items berücksichtigt, die die Einstellung des Therapeuten zu sich selbst messen.

	VAR021	VAR022	VAR028	VAR030	VAR032	VAR033	VAR034	VAR035	VAR037	VAR038
VAR033	.52611	.05851	.42202	.34534	.40875	1.00000	.38116	.35217	.14021	.00457
VAR034	.45805	.08504	.56659	.26434	.57613	.38116	1.00000	.73103	.26473	.15457
VAR035	.46412	.30724	.42037	.44739	.47711	.35217	.73103	1.00000	.22445	.14471
VAR037	.37523	.16347	.36165	.43193	.15006	.14021	.26473	.22445	1.00000	.37520
VAR038	.29557	.13589	.15521	.37430	.23771	.00457	.15471	.14471	.37520	1.00000
VAR039	.35950	.23892	.53700	.32956	.32956	.32641	.51262	.49576	.31628	.26957
VAR040	.58477	.35149	.48725	.43149	.24492	.58474	.41058	.43960	.51852	.08797
VAR042	.42849	.33871	.29411	.43323	.07287	.11437	.17468	.20380	.24282	.16215

	VAR039	VAR040	VAR042
VAR002	.71035	.57124	.21738
VAR003	.42200	.41841	.13457
VAR004	.50514	.58614	.28189
VAR005	.61253	.45503	.38919
VAR007	.36297	.40450	.25218
VAR008	.43630	.52404	.17422
VAR010	.84393	.46064	.14363
VAR016	.48163	.42781	.03605
VAR018	.53445	.31584	.12699
VAR019	.31497	.30417	.17282
VAR021	.35950	.58477	.42045
VAR022	.23892	.35149	.33871
VAR028	.53700	.46725	.29411
VAR030	.37430	.43169	.43323
VAR032	.32956	.24492	.07267
VAR033	.32541	.58474	.11437
VAR034	.41058	.43960	.12468
VAR035	.49576	.43980	.20180
VAR037	.31628	.51852	.24282
VAR038	.26957	.08797	.16215
VAR039	1.00000	.59101	.30418
VAR040	.59101	1.00000	.30432
VAR042	.30418	.30932	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	9.03636	39.3	39.3
2	1.91868	8.3	47.6
3	1.48627	6.5	54.1
4	1.34537	5.8	59.9
5	1.12629	4.9	64.8
6	.96586	4.2	69.0
7	.87429	3.8	72.8
8	.80873	3.5	76.4
9	.76075	3.3	79.7
10	.67348	2.9	82.6
11	.64965	2.8	85.4
12	.57564	2.5	87.9
13	.50408	2.2	90.1
14	.41385	1.8	91.9
15	.38732	1.7	93.6
16	.30976	1.3	94.9
17	.28207	1.2	96.2
18	.21784	.9	97.1
19	.17571	.8	97.9
20	.15897	.7	98.6
21	.13476	.6	99.2
22	.10342	.4	99.6
23	.09085	.4	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2
VAR002	.54160	.56688
VAR003	.78367	.09166
VAR004	.34625	.63101
VAR005	.27479	.71404
VAR007	.25107	.53071
VAR008	.61419	.23291
VAR010	.55849	.41453
VAR016	.70909	.22527
VAR018	.53324	.31916
VAR019	.24736	.49297
VAR021	.51801	.47211
VAR022	.16257	.32349
VAR028	.58663	.40780
VAR030	.24145	.69378
VAR032	.71984	.05684
VAR033	.59827	.23651
VAR034	.82967	.12820
VAR035	.75248	.17248
VAR037	.10937	.66797
VAR038	.03218	.42422
VAR039	.53099	.54591
VAR040	.47390	.59725
VAR042	-.03657	.63277

Anlage 13 Einstellung des Therapeuten zu anderen
Menschen

Var 1 = item 1

Var 6 = item 6

⋮

Var 43 = item 43 des Fragebogens

"Einstellung des Therapeuten zu sich
selbst und zu anderen Menschen!"

Es sind hier nur die items berücksichtigt, die die Ein-
stellung des Therapeuten zu anderen Menschen messen.

