

Die AST-Studie

Therapiebeziehung und Therapie-Outcome bei der Ambulanten Systemischen Therapie¹

AutorInnen: Siegfried Molan-Grinner, Benedikt Zsalatz, Eva Weissberg-Musil, Margit Lassenberger, Martin Richter, Michaela Tomek, Michaela Duchatzcek, Nina Heumayer, Alexandra Kleinheinz, Bettina Russold, Evelyn Wong, Michaela Langecker-Wohatschek

UNSERE FRAGESTELLUNG

Wir als Forschungsteam sind eine Gruppe von Studierenden und MitarbeiterInnen der Lehranstalt für systemische Therapie (la:sf) Wien. Als Studierende absolvierten wir einen Großteil unsers psychosozialen Praktikums im Rahmen der Ambulanten Systemischen Therapie (AST) Wien oder Linz.

Hier erlebten wir systemische Therapie als Fluss, der vielfache Strömungen birgt – als ein „fuzzy set“ (Schiepek, 1994, S. 298) bzw. „Konglomerat“ (Grossmann, 2005, S. 29), das unterschiedliche inhaltliche Modellbildungen rund um bio-psycho-soziale Leidenszustände, unterschiedliche Konzepte der therapeutischen Beziehung, heterogene Choreografien des Therapieprozesses und heterogene interventive Praktiken impliziert. Vor diesem Hintergrund bewegten uns mehrere Fragen: Welche spezifische Form systemischer Therapie wird Studierenden im Rahmen von AST vermittelt? Wie beurteilen KlientInnen das Outcome von Therapien im Rahmen von AST? Wie hilfreich erleben KlientInnen diese Form? Gibt es einen nachweisbaren Zusammenhang zwischen dem Stil der

LehrtherapeutInnen und dem Therapie-Outcome? Rund um diese Fragestellungen konstituierten wir uns als Forschungsteam.²

In einem ersten Schritt präzisierten wir unsere Fragestellungen:

- 1. Fragestellung:** Welche Merkmale charakterisieren das Verhalten von im Rahmen von AST tätigen LehrtherapeutInnen in Einzeltherapien?
- 2. Fragestellung:** In welchem Ausmaß beschreiben KlientInnen die in AST praktizierten Einzeltherapien als hilfreich und wie hoch ist ihre Therapie-Zufriedenheit?
- 3. Fragestellung:** In welchem Maß korrelieren Therapiestil und Therapie-Outcome bzw. Therapie-Zufriedenheit?

FORSCHUNGSDESIGN UND DATENBASIS

Zur Untersuchung unserer Fragestellungen entschieden wir uns für ein retrospektives Vorgehen: Wir nutzten die digitalisierten Dokumentationen von im Rahmen von AST im Zeitraum 2010 bis 2014 durchgeführten Erst- und Abschlussgesprächen von Einzeltherapien. Die Analyse der Erstgespräche mit Fokus auf das TherapeutInnen-Verhalten sollte der Beantwortung der ersten, die Analyse der Abschlussgespräche dieser Therapien mit Fokus auf Aussagen von KlientInnen sollte der Beantwortung der zweiten Fragestellung dienen; beide Analysen sollten eine Beantwortung der dritten Fragestellung ermöglichen.

Vier der fünf in AST tätigen TherapeutInnen stellten

¹ Eine erste, fast gleichlautende Fassung dieses Artikels erschien im Oktober 2015 in der Zeitschrift „Familiendynamik“.

² Für die externe wissenschaftliche Begleitung unseres Forschungsprojekts danken wir Klaus Kubinger.

uns Aufzeichnungen ihrer innerhalb der letzten vier Jahre durchgeführten Therapien zur Verfügung. Alle TherapeutInnen haben lange Berufserfahrung.

Aus diesem Datenmaterial wählten wir insgesamt 23 abgeschlossene Therapien aus. Somit dienten uns 46 aufgezeichnete Therapiegespräche als Datenmaterial. Als Kriterien für die Auswahl waren entscheidend:

- die vollständige digitale Dokumentation der Therapie;
- das Setting der Therapien als Einzeltherapie;
- die KlientInnen entsprachen in ihrer Geschlechts- und Altersverteilung sowie in der Verteilung der diagnostischen Zuordnungen ihrer Problemstellungen der durchschnittlichen Klientel der Therapieambulanz;
- die Therapielänge und -frequenz entsprachen dem bei AST üblichen Rahmen.

Für die Wahl des Einzelsettings war die hier im Vergleich zum Mehrpersonensetting gegebene geringere Komplexität bzw. leichtere Überschaubarkeit der Therapiesitzungen ausschlaggebend. Zudem stellen Einzeltherapien bei AST das häufigste Therapiesetting dar – 70 % der Therapien sind Therapien im Einzelsetting.

KlientInnen, die im Rahmen von AST Einzeltherapie in Anspruch nehmen, sind zumeist zwischen 20 und 60 Jahre alt, der Median liegt bei einem Alter von 42 Jahren. Zwei Drittel der KlientInnen sind Frauen. Viele KlientInnen sind arbeitslos, frühpensioniert oder in prekären Arbeitsverhältnissen.

Für die Mehrzahl der KlientInnen ist AST nicht die erste Therapieerfahrung: Viele haben bereits eine, zwei oder mehrere Psychotherapien in Anspruch genommen. Viele verfügen über die Erfahrung wiederholter stationärer psychiatrischer Aufenthalte, haben einen oder mehrere psychosoziale Rehabilitationsaufenthalte hinter sich, werden gleichzeitig psychiatrisch betreut und nehmen Psychopharmaka ein.

In der diagnostischen Zuordnung der Leidenszustände von KlientInnen zeigt sich für die letzten drei Jahre folgende Verteilung:

12 % der KlientInnen leiden unter einer psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (F10–F19) – hier überwiegt der Männeranteil, insbesondere bei Alkoholabhängigkeit und Drogenkonsum, deutlich. 3 % der KlientInnen sind von einer Schizophrenie bzw. einer schizotypen und wahnhaften Störung (F20–F29) betroffen. 30 % der KlientInnen leiden unter einer affektiven Störungen (F30–F39) – die Mehrzahl unter einer rezidivierenden depressiven Störung. Mit 35 % bilden neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) die im Kontext von AST am häufigsten beschriebenen Leidenszustände. Zumeist zeigen sich diese in Form von Phobien, Panikstörungen, Angststörungen, in posttraumatischen Be-

lastungsreaktionen sowie in somatoformen Störungen.

Für 7 % der KlientInnen bilden Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59) – insbesondere Essstörungen sowie Konversionsstörungen – den Therapieanlass. Bei 13 % der KlientInnen bestehen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69). Die in diesem Zusammenhang am häufigsten gestellte Diagnose ist jene einer Borderline-Störung.

AST-Therapien umfassen in der Mehrzahl zwischen 10 und 40 – zumeist 14-tägig stattfindende – Therapiesitzungen. Der Median liegt bei 25 Therapiesitzungen.

Warum entschieden wir uns im Kontext der ersten Fragestellung für die Analyse von Erstgesprächen? Nach Bachelor und Horvath (2001, S. 144) stellt vor allem die erste Sitzung ein „Fenster der passenden Gelegenheit“ dar, um eine viable therapeutische Beziehung aufzubauen; dem ersten Dialog kommt eine hohe Prädiktorfunktion für das Ergebnis einer Therapie zu (ebd., S. 145).

Die Entscheidung, Abschlussgespräche als Datenmaterial für die zweite Fragestellung zu nutzen, ergab sich aus der Erwartung wie aus der im Praktikum getätigten Beobachtung, dass sie im Vergleich zu anderen, in der Abschlussphase einer Therapie geführten Gesprächen, die reichhaltigste Beschreibung von KlientInnen im Hinblick auf mit Therapie verbundene Veränderungen und im Hinblick auf ihre Therapie-Zufriedenheit boten.

In methodischer Hinsicht entschieden wir uns für den Einsatz von Ratingverfahren, die das TherapeutInnen-Verhalten einerseits (erste und dritte Fragestellung), therapiebezogene Äußerungen von KlientInnen andererseits (zweite und dritte Fragestellung) zum Gegenstand hatten.

UNSER FORSCHUNGSVORGEHEN

DAS RATING DES THERAPIESTILS

Die Suche nach einem Verfahren, das es uns erlauben würde, charakteristische Merkmale des von LehrtherapeutInnen in Erstgesprächen aktualisierten Therapiestils empirisch zu erheben, führte uns zu dem von Schiepek et al. (1999) entwickelten Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen.

