

Weder die Autoren/innen, noch die Fachschaft Psychologie übernimmt irgendwelche Verantwortung für dieses Skript.

Das Skript soll nicht die Lektüre der Prüfungsliteratur ersetzen.

Verbesserungen und Korrekturen bitte an fs-psycho@uni-koeln.de mailen.

Die Fachschaft dankt den AutorInnen im Namen aller Studierenden!

## Kölner Dokumentations- und Planungsmanual für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung - KÖDOPS

Script von Kristina Siever für die Diplomprüfungen bei Professor Fischer

**Grundlage des Scripts nach FISCHERS Prüfungsliteraturliste für Klinische Psychologie (K) und Arbeits-, Betriebs-, -Organisationspsychologie bzw. Arbeits-, Organisations-/Kommunikations- und Medienpsychologie (ABO):**

- FISCHER, G. (2000 a). Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung - KÖDOPS. Köln: DIPT-Verlag.

K: Thema 1 - Ätiologie und Nosologie klinischer Syndrome:

→ Kap. 2.9.5: *Klassifikation psychischer Störungen nach ätiologischen Einflüssen*, S. 168-172.

K: Thema 3 - Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings:

→ Kap. 1.5.10: *Umrisse einer psychodynamisch-behavioralen Psychotherapie*, S. 50-55;

→ Kap. 3.5.3: *Aktivitäten der Therapeutin - Signierungsanleitung am Beispiel der Erlebniszustände*, S. 214-218.

K: Thema 4 - Grundlegende Fragen und Ergebnisse der Psychotherapieforschung:

→ Kap. 1.2: *Notwendigkeit systematischer Fallkonzeptionen in der Psychotherapie*, S. 25-26;

→ Kap. 1.3: *Verbindung von Heilen und Forschen*, S. 26-27;

→ Kap. 1.4: *Psychotherapeutische Prozeß- und Veränderungsforschung*, S. 27-30;

→ Kap. 4.4.6: *Mißerfolgsvorschung in der Psychotherapie*, S. 250-253;

→ *Stichwort „Mißerfolgsvorschung“ im Sachregister*, S. 42-45, S. 124-131, S. 197;

→ Kap. 5.1: *Das Konvergenzprinzip als Regulativ für Forschungsergebnisse*, S. 255 f.

K: Thema 5 - Forschungsmethoden der Klinischen Psychologie:

→ Kap. 5: *Die Nachbefragung – Sicherung der Ergebnisse: Das Konvergenzprinzip als Regulativ für Forschungsergebnisse; Gütekriterien für Dokumentation und Forschung; Empfehlungen für den Aufbau wissenschaftlicher Arbeiten nach der Logik unterschiedlicher Forschungsstrategien*; S. 254-286.

ABO: Thema 6 - Dokumentation und Evaluation von Interventionen:

→ Kap. 2.10: *Verlaufskonstruktion I - Vorhersage von Therapieverlauf und Konstruktion therapeutischer Haltung*; S. 172-182;

→ Kap. 3.3: *Notizen zum Therapieverlauf*; S. 203-205;

→ Kap. 3.6: *Qualitative Rekonstruktion des Prozeßverlaufs*; S. 219-224;

→ Kap. 3.7: *Graphische Verlaufskonstruktion II - Stufen des Veränderungsprozesses*; S. 224-232;

→ Kap. 4.4.5: *Prognostische Gesamtbeurteilung - Synopse von Prozeß und Ergebnis*; S. 244-250.

**Zusammenstellung der FISCHER-Literatur für die beiden Diplomprüfungen K und ABO:**

- FISCHER, G. (2000 a). Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung - KÖDOPS. Köln: DIPT-Verlag.

K: Thema 1 - Ätiologie und Nosologie klinischer Syndrome:

→ Kap. 2.9.5: *Klassifikation psychischer Störungen nach ätiologischen Einflüssen*, S. 168-172.

K: Thema 3 - Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings:

- Kap. 1.5.10: *Umriss einer psychodynamisch-behavioralen Psychotherapie*, S. 50-55;
- Kap. 3.5.3: *Aktivitäten der Therapeutin – Signierungsanleitung am Beispiel der Erlebniszustände*, S. 214-218.

K: Thema 4 - Grundlegende Fragen und Ergebnisse der Psychotherapieforschung:

- Kap. 1.2: *Notwendigkeit systematischer Fallkonzeptionen in der Psychotherapie*, S. 25-26;
- Kap. 1.3: *Verbindung von Heilen und Forschen*, S. 26-27;
- Kap. 1.4: *Psychotherapeutische Prozeß- und Veränderungsforschung*, S. 27-30;
- Kap. 4.4.6: *Mißerfolgsvorschung in der Psychotherapie*, S. 250-253;
- Stichwort „*Mißerfolgsvorschung*“ im Sachregister, S. 42-45, S. 124-131, S. 197;
- Kap. 5.1: *Das Konvergenzprinzip als Regulativ für Forschungsergebnisse*, S. 255 f.

K: Thema 5 - Forschungsmethoden der Klinischen Psychologie:

→ *Kap. 5: Die Nachbefragung – Sicherung der Ergebnisse: Das Konvergenzprinzip als Regulativ für Forschungsergebnisse; Gütekriterien für Dokumentation und Forschung; Empfehlungen für den Aufbau wissenschaftlicher Arbeiten nach der Logik unterschiedlicher Forschungsstrategien; S. 254-286.*

ABO: Thema 6 - Dokumentation und Evaluation von Interventionen:

→ *Kap. 2.10: Verlaufskonstruktion I - Vorhersage von Therapieverlauf und Konstruktion therapeutischer Haltung; S. 172-182;*

→ *Kap. 3.3: Notizen zum Therapieverlauf; S. 203-205;*

→ *Kap. 3.6: Qualitative Rekonstruktion des Prozeßverlaufs; S. 219-224;*

→ *Kap. 3.7: Graphische Verlaufskonstruktion II - Stufen des Veränderungsprozesses; S. 224-232;*

→ *Kap. 4.4.5: Prognostische Gesamtbeurteilung - Synopse von Prozeß und Ergebnis; S. 244-250.*

- **FISCHER, G. (2000 b).** Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger.

K: Thema 3 – Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings:

→ *ganzes Buch bzw. wichtig:*

→ *Vorwort, S. 6-8;*

→ *Kap. 1: Definition und theoretische Grundlage, S. 17-21;*

→ *Kap. 2: Planungsdimensionen und Manualhandhabung, S. 21-27;*

→ *Kap. 3: Dimension I - natürlicher Verlaufsprozeß der traumatischen Erfahrung, S. 27-43;*

→ *Kap. 4: Dimension II - traumatische Situation(-sfaktoren), S. 43-48;*

→ *Kap. 5: Dimension III - Persönlichkeit und soziales Umfeld, S. 48-65;*

→ *Kap. 6: Dimension IV- therapeutischer Verlaufsprozeß, S. 66-121.*

ABO: Thema 1 - Psychologische Fachberatung:

→ *MPTT-Variante Akuttherapie: Kap. 3 bis Kap. 6, S. 27-121; besonders berücksichtigen: Kap. 3.2: Prinzip 1 in der Akuttherapie, S. 31; Kap. 6.4.10: Idealtypischer Verlauf der Akuttherapie, S. 117-119;*

→ *Kap. 7.1: MPTT-Modifikation Betreuung, S. 121;*

→ *Kap. 7.2: MPTT-Modifikation Beratung, S. 121 f.*

- **FISCHER, G. (2000 c).** Neue Wege nach dem Trauma. Information und Hilfen für Betroffene. Konstanz: Vesalius.

K: Thema 3 - Psychotherapeutische Verfahren, Techniken und Settings:

→ *leicht verständliche Einführung ins Thema „Trauma“ und Interventionstechniken.*

ABO: Thema 1 - Psychologische Fachberatung:

→ *Interventionstechniken bei Streß- und Traumaberatung.*

- **FISCHER, G. & RIEDESSER, P. (1998).** Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.

K: Thema 1 - Ätiologie und Nosologie klinischer Syndrome:

→ *Kap. 1.4: Diagnostik als „Momentaufnahme“: Syndrome der allgemeinen und speziellen Psychotraumatologie, S. 40-57;*

K: Thema 2 - Klinische Theorien zu Entstehung und Verlauf klinischer Syndrome:

→ *Kap. 1.1: Psychotraumatologie als Forschungs- und Praxisfeld, S. 15-19;*

→ *Kap. 1.2: Seelische und körperliche Verletzungen: Gemeinsamkeiten und Unterschiede, S. 19-28;*

→ *Kap. 1.3.1: Zur Geschichte der Psychotraumatologie: Naturgeschichte der Psychotraumatologie, S. 28-31;*

→ *Glossar, S. 339-355.*

K: Thema 5 - Forschungsmethoden der Klinischen Psychologie:

→ *Kap. 3.4: Forschungsstrategien der Psychotraumatologie, S. 155-179.*

# Gliederung des Scripts

Vorwort

Kap. 1 Einführung

Kap. 1.2 Warum ich nicht an Fallkonferenzen teilnehme! – Zur Notwendigkeit systematischer Fallkonzeptionen in der Psychotherapie

Kap. 1.3 Verbindung von Heilen und Forschen

Kap. 1.4 Psychotherapeutische Prozeß- und Veränderungsforschung

Kap. 1.5.10 Umriss einer psychodynamisch-behavioralen Psychotherapie

Kap. 2 Die Ausgangslage: Trauma, Konflikt und Entwicklungspotentiale

Kap. 2.9.5 Klassifikation psychischer Störungen nach ätiologischen Einflüssen

Kap. 2.10 Verlaufskonstruktion I: Vorhersage von Therapieverlauf und Konstruktion therapeutischer Haltung

Kap. 3 Der Therapieverlauf – Dialektik der Konfliktlösung

Kap. 3.3 Notizen zum Therapieverlauf

Kap. 3.5.3 Aktivitäten der Therapeutin – Signierungsanleitung am Beispiel der Erlebniszustände

Kap. 3.6 Qualitative Rekonstruktion des Prozeßverlaufs

Kap. 3.7 Graphische Verlaufskonstruktion II: Stufen des Veränderungsprozesses

Kap. 4 Das Therapieergebnis – Erfolg oder Mißerfolg

Kap. 4.4.5 Prognostische Gesamtbeurteilung: Synopse von Prozeß und Ergebnis

Kap. 4.4.6 Mißerfolgsvorschung in der Psychotherapie

Kap. 5 Die Nachbefragung – Sicherung der Ergebnisse

Kap. 5.1 Wann können Forschungsergebnisse in der Psychotherapie als gesichert gelten? – Das Konvergenzprinzip als Regulativ

Kap. 5.2 Gütekriterien für Dokumentation u. Forschung mit KÖDOPS. Vom Einzelfall zum Fallvergleich

Kap. 5.3 Empfehlungen für den Aufbau wissenschaftlicher Arbeiten nach der Logik unterschiedlicher Forschungsstrategien

## Vorwort

### Integriertes System von Theorie, Therapie und Forschung:

- 1) **Theorie:** Lehrbuch der Psychotraumatologie
- 2) **Therapie:** Therapiemanual zur Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie
- 3) **Forschung:** Kölner Dokumentations-, Planungs- und Forschungsmanual für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung.

### 2 Ziele von KÖDOPS:

- 1) **Verbindung von psychotherapeutischer Praxis und systematischer Forschung;**
- 2) **Einzelfallorientierte qualitative Forschung:** qualitative Methodik der systematischen Dokumentation von einzelnen Therapieverläufen (Einzelfallanalyse) und des sukzessiven systematischen Fallvergleichs (Fallkombinatorik), um zu den latenten, phänomengenerierenden Strukturen vorzudringen.