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	4.04094	20.2	20.2
2	2.57272	12.9	33.1
3	1.89219	9.5	42.5
4	1.65046	8.3	50.8
5	1.40579	7.0	57.8
6	1.13971	5.7	63.5
7	1.05938	5.3	68.8
8	.84954	4.2	73.1
9	.77796	3.9	76.9
10	.71487	3.6	80.5
11	.68870	3.4	84.0
12	.61033	3.1	87.0
13	.56006	2.8	89.8
14	.51697	2.6	92.4
15	.37402	1.9	94.3
16	.31324	1.6	95.8
17	.28341	1.4	97.3
18	.26074	1.3	98.6
19	.15593	.8	99.3
20	.13307	.7	100.0

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
VAR001	-.04697	.09546	.38616
VAR006	.43273	-.07601	.02876
VAR009	.16202	.74314	.21846
VAR011	.16729	-.42522	-.56994
VAR012	-.01942	.49658	-.07937
VAR013	.59664	.07812	.08234
VAR014	.45974	.28537	.36800
VAR015	.62775	.21050	-.06701
VAR017	.31819	-.27879	.59004
VAR020	.13428	.81552	-.04476
VAR023	.37938	-.17034	.60168
VAR024	.33407	-.15741	.55023
VAR025	.38135	.12327	-.59856
VAR026	.36567	.55810	.16114
VAR027	.54657	.08755	.44513
VAR029	.48423	.03352	.31660
VAR031	.67634	-.13487	.04804
VAR036	-.08927	.42569	.00922
VAR041	.03418	.44996	-.17735
VAR043	.72232	.15569	-.18291