„Das Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI) stellt ein Verfahren zur Verfügung, mit dessen Hilfe Videoaufzeichnungen von Therapiesitzungen im Hinblick auf ihre Lösungs- und Ressourcenorientierung sowie andere therapeutische Heuristiken detailliert analysiert werden können. [...] Die Visualisierung der Prozessverläufe durch Diagramme sorgt für größtmögliche Detailliertheit und An-

Item	Der Therapeut/die Therapeutin
1	stärkt den Klienten/die Klientin durch Anerkennung
2	regt den Klienten/die Klientin zur (Re)Konstruktion/Reflexion des Problems an
3	fokussiert auf Ausnahmen
4	hilft dem Klienten/der Klientin, Ressourcen zu erkennen
5	klärt und respektiert Anliegen, Auftrag und Erwartungen des Klienten/der Klientin
6	verändert den Bezugsrahmen des Problems
7	fokussiert auf Defizite/Pathologien
8	lenkt die Aufmerksamkeit auf Zukünftiges
9	regt den Klienten/die Klientin an, seine/ihre Ziele zu äußern
10	bemüht sich um einen guten Rapport, Zustimmung und/oder Erlaubnis
11	behandelt den Klienten/die Klientin als kompetente/n Experten/in für sich selbst
12	unterbricht Muster der Situation oder Kommunikation
13	bietet als »Experte/Expertin« eigene Erklärungen, Deutungen, Lösungen an
14	hilft dem Klienten/der Klientin, seine/ihre Ziele zu spezifizieren
15	fragt nach Unterschieden, die für den Klienten/die Klientin einen Unterschied machen
16	greift Sprache und Metaphern des Klienten/der Klientin auf oder arbeitet damit
17	erweitert den Möglichkeitsraum des Klienten/der Klientin durch Induktion alternativer Bewusstseinszustände
18	regt den Klienten/die Klientin zum unmittelbaren Erleben des Problems an
19	hilft dem Klienten/der Klientin, etwas ander(e)s zu machen
20	hilft dem Klienten/der Klientin, seine/ihre Ziele im Rahmen eigener Kompetenzen zu operationalisieren
21	lenkt die Aufmerksamkeit auf die Entstehungsgeschichte oder Ursache des Problems
22	regt den Klienten/die Klientin zum unmittelbaren Erleben des erwünschten Ziels an
23	exploriert die Lebenssituation/den Lebensstil des Klienten/der Klientin

Abb. 1: Die 23 Items des RLI

schaulichkeit. So können nicht nur die Ausprägungen der einzelnen Items und Faktoren, sondern auch der Komplexitätsgrad des gesamten Therapeutenverhaltens und seiner Veränderung in der Zeit betrachtet werden.“ (Honermann et al., 1999, S. 9)

Das RLI erlaubt eine detaillierte Analyse von aufgezeichneten Therapiesitzungen, indem es für systemische TherapeutInnen charakteristische Verhaltensweisen detailliert erfasst (Schiepek et al. 1997, S. 269). Es ist ein Verfahren, das therapeutische Vorgehensweisen weitgehend „unabhängig von therapeutischen Grundausrichtungen messbar“ macht (Honermann et al., 1999, S. 10). Trotz seiner Nähe zu einem lösungsfokussierten therapeutischen Vorgehen ist es nicht an dessen theoretische Voraussetzungen, Grundannahmen oder Prinzipien gebunden (Honermann et al., S. 18). Das RLI beinhaltet 23 Items, die in Abbildung 1 dargestellt werden.

Für die Wahl des RLI war unter anderem maßgeblich, dass es Bezüge zu zwei, für (systemische) Therapien relevante, Wirkfaktoren-Modellen birgt, die wir im Folgenden kurz darstellen – zu Grawes et al. Modell der „Spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren“ (1994) sowie zu Schiepeks et al. Modell der „Generischen Prinzipien der Psychotherapie“ (2013).

DAS WIRKFAKTOREN-MODELL NACH GRAWE ET AL. (1994)

Nach Grawe et al. entfaltet sich therapeutisches Wirken aus einem Zusammenwirken sog. unspezifischer und spezifischer Wirkfaktoren.

Unspezifische Wirkfaktoren kommen – so Grawe et al. – in allen wissenschaftlich anerkannten Therapieansätzen zum Tragen; sie realisieren sich in den Beiträgen von TherapeutInnen zu einer „positiven Therapiebeziehung“ (1994, S. 713), insbesondere in Form von therapeutischer Empathie, Wertschätzung und Kooperation.

Spezifische Wirkfaktoren umfassen vier Einzelfaktoren – jenen der „Ressourcenaktivierung“, der „Problemaktualisierung“, der „Aktiven Hilfe zur Problembewältigung“ und der „Klärungsperspektive“. Diese spezifischen Wirkfaktoren sind nach Grawe et al. in unterschiedlichen Therapieansätzen unterschiedlich stark gewichtet, was deren Wirkprofil prägt.

Mit „Ressourcenaktivierung“ umschreiben Grawe et al. den Bezug eines Therapiesystems auf physische, psychische und soziale Ressourcen von KlientInnen. Im Kontext von „Problemaktualisierung“ regen TherapeutInnen KlientInnen dazu an, problembezogene Fühl-

Denk- und Verhaltensmuster im „Hier und Jetzt“ einer Therapie zu aktualisieren und zu erleben. Die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, werden dadurch unmittelbar erfahrbar (das kann etwa dadurch geschehen, dass TherapeutInnen ein intensives Erzählen über Problemwirklichkeit anregen bzw. dass sie Imaginationsübungen oder andere Medien nützen, die Probleme erlebnismäßig aktualisieren). „Aktive Hilfe zur Problembewältigung“ verwirklicht sich darin, dass TherapeutInnen KlientInnen mit „bereichsspezifischen Maßnahmen, die sich für die Bewältigung dieses Problems bewährt haben, ... helfen, eben diese Schwierigkeiten zu überwinden oder besser damit fertig zu werden.“ (Grawe et al., 1995, S. 137) Unter „Klärungsperspektive“ lässt sich ein gemeinsames Klären des Anliegen von KlientInnen, des therapeutischen Auftrags, therapeutischer Zielsetzungen und Motivationen sowie ein Klären von Problemstellungen, von deren Ursprüngen, Hintergründen und aufrechterhaltenden Faktoren im Sinne gemeinsamer Reflexion verstehen: „Der Patient erarbeitet sich größere Klarheit darüber, nach welchen Gesichtspunkten er seine Bedeutungen konstruiert ... (.) Es geht darum, dass er sich über sich selbst klarer wird, sich besser verstehen lernt, um sich besser annehmen und/oder sich bewusst anders verhalten zu können als bisher.“ (Grawe et al., 1994, S. 752)

DAS WIRKFAKTOREN-MODELL NACH SCHIEPEK ET AL. (2013)

Schiepek et al. (2013) fassen Wirkfaktoren von Psychotherapie in „Acht Generischen Prinzipien“ zusammen. Diese sind im Einzelnen:

- (1) das Schaffen von Stabilitätsbedingungen (übersetzbar als: *Kreiere ein vom Klienten/von der Klientin als unterstützend erlebtes Setting, strukturiere den Behandlungsablauf, gestalte dein Vorgehen für den Klienten/die Klientin verstehbar und transparent, schaffe Vertrauen, fördere Unterstützung und Sicherheit im Umfeld des Klienten/der Klientin, aktiviere Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Kontrollierbarkeit und Handhabbarkeit, fördere seinen/ihren Zugang zu persönlichen Ressourcen und Kongruenzerfahrungen!*)
- (2) das Identifizieren von Mustern des relevanten Systems (übersetzbar als: *Kläre und erfasse problemassoziierte soziale Prozesse und Fühl-, Denk-, Verhaltensmuster – etwa mittels idiografischer Systemmodellierung, Plan- und*

Schemaanalyse und/oder Ressourceninterview; kläre Ansatzpunkte für mögliche Interventionen!)

(3) das Fördern von Sinnhaftigkeit (übersetzbar als: *Kläre, ob ein Klient/eine Klientin seine/ihre Entwicklungsprozesse als sinnvoll erlebt, ob diese in Korrespondenz mit zentralen Lebenskonzepten stehen, ob der Veränderungsprozess selbst mit dem Lebensentwurf kompatibel ist!*)

(4) das Fördern von Energie und Motivation (übersetzbar als: *Erkunde motivationsfördernde Bedingungen, aktiviere Ressourcen, präzisiere sog. Annäherungsziele, kläre die emotionale und motivationale Bedeutung von Zielen, Anliegen und Visionen des Klienten/der Klientin!*)

Das RLI erlaubt eine detaillierte Analyse von aufgezeichneten Therapiesitzungen, indem es für systemische TherapeutInnen charakteristische Verhaltensweisen detailliert erfasst. Es ist ein Verfahren, das therapeutische Vorgehensweisen weitgehend „unabhängig von therapeutischen Grundausrichtungen messbar“ macht

(5) das Anregen von Destabilisierung/Fluktuationsverstärkung (übersetzbar als: *Thematisiere erlebte Inkongruenzen und mache sie emotional erfahrbar, bereite Destabilisierungen bestehender Muster vor, fördere die Verbindung mit lösungsassoziierten Zuständen – durch Übungen und Rollenspiele, Verhaltensexperimente, Fokussierung auf Ausnahmen usf.!*)

(6) das Beachten von Kairos, Resonanz und Synchronisation (übersetzbar als: *Stimme das therapeutische Vorgehen auf den „State of Mind“ von KlientInnen ab, greife ihre Körperhaltung, Sprechgeschwindigkeit und Sprechpausen, ihren Blickkontakt, ihre Bilder, Metaphern oder idiosynkratische Begriffe und Redewendungen auf; gib Zeit für innere Such- und Verarbeitungsprozesse, passe die Sitzungsabstände und die „Dosis“ der Interventionen an!*)

(7) das Anregen gezielter Symmetriebrechung (übersetzbar als: *Verwirkliche Strukturelemente eines neuen Ordnungszustandes in Rollenspielen oder mit Hilfe von Übungen, durch die Imagination von Zielzuständen und anderer Antizipationen, verankere Neues, stelle dessen Transfer in die alltägliche Lebenswelt von KlientInnen sicher!*)

(8) das Fördern von Re-Stabilisierung (übersetzbar als: *Rege eine Wiederholung, Variation, Nutzung neuen Verhaltens in unterschiedlichen Situationen und Kontexten an, fördere dessen Integration in bestehende Selbstkonzepte!*)