Mit Hilfe von KÖDOPS ist es möglich, die Aufgabe, die sich gemäß eines verstehenden ökologisch-dialektischen Psychotherapieverständnisses (integratives Verständnis der KlientInnen in ihrer Umweltbeziehung und Förderung autonomer Erfahrungsprozesse) stellt, zu lösen: die Erfassung der relevanten subjektiven Strukturen (subjektive Lebens-/Erfahrungswelt) und intersubjektiven Strukturen (intersubjektive Erlebniswelt) in angemessenem Komplexitätsgrad.

### Begründung dieser einzelfallorientierten Auffassung von Psychotherapie:

Schon die Definition des **psychischen Traumas** als dauerhafte Erschütterung des individuellen Selbst- und sozialen Weltverständnisses verweist auf die **subjektive Lebenswelt** der Betroffenen. Ein technologisches Verständnis greift hier zu kurz und läßt die Therapie auf eine „Therapie des PTSD“ zusammenschumpfen (Therapie der klassifizierten Trauma-Störung anstelle der Therapie der TraumapatientInnen in ihrer Lebenswelt).

Psychotherapie darf sich somit nicht auf die Anwendung von psychotherapeutischen Interventionstechniken beschränken. Vielmehr bildet eine systematische Konzeption vom Einzelfall, die auf der Erkenntnis seiner individuellen Gesetzmäßigkeiten beruht, die Grundlage der wissenschaftlichen Psychotherapie.

### Vorteil der einzelfallorientierten Methodologie:

Eine fallorientierte Methodologie ermöglicht in Forschung und Praxis eine schrittweise **Integration von psychotherapeutischen Paradigmen** hin zu einer schulenübergreifenden **integrativen Psychotherapie**. Zwischen den bisher weit auseinanderliegenden psychotherapeutischen Paradigmen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie kann ein ökologisch-dialektisches Verständnis von Psychotherapie eine konzeptuelle Brücke darstellen.

### 3 Ebenen des Untersuchungsansatzes und damit der KÖDOPS-Formate:

- 1) **Makro-Ebene:** Überblick über den psychotherapeutischen Prozeß als ganzen;
  - 2) **Meso-Ebene:** mittlerer Abstraktions- bzw. Auflösungsgrad;
  - 3) **Mikro-Ebene:** Betrachtung aller Details im psychotherapeutischen Prozeß.
- Ein Teil der Forschungskunst besteht in der Wahl einer für die jeweilige Fragestellung geeigneten ‚Auflösung‘ der Daten (S. 57).

## Kap. 1.2 Warum ich nicht an Fallkonferenzen teilnehme! – Zur Notwendigkeit systematischer Fallkonzeptionen in der Psychotherapie

(S. 25 f → Klinische, Thema 4)

**Fallbesprechungen in der Psychoanalyse:** Der Psychoanalytiker Paul MEEHL (1981) hat ausführlich begründet, wieso er nicht an Fallkonferenzen teilnimmt: sie bestünden meist aus einer tiefgreifenden Exploration von „Gegenübertragungsgefühlen“, da Psychoanalyse als eine Therapieform aufgefaßt werde, die vor allem aus dem „Unbewußten“ heraus geschieht, und nur so werde das Unbewußte der PatientInnen erreicht; es bleibt den ReferentInnen überlassen, ob sie die Anregungen der KollegInnen in ihre Therapieführung einbringen.

**Fallbesprechungen in der Verhaltenstherapie:** Hier wird die „baseline“ erhoben, es wird nach experimentellem Muster ein Kontrolldesign entworfen, und wissenschaftlich erprobte Techniken werden gegen wohldefinierte Probleme und Symptome eingesetzt.

Verhaltenstherapeuten würden die psychoanalytische Fallbesprechung als „spiritistische Sitzung“ empfinden; Psychoanalytiker hingegen die verhaltenstherapeutischen Fallbesprechungen als „flach“, „kognitivistisch verengt“, „beziehungsfeindlich“ und „manipulativ“.

Hiermit soll auf die **grundlegende Polarität in der Psychotherapie** hingewiesen werden, auf das Anliegen von MEEHL und zugleich **Anliegen der dialektischen Psychologie und Psychotherapie:**

Die **sinnvolle Verbindung** von **gefühlshafter Intuition** und **systematischer verantwortlicher Therapieplanung** und **Verlaufskontrolle**.

MEEHL hat einen wichtigen Beitrag zur Konstruktvalidierung verfaßt: er machte sich Gedanken darüber, wie Beobachtungsdaten auf theoretische Konstrukte bezogen werden können, die ihrerseits nicht beobachtbar sind und im registrierten Datensatz also nur indirekt „repräsentiert“ sind. Die intuitionistischer Vorgehensweise seiner psychoanalytischen KollegInnen war ihm zuwider, womit er Recht hat: das von FREUD formulierte psychoanalytische Ziel, „Unbewußtes bewußt“ zu machen und zu erforschen, erfordert ein **hohes methodologisches Reflexionsniveau** sowohl in der praktischen therapeutischen Arbeit als auch in der Forschung, das durch eine Berufung auf „Gegenübertragungsgefühle“ und „unbewußte Phantasien“ nicht zu erreichen ist.

Wie kaum ein anderer Beruf müssen PsychotherapeutInnen mit der **Verbindung** von **Gefühl** und **Verstand**, von **Intuition** und **Reflexion**, von **Innenwelt** und **Außenwelt** arbeiten; dies ist auch das Anliegen der dialektischen Psychologie und Psychotherapie → KÖDOPS.

## Kap. 1.3 Verbindung von Heilen und Forschen

(S. 26 f → Klinische, Thema 4)

FREUD forderte eine produktive Verbindung von Heilen und Forschen in der psychoanalytischen Arbeit. Dies kann so verstanden werden, daß die praktische psychotherapeutische Tätigkeit gleichzeitig eine Forschungstätigkeit ist, an der sich beide Partner, AnalytikerInnen wie AnalysantInnen, im Rahmen eines gemeinsamen „Forschungsprojektes“ beteiligen.

Dies läßt sich so mißverstehen, daß mit der Durchführung der psychoanalytischen Psychotherapie auch schon die wissenschaftliche Forschung abgedeckt sei. Wenn wir uns nicht auf diese zwar bequeme, aber weltfremde Position zurückziehen wollen, hilft eine Unterscheidung von ULRICH MOSER (1992) weiter, die Unterscheidung von 1) „on-line“- Forschung und 2) „off-line“ Forschung in der Psychoanalyse und Psychotherapie:

1) **on-line-Forschung:** Praktisch arbeitende PsychotherapeutInnen betreiben on-line-Forschung, indem sie intervenieren, die Folgen der Intervention beobachten und weitere Schritte verantwortlich planen. Um diese Aufgabe zu erfüllen, sind sie zugleich auf die Ergebnisse ihrer off-line-Forschung angewiesen.

→ Forschung innerhalb der Therapiesitzung (während der ‚Verbindung‘ mit den KlientInnen)

2) **off-line-Forschung:** Praktisch arbeitende PsychotherapeutInnen betreiben off-line-Forschung, indem sie einen Therapieplan entwickeln, den sie flexibel modifizieren, wenn sich neue Gesichtspunkte ergeben, sie dokumentieren ihre Beobachtungen, arbeiten von Zeit zu Zeit einzelne Fälle durch und können so allmählich einen Erfahrungsschatz gewinnen, der auf die spezielle Klientel und spezielle Aufgabe exakt zugeschnitten ist.

→ Forschung zwischen den Therapiesitzungen und nach Abschluß der Therapie (ohne ‚Verbindung‘ mit den KlientInnen)

An den Ergebnissen der off-line-Forschung läßt sich die therapeutische on-line-Tätigkeit erfahrungsgelenkt weiterentwickeln → **forschungsgestützter Rückkopplungskreis**. Das KÖDOPS-Manual soll psychotherapeutischen PraktikerInnen die Möglichkeit geben, ihre Arbeit in diesem modernen Sinn als Forschungstätigkeit zu verstehen. Mit der KÖDOPS-Forschungsversion lassen sich Forderungen an **Evaluation** und **Qualitätssicherung** mit **Forschungsinteressen** verbinden.

## Kap. 1.4 Psychotherapeutische Prozeß- und Veränderungsforschung

(S. 27-30 → Klinische, Thema 4)

In KÖDOPS wird der psychotherapeutische Veränderungsprozeß als solcher in den Mittelpunkt gerückt: dieser **Zentrierung** und **Prozeßorientierung** entspricht der **dialektische** Ansatz. Für die Dialektik besteht ein **Primat des Prozesses** vor der Struktur, ein **Primat des Werdens** vor dem Sein. Der menschliche Lebenslauf wird als ein **lebenslanger Entwicklungsprozeß** aufgefaßt. Die KÖDOPS-Forschung konzentriert sich auf Hindernisse, die diesem Entwicklungsprozeß entgegenstehen, und die therapeutischen Bemühungen richten sich primär darauf, sie zu beseitigen. Der Veränderungsprozeß, in dem sich der Mensch an seine Umwelt anpaßt, sie durch seine Anpassung zugleich verändert und sich durch ihre Veränderung selbst verändert (ökologischer Ansatz) ist zugleich Fokus und Grundlage der Therapieplanung.

### Veränderung als medialer Vorgang

Psychologische Veränderung im Alltagsleben wie in der Psychotherapie erfolgt dialektisch: weder aktiv noch passiv und zugleich sowohl aktiv als auch auf „passivem“, spontanem Weg. Sie ist als **medialer** Vorgang vorstellbar, der **zwischen aktiv und passiv** liegt (vgl. mediale Form des Verbs „verändern“ im Altgriechischen: met-allattesthai): zwischen aktivem „Sich-Verändern“ und passivem „Sich-einem-Veränderungsprozeß überlassen“.

ROGERS' Annahme einer angeborenen, biologischen „Wachstumstendenz“ kommt der dialektischen Auffassung recht nahe; allerdings ist die organische Metapher des „Wachstums“ problematisch: Dialektische Entwicklung ist ein mühsamer, konfliktreicher Prozeß, der sich durch viele Widerstände und manchmal sogar durch schwere Traumata hindurch entfaltet. Sie bewegt sich in Widersprüchen, die uns in Zerrissenheit und tiefe Verzweiflung stürzen können, kaum vgleichbar mit einem ruhigen, biologisch geregelten Wachstum von Pflanzen, Tieren und Menschen. Aus der Zerrissenheit heraus finden wir manchmal überraschende, kreative Lösungen für ein Problem, an dem wir bisher fast zerbrochen sind.

Produktive, prozeßorientiert betriebene psychotherapeutische Veränderung sollte vor dem Hintergrund des menschlichen Lebenslaufs untersucht werden. Ob sich ein therapeutisch begleiteter Veränderungsprozess **in den individuellen Lebenslauf integriert** oder nicht, kann dabei als ein wesentliches **Kriterium** bei der Ergebnisbeurteilung von Psychotherapien gelten. Von diesen Überlegungen aus müssen **5 Faktoren** einbezogen werden, die den begrifflichen/kategorialen Bezugsrahmen der psychotherapeutischer Veränderungsforschung bilden:

- 1) **lebensgeschichtliche Erfahrungen** (Traumata, Sozialisationsdefizite/-überschuß etc.);
- 2) **persönlichkeitstypische Verarbeitungsmuster** (Konflikt, konstitutionelle Faktoren, Abwehr und Bewältigungsmuster, Erlebniszustände etc.);
- 3) **Veränderungszyklen in der Psychotherapie** (Dekonstruktion (Techniken));
- 4) **konstruktive Lösungsschritte\*** (Konstruktion: Objektkonstanz (Fähigkeit zur Objektspaltung), Triangulierung, psychosexuelle Identität)
- 5) **Therapieergebnis** (Outcome/Katamnese: individuell, sozial, Expertenurteil).