Anlage 14 Einstellung des Psychotherapeuten zu seinem
Klienten

Var 41 = item 1

⋮

Var 60 = item 20

VAR041	VAR042	VAR043	VAR044	VAR045	VAR046	VAR047	VAR048	VAR049	VAR050
1.00000	.02299	.43667	.00648	.30981	.07796	.06983	.00430	.00267	.53556
.02299	1.00000	.34831	.01789	.09590	.31086	.33970	.26985	.17387	1.0824
.43667	.34831	1.00000	.08021	.46568	.37199	.47548	.20333	.06335	.63041
.00648	.01789	.08021	1.00000	.40762	.448197	.37140	.15060	.225835	.11576
.09590	.46568	.46568	.46568	1.00000	.12356	.09886	.31483	.13594	.47819
.43667	.37199	.37199	.37199	.12356	1.00000	.39986	.34628	.34190	.26364
.00648	.01789	.01789	.01789	.15080	.34628	1.00000	.35419	.34474	.34574
.09590	.46568	.46568	.46568	.15080	.34628	.34628	1.00000	.18575	1.00000
.43667	.37199	.37199	.37199	.15718	.41737	.44505	.11672	.11672	1.00000
.00648	.01789	.01789	.01789	.19206	.23190	.34905	.07713	.07713	.21139
.09590	.46568	.46568	.46568	.24910	.30740	.46630	.14234	.05682	.39046
.43667	.37199	.37199	.37199	.64755	.24876	.31779	.30470	.16561	.29234
.00648	.01789	.01789	.01789	.00164	.43915	.54085	.10928	.23541	1.1880
.09590	.46568	.46568	.46568	.01030	.36153	.29545	.39104	.01892	.30932
.43667	.37199	.37199	.37199	.00639	.36284	.23020	.15552	.07004	.08235
.00648	.01789	.01789	.01789	.21053	.00785	.33768	.33768	.12171	.32279
.09590	.46568	.46568	.46568	.32064	.37926	.27603	.26594	.26127	.14549
VAR051	VAR052	VAR053	VAR054	VAR055	VAR056	VAR057	VAR058	VAR059	VAR060
.04484	.00980	.12654	.15247	.07259	.11294	.03586	.01122	.13494	.00943
.23715	.34441	.12863	.32088	.20902	.26244	.17421	.18809	.15153	.36730
.24653	.33757	.05831	.21540	.05340	.13500	.22755	.01762	.26209	1.3603
.39749	.32055	.26314	.00786	.11424	.37331	.36328	.34518	.00920	.17670
.14578	.19206	.24686	.59910	.40755	.00164	.00637	.00637	.21053	.30684
.41737	.34905	.21324	.30740	.22976	.43915	.36153	.26286	.00785	.37926
.24505	.34905	.08630	.31779	.22476	.24085	.29545	.27122	.00785	.27603
.44182	.44022	.14234	.30470	.15427	.16028	.39164	.01552	.33788	.20594
.38274	.07713	.05682	.39884	.18561	.23541	.01099	.07004	.12171	.26127
.25104	.39681	.30046	.32943	.19113	.17886	.30932	.06235	.32429	.14649
1.00000	.39681	.05782	.32483	.06779	.24207	.32663	.066371	.24456	.15466
.39681	.20261	.00261	.35280	.12737	.14094	.30725	.06475	.22744	.42173
.05782	.20261	1.00000	.12658	.04156	.24505	.04756	.08328	.19920	.07170
.32983	.35280	.12658	1.00000	.36528	.27447	.06726	.15522	.19652	.47372
.06779	.12737	.06156	.36528	1.00000	.14855	.44472	.09577	.37163	.31163
.06779	.18044	.22505	.36528	.18044	1.00000	.39957	.33033	.09577	.12356
.32663	.32663	.27647	.27647	.44472	.39957	1.00000	.30375	.11254	.18583
.06371	.06475	.08328	.08328	.16409	.16409	.16409	1.00000	.11254	.18583
VAR061	VAR062	VAR063	VAR064	VAR065	VAR066	VAR067	VAR068	VAR069	VAR070
.24856	.22348	.19920	.19652	.09577	.21475	.11254	.17188	1.00000	.11749
.15466	.42173	.03760	.43732	.37163	.12456	.18583	.16787	.11799	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	5.14746	25.7	25.7
2	2.46976	12.3	38.1
3	1.64054	8.2	46.3
4	1.40002	7.0	53.3
5	1.33158	6.7	59.9
6	1.17407	5.9	65.8
7	.95490	4.8	70.6
8	.87790	4.4	75.0
9	.84321	4.2	79.2
10	.70521	3.5	82.7
11	.57060	2.9	85.6
12	.51351	2.6	88.1
13	.48690	2.4	90.6
14	.43879	2.2	92.8
15	.35455	1.8	94.5
16	.32918	1.6	96.2
17	.23341	1.2	97.4
18	.21663	1.1	98.4
19	.16544	.8	99.3
20	.14635	.7	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
VAR041	-.11754	.76741	.07024
VAR042	.46039	.12650	.17391
VAR043	.18852	.78827	.11981
VAR044	-.44177	.06935	-.50316
VAR045	.17409	.65524	-.15374
VAR046	.55699	.16160	.56072
VAR047	.62339	.08963	.15813
VAR048	.68141	.12769	-.13197
VAR049	.53377	-.08257	.04066
VAR050	.28736	.81937	-.04159
VAR051	.62720	.10935	.08024
VAR052	.67037	.06869	.11039
VAR053	.07159	.30875	-.54405
VAR054	.63189	.19450	.01785
VAR055	.38766	.08404	.21741
VAR056	.19746	.12598	.73402
VAR057	.44200	.18326	.40317
VAR058	-.09390	-.03366	-.63790
VAR059	.46337	.21795	-.48110
VAR060	.58346	.08469	.06973

Anlage 15 Wahrnehmungen des Klienten durch den Psycho-
therapeuten (Mittel aus 1. und 2. Stunde)