Im Kontext des Ratings beobachteten wir die Aufnahme

Minute	RLI Items																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1				3						3													
2										3													
3	3									3	2		3										
4										3	1		3										
5										4	2												3
6										3	2												3
7										3	3					2							3
8		3					2			3	3		3										3
9		2								3	3		2										3
10										3	3					3							3
11	3									3	3					2							3
12	2									2	2					3							3
13										2													3
14	1									3	3						1						2
15										2	2					3							1
16							2			2	4					4							2
17							3			3	3		4										4
18										2													4
19										2													
20										2	2												
21							3			3	3												
22				1				1		3	3												
23										3													2
24	2			4						3	3												1
25							3			3	3												3
26	1						2			3	3	4	4										2
27										2													4
28										3						2							4
29										3													
30											3		3										
31		3					2			2			3										3
32	2						2			2			2										
33										2													
34	4									3			3										
35							3			2			2										3
36										2													3
37				3						2	2					3							3
38					2			2		3	3												
39				4	2					1			1	4									
40				3					2	4	3												
41							3			1			1	4		4							
42										2			3										
43				4					1	1			4										
44			3	4	2			3					3		3								
45			3	3			4		1				3			3							
46	2		2		1		2						3	2									
47									2	1													
48										2	2	4											
49										2	3												
50										1			3		2								
51				2						1	1	2											
52										1													
	20	8	3	16	24	3	28	12	5	117	70	8	58	10	24	11	0	0	0	0	0	0	64

Abb. 2: Beispiel eines Rating-Ergebnisses eines 52 Minuten dauernden Erstgesprächs. Senkrecht die einzelnen Minuten des Ratings, waagrecht die 23 RLI-Items

eines Erstgesprächs in jeweils einminütigen Ausschnitten; dann wurde das TherapeutInnen-Verhalten im Kontext der 23 Items hinsichtlich der Intensität der Realisierung auf einer fünfstufigen Skala beurteilt – jedes Item wurde mit 0 (= gar nicht wahrgenommen), 1 (= kaum wahrgenommen), 2 (= mittelmäßig wahrgenommen), 3 (= ziemlich wahrgenommen) oder 4 (= außerordentlich wahrgenommen) eingestuft. Die Beurteilung erfolgte jeweils nur für die wahrgenommene Minute. Im Kontext der Einstufung erwiesen sich die von Honermann et al. (S 22 ff) angegebenen Beispiele in Form der wörtlichen Wiedergabe möglicher Äußerungen von TherapeutInnen für die Ratings einzelner Items als hilfreich. Am Beispiel des Items 10 – „Der Therapeut/Die Therapeutin bemüht sich um einen guten Rapport, Zustimmung und/oder Erlaubnis“ – soll

dies veranschaulicht werden. Eine Item-Ausprägung von „3“ ist hier operationalisiert als: Der Therapeut/Die Therapeutin lässt den Klienten/die Klientin aussprechen, passt sich seiner/ihrer Sprache, seinen/ihren Metaphern und Modellen an, synchronisiert seine/ihre Körperhaltung, Mimik, Gestik und Stimmlage, greift seine/ihre Perspektive auf. Eine Item-Ausprägung von „4“ ist operationalisiert als: Der Therapeut/Die Therapeutin fragt um Erlaubnis (z. B. „Darf ich Ihnen eine ungewöhnliche Frage stellen?“) bzw. führt durch „Yes-Sets“ (z. B. „Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...?“). Nach einer ersten Probephase entschieden wir uns, die Erstgespräche zu transkribieren und die Item-Ausprägungen durch zwei bzw. drei Rater in einminütigen Zeitintervallen einschätzen zu lassen, um die Genauigkeit des Ratings zu erhöhen. In Abbildung 2 wird ein ausgefüllter RLI-Bogen dargestellt.

DAS RATING DES THERAPIEERFOLGS UND DER THERAPIEZUFRIEDENHEIT

Im Kontext unserer zweiten Fragestellung entschieden wir uns, einen eigenen Therapie-Outcome-Bogen (TOB) zu entwickeln, der ein Rating der von KlientInnen in Abschlussgesprächen getätigten Aussagen zur Wirksamkeit und zur Zufriedenheit mit stattgefundenen Therapien ermöglicht (Grossmann u. Molan-Grinner, 2014). Der TOB lehnt sich an die von Miller et al. (2003) entwickelte „Outcome Rating Scale“ (ORS) an. In den das Therapie-Outcome betreffenden Items erfasst der TOB gleich der ORS von KlientInnen in Zusammenhang mit Therapie beschriebene problembezogene sowie allgemeine individuelle und soziale Veränderungen:

„Changes in these three areas are widely considered to be valid indicators of successful treatment outcome“ (ebd., p. 93). Jene Items, die die Therapie-Zufriedenheit von KlientInnen betreffen, fokussieren die Erfahrung der Therapiebeziehung, die Zufriedenheit mit besprochenen Therapieninhalten und anderes. Der TOB birgt insgesamt 17 Items (siehe Abbildung 3):

Jedes Item beinhaltet die Option einer jeweils vierstufigen, von -1 bis +2 verlaufenden Skalierung, wobei -1 (= negativ), 0 (= unverändert im Kontext von „Veränderung“ bzw. „neutral“ im Kontext der Therapiezufriedenheit), +1 (= positiv) oder +2 (= stark positiv) bezeichnet. Tätigten KlientInnen keine Aussagen zu einzelnen Items, so wurde dies als - (= keine Angabe) gewertet. Für die Skalierung erwiesen sich in einem Vorlauf gewonnene wörtlich wiedergegebene Beispiele von KlientInnen-Aussagen als hilfreich.

Die einzelnen Items wurden ohne vorherige Transkription der Abschlussgespräche durch zwei bzw. drei Rater in fünfminütigen Zeitintervallen erfasst, da sich in einem Probelauf mit dem TOB zeigte, dass sich viele Äußerungen von KlientInnen im Rahmen von Abschlussgesprächen auch auf andere Themen als jene der erlebten Veränderung bzw. auf ihre Therapiezufriedenheit bezogen. Daraus resultierte unsere Entscheidung, die Zeiteinheiten anders zu setzen als in den Erstgesprächen und das Raten ökonomischer (ohne vorherige Transkription) zu gestalten.

ERGEBNISSE

DER THERAPIESTIL VON LEHRTHERAPEUTINNEN

In der statistischen Auswertung der mit dem RLI gewonnenen Daten ermittelten wir in einem ersten Schritt die prozentualen Anteile der Nennung einzelner Items, gemessen an der Gesamtdauer von Erstgesprächen (siehe Abbildung 4 auf der nächsten Seite). Als Ergebnis zeigte sich: Der Therapiestil der LehrtherapeutInnen in AST ist in Erstgesprächen vor allem durch ihr Bemühen um eine empathische, wertschätzende und kooperative Therapiebeziehung charakterisiert. Sie bemühen sich um positiven Rapport und Kooperation (Item 10), stärken KlientInnen durch Anerkennung (Item 1), behandeln KlientInnen als kompetente ExpertInnen für sich selbst (Item 11), explorieren deren Lebenskontext (Item 23), greifen deren Sprache und Metaphern auf (Item 16) und klären und respektie-

Item	KlientIn beschreibt Veränderungen
1	hinsichtlich des Therapieziels
2	hinsichtlich der Symptomatik
3	hinsichtlich der Einstellung zu seiner/ihrer Symptomatik (Akzeptanz, Einsicht, Einfluss)
4	hinsichtlich seines/ihres Zugangs zu Ressourcen
5	hinsichtlich seines/ihres Erlebens von Selbstwirksamkeit
6	hinsichtlich seines/ihres körperlichen Befindens
7	hinsichtlich seines/ihres psychischen Wohlbefindens
8	hinsichtlich der Qualität partnerschaftlicher- und familiäre Beziehungen
9	hinsichtlich der Qualität anderer sozialer Beziehungen
10	hinsichtlich der Qualität der Beziehung zu sich selbst
11	hinsichtlich seiner/ihrer Arbeits- und/oder Leistungsfähigkeit
KlientIn beschreibt die Therapieerfahrung	
12	insgesamt
13	hinsichtlich der Therapiebeziehung
14	hinsichtlich der besprochenen Inhalte
15	hinsichtlich Dauer und Frequenz
16	hinsichtlich Methoden bzw. Interventionen
17	hinsichtlich Reflektierendem Team

Abb. 3: Die Items des TOB

ren deren Anliegen, Auftrag und Erwartungen (Item 5). In durchschnittlich 90 Prozent aller beobachteten Therapiesequenzen von Erstgesprächen versuchen die LehrtherapeutInnen, positiven Rapport und Kooperation herzustellen (Item 10). In durchschnittlich 49 Prozent aller Therapiesequenzen stärken sie KlientInnen durch Anerkennung; in 47 Prozent aller einminütigen Sequenzen behandeln sie „KlientInnen als kompetente ExpertInnen für sich selbst“ (Item 11).

Die häufige Ausprägung dieser Items spiegelt sich zu meist in der Stärke ihrer Ausprägung wieder: Das Item 10 (Der Therapeut/Die Therapeutin bemüht sich um einen guten Rapport, Zustimmung und/oder Erlaubnis) zeigt eine durchschnittliche Ausprägung von 2,9, das Item 5 (Der Therapeut/Die Therapeutin klärt und respektiert Anliegen, Auftrag und Erwartungen) eine Ausprägung von 3.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal im Therapiestil von LehrtherapeutInnen ist jenes hoher Ressourcenorientierung (Item 4), das zwar prozentual seltener auftritt, aber wenn, eine durchschnittliche Ausprägung von 2,6 zeigt.