Diese Faktoren stehen in einer **Wechselwirkung**, der jene dialektische Zeitstruktur zugrunde liegt, die für den menschlichen Lebenslauf kennzeichnend ist: die Vergangenheit erschließt sich durch unseren Zukunftsentwurf, und dieser wird durch die Bedingungen unserer Lebensgeschichte bestimmt, indem er ihre Widersprüchlichkeiten und Konflikte dialektisch in sich „aufhebt“. Dieses Aufheben hat die dreifache Bedeutung von:

- a) Auslöschen/Beseitigen der Ausgangsbedingung (eliminare bzw. tollere);
- b) Aufbewahren (conservare);
- c) Emporheben: Lösung auf einer höheren Ebene/Metaebene finden (elevare).

Der zweite Teilaspekt (conservare) beinhaltet das konservative Moment, durch das die **Kontinuität im menschlichen Lebenslauf** zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft entsteht, die ANTONOVSKY (1997) als „**sense of coherence**“ bezeichnet.

Es wird davon ausgegangen, daß in einer Psychotherapie die „Konstruktion“, der konstruktive Lösungsentwurf einer lebensgeschichtlichen Problemsituation, der „Rekonstruktion“ problematischer vergangener Erfahrungskonstellationen (z.B. der Bearbeitung vergangener Traumata) vorausgeht. Dieser Erkenntnisfigur folgt auch die off-line-Forschung, indem sie die therapeutisch erarbeiteten konstruktiven Lösungen der PatientInnen, ihre lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen und (ge-

scheiterten) früheren Lösungsversuche in einen systematischen Bezug zueinander bringt. Im interindividuellen Vergleich lautet die **leitende Frage der Psychotherapie-Prozeßforschung**:

Welche PatientInnen mit welcher lebensgeschichtlichen Ausgangslage arbeiten im psychotherapeutischen Prozeß welche produktiven Lösungen aus und wie gut „integriert“ und beständig erweisen sich diese im weiteren Lebenslauf?

Das Wissen, das sich als Antwort auf diese Forschungsfrage ergibt, nennt FISCHER „Prozeßwissen“ oder „Veränderungswissen“. Den Theorieansatz, der diese Fragen behandelt, bezeichnet er als „**Prozeßtheorie**“ oder „**Veränderungstheorie**“ (Met-allaxeologie → **Theorie der medialen psychotherapeutischen Prozesse**). Für die psychotherapeutische Praxis stellt die Prozeß-/Veränderungstheorie ein wichtiges Bindeglied zwischen allgemeiner Therapietheorie und praktisch-technischer Arbeit dar. Je genauer unsere Theorie der medialen Veränderung ist, desto sicherer können wir unsere Interventionen auf die Verlaufsdimension und den aktuellen Stand im individuellen Veränderungsprozeß unserer PatientInnen abstimmen.

### Kap. 1.5.10 Umriss einer psychodynamisch-behavioralen Psychotherapie

(S. 50-55 → Klinische, Thema 3)

Das **Dialektische Veränderungsmodell** auf seiner **intersubjektiven** und **selbstreflexiven Beziehungsstufe** psychoanalytischer Theoriebildung (vgl. Kap. 1.5.9) bietet eine theoretische Grundlage für die Integration behavioraler Verfahrensweisen in eine psychodynamische Grundorientierung. Es werden behaviorale Techniken wie Rollenspiel, Entspannungstechniken, Übungen zur Affektregulation, Techniken der Selbstbehauptung etc. in einen psychodynamischen und dialektischen Interventionsansatz integriert. Es handelt sich nicht um ein *eklektisches* Vorgehen, sondern um einen **klinisch abgewogenen Einsatz verhaltensbezogener Techniken** im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Psychotherapie unter Berücksichtigung folgender **3 Kriterien**:

#### 1) **Primat der Beziehungsgestaltung**:

Die Beziehungsgestaltung hat Vorrang vor der Technik. **Inhalt** und **Form** der therapeutischen Beziehungskonfiguration müssen aufeinander abgestimmt sein, um therapeutischen Mißallianzen und „double-binds“ (Doppelbindungen) zu vermeiden. Daher haben Klärung der Übertragungsbeziehung, Aufbau des Arbeitsbündnisses und (gemäß dem DVM) Herstellung der „minimalen“ bzw. „optimalen“ Differenz Vorrang vor der Entscheidung über Wahl und Einsatz einer behavioralen Technik.

Bsp. für eine „Double-Bind-Konstellation“: Ein Selbstbehauptungstraining auf der Basis einer Abhängigkeitsbeziehung zwischen TherapeutInnen und KlientInnen – also zu einem zu frühen Zeitpunkt – ist kontraindiziert: schüchterne, passive, selbstunsichere KlientInnen, deren Übertragungsbeziehung durch Abhängigkeitswünsche geprägt ist, werden aus ihrer Abhängigkeitshaltung heraus brav die Übungsinstruktionen (formal) befolgen, die ihrem Inhalt nach auf Unabhängigkeit zielen. Die Double-Bind-Botschaft der überaktiven bzw. zu früh aktiven TherapeutInnen an die KlientInnen lautet: „Emanzipiere dich von mir, indem du tust, was ich dir sage!“ und läßt keine therapeutische Wirkung erwarten. Sie verhindert im Gegenteil die notwendige Eigenaktivität der KlientInnen, die bei ‚gelingendem‘ Training zwar selbstsichereres Verhalten zeigen (Form), aber um den Preis einer verstärkten Abhängigkeit (Inhalt) in der therapeutischen Beziehung.

**Fazit** zum Einsatz behavioraler Techniken gemäß dem Primat der Beziehungsgestaltung: Erst wenn die minimale Differenz hergestellt ist (1. Schritt), können behaviorale Techniken veränderungswirksam werden (2. Schritt).

#### 2) **Duales Beziehungskonzept**:

Entsprechend dem dualen Beziehungskonzept werden behaviorale Übungselemente in die optimale Differenz von Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung eingebracht.

Dieses duale Beziehungskonzept grenzt sich von einer monistischen Beziehungsvorstellung ab, die z.B. von einigen Psychoanalytikern vertreten wird, die die Auffassung vertreten, die therapeutische Beziehung sei insgesamt Übertragung. Das ADVM geht von **2 unterschiedlichen Beziehungskonfigurationen** aus, 1) der **Übertragungsbeziehung** und 2) dem **Arbeitsbündnis** als im engeren Sinn therapeutischer Beziehung (auch als „therapeutische Allianz“ bezeichnet). Entscheidend ist das gegenseitige Verhältnis dieser beiden Beziehungskonfigurationen:

Die PatientInnen bringen ihre pathogenen Vorerfahrungen via Übertragung in die therapeutische Beziehung ein. Indem die TherapeutInnen die eigenen Gegenübertragungsgefühle und

-reaktionen introspektiv erfassen und für sich bearbeiten, tragen sie dazu bei, daß die PatientInnen einen produktiven Kontrast zu ihren pathogenen Vorerwartungen erleben können, der sich von bisherigen Beziehungserfahrungen „optimal“ (= durch gezielte Differenz in der Ähnlichkeit) unterscheidet. Es geht also sowohl um Bearbeitung der Übertragung als auch um eine hilfreiche therapeutische Beziehung.

**Fazit** zum Einsatz behavioraler Techniken gemäß dem dualen Beziehungskonzept: In die „Schere“ zwischen Übertragung und Arbeitsbündnis, die von der minimalen Differenz zur optimalen Differenz führt, können verhaltensbezogene Techniken erfolgversprechend eingepaßt werden.

Es gibt sogar Übertragungskonstellationen, in denen ein Verzicht auf behaviorale Techniken dazu führt, die optimale Differenz zu verfehlen (Bsp.: Psychoanalytiker machte Ärger-Bewältigungstraining mit der Patientin und erweiterte so nicht nur deren Verhaltensrepertoire, sondern förderte zugleich die optimale Differenz, da er im Rahmen einer korrektiven Vaterübertragung genau das tat, was der Vater versäumte: sich korrektiv um ihre schwierige Erziehung durch die Mutter zu kümmern).

### 3) **Antizipatorisches Verhaltensrepertoire:**

Der Einsatz behavioraler Techniken dient dazu, Anregungen und „Bausteine“ für die spontanen und **eigenständigen** konstruktiven, dekonstruktiven und rekonstruktiven Veränderungsoperationen zu liefern. Die übenden Module sollen nicht primär einen in sich geschlossenen Satz von Verhaltensweisen aufbauen, sondern regen zur Anlage eines Verhaltensrepertoires an, aus dem sich die KlientInnen als „Baumeister“ bei ihrer spontanen Konstruktionstätigkeit frei bedienen können.

Bildliche Erläuterung der **komplexen Veränderungsoperationen/Lernprozesse** der **Konstruktion, Dekonstruktion** und **Rekonstruktion**, die in der Psychotherapie stattfinden, mit einer – vereinfachenden – Analogie aus der Computertechnologie:

In der Therapie soll (und kann) nicht einfach ein neues „Programm“ „installiert“ werden, sondern das bereits bestehende „Programm“ der KlientInnen muß „überschrieben“, umgeschrieben werden auf eine Weise, die sich optimal in den bisherigen Lebensentwurf der KlientInnen integriert und ihn produktiv weiterführt → **Integritätskriterium der Veränderung** nach FISCHER (1994). Wichtig ist, daß die KlientInnen ihre eigenen „Programmentwickler“ sind; die TherapeutInnen können, genügend Wissen um diese komplexen Veränderungsprozesse vorausgesetzt, ihnen dabei allenfalls helfen. Wie in einer Computersimulation entwickeln die PatientInnen in tastenden Konstruktionsversuchen Funktionen und Strukturen für ihr verändertes „Programm“. Parallel dazu werden bisherige Programmmodule vorsichtig in Frage gestellt und dekonstruiert. Wenn sich die Funktionen und Strukturen des neuen „Programms“ endlich abzeichnen, entsteht ein weiteres Problem: das der „Kompatibilität des Programms“ mit den vorhandenen „Dateien“, den Erinnerungen aus der Lebensgeschichte. Werden diese nicht rechtzeitig rekonstruiert, d.h. in die neue „Programmstruktur“ eingearbeitet, so kann es geschehen, daß sie „verloren gehen“. Handelt es sich hierbei um lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse, führt das zu einem Bruch in der lebensgeschichtlichen Kontinuität und Identität der PatientInnen.

In der psychotherapeutischen Veränderung geschehen komplexe Prozesse von **dialektischer selbstgegenständlicher Erkenntnis**, die zu einer schrittweisen Selbstkorrektur des mentalen „Programms“ in seinen zentralen Kontrollparametern führen. Verbale Interventionen und/oder ein behaviorales Übungsangebot können diese Operationen und Prozesse folgendermaßen optimal unterstützen:

In der dialektischen Psychotherapie wird die Wirkung einer behavioralen Technik nicht in erster Linie vom Übungseffekt erwartet (s. klassische und operante Lernvorgänge), sondern von ihrer Eignung, konstruktive, dekonstruktive und rekonstruktive Lernprozesse im Beziehungskontext einer minimalen bzw. optimalen Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung zu unterstützen. Trainingselemente können diesen produktiven Veränderungszyklus nicht von sich aus herbeiführen, sondern nur vorbereiten und unterstützen, indem sie ein antizipatorisches Repertoire alternativer Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Interventionen können nach dem Beitrag gesichtet werden, den sie zu diesem Prozeß leisten:

#### **Interventionen zur Förderung von Dekonstruktion:**

Techniken der **paradoxen Intention/Intervention** sind geeignet, automatisierte Verhaltensabläufe sehr effektiv zu unterbrechen. Aber nicht diese Verhaltensänderung als solche ist das Ziel, sondern die **Reflexion auf Exekutivfunktionen des mentalen Programms**, die sich der bewußten Selbstwahrnehmung bisher entzogen haben.

In der MPTT schließen sich Übungselemente zu Therapiebeginn eng an das spontan gebildete traumakompensatorische Schema der PatientInnen an und tragen so zur differenzierenden De-

konstruktion der dysfunktionalen Anteile bei → Umlernen durch differenzierende/relativierende De-  
konstruktion. Psychotraumatische Abwehr wird z.B. durch Distanzierungstechniken gefördert und  
differenziert. Sind die traumakompensatorischen Funktionen genügend gestärkt, so kann zur  
Traumabearbeitung übergangen werden.