Var 41 = item 1
⋮
Var 56 = item 16

Interkorrelationsmatrix

	VAR041	VAR042	VAR043	VAR044	VAR045	VAR046	VAR047	VAR048	VAR049	VAR050				
VAR041	1.00000													
VAR042	-.33544	1.00000												
VAR043	-.69093	-.24458	1.00000											
VAR044	-.71922	-.71222	1.00000											
VAR045	-.44434	-.66454	-.21922	1.00000										
VAR046	-.31941	-.36484	-.21972	-.28402	1.00000									
VAR047	-.66374	-.50721	-.06547	-.16274	-.02740	1.00000								
VAR048	-.29634	-.41344	-.24654	-.17177	-.38812	-.25295	1.00000							
VAR049	-.15481	-.04284	-.66947	-.49233	-.20340	-.30432	-.20603	1.00000						
VAR050	-.15393	-.22452	-.52061	-.45559	-.87216	-.53742	-.07344	-.06739	1.00000					
VAR051	-.44314	-.17491	-.31100	-.33223	-.45049	-.45023	-.04739	-.31995	-.17876	1.00000				
VAR052	-.25357	-.61109	-.41522	-.40769	-.31233	-.34544	-.06789	-.12355	-.23236	-.32494	1.00000			
VAR053	-.24049	-.02422	-.61439	-.33431	-.31233	-.42078	-.12610	-.39882	-.23236	-.61309	-.32494	1.00000		
VAR054	-.58770	-.34877	-.34516	-.49474	-.33507	-.19413	-.27490	-.14893	-.30692	-.48054	-.28031	-.40698	1.00000	
VAR055	-.52153	-.42406	-.38318	-.29267	-.30235	-.58725	-.03205	-.49902	-.26147	-.40698	-.30692	-.48054	-.28031	1.00000

	VAR051	VAR052	VAR053	VAR054	VAR055	VAR056
VAR051	1.00000					
VAR052	-.44314	1.00000				
VAR053	-.25357	-.61109	1.00000			
VAR054	-.58770	-.34877	-.34516	1.00000		
VAR055	-.52153	-.42406	-.38318	-.29267	1.00000	
VAR056	-.58725	-.03205	-.49902	-.26147	-.40698	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	6.31047	39.4	39.4
2	1.86925	11.7	51.1
3	1.52735	9.5	60.7
4	.96202	6.0	66.7
5	.90911	5.7	72.4
6	.80714	5.0	77.4
7	.65834	4.1	81.5
8	.57279	3.6	85.1
9	.51909	3.2	88.3
10	.41907	2.6	91.0
11	.34189	2.1	93.1
12	.29786	1.9	95.0
13	.25874	1.6	96.6
14	.23998	1.5	98.1
15	.18165	1.1	99.2
16	.12524	.8	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
VAR041	-.23727	-.70344	-.05432
VAR042	.87600	.11928	-.05601
VAR043	.73247	.16792	-.00923
VAR044	-.18277	-.49593	.58518
VAR045	.29071	.54981	.03165
VAR046	.59183	.60648	.24242
VAR047	-.09388	.11880	.63859
VAR048	-.55816	-.34133	-.06403
VAR049	-.67286	-.04715	.52756
VAR050	.75728	.31784	-.21922
VAR051	.10732	.70641	-.09467
VAR052	.06712	.66161	-.33405
VAR053	-.71904	-.13996	.33379
VAR054	-.10699	.59305	-.65432
VAR055	.32897	.71149	-.14513
VAR056	-.51527	-.50950	-.15829

Anlage 16 Beurteilung des Klientenverhaltens 1. Stunde

- 1 = Skala 1
 2 = Skala 2
 3 = Skala 3
 4 = Skala 4
 5 = Skala 5

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEV
KL101	4.1385	1.0470
KL102	4.3169	1.0758
KL103	4.1338	.8408
KL104	4.7723	1.0183
KL105	4.1154	.6083

CORRELATION COEFFICIENTS..