Ein weiteres Charakteristikum ist ein hoher Lebensweltbezug: Das Item 23 (Der Therapeut/Die Therapeutin exploriert die Lebenssituation/den Lebensstil des Klienten/der Klientin) zeigt sich in 45 Prozent aller Therapiesequenzen und birgt hier die durchschnittliche Ausprägung von 3.

LehrtherapeutInnen nützen Erstgespräche offensicht-

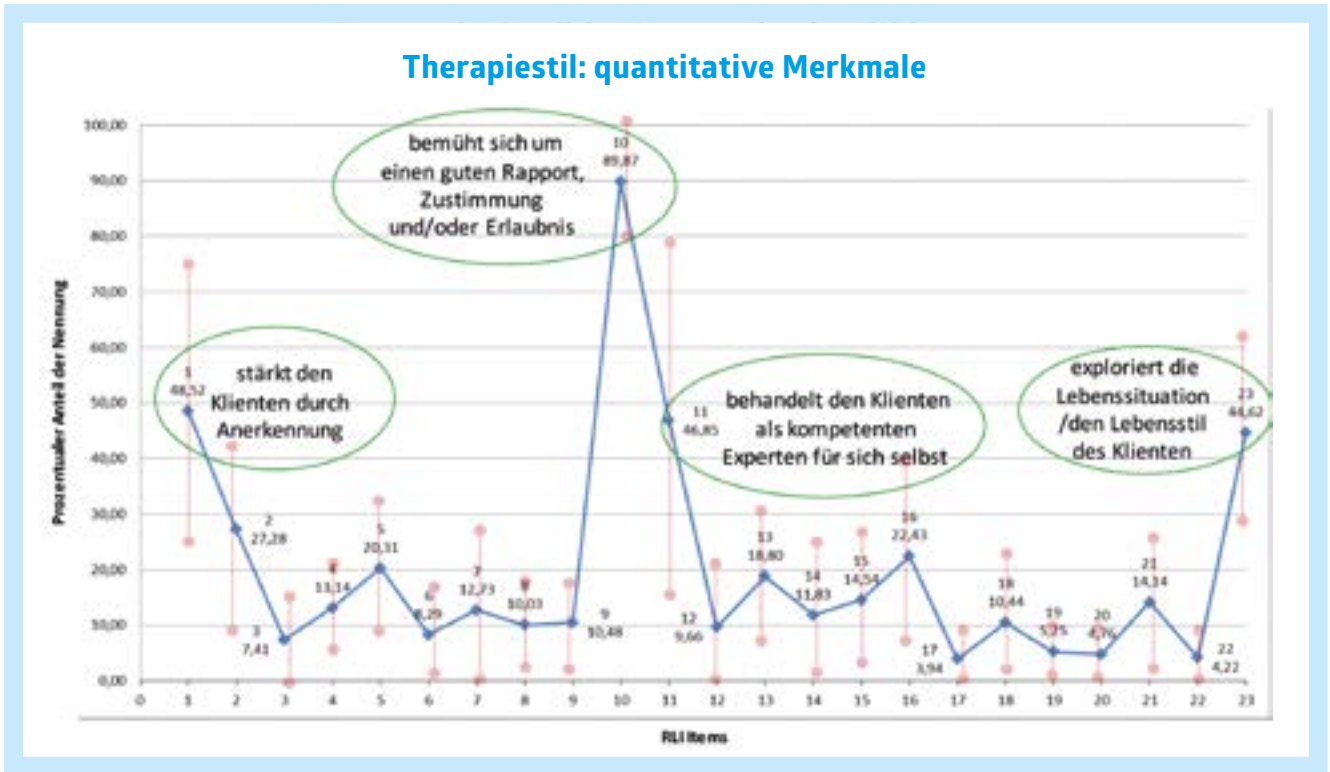


Abb. 4: Prozentualer Anteil der Nennung einzelner Items: Auf der x-Achse finden sich die einzelnen RLI-Items; auf der y-Achse findet sich der prozentuale Anteil jener Gesprächssequenzen, in denen das jeweilige Item beobachtet wurde; die roten Linien bilden die jeweilige Standardabweichung bei den einzelnen Items ab.

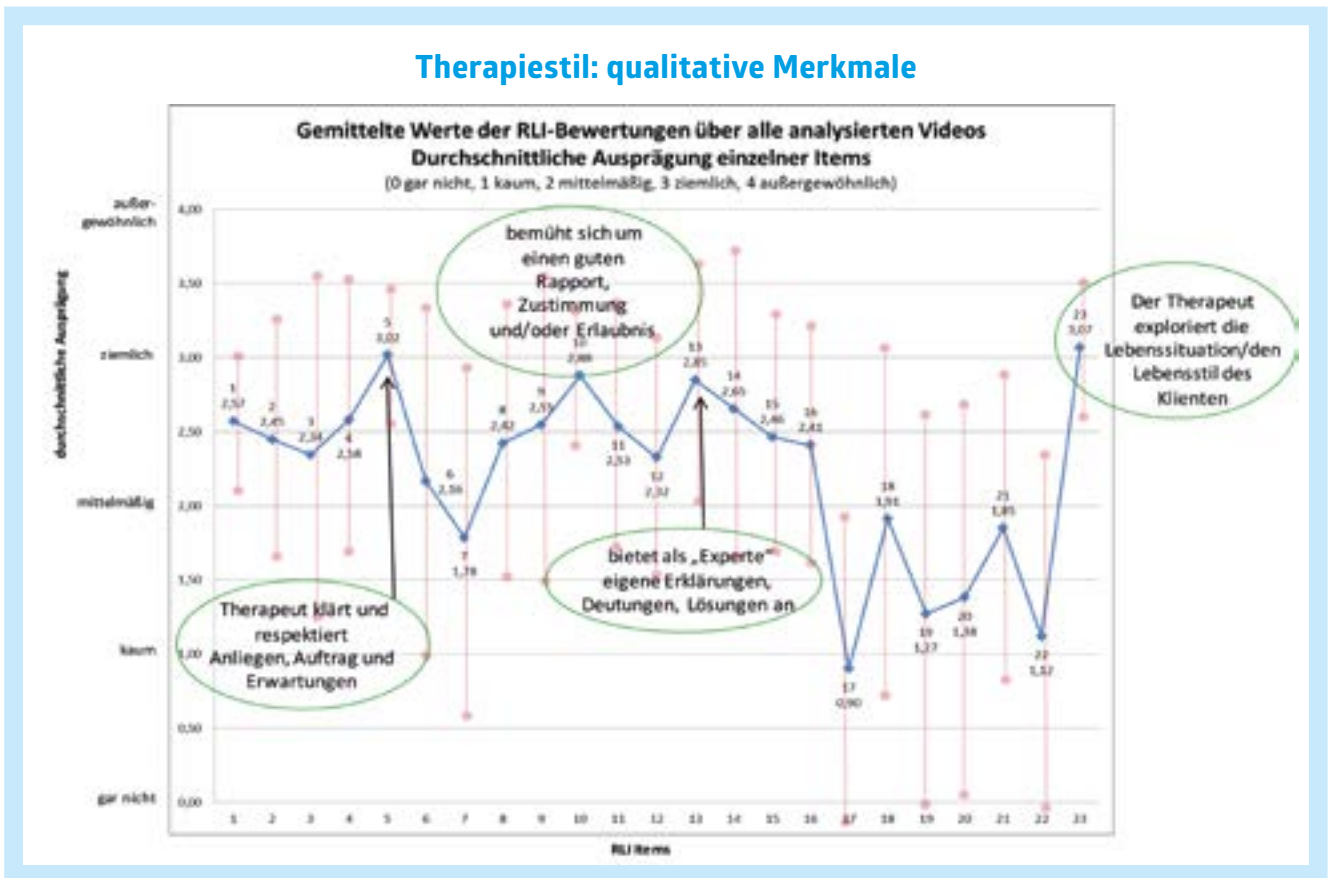


Abb. 5: Mittelwerte der Ausprägung einzelner RLI-Items: Auf der x-Achse finden sich die RLI-Items; auf der y-Achse findet sich der Grad der Ausprägung der einzelnen Items; die roten Linien bilden die jeweilige Standardabweichung bei den einzelnen Items ab.

lich vor allem für das Herstellen einer positiven Therapiebeziehung. Andere, mit systemischer Therapiepraxis eng assoziierte Verhaltensweisen wie etwa Item 3 (Der Therapeut/Die Therapeutin fokussiert auf Ausnahmen), Item 12 (Der Therapeut/Die Therapeutin unterbricht Muster der Situation oder Kommunikation), Item 15 (Der Therapeut/Die Therapeutin fragt nach Unterschieden, die für den Klienten/die Klientin einen Unterschied machen), Item 19 (Der Therapeut/Die Therapeutin hilft dem Klienten/der Klientin, etwas ander(e)s zu machen) treten seltener auf, als wir es aufgrund unserer Ausbildung und theoretischen Auseinandersetzung mit systemtherapeutischer Literatur erwarten haben. Überrascht hat uns zudem die relativ hohe Ausprägung des Item 13 (Der Therapeut/Die Therapeutin bietet als Experte/Expertin eigene Erklärungen, Deutungen, Lösungen an) – möglicherweise spielt hier das Motiv von LehrtherapeutInnen, sich insbesondere in Erstgesprächen als kompetente GesprächspartnerInnen zu zeigen, eine wesentliche Rolle. Die geringe Ausprägung des Item 17 (Der Therapeut/Die Therapeutin erweitert den Möglichkeitsraum des Klienten/der Klientin durch Induktion alternativer Bewusstseinszustände) lesen wir als Folge des spezifischen Kontextes Erstgespräch: Aus unserer Erfahrung als BeobachterInnen wissen wir, dass LehrtherapeutInnen Trance- und Imaginationsübungen in aller Regel erst in der Phase der „Verwirklichung des Therapiesystems“ (Ludewig, 1988), jedoch kaum zu Beginn einer Therapie anregen. Das RLI ermöglicht es, einzelne Items zu Faktoren zu verdichten. Diese Faktoren sind:

- Faktor 1 = Problemanalyse/Defizitorientierung
- Faktor 2 = Zielaktualisierung
- Faktor 3 = Konkretisierung von Lösungen
- Faktor 4 = Beziehungsgestaltung/Kooperation/Respekt
- Faktor 5 = Ressourcen/Kompetenzen
- Faktor 6 = Alternatives Denken/Musterunterbrechung/ Destabilisierung
- Faktor 7 = Reframing

Faktor 1 beinhaltet die Items 2, 7, 18, 21, Faktor 2 die

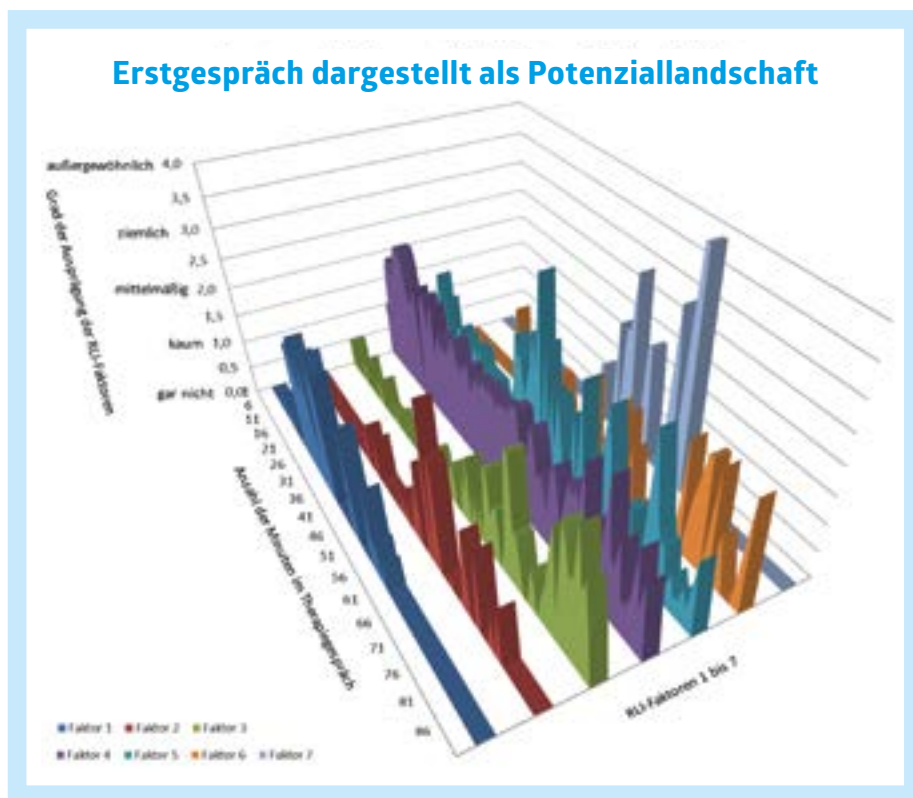


Abb. 6: Erstgespräch, dargestellt als Potenziallandschaft: Auf der x-Achse ausgewählte Minuten des Ratings; auf der y-Achse der Grad der Ausprägung einzelner RLI-Faktoren, auf der z-Achse die einzelnen RLI-Faktoren: Faktor 1 = Problemanalyse/Defizitorientierung, Faktor 2 = Zielaktualisierung, Faktor 3 = Konkretisierung von Lösungen, Faktor 4 = Beziehungsgestaltung/Kooperation/Respekt, Faktor 5 = Ressourcen/Kompetenzen, Faktor 6 = Alternatives Denken/Musterunterbrechung/Destabilisierung, Faktor 7 = Reframing

Items 9, 14, 15, 22, Faktor 3 die Items 8,13, 19, 20, Faktor 4 die Items 5, 10, 11, 16, 23, Faktor 5 die Items 1, 3, 4, Faktor 6 die Items 12, 17, Faktor 7 das Item 6 (siehe Abbildung 1). Im Kontext der einzelnen Faktoren sind die einzelnen Items nicht gleich gewichtet – ihre Gewichtungsunterschiede werden in der Aggregation der einzelnen Items mit berücksichtigt (Honermann et al., 1999, S. 48ff). In grafischer Weise lässt sich die Ausprägung dieser Faktoren über die Zeitdauer eines Therapiegesprächs hinweg in Form einer Potenziallandschaft darstellen. Abbildung 6 zeigt am Beispiel eines Erstgesprächs eine für viele AST-Erstgespräche typische Faktorenausprägung.

In der Darstellung werden sowohl Gemeinsamkeiten wie Unterschiede zu einem von Honermann et al (1999, S. 76) dargestellten Beispiel einer „Erstsitzung einer lösungsorientierten Kurzzeittherapie“ sichtbar: Gemeinsamkeiten zeigen sich hinsichtlich der Zielaktualisierung (Faktor 2) und der Konkretisierung von Lösungen (Faktor 3), hinsichtlich von Beziehungsgestaltung/Kooperation/Respekt (Faktor 4) sowie der Fokussierung von Ressourcen/Kompetenzen (Faktor 5). Die im Kontext von AST durchgeführten Erstgespräche sind allerdings im Vergleich zu diesem Beispiel

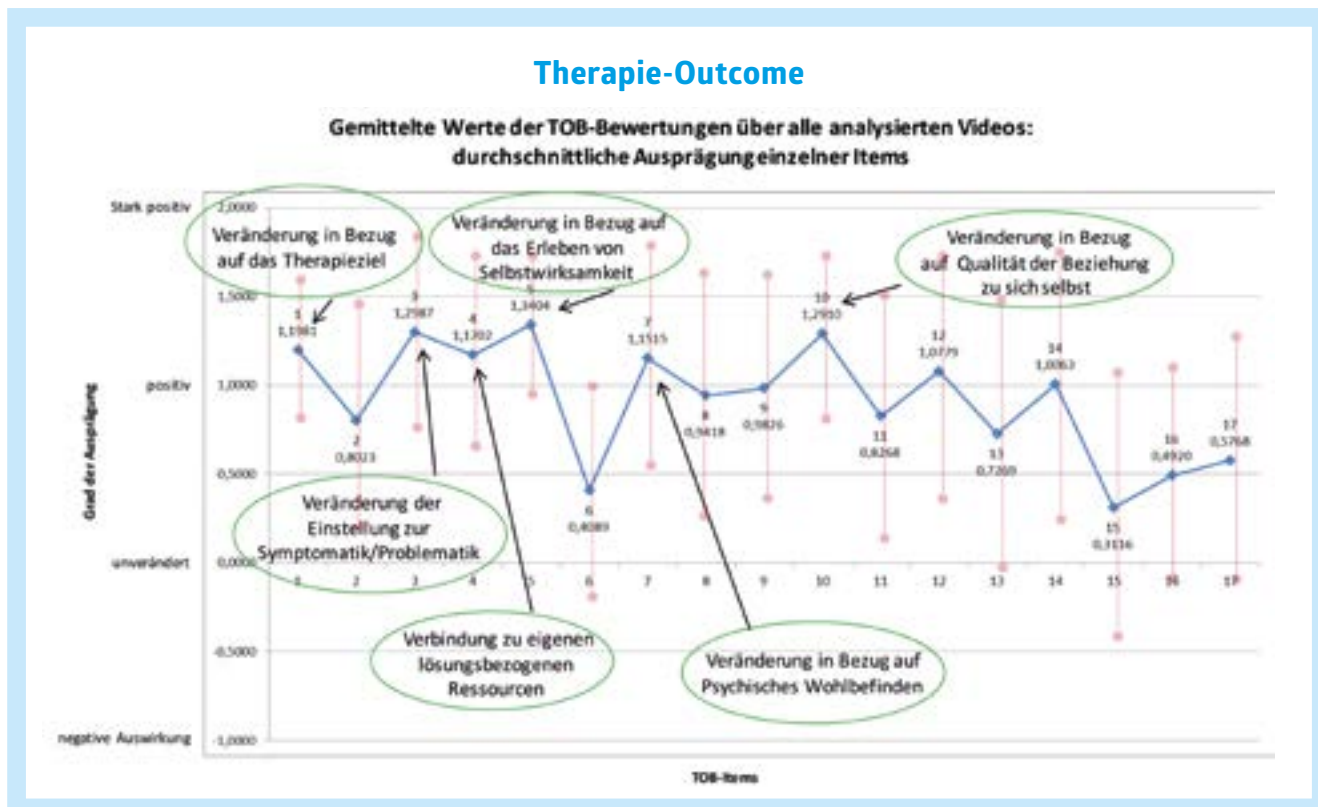


Abb. 7: TOB-Ergebnisse: Auf der x-Achse finden sich die TOB-Items; auf der y-Achse findet sich der durchschnittliche Grad der Ausprägung; die roten Linien bilden die jeweilige Standardabweichung der Items ab.

tendenziell stärker problemfokussiert (Faktor 1), sie zielen weniger auf ein Anregen von alternativem Denken bzw. auf Musterunterbrechung oder Destabilisierung (Faktor 6) und/oder ein Umdeuten (Faktor 7). Erste Ratings von Folgegesprächen verweisen auf eine hohe Konsistenz des TherapeutInnen-Verhaltens: LehrtherapeutInnen, die im Erstgespräch ein hohes Ausmaß an Empathie, Wertschätzung, Kooperation, Lebensweltbezug und Ressourcenorientierung realisieren, verwirklichen dieses auch in den auf das Erstgespräch folgenden Therapiegesprächen.