#### **Interventionen zur Förderung der Antizipation von Konstruktion:**

In der Konstruktionsleistung wird eine **neue Struktur** gebildet, eine logisch höhere Stufe von Erle-  
ben und Verhalten, die es erlaubt, den bisher unlösbaren Widerspruch zwischen aufgespaltenen  
Polaritäten dialektisch „aufzuheben“. An diesem Schritt sind 2 Aspekte beteiligt: 1) motivationaler  
Aspekt und 2) kognitiver Aspekt.

Der **motivationale Aspekt** von Konstruktionsleistungen wird durch Interventionen gefördert, die  
den Patienten **ermutigen**, die Situation doch noch ändern zu können: **paradoxe Interventionen**  
zur Auflösung des Wiederholungszwangs, die Vorgänge aktiver Wiederholung stärken und damit  
die **natürliche Vollendungstendenz** (Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung  
unterbrochener Handlungen) unterstützen.

Der **kognitive Aspekt** von Konstruktionsleistungen kann durch **konfrontierende und klärende**  
**Deutungen**, in denen die dissoziierten Beziehungspolaritäten thematisiert werden, gezielt geför-  
dert werden (z.B. die Spaltung eines Beziehungsschemas in generelles Vertrauen versus generel-  
les Mißtrauen).

#### **Interventionen zur Förderung der Antizipation von Rekonstruktion:**

Auch an diesem Schritt sind die 2 Aspekte beteiligt: 1) kognitiver Aspekt und 2) motivational-affek-  
tiver Aspekt.

Die **kognitive Rekonstruktion** wird vor allem dann erforderlich, wenn das mentale „Programm“  
seine generativen Strukturen in einem Konstruktionsschritt überarbeitet hat und ein „Update“ der  
„gespeicherten Daten“ erfolgen muß, damit sie nicht verloren gehen. Bei dieser Überarbeitung  
werden oft „Daten“ wieder zugänglich, die mit dem bisherigen „Programm“ nicht mehr  
aufgefunden werden konnten: Erinnerungen, die der Amnesie unterlagen (amnestische  
Erinnerungslücken). Diese Rekonstruktion kann das emotionale Gleichgewicht der Persönlichkeit  
durch Mobilisierung unerträglicher Affekte gefährden → Überleitung zur **affektiven**  
**Rekonstruktion**. Daher sind zur Unterstützung der Antizipation von Rekonstruktion **Techniken**  
**der Affektkontrolle und -regulierung** besonders geeignet.

Vor allem bei TraumapatientInnen müssen „heiße Gedächtnisspeicher“ – die traumatischen Erinne-  
rungen - rekonstruiert werden. Traumatische Affekte können den Rekonstruktionsvorgang blockie-  
ren oder den Veränderungszyklus zum Erliegen bringen; daher sind MPTT-Techniken der Affekt-  
kontrolle und -regulierung antizipatorisch hilfreich sowie EMDR-Module, die besonders geeignet  
erscheinen, um affektiv bedingte Blockaden der zentralnervösen Informationsverarbeitung zu lö-  
sen.

Es gibt bisher nur wenige theoretische Kriterien, um die Zielrichtung und die Grenzen der – in der  
psychotherapeutischen Praxis weit verbreiteten – Integration von behavioralen Techniken in eine  
psychodynamische Grundrichtung zu umreißen. Die hier genannten 3 Kriterien können eine **kon-**  
**trollierte Praxis** (vgl. Petermann) ermöglichen, die den Problem des Eklektizismus entgeht. Wich-  
tig ist ferner eine sorgfältige **Therapieplanung** und **Therapieverlaufskontrolle** durch Dokumenta-  
tion, die sowohl dem Schutz der PatientInnen als auch dem Schutz und der Psychohygiene der  
TherapeutInnen dient.

### **Kap. 2.9.5 Klassifikation psychischer Störungen nach ätiologischen Einflüssen**

(S.168-172 → Klinische, Thema 1)

In der Psychotherapieforschung wurde bei der Frage zur Ätiologie psychischer Störungen wieder-  
holt vor „*Universalmythen*“ gewarnt, die eine *einheitliche* Genese psychischer Störungen, eine *ein-*  
*heitliche* Therapie und meist auch ein *einheitliches* Menschenbild zugrundelegen (es gibt nicht *die*  
Therapie, *den* Patienten, *die* Therapeutin, *das* Therapieziel!). Stattdessen muß in der Forschung  
nach den Grundlagen für eine **differentielle Indikation** von therapeutischen Techniken, Therapie-  
konzepten und übergreifenden therapeutischen Strategien gesucht werden.

Besonders erfolversprechend erscheint hierbei der Ausgang von einer **differentiellen Ätiologie**  
psychischer Störungen, da die Kenntnis ätiologischer, kausaler Faktoren das therapeutische Vor-  
gehen auf einen vergleichsweise sicheren Boden stellt. Das folgende **ätiologische Modell**  
berücksichtigt **4 ätiologische Einflußspären**, die sich idealtypisch\* unterscheiden lassen. Jede

dieser Einflußgrößen scheint zugleich eine besondere Gruppe seelischer Störungen hervorzubringen:

- 1) **psychotraumatische Einflüsse** (dissoziative und somatoforme Störungsbilder);
- 2) **Übersozialisation** (neurotische Störungsbilder);
- 3) **psychobiologische Einflüsse** (genetische und erworbene Störungsbilder).
- 4) **Untersozialisation** (dissozide-antisoziale Störungsbilder).

\* idealtypisch, da die verschiedene Sphären auch bilaterale Schnittmengen und eine Gesamtschnittmenge im Mittelbereich bilden, die beide ein Zusammenspiel der verschiedenen ätiologischen Einflüsse andeuten sollen; die jeweiligen Störungsgruppen haben also nicht nur jeweils einen Ursachenfaktor).

#### 1) **Psychotraumatische Einflüsse:**

Traumastörungen bilden eine der wenigen nosologischen (Nosologie = Lehre von den Krankheitsbildern) Einheiten, deren Verursachung bekannt ist: ein psychisches Trauma (Bsp.: PTBS tritt umso eher auf, je enger der Soldat am Zentrum des Kampfgeschehens eingesetzt wird). Erbfaktoren üben dabei allenfalls einen geringfügig modifizierenden Einfluß aus. Dem psychotraumatischen Einflußfaktor entspricht nosologisch das „Traumaspektrum“ psychischer Störungen: bPTBS, Syndrome der speziellen Psychotraumatologie, dissoziative Störungen, ein Teil der Borderline-Störungen und somatoforme Störungsbilder.

#### 2) **Übersozialisation:**

Dieser psychosoziale Einflußfaktor entspricht einem übermäßig strengen, rigiden und einengenden Erziehungsstil (traditionell: konservativ, oft kirchlich untermauert; modern: streng leistungsbezogene asketische Sozialisationsmuster). Die Vitalität der Persönlichkeit wird unterdrückt, Triebimpulse und Phantasien werden durch die rigide Prägeform quasi „ausgestanzt“. Ein solcher Erziehungsstil kann jedoch nicht als „traumatisch“ bezeichnet werden: von einer Überdehnung der Traumabegriffs ist abzuraten, da traumatische Ereignisse und Lebensumstände so ihre Besonderheit verlören. Allerdings besteht eine Schnittmenge zwischen beiden Bereichen, in die z.B. ein übersozialisierter Erziehungsstil dann hineinreicht, wenn die Erziehungsnormen mit brutalen, körperlichen Strafen durchgesetzt werden.

Vom Störungsbild her entsteht unter den genannten Bedingungen die klassische **neurotische Persönlichkeit** mit ausgeprägter Identität, vertikaler Abwehrorganisation und relativ kohärentem Ich-Selbst-System, die an der übermäßigen Verdrängung vitaler Impulse neurotisch erkranken kann. Vermutlich enthalten die traditionellen Geschlechtsrollenstereotypen neurotogene Faktoren; die von Mädchen traditioneller Weise erwartete Bravheit, Sittsamkeit, altruistische Hilfsbereitschaft und Unterordnung enthält zweifellos solche pathogenen Elemente.

#### 3) **Psychobiologische Einflüsse - biologisch angeboren (= genetisch) und biologisch erworben:**

- a) Erbgenetische Faktoren verbinden sich mit den übrigen ätiologischen Einflüssen in unterschiedlicher Weise (sie verbinden sich z.B. mit somatischen und psychischen Einflußfaktoren bei der Neurosenentstehung nach FREUD). Die geringste Rolle scheint die genetische Disposition bei psychotraumatischen Situationsfaktoren von mittlerem und hohem Schweregrad zu spielen.
- b) Neben den angeborenen Dispositionen rücken erworbene Dispositionen neuerdings immer deutlicher ins Blickfeld: 1) die verschiedenen zentralnervösen, neuromuskulären und neurovegetativen Folgen des Traumas; 2) die in der Kindheit früh erworbenen Veränderungen hormoneller und neurohormoneller Regulationssysteme; 3) Dysregulation des Serotoninhaushaltes infolge frühkindlicher Deprivation, die für depressive Erkrankungen in Erwachsenenalter disponiert.

#### 4) **Untersozialisation:**

Dieser psychosoziale Einflußfaktor entspricht einem laissez-faire-Erziehungsstil, durch den die Kinder Verwöhnung und zu geringe oder auch einseitige normative Steuerung erfahren. So entsteht ein Mangel an Empathie, Normenverständnis und Verständnis für die fundamentale Wechselseitigkeit sozialer Beziehungen. Parallel dazu entsteht ein Lerndefizit in bezug auf soziale Fertigkeiten, die einen wechselseitig befriedigenden Umgang mit anderen Kindern oder außerfamiliären Erwachsenn begünstigen. Kommen bestimmte negative Bedingungen hinzu, kann dieses Sozialisationsmuster in eine **dissoziale** oder **antisoziale ‚Karriere‘** münden.

Auch hier können psychotraumatische Faktoren hinzutreten, die dann zu einer Verschärfung der Verhaltensdefizite und antisozialen Tendenzen beitragen. Auch ein genetisch angeborenes Struk-

turmuster ist beim ‚harten Kern‘ der antisozialen, soziopathischen Persönlichkeit zu berücksichtigen.

Die 4 ätiologischen Muster können zu **Therapiestrategien** in Beziehung gesetzt werden, die sich in der Geschichte der Psychotherapie herausgebildet haben:

#### 1) **Therapie bei Übersozialisation:**

Es fällt die Beziehung von neurotischen Störungen zur **klassischen Psychoanalyse** nach FREUD mit ihrer Auffassung der Triebwunsch-Abwehr Dynamik auf: Durch freie Assoziation kann der Kontakt zur verdrängten Vitalität allmählich wieder aufgenommen werden; durch Abwehranalyse werden die Verdrängungen wieder aufgehoben. Die Neurose wandelt sich in eine Übertragungsneurose, die aufgelöst werden kann, wenn die TherapeutInnen sich neutral und/oder abstinenter verhalten und zugleich die bedrohlichen Phantasien und „Übertragungsüberzeugungen“ deuten. Dann entdecken die AnalysandInnen, daß die Phantasien schlimmer sind als die Wirklichkeit war und ist und können das neurotische Übertragungsschema revidieren.