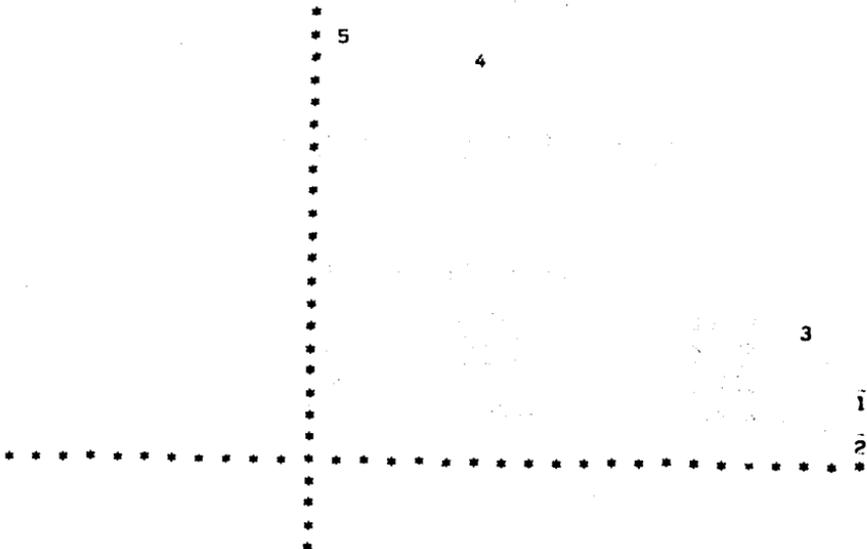
	KL101	KL102	KL103	KL104	KL105
KL101	1.00000	.91415	.81160	.35596	.13129
KL102	.91415	1.00000	.74904	.25530	.10011
KL103	.81160	.74904	1.00000	.42119	.26198
KL104	.35596	.25530	.42119	1.00000	.62797
KL105	.13129	.10011	.26198	.62797	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	2.96092	59.2	59.2
2	1.36874	27.4	86.6
3	.35240	7.0	93.6
4	.24470	4.9	98.5
5	.07323	1.5	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2
KL101	.96374	.11795
KL102	.95147	.03945
KL103	.86866	.27220
KL104	.25605	.86242
KL105	.02079	.91743

HORIZONTAL FACTOR 1 VERTICAL FACTOR 2



Anlage 16 Beurteilung des Klientenverhaltens 2. Stunde

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEV
KL201	3.8015	.9675
KL202	3.9431	1.0440
KL203	3.6969	1.0141
KL204	4.8800	.9773
KL205	3.9923	.5818

CORRELATION COEFFICIENTS..

	KL201	KL202	KL203	KL204	KL205
KL201	1.00000	.81868	.79210	.33021	.35780
KL202	.81868	1.00000	.75396	.34512	.36890
KL203	.79210	.75396	1.00000	.32377	.38261
KL204	.33021	.34512	.32377	1.00000	.50479
KL205	.35780	.36890	.38261	.50479	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	3.05529	61.1	61.1
2	1.02823	20.6	81.7
3	.49530	9.9	91.6
4	.24770	5.0	96.5
5	.17348	3.5	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2
KL201	.92075	.19221
KL202	.89929	.21618
KL203	.88934	.21371
KL204	.16421	.86022
KL205	.22638	.82979

Anlage 16 Beurteilung des Klientenverhaltens 1. und
2. Stunde

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEV
KL01	3.9700	.8531
KL02	4.1300	.9209
KL03	3.9154	.7312
KL04	4.8262	.8155
KL05	4.0538	.4414

CORRELATION COEFFICIENTS..

	KL01	KL02	KL03	KL04	KL05
KL01	1.00000	.91401	.82893	.33261	.15280
KL02	.91401	1.00000	.79915	.33070	.19016
KL03	.82893	.79915	1.00000	.32865	.26002
KL04	.33261	.33070	.32865	1.00000	.59349
KL05	.15280	.19016	.26002	.59349	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	3.00507	60.1	60.1
2	1.30102	26.0	86.1
3	.40545	8.1	94.2
4	.20742	4.1	98.4
5	.08103	1.6	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2
KL01	.96181	.11252
KL02	.94601	.13659
KL03	.89877	.19537
KL04	.23414	.85348
KL05	.05732	.90680

Anlage 17 Beurteilung des Psychotherapeutenverhaltens1. Stunde

- 1 = Skala 1
 2 = Skala 2
 3 = Skala 3
 4 = Skala 4
 5 = Skala 5

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEV
TH101	4.3446	.8800
TH102	3.8723	.8354
TH103	4.1585	.9233
TH104	4.6723	.5456
TH105	2.7508	.7916

CORRELATION COEFFICIENTS..