THERAPIE-OUTCOME UND THERAPIEZUFRIEDENHEIT

Bei der statistischen Auswertung der Daten des TOB entschieden wir uns, ausschließlich die Intensität der Ausprägung der einzelnen Items, nicht aber deren Häufigkeit zu erheben, da uns dies inhaltlich sinnvoll erschien. Tätigten KlientInnen im Lauf eines Abschlussgesprächs mehrfach Aussagen zu einem Item, wurde die Intensität der Ausprägung gemittelt. Als Ergebnis zeigt sich, dass sich im Rahmen der untersuchten Einzeltherapien die Problemstellungen der KlientInnen in positiver oder sehr positiver Weise veränderten (siehe Abbildung 7).

Das Ausmaß der Annäherung an zu Therapiebeginn formulierte Therapieziele (Item 1) wurde auf der von -1 bis +2 reichenden Skala durchschnittlich mit +1,2 geratet. KlientInnen beschrieben zudem vor allem eine verbesserte Einsicht in ihre Problemstellungen und deren verstärkte Akzeptanz (Item 3), eine stärkere Verbindung zu lösungsbezogenen Ressourcen (Item 4), ein vermehrtes Erleben von Selbstwirksamkeit (Item 5), ein verbessertes psychisches Wohlbefinden (Item 7) und eine positive Veränderung in der Beziehung zu sich selbst (Item 10). Geringer, wenngleich ebenfalls positiv ausgeprägt waren die Veränderungen im Rahmen der anderen Items. Vergleichsweise geringe Veränderungen wurden von KlientInnen hinsichtlich des Items 6 (körperliches Befinden) beschrieben.

Die Therapiezufriedenheit insgesamt (Item 12), die Zufriedenheit mit der Therapiebeziehung (Item 13) und die Zufriedenheit mit den besprochenen Therapieinhalten (Item 14) waren durchschnittlich um +1 ausgeprägt, geringer ausgeprägt war die Zufriedenheit mit der Therapiedauer und -frequenz (Item 15), die Zufriedenheit mit verwendeten therapeutischen Methoden (Item 16) und die Zufriedenheit mit dem Reflektierenden Team (Item 17). Dieses Item wurde insgesamt selten genannt. Die seltene Nennung wie auch

die vergleichsweise geringe Ausprägung des Items hat uns, da wir im Rahmen unserer Praktika als Reflektierende Teams in vielen Therapiesitzungen von AST mitwirkten, natürlich beschäftigt: Offensichtlich weisen KlientInnen den Beiträgen der Reflektierenden Teams keine so zentrale Bedeutung zu, wie wir es als Studierende erhofften. Das birgt mit Blick auf unsere (zukünftige) Praxis als TherapeutInnen, da wir aller Wahrscheinlichkeit nach nicht auf dieses Setting zurückgreifen werden können, auch eine positive Seite: Hilfreiche Therapiepraxis lässt sich auch ohne ein Reflektierendes Team verwirklichen.

In der Analyse der Daten bestätigte sich ein bereits von Grawe et al. (2004, S. 390) beschriebener Zusammenhang: Die Einschätzung des Therapieerfolgs und die Therapiezufriedenheit von KlientInnen sind miteinander verbunden – je höher die Therapiezufriedenheit, desto positiver fällt zumeist die Bewertung des Therapie-Outcomes aus und umgekehrt.

DER ZUSAMMENHANG VON THERAPIESTIL UND THERAPIE-OUTCOME BZW. THERAPIE-ZUFRIEDENHEIT

Für die Bestimmung des Zusammenhangs von Therapiestil im Erstgespräch und Therapie-Outcome bzw. -zufriedenheit wurde ein besonderes Regressionsmodell angewandt: die sogenannte kanonische Korrelation (Kubinger et al., 2011). Diese setzt die Therapiestilmerkmale auf der einen Seite mit dem Therapie-Outcome bzw. der Therapiezufriedenheit auf der anderen Seite in Beziehung. Wie bei dieser Methode zu erwarten kommt dabei ein zufriedenstellender hoher Korrelations-Koeffizient heraus.

Aus den dafür gewonnenen Regressionskoeffizienten ist zu erkennen, dass kein einziger Koeffizient signifikant ist, was heißt, dass in der Grundgesamtheit alle Regressionskoeffizienten gleich null sind.

Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass der Stil der LehrtherapeutInnen in AST wie auch die Beurteilung des Therapie-Outcomes bzw. der Therapiezufriedenheit durch KlientInnen eine sehr geringe Variabilität (Varianz) aufweisen.

Offensichtlich erlaubt das im Erstgespräch gezeigte TherapeutInnenverhalten keine Vorhersage des Therapie-Outcomes und der Therapiezufriedenheit.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das Bemühen der LehrtherapeutInnen um eine positive Therapiebeziehung interpretieren wir als Aktualisierung des von Grawe et al. (1994, S. 713) formulierten unspezifischen Wirkfaktors einer „positiven Therapiebeziehung“ bzw. des ersten „Generischen Prinzips“ von Schiepek (1999) – des Schaffens therapeutischer Stabilitätsbedingungen.

Es entspricht der Forderung von Grawe et al. (1994, S. 713), dass TherapeutInnen der positiven Therapiebeziehung vor allem zu Beginn einer Therapie besondere Beachtung schenken sollten: „Eine gute Therapiebeziehung bewirkt nicht nur direkt ein verbessertes Selbstwertgefühl des Patienten und erhöht seine Bereitschaft, sich seinen Schwierigkeiten zu stellen, sie öffnet den Patienten auch für die therapeutischen Einflüsse, macht ihn aufnahmebereit für die therapeutischen Interventionen, die ohne eine solche Aufnahmebereitschaft nicht viel ausrichten würden.“ (ebd., S. 781)

Eine gute Therapiebeziehung ist insbesondere durch die Empathie von TherapeutInnen und ihre „positiven therapeutischen Verhaltensweisen“ (Asay u. Lambert, 2001, S. 55) – durch ihre Wärme, ihr Verständnis und ihre Bestätigung für KlientInnen – geprägt. Sie schafft eine „empathische und unterstützende Arbeitsumgebung“ (Tallman u. Bohart, 2001, S. 117), innerhalb wel-

Eine gute Therapiebeziehung bewirkt nicht nur direkt ein verbessertes Selbstwertgefühl des Patienten und erhöht seine Bereitschaft, sich seinen Schwierigkeiten zu stellen, sie öffnet den Patienten auch für die therapeutischen Einflüsse, macht ihn aufnahmebereit für die therapeutischen Interventionen, die ohne eine solche Aufnahmebereitschaft nicht viel ausrichten würden.

cher sich KlientInnen generativen Such- und Problemlösungsprozessen widmen können, die sie in ihren natürlichen Lebenskontexten aus verschiedenen Gründen nicht realisieren können: „TherapeutInnen sorgen für eine sichere Beziehungsatmosphäre, die KlientInnen die Möglichkeit gibt ..., Lebensprobleme von einer neuen Perspektive aus zu betrachten. TherapeutInnen hö-

ren empathisch zu, sind nicht wertend und geben den KlientInnen Raum, ihre Geschichte zu erzählen ... (.) TherapeutInnen strahlen Zuversicht aus, was die eigene Person und was die der KlientIn betrifft. Dadurch ermöglichen sie es, dass KlientInnen Entmutigung überwinden und sich zu einer bewältigungsorientierteren Haltung hinbewegen.“ (ebd., S. 117)

Eine weitere bedeutsame Komponente dieser positiven Therapiebeziehung ist jene der Kooperation von KlientInnen und TherapeutInnen hinsichtlich der Ziele und Aufgaben der Therapie (Asay u. Lambert, 2001, S. 56). Das Bemühen der AST-LehrtherapeutInnen um hohe Ressourcenorientierung lässt sich als Bemühen um ein Aktualisieren des spezifischen Wirkfaktors „Ressourcenaktivierung“ (Grawe et al., 1994) bzw. des „Vierten Generischen Prinzips“ Schiepek (1999) – des „Förderns von Energie und Motivation“ – lesen. Sie entspricht einem von Tallman und Bohart (2001, S. 122) formulierten Fazit der Psychotherapieforschung: „Es ist die Mobilisierung der Ressourcen von KlientInnen, welche therapeutisch wirkt, nicht die Anwendung einer Technik auf ein Problem ... (.)“ Hilfreiche TherapeutInnen – so auch Berenson et al. (1968) – weisen KlientInnen häufiger auf ihre positiven Möglichkeiten und Fähigkeiten hin. „Ressourcenorientierte“ TherapeutInnen erzielen bessere Therapieergebnisse als sog. „defizitorientierte“ TherapeutInnen (Grawe, 2004, S. 390). „Es ist“ – so auch Tallman und Bohart (2001, S. 122) – „die Mobilisierung der Ressourcen von KlientInnen, welche therapeutisch wirkt, nicht die Anwendung einer Technik auf ein Problem ... (.) KlientInnen und TherapeutInnen tragen gleichermaßen zum kreativen Endergebnis bei, indem beide in wechselseitiger Konsultation an der Entwicklung von Lösungen mitwirken.“ In diese Ressourcenorientierung fügt sich das Bemühen der TherapeutInnen, das Expertentum und die Selbstwirksamkeit von KlientInnen hervorzuheben – therapeutische Wirkergebnisse werden letztlich „vor allem durch KlientInnenvariablen ..., nicht durch die TherapeutInnen oder die Therapie bestimmt.“ (Asay u. Lambert, 2001, S. 66)

In den untersuchten Erstgesprächen bemühten sich die LehrtherapeutInnen darum, ein von KlientInnen als unterstützend erlebtes Setting zu schaffen, den Therapiedialog zu strukturieren, ihr Vorgehen für KlientInnen verstehbar und transparent zu machen, Vertrauen herzustellen, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit zu aktivieren und Zugang zu persönlichen wie sozialen Ressourcen anzuregen.