#### 2) **Therapie bei Psychotraumata:**

Die klassische psychoanalytische Therapiestrategie läßt sich jedoch auf die traumatischen Störungen nicht übertragen, denn hier war die Wirklichkeit meist schlimmer als die Phantasie. Im Gegensatz zum neurotischen Übertragungsschema kann das Traumaschema nicht durch bloße Abstinenz widerlegt werden. Die angebrachte therapeutische Strategie ist hier, zunächst das traumakompensatorische Schema stärken, sorgfältig auf die minimale Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Traumaschema zu achten und den Aufbau einer Übertragungsneurose oder eines Übertragungstraumas gezielt zu verhindern. Die (Basis-)Strategie der **MPTT** (= Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie nach FISCHER) paßt die psychodynamischen Wirkfaktoren in dieser Weise an die ätiologische Gruppe der Traumastörungen an. Sie folgt dabei grundsätzlich dem von JANET entwickelten Therapieschema mit den 3 Schritten 1. Stabilisierung, 2. Traumabearbeitung und 3. Integration des Traumas in die Lebensgeschichte der TraumapatientInnen und ihrer Persönlichkeit in ihr soziales Umfeld, erweitert um das in der klassischen Psychoanalyse erarbeitete dialektische Verständnis für den Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung. Wird die MPTT mit **EMDR** (= Eye Movement Desensitization and Reprocessing) verbunden, dann kommt zu dieser Basisstrategie ein spezifisch wirksames Instrument zur Traumabearbeitung hinzu. (Werden TraumapatientInnen dagegen nach den klassischen Prinzipien der Neurosen-therapie behandelt, so sind therapeutische Mißerfolge zu erwarten, wie sie sich in den vorliegenden Mißerfolgsstudien zeigen.)

#### 3) **Therapie bei Untersozialisation:**

Die zentrale Therapiestrategie bei Defiziten im sozialen Verhalten hat die **Verhaltenstherapie** entwickelt, es geht um das Nachlernen in kleinen Schritten und den Aufbau problemadäquater Verhaltensweisen durch Regellernen, Empathietraining und soziale Verstärkersysteme.

Von Interesse ist die Überschneidung mit dem Bereich der Übersozialisation. Auch bei neurotischen Trieb-Abwehr-Konflikten entstehen im Konfliktbereich Verhaltensdefizite, denen größere Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte als dies in der traditionellen psychoanalytischen Therapiekonzeption der Fall war, hier liegt ein wichtiges Ergänzungsfeld zwischen PA und VT → psychodynamisch-behaviorale Neurosen-therapie.

Überschneidung mit psychotraumatischen Einflüssen: Auch TraumapatientInnen benötigen Verhaltenstrainings, um ihre Kompensationsmöglichkeiten zu verbessern und traumabedingte Verhaltensdefizite zu überwinden → MPTT: psychodynamisch-behaviorale Traumatherapie.

#### 4) **Therapie bei psychobiologischen Einflüssen:**

Therapieansätze, die entgleiste **biologische Regelkreise** rekonstruieren:

**EMDR** stimuliert die Möglichkeiten der Selbstregulation auf der zentralnervösen Ebene.

**NMTT** (Neuro-Muskuläre Trauma-Therapie) scheint über die motorische Komponente des Traumaschemas eine Wirksamkeit zu entfalten, die über die Reorganisation der Motorik hinausgeht.

**Psychopharmaka:** Ihre Wirkung beruht auf der Reorganisaion und Unterstützung biochemischer Regelsysteme, die bei **adjuvantem** (= unterstützendem) Einsatz günstige Auswirkungen auch auf die psychotraumatischen Störungen haben. Allerdings darf von der psychobiologischen Wirkung von Pharmaka kein ätiologischer Trugschluß abgeleitet werden nach der Logik: *wenn Störungen durch biologische Mittel verändert werden, so müssen sie auch biologische Ursachen haben.*

## Psychodynamik

Der dynamische Aspekt der psychoanalytischen Metapsychologie muß um die Traumadynamik zur **Psychodynamik des Traumas** ergänzt werden. Die klassische Triebwunsch-Abwehr-Dynamik ist charakteristisch für das neurotische Störungsbild mit dem ätiologischen Hintergrund der Übersozialisation. Wendet man dieses Triebwunsch-Abwehr-Modell im Sinn eines *Universalmythos* auf psychotraumatische Störungen an, so entsteht konzeptionelle Verwirrung (Kategorienfehler), denn so würde man ableiten, daß das Trauma der Erfüllung eines Triebwunsches entspreche. Charakteristisch für das ätiologische Feld der Traumastörungen ist hingegen die **Dynamik von Traumaschema und traumakompensatorischem Schema**, die den dynamischen Gesichtspunkt der psychoanalytischen Metapsychologie **ätiologieadäquat** ergänzt.

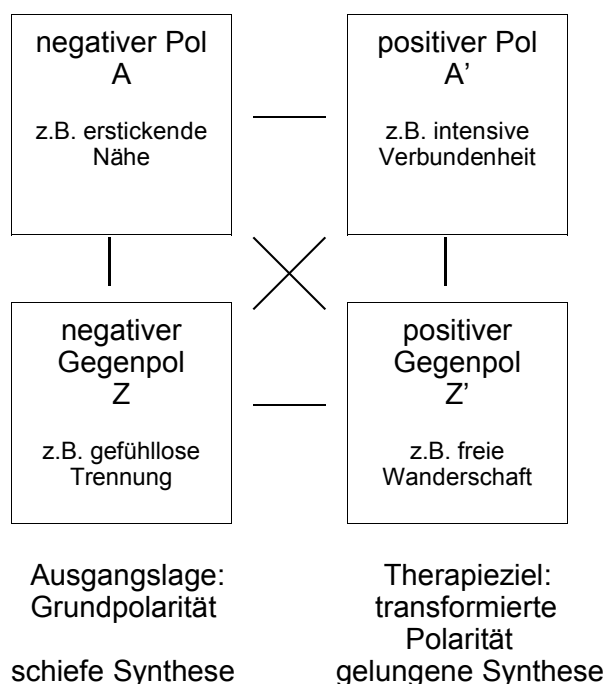
## Kap. 2.10 Verlaufskonstruktion I: Vorhersage von Therapieverlauf und Konstruktion therapeutischer Haltung

(S. 172-182 → ABO, Thema 6)

Eine zentrale Annahme im Dialektischen Veränderungsmodell (DVM) ist, daß erfolgreiche Psychotherapie in der **schrittweisen Transformation von Konflikten der Ausgangslage** besteht. Die Transformation von Konflikten wurde bislang noch nicht systematisch mit qualitativen Methoden untersucht. Voraussetzung hierzu ist eine formale Theorie therapeutischer Transformation, wie sie zum Kern eines dialektischen Ansatzes in der Psychotherapie und Psychotherapieforschung gehört (vgl. FISCHER, 1989, 1996).

Im folgenden wird dargestellt, wie sich der **psychotherapeutische Veränderungsprozeß** im Sinn einer solchen Transformation von Konflikten bzw. des zentralen Grundkonflikts eines Menschen **voraus-konstruieren** bzw. **vorhersagen** läßt, indem aus bestimmten Variablen der Ausgangslage die **Richtung** abgeleitet wird, die ein Therapieverlauf günstigenfalls nehmen kann. Aus einer solchen **Verlaufskonstruktion** ergeben sich Vorteile sowohl für die psychotherapeutische Praxis als auch für die Psychotherapieprozeßforschung: In der therapeutischen Praxis läßt sich die Verlaufskonstruktion (Prognose) als eine Art „Kompaß“ verwenden, der anzeigt, ob sich die Therapie in die gewünschte Richtung bewegt oder z.B. in eine therapeutische Mißallianz hinein; in der empirischen Prozeßforschung dient sie als ein individueller Maßstab zur Überprüfung, ob an dem phänomenologisch ermittelten Grundkonflikt tatsächlich gearbeitet wird und inwieweit seine Lösung voranschreitet.

Der Therapieverlauf wird konstruiert, indem auf der Grundlage der ermittelten **Grundpolarität** (vgl. 4. Bearbeitungsschritt von Konfliktbogen 1) ein **Polaritätenquadrat** erstellt wird; es entspricht dem „**Entwicklungsquadrat**“ nach SCHULTZ VON THUN (1992, Bd. 2, S. 38 ff, S. 47 ff, Kap. III, S. 57-243):



### 2.10.1 Vorhersage des Therapieverlaufs

Es führen zwei Wege von der Ausgangslage zum Therapieziel: einer in direkter, linearer Fortbewegung von A nach A' bzw. von Z nach Z' (differenzierende Dekonstruktion) und der zweite über die Diagonalen von A nach Z' und von Z nach A' (relativierende Dekonstruktion). Damit die Therapie gelingt, müssen beide Wege genutzt, mehrfach durchlaufen und zudem noch miteinander vernetzt werden; das Therapieziel wird durch kreisförmige Bewegungen über kleinere Zwischenziele erreicht. Diese **kreisförmige Veränderungsbewegung** geht auf die Tatsache zurück, daß nicht nur neue Verhaltensweisen gelernt werden müssen, sondern daß parallel dazu das bereits vorhandene Verhaltensrepertoire verlernt bzw. umgelernt werden muß: das vorhandene kognitiv-affektive Schema wird dekonstruiert, damit ein neues konstruktives Schema möglich wird, in dem die Gegensätze dialektisch aufgehoben werden. Die Operationen der Konstruktion eines neuen Schemas und der Dekonstruktion des bisher wirksamen Schemas sind dabei kreisförmig miteinander verzahnt.

**Differenzierende Dekonstruktion:** Die lineare, direkte Veränderungsbewegung von A nach A' oder von Z nach Z' vollzieht sich durch schrittweises therapeutisches Lernen, Verlernen und Umlernen im Sinn zunehmender Fähigkeit, zwischen den jeweiligen Polen zu unterscheiden (z.B. Unterscheidung zwischen A = erstickende Nähe und A' = intensive Verbundenheit). Diese Unterscheidungsleistung wird durch korrigierende emotionale Erfahrungen (FRANZ ALEXANDER) in der Therapie möglich (in der optimalen Differenz) (z.B. Erfahrung, daß es intensive Verbundenheit mit der Therapeutin geben kann, ohne daß es zu erstickender Nähe kommt). Die Schwierigkeit beim Erlernen der notwendigen Differenzierungsfähigkeit besteht darin, daß die positiven Gegenpole A' bzw. Z' für die KlientInnen noch gar nicht existieren. Vielmehr neigt das bipolar aufgespaltene Beziehungsschema (Desillusionierungsschema) der Ausgangslage dazu, sich die neuen Beziehungserfahrungen einzuverleiben, sie zu assimilieren, ohne den Unterschied überhaupt zu registrieren; nicht selten wersetzt es sich seiner Dekonstruktion und Differenzierung sehr konsequent (vgl. kognitive Verhaltenstherapie: dysfunktionale Schemata halten sich wegen der starken affektiven Beteiligung und des automatisierten Vermeidungsverhaltens selbst aufrecht). Damit die KlientInnen eine Ahnung von den positiven Gegenpolen / alternativen Beziehungsmöglichkeiten bekommen, müssen daher auch die diagonalen Veränderungsbewegungen von A nach Z' bzw. von Z nach A' vollzogen werden (relativierende Dekonstruktion).

Erste tastende Schritte der differenzierenden Dekonstruktion sind daran zu erkennen, daß die PatientInnen intuitiv oder auch explizit den Unterschied zwischen beiden Beziehungsmöglichkeiten erfassen und/oder Verhaltensweisen zeigen, die darauf schließen lassen. Für einen Schritt der differenzierenden Dekonstruktion wird die **Signierung** (Mikroebene) **A vs. A'** bzw. **Z vs. Z'** verwendet, um zum Ausdruck zu bringen, daß jetzt deutlicher zwischen dem negativen versus positiven Beziehungspol unterschieden werden kann.