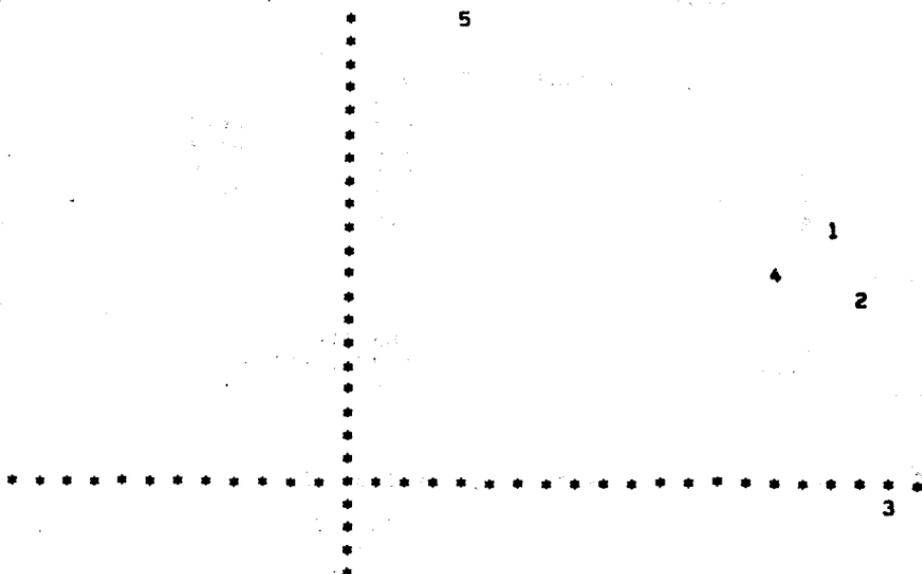
	TH101	TH102	TH103	TH104	TH105
TH101	1.00000	.91113	.68848	.75993	.59358
TH102	.91113	1.00000	.77370	.73154	.48037
TH103	.68848	.77370	1.00000	.57742	.23468
TH104	.75993	.73154	.57742	1.00000	.47509
TH105	.59358	.48037	.23468	.47509	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	3.55084	71.0	71.0
2	.79525	15.9	86.9
3	.36319	7.3	94.2
4	.21730	4.3	98.5
5	.07342	1.5	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2
TH101	.80373	.51133
TH102	.88616	.35473
TH103	.92739	-.01198
TH104	.72496	.44713
TH105	.17144	.95523

HORIZONTAL FACTOR 1 VERTICAL FACTOR 2



Anlage 17 Beurteilung des Psychotherapeutenverhaltens
2. Stunde

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEV
TH201	4.1200	.7835
TH202	3.8692	.7679
TH203	4.1969	.7342
TH204	4.3969	.5353
TH205	2.6031	.8927

CORRELATION COEFFICIENTS..

	TH201	TH202	TH203	TH204	TH205
TH201	1.00000	.89758	.48416	.78961	.46126
TH202	.89758	1.00000	.64197	.79193	.40565
TH203	.48416	.64197	1.00000	.51959	-.05625
TH204	.78961	.79193	.51959	1.00000	.55262
TH205	.46126	.40565	-.05625	.55262	1.00000