KONTEXT UND KRITIK DER STUDIE

Mit Pieringer (2000) lässt sich die Geschichte der Psychotherapieforschung in mehrere Phasen einteilen:

- eine bis in die 1950er Jahre datierte sog. „Klassische Phase“ (mit dem Fokus auf sog. „Fallgeschichten“),
- eine zwischen den 1950er und 1980er Jahren datierte Phase der sog. „Rechtfertigungsforschung“ (generalisierte Wirksamkeitsforschung), die vor allem durch das von Luborsky et al. (1975) formulierte Dodo-Verdikt („Everybody has won and all must have prices“) gekennzeichnet ist,
- eine ab den 1970er Jahren datierte sog. Phase der differentiellen Psychotherapieforschung (Welche Behandlungsmaßnahme durch wen und zu welchem Zeitpunkt führt bei welchen Individuen mit welcher Problematik unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis?) sowie
- eine ab den 1980er Jahren datierte Phase der Prozess-Erfolgs-Forschung (Welche Veränderungen, die im therapeutischen Prozess entstehen, sind für die Wirksamkeit von Therapie verantwortlich?) und
- eine ab 1990 datierte sog. Professionalisierungsphase mit einer vorrangigen Hinwendung zu naturalistischen Studien und einem häufigen „mixed-methods-Ansatz“ (Löffler-Staska 2012, S. 15–21).

Wir betrachten unsere Studie als in die beiden letztgenannten Phasen einordenbar.

Die AST-Studie ist eine retrospektive Studie, die einem naturalistischen Design folgt: Die untersuchten Therapien waren zum Zeitpunkt der Realisierung nicht von einem Forschungsinteresse beeinflusst. In einem naturalistischen Design versuchen – so Graupe (1975, S. 36) – ForscherInnen, „natürlich auftretende Vorgänge zwischen Patient und Therapeut zu registrieren bzw. deren Effekte zu erfassen“³. Im angelsächsischen Sprachraum werden diese Studien als „effectiveness studies“ (Pinsof u. Wynne, 1995, S. 585) ausgewiesen, da sie die „Effektivität von Therapie, die im Feld und unter >normalen Umständen< stattfindet, erheben“: Sie erkunden ökologisch valide Bedingungen und Kontexte von Therapie – im Gegensatz zu sog. „efficacy studies“, die auf Effekte von Psychotherapie unter kontrollierten und spezifischen, von einer Forschungsfrage angeleiteten Bedingungen fokussieren. „The efficacy study“ – so die Kritik Selgman – „omits to many crucial elements of what is done in the field“ (Seligman, 1995, p. 966). Effektivitätsstudien hingegen sind durch ihre klinische Validität charakterisiert – sie untersuchen Merkmale real praktizierter Therapie. Unsere Studie entspricht keinem „Gold Standard“

³ Als Gegenüber definiert Graupe ein sog. „Laboratoriumsdesign“: In diesem werden Fragen, die sich im Kontext eines „naturalistischen“ Therapiesettings ergeben, unter „Laborbedingungen“ überprüft, wobei möglichst viele Bedingungen der naturalistischen Situation kontrolliert beizubehalten versucht werden. Die Laborsituation ermöglicht, dass einzelne untersuchte Variablen kontrolliert variiert werden – eine Möglichkeit, die im Kontext der therapeutischen Praxis nicht oder nicht systemisch gegeben ist.

quantitativer Psychotherapieforschung (Vollmoeller, 2003): Die Zahl der untersuchten Therapien ist vergleichsweise gering, es gibt keine Kontrollgruppe⁴, keinen Prä-Post-Vergleich⁵, der ein In-Beziehung-Setzen des Therapie-Outcome mit einer Ausgangssituation von KlientInnen erlauben würde (dadurch fehlen Differenzwerte, die eine Bestimmung der tatsächlichen Effektstärke der durchgeführten Therapien ermöglichen würden). Da eine Kontrollgruppe fehlt, können auch die von KlientInnen beschriebenen Ver-

änderungen forschungslogisch nicht eindeutig auf die stattgefundenen Therapien zurückgeführt werden, „auch wenn diese vielleicht die plausibelste Erklärung für die Veränderungen darstellen“ (Ochs et al., 1997, S. 43). Zudem erlauben die verwendeten Daten keine Aussagen über die Nachhaltigkeit der Wirkung der stattgefundenen The-

rapien: „The retrospective method does not allow for longitudinal observation of the same individuals for improvement across time.“ (Seligman, 1995, p. 972)

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft unser für Abschlussgespräche verwendetes Ratingverfahren: Anders als der RLI ist der TOB kein erprobtes und geprüftes Verfahren. Die im Kontext der Studie erhobenen Daten zum Therapie-Outcome und zur Therapie-Zufriedenheit geben im Lauf von Abschlussgesprächen formulierte und verdichtete „self-reports“ von KlientInnen wieder: „Improvements ... are not verified by external check. Patients can be wrong about ... these, and this is an undeniable flaw. But ... self-report, in principle, can be either rosier or more dire than the report of an external observer... (.)“ (Seligman, 1975, p. 972)

Eine der Fragen, die sich uns im Rahmen des Forschungsprojekts stellte, war jene nach unserer Objek-

tivität: Beeinträchtigte die Tatsache, dass wir an der la:sf unsere Ausbildung absolvieren bzw. absolvierten, unseren Blick? Wir waren uns dieser Gefahr bewusst und glauben, dass wir uns um eine ausreichend kritische und distanzierte Position bemüht haben und dieser Gefahr durch unser methodisches Forschungsvorgehen entgegenwirkten.

Manche SystemikerInnen stehen empirischer Therapieforschung vor dem Hintergrund konstruktivistischer Epistemologie kritisch gegenüber. „Bei vielen

Bei uns allen stärkte das Forschungsprojekt unsere Neugierde; und last but not least weckte es unser Interesse an empirischer Psychotherapieforschung und ihren Ergebnissen: „Die Neugierde bezüglich dessen, was ich als TherapeutIn eigentlich genau tue und was ... eine Veränderung bewirkt hat, wurde durch dieses Forschungsprojekt sicher gestärkt.“

systemischen Therapeuten“ – so etwa Schiepek (1988, S. 75) – „findet man ... eine distanzierte Haltung zur Empirie, die aus einer konstruktivistisch begründbaren Objektivierungsscheu heraus verstehbar ist.“ Forschung ist der Versuch, therapeutische Einmaligkeit systematisch zu beschreiben und zu objektivieren. Eine konstruktivistische Epistemologie schließt jedoch nach unserem Verständnis eine offene Haltung gegenüber nicht-konstruktivistischen Positionen notwendigerweise mit ein. Sie liefert – so Schiepek – „keinen festen Boden für die Abwertung traditioneller Empirie.“ (ebd., S. 75) Ein Einhalten wissenschaftlicher Regeln kann Beliebigkeit eingrenzen und ein gegenseitiges Verständnis von ForscherInnen und TherapeutInnen ermöglichen, was gerade dann sinnvoll ist, „wenn Objektivität nicht möglich und intersubjektive Übereinstimmung angesichts der operationalen Abgeschlossenheit kognitiver und sozialer Systeme niemals letztlich sicherzustellen ist.“ (ebd., S. 78)

IMPLIKATIONEN DES PROJEKTS

Durch das Forschungsprojekt hat sich unser Blick auf das Verhalten von TherapeutInnen und damit auf unser eigenes therapeutisches Verhalten geschärft: Wir wissen mehr, was wir beobachten und was wir tun; wie wir zum Aufbau einer positiven Therapiebeziehung beitragen können; wie sich die Dramaturgie eines

⁴ In „Kontrollgruppendesigns“ wird eine mit einer bestimmten Therapiemethodik behandelte „Therapiegruppe“ mit einer „Kontrollgruppe“ verglichen – im klinischen Setting kommen hierbei zwei Arten von „Kontrollgruppen“ zur Anwendung: „Wartekontrollgruppen“ bestehen aus KlientInnen, deren Behandlung erst nach der Untersuchung beginnt; „Placebokontrollgruppen“ werden zwar behandelt, jedoch nicht in einer spezifischen zielgerichteten Form. Die Zuteilung von KlientInnen zu einer „Therapiegruppe“ bzw. einer „Kontrollgruppe“ soll hierbei in randomisierter Weise erfolgen, andere Einflussfaktoren sollten nach Möglichkeit konstant gehalten werden.

⁵ Bei einem Prä-Post-Vergleich werden eine sog. „Prä-Treatmentsituation“ sowie zumindest eine „Post-Treatmentsituation“ von KlientInnen mit den gleichen Messinstrumenten erfasst.

Erstgesprächs Schritt für Schritt entfaltet; wie größere Interventionen vorbereitet und abgerundet werden, wie bedeutsam das Wahre der Kooperation ist.