**Relativierende Dekonstruktion:** Die diagonale Veränderungsbewegung von A nach Z' bzw. von Z nach A' ist notwendig, damit die KlientInnen eine Vorstellung von den alternativen Beziehungsmöglichkeiten bekommen, die im positiven Gegenpol verkörpert sind. Dieses Gegenbild kann ihnen nicht von den TherapeutInnen ‚gepredigt‘ werden, denn so bliebe es wirkungslos. Vielmehr müssen die KlientInnen von sich aus und aktiv eigene Erfahrungen **machen**/konstruieren, um das Gegenbild zu entwickeln. Das ‚Baumaterial‘ für diese Konstruktion wird durch die dekonstruktiven Operationen gewonnen, bei denen die Elemente der bisherigen Pole des Beziehungsschemas aus ihrer bisherigen Verbindung mit einem Pol gelöst werden mit dem Ziel, sie neu zu kombinieren. In der relativierenden Dekonstruktion spalten sich die negativen Pole A und Z in sich auf und lagern ein Element des kontradiktorischen Gegenpols an, so daß sich eine Transformation des Grundkonflikts der Ausgangslage vollzieht; im Endergebnis sind also die Pole A und Z relativiert. So wird z.B. der negative Pol „gefühllose Trennung“ (Z) aufgespalten und lagert ein Element des kontradiktorischen positiven Gegenpols „intensive Verbundenheit“ (A') an; die Grundpolarität der Ausgangslage – erstickende Nähe (A) versus gefühllose Trennung (Z) – wird so zwangsläufig transformiert, weil so erlebbar wird, wie „gefühllose Trennung“ bei gleichzeitiger „intensiver Verbundenheit“ ein Widerspruch in sich ist, der zu seiner dialektischen Aufhebung drängt (→ das ganze Polaritätenquadrat kommt in Bewegung).

In diesem Veränderungsprozeß werden vorher als unvereinbar erscheinende Gegensätze in ihrer tatsächlich vorhandenen Verbindung sichtbar. Unter dem absoluten, kontradiktorischen Gegensatz der kontradiktorischen Pole (Diagonalen) kommt die **Relativität der Pole** des Grundkonflikts zum Vorschein, und ihr zuvor *verabsolutierter Gegensatz* wird jetzt relativiert. Die

bisher verabsolutierte Unterscheidung wird aufgehoben, die künstlich aufgespaltene *Opposition* wird aufgehoben (Aufhebung der Opposition, vgl. S. 140) und verwandelt sich zurück in die natürlicherweise vorhandene **Differenz** (vgl. auch S. 137 ff). Die relativierende Dekonstruktion löst einen aufgespaltenen Gegensatz auf und stellt die Verbindung (= Relation) von gegensätzlichen Polen wieder her, die in einem Beziehungsschema eigentlich zusammengehören, z.B. Verbundenheit und Getrenntsein in einer Paarbeziehung.

→ Differenz = Relation von Gegensätzen, die durch pragmatische, situationsgerechte Handhabung und flexible Übergänge gekennzeichnet ist (vgl. S. 138).

Veranschaulicht am Polaritätenquadrat kommt eine diagonale Verbindung zwischen den kontradiktorischen Polen / diametralen Gegensätzen zustande: A impliziert jetzt ein Element von Z', und Z impliziert ein Element von A'. Die **Signierung** erfolgt daher mit dem logischen Implikationszeichen (**A < > Z'**) bzw. (**Z < > A'**); dabei muß berücksichtigt werden, daß die Pole A und Z in der Psychotherapie mehrere Transformationsstufen durchlaufen, die durch die Wiederholung des Apostrophs signiert werden (A', A'', A''' etc.). Das gewünschte Ergebnis der relativierenden Dekonstruktion, relativierte Pole A und Z des Grundkonflikts der Ausgangslage, wird mit (**A < > Z / Z < > A**) signiert.

### **Konstruktion und Quadrierung im Polaritätenquadrat:**

Relativierende Dekonstruktion hebt den absoluten Gegensatz (dissoziierte Entweder-Oder-Überzeugung) der Ausgangslage auf und stellt in dieser Bewegung zugleich einen Stufenübergang zur **Meta-Ebene** dar. Es wird eine neue schematische (Teil-)Struktur gebildet, die es erlaubt, einen der bisher dissoziierten Pole des Beziehungsschemas in Relation zu seinem kontradiktorischen Gegensatz zu bringen (diagonal von A nach Z' oder von Z nach A). Das Polaritätenquadrat wird dann jeweils nach einer Richtung hin diagonal verstrebt und stabilisiert. Die diagonale Doppelverstrebung in beide Richtungen, eine doppelte relativierende Dekonstruktion (von A nach Z' und von Z nach A) – die **Quadrierung** – schafft eine neue, stabile Struktur und vollendet den zunächst tastend und suchend verlaufenden Veränderungsschritt. Diese Quadrierung im Sinn einer **doppelten relativierenden Dekonstruktion** ist eine **Konstruktion**. Wenn die Konstruktion abgeschlossen ist, dann können die 4 Pole kreisförmig durchgespielt und aufeinander bezogen werden. Jetzt ist eine neue Struktur entstanden, die es gestattet, flexibel und situationsgerecht zwischen vorhandenen Alternativen zu entscheiden. Therapeutische Veränderung weist eine Sequenz solcher Konstruktionsschritte auf, in deren Verlauf es zur Bildung eines **Meta-Schemas** kommt, das sich negativ-selbstbezüglich gegen die Negation/Dissoziation der Ausgangslage (Leugnung der vorhandenen Opposition), vgl. S. 140) in ihren verschiedenen Varianten verhält; damit ist die „**doppelte Negation**“ erreicht, die nach HEGEL die dialektische Bewegung zugleich motiviert und vollendet.

Die beiden wichtigsten Konstruktionsschritte, die sich z.B. aus einer Verbindung der bislang dissoziierten Pole „erstickende Nähe“ (A) versus „gefühllose Trennung“ (Z) im Beziehungsschema ergeben, sind:

- 1) Diagonale Verbindung der kontradiktorischen Pole A „erstickende Nähe“ und Z' „freie Wanderschaft“; sie ermöglicht die Selbstbehauptung in emotional bedeutsamen (Objekt-) Beziehungen.
- 2) Diagonale Verbindung der kontradiktorischen Pole Z „gefühllose Trennung“ und A' „intensive Verbundenheit“; sie entspricht der Fähigkeit zur Objekt- bzw. Beziehungskonstanz, d.h. der Fähigkeit, eine Liebesbeziehung bei äußerem Getrenntsein vom Liebesobjekt/Partner innerlich aufrecht erhalten zu können. Mangelnde Objekt-/Beziehungskonstanz entspricht der sensumotorischen Stufe (Strukturturniveau) der kognitiven Entwicklung. Beim therapeutischen Nachlernen müssen die unterschiedlichen kognitiven Stufen von Beziehungskonstanz nachgeholt werden. Der Aufbau der Person-Permanenz über verschiedene kognitive Stufen vollzieht sich in Form einer zunehmenden Dezentrierung und Verinnerlichung der vorher sensumotorisch und konkret-operational organisierten kognitiven Struktur (vgl. PIAGET). Konstanz als Regulationsprinzip geht aus einer selbstbezüglichen dialektischen Negation hervor: aus der Fähigkeit, den Wechsel, die Inkonstanz als Konstante zu setzen und so die Trennung vom Liebesobjekt in die Erwartungsstruktur des Beziehungsschemas einzubauen. (vgl. Traumabewältigung durch „Umkehr im Denken“: Konstanz des Gefühls der Sicherheit durch das Überleben von Unsicherheit und die Anerkennung/Erwartung der Inkonstanz von Sicherheit; neues Gefühl von Sicherheit, daß Unsicherheit auch in Zukunft überlebt werden kann; s. Trauma-Wege, S. 107 f)

### **2.10.2 Ermittlung der konstruktiven therapeutischen Haltung**

Psychotherapie wird im Dialektischen Veränderungsmodell wesentlich als ein Beziehungsgeschehen betrachtet, so daß zu erwarten ist, daß der Grundkonflikt eines Klienten zumindest teilweise in die therapeutische Beziehung eingeht (z.B. Herr P.: Inszenierung in der Übertragung: Klammern

vs. Wegstoßen; Gegenübertragung: Wegstoßen vs. Klammern). Die TherapeutInnen verwirklichen eine Haltung, die geeignet ist, den PatientInnen den Unterschied zwischen ihren gewohnten Beziehungserwartungen und den positiven Gegenbildern im Sinn der zunächst minimalen, dann optimalen Differenz zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsbeziehung erfahrbar zu machen. Diese Negation des ursprünglichen Beziehungsschemas durch die Therapeutin erhält die **Signierung** mit dem Ungleichheitszeichen  $\neq$  und wird mit einer **Weder-Noch-Formulierung** eingetragen (z.B. therapeutische Haltung des Haltens  $\neq$  Klammern und des Gehenlassens  $\neq$  Wegstoßen, also weder Klammern noch Wegstoßen, sondern Halten und Gehenlassen).

Die Ermittlung der konstruktiven therapeutischen Haltung erfolgt mit Hilfe des Formats „Transformationsbogen 1“, die visuelle Darstellung wird durch das Format „Grundriß des Veränderungsverlaufs“ (einschließlich Konfliktparallelogramm) möglich.

### **Therapeutische Transformation nach dem Äquilibrationsmodell (PIAGET):**

Nach dem Äquilibrationsmodell, das kognitive Entwicklung (kognitive Stufenübergänge) aus dem Wechsel von Gleichgewichtsverlust und Wiederherstellung in den zentralen Schemata erklärt, läßt sich der komplexe psychotherapeutische Entwicklungsprozeß auch als **Erwerb bzw. Wiederherstellung von Reversibilität (Umkehrbarkeit) zwischen den dissoziierten Polen des pathogenen Beziehungsschemas** der Ausgangslage beschreiben. Dazu ist ein ständiger Prozeß von **Desäquilibration** vorhandener Schemata und **Reäquilibration** auf einem neuen Strukturniveau erforderlich. Durch wiederholte positive Erfahrungen werden die Operationen im Beziehungsschema allmählich reversibel/umkehrbar ( $\rightarrow$  Reifestufe kognitiver Schemata). Nach diesem Modell besteht das Therapieziel also in Reversibilität und **flexibler Regulierung der Beziehungspole**. In einer erfolgreichen Psychotherapie verwandelt sich die dissoziierte Beziehungspolarität zurück in eine dem Subjekt wieder **frei verfügbare Orientierungsdimension** von Erleben und Verhalten

## **Kap. 3.3 (KÖDOPS-Format) Notizen zum Therapieverlauf**

(S. 203-205  $\rightarrow$  ABO, Thema 6)

Das Format „Notizen zum Therapieverlauf“ ist ein Dokumentationsverfahren für den ambulanten und stationären Bereich für **systematische Prozeßnotizen**. Schon während der Therapiesitzung können die wichtigsten Stichworte in diesem Format eingetragen und unmittelbar nach der Stunde aus der noch frischen Erinnerung ergänzt werden (auch über die Software-Version). Die Notizen sollen möglichst phänomennah (beschreibend, umgangssprachlich, gefühlsnah, metaphorisch) gemacht werden und auch freie Assoziationen der TherapeutInnen enthalten. Ziele sind der Vergleich von Sitzungen, ein Überblick über den Therapieverlauf und das -ergebnis sowie das Rating von mitgeschriebenen oder aufgezeichneten Sitzungen.