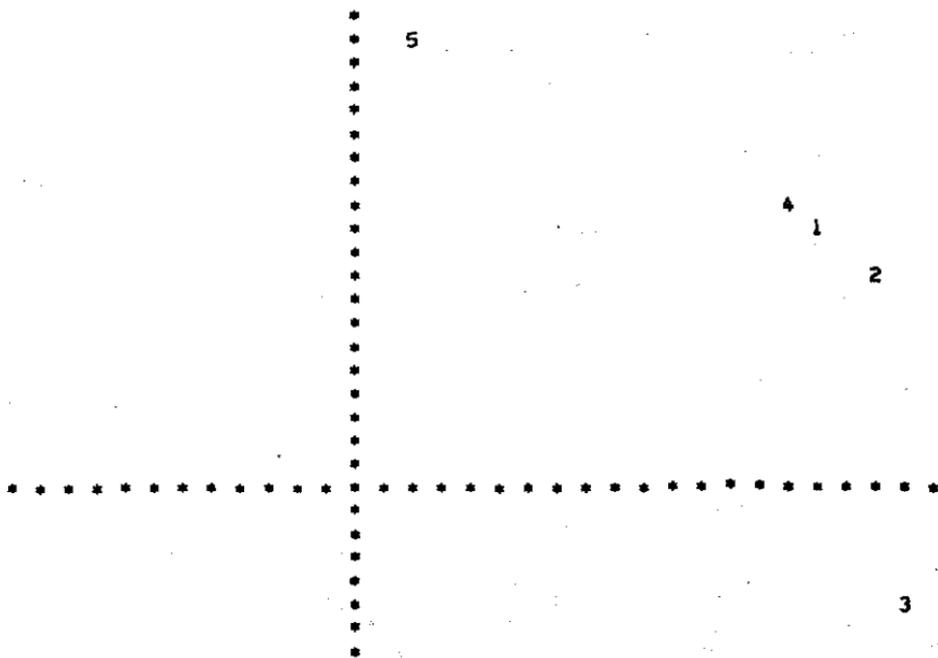
FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	3.31700	66.3	66.3
2	1.07768	21.6	87.9
3	.32875	6.6	94.5
4	.19799	4.0	98.4
5	.07858	1.6	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
 AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2
TH201	.76580	.51919
TH202	.86646	.40190
TH203	.90677	-.22620
TH204	.72206	.57273
TH205	.05698	.94887

HORIZONTAL FACTOR 1

VERTICAL FACTOR 2



Anlage 17 Beurteilung des Psychotherapeutenverhaltens1. und 2. Stunde

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEV
TH01	4.2323	.7217
TH02	3.8708	.6812
TH03	4.1777	.6974
TH04	4.5346	.4344
TH05	2.6769	.6998

CORRELATION COEFFICIENTS..

	TH01	TH02	TH03	TH04	TH05
TH01	1.00000	.92390	.62314	.83667	.53953
TH02	.92390	1.00000	.76736	.78498	.41783
TH03	.62314	.76736	1.00000	.56700	.03606
TH04	.83667	.78498	.56700	1.00000	.54253
TH05	.53953	.41783	.03606	.54253	1.00000

FACTOR	EIGENVALUE	PCT OF VAR	CUM PCT
1	3.51611	70.3	70.3
2	.99906	20.0	90.3
3	.24004	4.8	95.1
4	.19587	3.9	99.0
5	.04892	1.0	100.0

VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX
AFTER ROTATION WITH KAISER NORMALIZATION

	FACTOR 1	FACTOR 2
TH01	.79344	.53628
TH02	.89618	.36242
TH03	.94131	-.12282
TH04	.71375	.56829
TH05	.08123	.96094

Anlage 18 Zusammenhänge zwischen Psychotherapeuten-
einstellungen und Psychotherapeuten- und
Klientenverhaltensweisen

Psychotherapeuteneinstellungen

- VZ01 Mangelndes soziales Engagement des Psychotherapeuten
 VZ02 Direktivität des Psychotherapeuten
 VZ03 Soziale Unsicherheit des Psychotherapeuten
 VX1 Mangelndes Engagement des Psychotherapeuten gegenüber seinen Klienten
 VX2 Direktivität des Psychotherapeuten gegenüber seinem Klienten
 VW1 Wahrgenommene Offenheit des Klienten
 VW2 Wahrgenommene intellektuelle Dynamik des Klienten

Psychotherapeutenverhaltensweisen

- Th01 = Psychotherapeutenbeurteilungsskala 1
 ⋮
 TH05 = " 5

Klientenverhaltensweisen

- K101 = Klientenbeurteilungsskala 1
 ⋮
 K105 = " 5

Lebenslauf

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1966 | Studium der Psychologie an der TU Berlin
begonnen |
| 1968 | Vordiplom |
| Dezember 1968 bis
August 1971 | Tutor für Experimentalpsychologie und
stud. Hilfskraft für Elektroakustik
am Institut für Psychologie der TU Berlin |
| Juni 1971 | Hauptdiplom |
| Juli 1971 bis
Oktober 1971 | freier Mitarbeiter an der Erziehungs-
beratungsstelle Berlin-Tempelhof |
| seit November 1971 | wissenschaftlicher Assistent am Institut
für Psychologie der TU Berlin |