Insgesamt erlebten wir eine positive Auswirkung des gemeinsamen Forschens: M. Langecker (2014, S. 2) beschreibt dies wie folgt: „Womit ich nicht gerechnet hatte war ... der Umstand, dass es einigermaßen schwierig sein würde, ein freies Gespräch zu transkribieren. Teilweise wechselten sich TherapeutIn und KlientIn in raschen Abfolgen ab, überlappten sich oder redeten gleichzeitig. Das machte es notwendig, sich einzelne Passagen wieder und wieder anzuhören. Diese Wiederholungen führten auch dazu, dass ich zahlreiche Feinheiten entdeckte, die mir beim einmaligen Anhören sicher nicht aufgefallen wären. Auch kleinste nonverbale Zeichen wurden dadurch sichtbar. Manche dieser Zeichen bzw. Gesten erwiesen sich als charakteristisch für einzelne LehrtherapeutInnen. Rückblickend war die Transkription sicher der zeitaufwändigste, aber ganz sicher auch ein sehr lehrreicher Teil des Forschungsprojekts.“

Ein anderer Effekt bestand in der Stärkung unserer Achtsamkeit (Richter, 2014, S. 4): „Die zunehmende Freude an der Forschungstätigkeit“ – so E. Wong (2014, S. 3) – „lag wohl vermutlich an einem gewissen Lerneffekt, den wir nolens volens von Rating-Stunde zu Rating-Stunde intensiver wahrnahmen, der sich weiters stetig zu augmentieren schien und überdies durch folgende Themenfelder genährt wurde, i. e., durch die minutenweise erfolgende Analyse und Aufgliederung der Handlungs- und Prozessschritte der Erst- und Abschlussgespräche, das Identifizieren, Markieren und Einordnen der Mikrointerventionen, die Schulung der therapeutischen Wahrnehmung, die spannenden unterschiedlichen Arbeitsstile der beobachteten LehrtherapeutInnen, die diskursive Auseinandersetzung in der Gruppe sowie durch die humorvolle, konstruktive und kreative Zusammenarbeit im Team, die fortlaufenden Interventionen wie ebenso durch die interessanten Hypothesenbildungen.“

Und Forschen führt – so unsere Erfahrung – zu neuen Fragen: „Was ist eigentlich Intervention? Wo beginnt und wo endet sie? Ab wann kann man von einer Intervention sprechen? Ich denke bei Intervention tendenziell immer an etwas ›Größeres‹ – diese Sichtweise hat sich durch die Studie verändert. Für mich hatten alle Items interventiven Charakter. Der Fokus hat sich im Zuge des Forschungsprojektes von ›Wo/Was ist (offensichtliche) Intervention?‹ zu ›Was tut sich sonst noch/dazwischen?‹ verschoben ... (.) Ich achte vermehrt auf die leisen Zwischentöne der KlientInnen. Und meine eigenen ›Mhms‹ fallen mir verstärkt auf.“ (Heumayer, 2014, S. 5)

Für viele von uns brachte dieses Forschungsprojekt auch persönliche Anregungen: „Das Forschungspro-

jekt“ – so B. Russold (2014, S. 4) – „zeigte mir meinen eigenen Lernbedarf an Langsamkeit und Geduld: Die Analyse der Gespräche zeigte mir, wo ich mich die nächsten Jahre entwickeln kann“. „Der Mut zur Pause in einer Therapie“ – so N. Heumayer (2014, S. 5) – „ist durch das Forschungsprojekt gewachsen.“

Bei uns allen stärkte das Forschungsprojekt unsere Neugierde; und last but not least weckte das Forschungsprojekt unser Interesse an empirischer Psychotherapieforschung und ihren Ergebnissen: „Die Neugierde bezüglich dessen, was ich als TherapeutIn eigentlich genau tue und was ... eine Veränderung bewirkt hat, wurde durch dieses Forschungsprojekt sicher gestärkt.“ (Lassenberger, 2014, S. 3) Die Mitarbeit am Projekt hat uns unter anderem darin geschult und ermutigt, in den eigenen Therapiegesprächen zugleich eine Innen- wie Außenperspektive einzunehmen.

Minuchin beschrieb einst den Standpunkt eines Forschers (sic!) und jenen eines Therapeuten (sic!) als „einander fast entgegengesetzt: Der Forscher muß sich von seinen Daten distanzieren, objektiv sein und darf das, was er untersucht, nicht beeinflussen und sich selbst darin nicht einbringen. Er muß auch alle komplexen Variablen, jedes Problem erkunden und erklären, da er nach der Wahrheit sucht. Die Haltung des Therapeuten ist ganz anders. Er muß persönlich beteiligt und menschlich sein, nicht distanziert und objektiv, er muß aktiv auf die Daten einwirken, um Leute zu beeinflussen, sodaß das, was bisher vorgegangen ist, sich verändert. Er muß auch einfache Ideen setzen, die ihn seinem Ziel näher bringen und darf sich durch Erforschungen interessanter Aspekte des Lebens und des menschlichen Geistes nicht ablenken lassen.“ (Minuchin, 1983, S. 28)

Unser Forschungsprojekt erlebten wir als Überwindung dieses Entweder-oder zugunsten eines Sowohl-als-auch von empathischer Anteilnahme und distanzierterem Wahrnehmen eines therapeutischen Geschehens, von dem wir als TherapeutInnen selbst Teil sind. „Die beobachteten Abschlussgespräche“ – so M. Lassenberger in ihrer Reflexion des Forschungsprojekts (2014, S. 3) – „machen mir ... Hoffnung bezüglich der eigenen Wirksamkeit als Therapeutin.“

BIBLIOGRAPHIE:

- Asay, T. P. u. M. J. Lambert (2001): Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan u. S. D. Miller (Hrsg.): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen Dortmund (Modernes Lernen): 41-81.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubble, B. L., Duncan u. S. D. Miller (Hrsg.): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund (Modernes Lernen): 137-192.

- Graupe, S. R. (1975): Ergebnisse und Probleme der quantitativen Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren. In: H. Strotzka (Hg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München (Urban & Schwarzenberg): 32–84.
- Grawe, K., Donati, R. u. F. Bernauer (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen (Hogrefe).
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen (Hogrefe).
- Grossmann, K. P. (2005): Die Selbstwirksamkeit von Klienten. Ein Wirkverständnis systemischer Therapien. Heidelberg (Carl-Auer).
- Grossmann, K. P. u. S. Molan-Grinner (2014): Der Therapie-Outcome-Bogen (TOB). Wien (Ia:sf).
- Heumayer, N. (2014): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (Ia:sf).
- Honermann, H., Müssen, P., Brinkmann, A. u. G. Schiepek (1999): Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI). Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Kubinger, K.D., Rasch, D. & Yanagida, T. (2011). Statistik in der Psychologie – vom Einführungskurs bis zur Dissertation. Göttingen (Hogrefe).
- Langecker, M. (2014): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (Ia:sf).
- Lassenberger, M. (2014): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (Ia:sf).
- Löffler-Staska, H. (2012): Geschichte und Entwicklung der Psychotherapieforschung, ihre unterschiedlichen Forschungsparadigmen und Zielsetzungen. In: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2013): Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop. Wien: 15–21.
- Ludewig, K. (1988) Problem - "Bindeglied" klinischer Systeme. In: L. Reiter, E. J. Brunner u. S. Reiter-Theil (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. Berlin (Springer): 77–96.
- Luborsky, L., Singer, B. a. L. Luborsky (1975): „Is it true that everyone has won and all must have prizes?“. Archives of General Psychology, 32: 995–1008.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., a. D. A. Claud (2003): The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. Journal of Brief Therapy, 2 (2): 91–100.
- Minuchin, S. (1983) Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie. Freiburg (Lambertus).
- Ochs M, Schlippe, A. von u. J. Schweitzer-Rothers J (1997) Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie. Familiendynamik, 22 (1): 34–63.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. a. B. K. Parks (1994): Process and outcome in psychotherapy: In A. E. Bergin a. S. L. Garfield (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. Oxford (John Wiley & Sons), 4th ed.: 270–376.
- Pinsof, W. M. a. L. C. Wynne (1995): The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions, and recommendations. Journal of Marital and Family Therapy, 21 (4): 585–613.
- Pieringer, W. (2000) Geschichte der Psychotherapieforschung. In: Stumm, G. u. A. Pritz: Wörterbuch der Psychotherapie. Wien (Springer): 572–573
- Richter, M. (2014): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (Ia:sf).
- Russold, B. (2014): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (Ia:sf).
- Seligman, M. (1995): The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports. Study. American Psychologist, 50: 965–974.
- Schiepek, G. (1988) Beitrag zu einer Diskussion im Vorfeld systemischer Methodologie I. Zeitschrift für systemische Therapie, 6 (2): 74–80.
- Schiepek, G. (1994): Ist eine systemische Psychotherapieforschung möglich? Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 42 (4): 297–318.
- Schiepek, G. (1999): Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schiepek, G., Honermann, H., Müssen, P. u. A. Senkbeil (1997): Ratinginventar Lösungsorientierter Interventionen (RLI). Die Entwicklung eines Kodierinstrumentes für ressourcenorientierte Gesprächsführung in der Psychologie. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, 26 (4): 269–277.
- Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B. (2013): Grundlagen systemischer Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen. Göttingen (Hogrefe).
- Tallman, K. u. A. C. Bohart (2001): Gemeinsamer Faktor KlientIn: Selbst-HeilerIn. In: M. A. Hubble, B. L. Duncan u. S. D. Miller (Hrsg.): So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund (Modernes Lernen): 193–219.
- Vollmoeller, W (2003): Integrative Behandlung in Psychiatrie und Psychotherapie. Konzepte und Strategien. Stuttgart (Schattauer).
- Wong, E. (2014): Reflexion des Forschungsprojekts. Wien (Ia:sf).