Die Veränderungsphänomene – positive und negative, innerhalb und außerhalb der Therapie – werden auf einer dreistufigen Skala entsprechend den folgenden Kriterien eingetragen; kein Eintrag wird vorgenommen, wenn keine Veränderung zu beobachten ist:

- 1) **Stufe 1 - mäßig:** Fluktuation/Pendeln/Hin-und-Her von Zuständen und Strukturen (Erlebniszustände, Beziehungsschemata, Traumaschema, traumakompensatorisches Schema, Desillusionierungsschema, neue Einsichten, emotionale Bewegung, Konfliktthemen, Beziehungsthemen etc.); **positiver** Bereich: Ausprobieren neuer Möglichkeiten; **negativer** Bereich: Verschlechterung;
- 2) **Stufe 2 - mittel:** **positiv:** Verbesserung (Abbau von Ängsten, Verbesserung der Affektregulation, Differenzierungslernen, Stärkung der kompensatorischen Fähigkeiten, emotional wirksame Einsichten  $\rightarrow$  DVM: Phänomene der differenzierenden Dekonstruktion; Traumatherapie: Zunahme der Stabilisierung und der traumakompensatorischen Fähigkeiten); **negativ:** Verschlechterung (Verstärkung von Ängsten, affektive Überflutungserlebnisse, Verlust der Affektregulation, Eindringen traumatischer Erinnerungen (Intrusion), Beeinträchtigung der kompensatorischen Fähigkeiten, Beeinträchtigung von Ich-Funktionen);
- 3) **Stufe 3 - stark:** **positiv:** Verwenden neuer Möglichkeiten (neue Fähigkeiten der Selbstregulation, Durcharbeitung und zumindest ansatzweise Integration von belastenden traumatischen Erfahrungen  $\rightarrow$  DVM: Phänomene der reaktivierenden Dekonstruktion, der Konstruktion und Rekonstruktion); **negativ:** Verschlechterung (Verlust von Selbstregulation, ungebremste Intrusionserlebnisse, Affektüberflutung, schweres Agieren, Retraumatisierung, Zusammenbruch von kompensatorischen Fähigkeiten, Zusammenbruch von Ich-Funktionen).

Die Notizen können verwendet werden, um einen **Überblick über Veränderungsphänomene** zu gewinnen (anhand des Formats „Veränderungsrelevante Episoden, vgl. Kap. 3.4 Wann verändert sich was in welchem Zusammenhang? Übersicht über die Veränderungsschritte). Sie können aber auch als **Rating-System** verwendet werden, um Sitzungen einzustufen, die in einer anderen Dokumentationsform vorliegen, z.B. als Transcript, Tonband- oder Video-Aufzeichnung.

### Kap. 3.5.3 Aktivitäten der Therapeutin - Signierungsanleitung am Beispiel der Erlebniszustände

→ ist ohne den Kontext des Kapitels 3.5 unverständlich, daher hier kurze

Einbettung in diesen Kontext

(S. 214-218 → Klinische, Thema 3)

## Kap. 3.5 Signierung von Veränderungsphänomenen

Hier geht es darum, nach der deskriptiven Erfassung und graphischen Darstellung von Veränderungsphänomenen sowie ihrer Einbettung in den Erlebniszusammenhang (emotionales Erleben und Beziehung von PatientInnen und TherapeutInnen) – als phänomenologischem Boden – die **operativen Strukturen** systematisch zu erfassen, die im Veränderungsprozess wirksam werden. Für diese **systematische Erfassung** schlägt FISCHER ein **Signierungssystem** vor. Unter „Signierung“ versteht er dabei die Verwendung einer **Kurzschrift**, die das komplexe Ausgangsmaterial in geeigneter Weise reduziert, so daß auch optisch ein Überblick gewonnen werden kann.

Signierung auf der Mikroebene (Textanalyse, z.B. Signierung von Erlebniszuständen) ist am aufwendigsten und kommt daher vor allem bei Forschungsfragen in Betracht.

### Kap. 3.5.1 Text- und Interaktionssequenzanalyse

Grundsätzlich eignen sich alle im KÖDOPS beschriebenen Strukturen zur sequentiellen Signierung von Therapieprotokollen oder elektronischen Aufzeichnungen, z.B. Erlebniszustände, Konflikt- und Traumathemen sowie die traumadynamische Struktur.

### Kap. 3.5.2 Signierung auf Textebene

Damit der fortlaufende Text signiert werden kann, müssen zunächst die **Signierungseinheiten** festgelegt werden. In Psychotherapie-Protokollen bieten sich die „turns“, die Redewechsel im therapeutischen Dialog, an. Bei feinerer Beobachtung zeigt sich jedoch, daß innerhalb einer Gesprächseinheit auch mehrere Strukturen, z.B. verschiedene Erlebniszustände, aktiv sein können.

#### Bsp. Signierung von Erlebniszuständen:

Die charakteristische Stimmungslage äußert sich nicht nur in den Inhalten des Gesprächs, sondern unmittelbar auch in der therapeutischen Beziehung auf dem Weg der „Übertragung“. Die **Sinneinheiten** werden nach einem individuellen Manual signiert, das zunächst ausgehend von den Erlebniszuständen der jeweiligen PatientInnen zu erstellen ist - je nach Fragestellung natürlich auch von den Erlebniszuständen der TherapeutInnen. Nach der Signierung der Sinneinheiten werden diese Signierungen in ein Schemablatt übertragen; auf diese Weise können die Erlebniszustände in einer Sitzung ausgezählt, übersichtlich geordnet und mit anderen Sitzungen oder mit Sitzungen anderer PatientInnen verglichen werden.

- Signiert wird der **Inhalts- und Beziehungsaspekt** des Erlebniszustandes bzw. anderer veränderungsrelevanter Strukturen, und zwar jeweils für PatientInnen und TherapeutInnen getrennt. Die zugrundeliegende Annahme ist, daß Erlebniszustände nicht nur im Inhalt dessen zum Ausdruck kommen, was die PatientInnen jeweils berichten, sondern auch in der Beziehung, die zu den TherapeutInnen aufgebaut wird.
- Signiert wird z.B: Kürzel „2b ↔ 2a“ = kurzfristiges Oszillieren zwischen 2 Erlebniszuständen oder -subzuständen; oder: „sym“ = wenn vom Symptom die Rede ist.

#### **Allgemeine Regeln zur Signierung auf der Textebene:**

- 1) Vor der Signierung einer Therapiesitzung sich deren Kontext (letzte Sitzung, momentane Lebenssituation, bisheriger Therapieverlauf) vergegenwärtigen.
- 2) Nur soweit signieren, wie die Zuordnung klar möglich ist. Im Zweifelsfall ist eine eindeutige, aber einfache Signierung einer differenzierten, aber fraglichen vorzuziehen.
- 3) Es sollte konservativ signiert werden: die jeweilige Signierung ist so lange beizubehalten, bis eine Veränderung eindeutig festgestellt werden kann.
- 4) Die Signierung soll fortlaufend erfolgen, dabei ist jede Äußerung nur mit einer Signierung zu versehen.

### Kap. 3.5.3 Aktivitäten der Therapeutin - Signierungsanleitung am Beispiel der Erlebniszustände

Bei den zunächst folgenden Signierungskategorien steht der **Handlungs- und Beziehungsaspekt** einer Intervention stark im Vordergrund. Es wird eine bestimmte Änderungsabsicht verfolgt, die sich auf umschriebene Erlebniszustände der PatientInnen richtet. Ebenso fällt Agieren der TherapeutInnen hierunter - entweder Mitagieren im Rahmen der Beziehungsschemata der PatientInnen, oder aber Agieren in eigenen Erlebniszuständen der TherapeutInnen, die den PatientInnen fremd sind.

Die Signierung der TherapeutInnenäußerungen soll zunächst an den Erlebniszuständen orientiert sein.

#### Bsp. für Signierungen:

- „T?“: Der Therapeut interagiert in Zuständen, die nicht dem System des Patienten, sondern vermutlich seinen eigenen Erlebniszuständen entstammen.
- „T => (2a => 2b)“: Intervention des Therapeuten, die auf einen Wechsel der Erlebniszustände zielt, auf den Übergang von einem in den anderen.
- „T (a ⇔ i)“: Erlebnisse und Ereignisse außerhalb der Therapie werden auf Vorgänge innerhalb der Therapie bezogen.

Bei den folgenden Signierungen steht der **Inhaltsaspekt** einer Intervention im Vordergrund. Diese Interventionen zielen im wesentlichen auf kognitive Klarstellung und Einsicht ab. (D.h. hier wird eine inhaltliche Definition der verschiedenen therapeutischen Interventionen gegeben, und zudem wird eine Anleitung gegeben, wie sie in einem Therapietranskript erkannt und signiert werden). Es besteht die Möglichkeit einer Doppelsignierung mit dem Erlebniszustand, wenn eine eindeutige Entscheidung nicht möglich ist oder wenn eine Intervention diesen Doppelaspekt aufweist, z.B. eine Übertragungsdeutung; dann kann man den vermuteten Beziehungsaspekt auch mit einem Fragezeichen versehen anfügen. Zusätzlich kann in einer Klammer der thematisierte Erlebniszustand signiert werden.

#### Bsp. für Signierungen:

- „ES“: **Empathiestörung**: Hier mißlingt die empathische Formulierung; Gründe hierfür können ebenso signiert werden, z.B. weil der Therapeut eine zu große Distanz hat.
- „Konf (2a)“: **Konfrontation**: Vorgang, die Aufmerksamkeit des Pat. auf ein bestimmtes Phänomen zu lenken, es explizit zu machen und ihn dahin zu führen, daß er etwas erkennt, dem er bisher ausgewichen war und das er besser verstehen lernen muß.
- Klar (4a)“: **Klarifikation**: Sie kann sich an eine Konfrontation anschließen, doch hier geht es darum, psychische Phänomene, mit denen der Pat. konfrontiert wurde, in ein schärferes Licht zu rücken, d.h.: zusammenfassende Klarstellung der inneren Strukturierung eines Erlebniszustandes. Abgrenzung zur Konfrontation: Bei der Klarifikation geht es darum, etwas, das dem Patienten schon bewußt ist, in weiteren Zusammenhängen und Details zu verdeutlichen.
- „Rek“: **Rekonstruktion**: Damit hilft der Therapeut dem Patienten, lebensgeschichtliche Erfahrungen von einer im therapeutischen Prozeß erworbenen neuen Position her zu verstehen.
- „Fd“: **Fehldeutung**: Gemeint sein kann: inhaltlich falsche Deutung, falsches Timing für eine an sich zutreffende Deutung etc.
- „Inf“: Der Therapeut gibt **Informationen** zu einem bestimmten Sachverhalt; hierunter fallen auch Instruktionen, die dazu dienen, ein therapeutisches Setting zu schaffen oder aufrechtzuerhalten.
- „Erm“: Direkte **Ermunterung**, Unterstützung.
- „SE“: **Selbstexploration** des Therapeuten: er teilt dem Patienten eigene aktuelle Empfindungen oder eigene vergangene Erlebnisse mit.
- „TW“: abrupter **Themenwechsel** des Therapeuten.
- „SOK“: **Sokratischer Dialog**: Der Therapeut tritt in eine kritische Diskussion mit dem Pat. ein mit dem Ziel, diesen möglichst selbst eine kognitiv angemessene Lösung finden zu lassen.

sen.

## Kap. 3.6 Qualitative Rekonstruktion des Prozeßverlaufs

(S. 219-224 → ABO, Thema 6)

Hier geht es um eine **thematische, inhaltsanalytische** Untersuchung von Veränderungsphänomenen, Beziehungskonstellationen etc. über den Veränderungsprozeß hinweg, um den **inneren Zusammenhang**, das **zentrale gemeinsame Grundthema**, das **Grundmotiv** oder **Leitthema** der Veränderungsschritte herauszufinden.

Mit Hilfe ihrer intuitiven Fähigkeiten zum Erkennen von Gestalten sollen TherapeutInnen hypothetisch Muster und Gestalten im Veränderungsprozeß erkennen. Diese zunächst hypothetisch erfaßten Muster müssen dann im hermeneutischen Zirkel (= Vorverständnis und sukzessive Korrektur der Vorannahmen an den Strukturen des vorhandenen Materials) an möglichst vielen Details korrigiert und abgearbeitet werden. Indem Therapiesitzungen nach ihrem thematischen Schwerpunkt zusammengefaßt werden, zeigt sich über mehrere Sitzungen hinweg bereits ein gemeinsames Grundthema mit Variationen (vgl. Musik). Aus solchen Grundthemen/Leitmotiven, die so lange durchvariiert werden, bis eine befriedigende Schlußfigur erreicht ist, besteht ein produktiver Veränderungsprozeß. Sie werden phänomenologisch in Metaphern benannt, die möglichst nah am Erleben der KlientInnen sind und zugleich das Grundthema möglichst präzise zum Ausdruck bringen. Durch eine solche thematische Zusammenfassung entsteht ein Eindruck vom Prozeßverlauf (metaphorische „Komposition“ des Verlaufes), und vor diesem Hintergrund gewinnt dann die Sequenz von dekonstruktiven, konstruktiven und rekonstruktiven Operationen eine auch bildlich-emotional nachvollziehbare Gestalt.

Aus Gründen der methodischen Nachvollziehbarkeit sollen die phänomenologische Beschreibung und die strukturelle Rekonstruktion der Veränderungsschritte jeweils getrennt abgehandelt werden, so daß sich ein Vorgehen in **3 Schritten** ergibt:

1. **phänomenologische Einteilung und Benennung der Veränderungsepisode** (deskriptiv, metaphorisch);
2. **phänomenologische Beschreibung des Verlaufs** (theoriefrei, literarisch-narrativ, gefühlnah-bildlich);
3. **strukturelle Rekonstruktion des Veränderungsschrittes** (analytisch-abstrahierende Bildung von Erklärungshypothesen für die abgelaufenen Prozesse; Orientierung am ADVM mit seinen Annahmen zur Logik von Veränderungszyklen, am in KÖDOPS entwickelten konflikt- und traumadynamischen Repertoire sowie an weiteren psychologischen, biologischen und psychosozialen Paradigmen, Theorien und Konzepten → Suche nach den generativen (Tiefen-)Strukturen der Veränderungsprozesse, s. Kap. 3.6.1).

### 3.6.1 Die Suche nach den generativen Strukturen - Hypothesenbildung und Reduktion eines Hypothesensatzes

Die strukturelle Rekonstruktion erfolgt unter der Fragestellung, wie sich die beobachteten und phänomenologisch beschriebenen Veränderungsschritte erklären lassen. Dieses schwierige induktiv-detektivische Verfahren zur Aufspürung von Gesetzmäßigkeiten (Regelhaftigkeiten, implizite oder explizite Normen) in einem Datensatz besteht darin, daß einer Serie von Beobachtungsdaten hypothetisch ein gesetzmäßiger Zusammenhang unterstellt wird, der noch gefunden werden muß, auch wenn er noch nie formuliert wurde. Das Vorgehen beinhaltet **4 Schritte**, von denen die ersten 3 Schritte den **Hermeneutischen Exklusionismus** bzw. das **hermeneutisch-dialektische Verfahren der Bildung und Exklusion von Interpretationshypothesen** umfassen:

1. **Proliferationsphase**: Bildung möglichst zahlreicher und divergenter **Ausgangshypothesen**;
2. **hermeneutische Exklusionsphase**: Reduktion des (Ausgangs-)Hypothesensatzes durch Exklusion nichtplausibler, begrifflich inkonsistenter und nach dem hermeneutischen Validierungskriterium einer Übereinstimmung von Teil und Ganzem unhaltbarer Hypothesen; so sollen möglichst viele der Ausgangshypothesen zwingend widerlegt und ausgeschlossen werden (vgl. Spiel „Schiffe-Versenken“);
3. **dialektische Konstruktionsphase**: weitere Reduktion des verbliebenen Hypothesensatzes durch dialektische Konstruktion von **Meta-Hypothesen**, unter denen jeweils nicht-exklusive (= sich nicht gegenseitig ausschließende) Hypothesen versuchsweise zusammengefaßt werden, um ihren gegenseitigen Zusammenhang zu erfassen; auf diese Weise nicht integrierbare Meta-Hypothesen – auch, wenn sie sich gegenseitig ausschließen – bleiben in der weiteren Diskussion nebeneinander bestehen;
4. **qualitative Pfadanalyse**: weitere Reduktion des (Meta-)Hypothesensatzes durch Analyse **pfadrelevanter Erklärungshypothesen**, die mit ihrer Reichweite und Erklärungskraft eine Sequenz zusammenhängender Veränderungsphänomene oder den ganzen psychotherapeuti-

schen Veränderungsprozeß erklären; sie ziehen sich wie ein „roter Faden“ durch mehrere Veränderungsanschnitte oder sogar den gesamten Prozeßverlauf hindurch und machen verständlich, warum ein bestimmter Veränderungsschritt genau an dieser Stelle erfolgt und nicht an einer anderen → Erkenntnisinteresse der Prozeßforschung: pfadrelevante Veränderungsthemen = generative Tiefenstruktur = Quelle von Veränderungsprozessen.

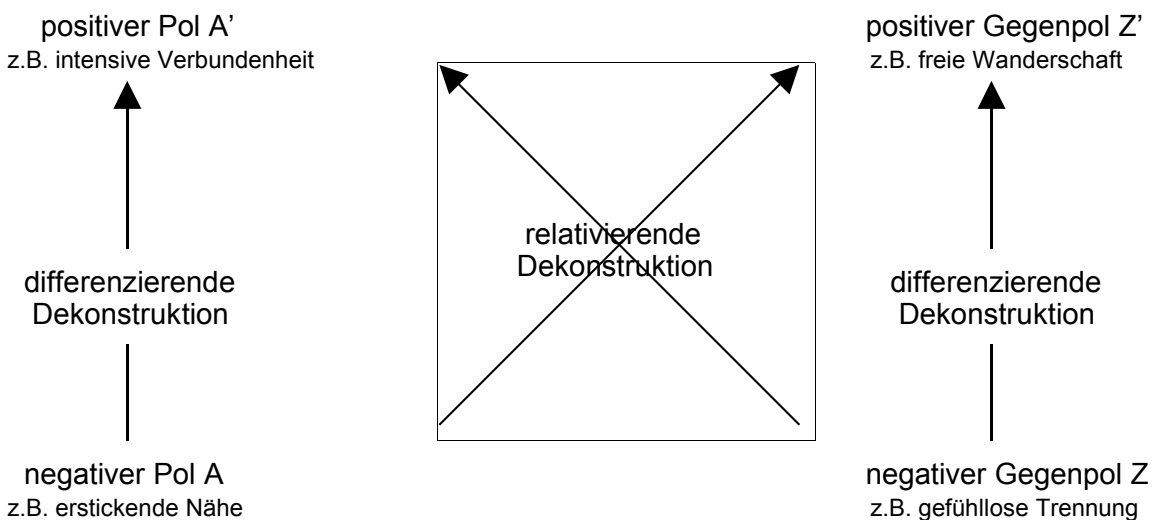
Um diese Tiefenstruktur (latente Strukturen, kausale Netzwerke, vgl. Kausalanalyse) zu erschließen, ist außer der erforderlichen gründlichen Systematisierung und Detail- und Entschlüsselungsarbeit eine **Visualisierung des Therapieverlaufs** hilfreich (→ graphische Verlaufskonstruktion).

## Kap. 3.7 Graphische Verlaufskonstruktion II: Stufen des Veränderungsprozesses

(S. 224-232 → ABO, Thema 6)

Durch die Visualisierung von Prozeßverläufen wird die Übersichtlichkeit und damit auch die Therapieverlaufsplanung und Therapieverlaufsanalyse verbessert. Ausgangspunkt hierfür ist das Format „Grundriß des Veränderungsverlaufs“, um im Format „Basismodul der Veränderungsschritte“ mit der Darstellung der Grundpolarität im Rahmen eines Polaritätenquadrats Veränderungsschritte zu veranschaulichen. Durch die Form des Quadrats wird der Abschluß eines Veränderungsschritts symbolisiert, ebenso durch die Diagonalen, die die Quadrierung (diagonale Doppelverstrebung) eines Prozeßabschnitts im Sinn der relativierenden Dekonstruktion darstellen → Lösung des Grundkonflikts durch eine Art ‚inhaltliche Anreicherung‘ der ursprünglich aufgespaltenen Pole (statt 2 dissoziierten Polen nun 4 Pole, quadrierte Polarität, transformierte Polarität).

Vereinfachte Version des Formats „Basismodul der Veränderungsschritte“:



### Graphische Darstellung des Gesamtverlaufs:

Zur Darstellung des gesamten Therapieverlaufs werden die einzelnen Veränderungsabschnitte, die bei einem günstigen Verlauf die Form der Quadrierung aufweisen, in das Koordinatensystem der Grundpolarität eingetragen. So entsteht ein stufenförmiges Diagramm, das die Tatsache zum Ausdruck bringt, daß die einzelnen Veränderungsschritte aufeinander aufbauen müssen, damit ein produktiver Gesamtverlauf zustande kommt.

#### 3.7.1 Simulation virtueller Therapieverläufe

Auf der Basis der Analyse rekonstruierter realer Verläufe ermöglicht KÖDOPS eine bedingte **Verlaufsprognose** zur Therapieplanung und Verlaufskontrolle und zu Forschungszwecken. Die Konstruktion virtueller Therapieverläufe kann bei KÖDOPS in positiven und in negativen Varianten durchgeführt werden.

#### Positive Verlaufsprognostik

Die Simulation positiver Therapieverläufe erfolgt anhand des Formats „Basismodul der Veränderungsschritte“, das mit seiner quadratischen Form ja einen Therapieerfolg, nämlich die Lösung des Grundkonflikts durch Quadrierung der ursprünglich aufgespaltenen Polarität, anzeigt. Als

Material kommen insbesondere die Konfliktthemen, die traumathemen einschließlich des zentralen traumatischen Situationsthemas, die Erlebniszustände sowie der Vergleich von Trauma und Konflikt in Betracht.

Für die Simulation stellt sich die schwierige Frage der wahrscheinlich eintretenden oder sogar der optimalen Verlaufssequenz, denn fast immer sind mehrere Sequenzen denkbar (z.B. Bearbeitung der genetisch frühen Konfliktthemen zuerst oder zuletzt?). Eine gewisse Einschränkung des Freiheitsgrades ergibt sich, wenn die Konfliktthemen nach der Frage gruppiert werden, welche mögliche Lösung eine andere Lösung zur Voraussetzung hat.

#### 4 Kriterien für die Verlaufssimulation:

- 1) Ist bei der Wahl des Settings die minimale Differenz zu pathogenen Vorerfahrungen gesichert?
- 2) Sind bei dem Patienten die Voraussetzungen für ein Arbeitsbündnis vorhanden, z.B. hinreichend gute Beziehungserfahrungen in der Lebensgeschichte, oder muß diese Vorbedingung therapeutisch erst geschaffen werden?
- 3) Anpassung der Simulation an den Therapietyp: Verhaltens- vs. psychodynamische Therapie; Traumatherapie: Akuttherapie vs. Therapie mittel- und langfristiger Prozesse etc.
- 4) „Zufälligkeiten“ der Übertragung können eine Rolle spielen, z.B. Vorinformationen des Patienten über die Therapeutin, die die Thematisierung bestimmter Sachverhalte erschweren können.

Technisch muß davor gewarnt werden, die virtuelle „optimale Veränderungssequenz“ zum Gegenstand von Deutungen zu machen (ruft Widerstand bzw. Reaktanz hervor: die KlientInnen ändern ihr Vorgehen), denn in einer so existentiellen Frage wie dem psychotherapeutischen Neuentwurf muß jeder Mensch seinen eigenen Weg finden. Die Simulation kann allerdings verwendet werden, um „Sackgassen“ möglichst frühzeitig zu erkennen, z.B. eine therapeutische Mißallianz → Simulation negativer Verläufe).

#### Negative Verlaufsprognostik

Zur Simulation negativer Therapieverläufe wird das Format „Konfliktparallelogramm“ bzw. das Format „Psychodynamik des Traumas“ verwendet.

Es gibt z.B. folgende **3 Ursachen** für negative Verläufe bzw. therapeutischen Mißerfolg:

- 1) **ungünstige Abfolge der Problemthemen**: z.B. werden schwere Konflikte zu früh bearbeitet; bei Traumapatienten kann die vorzeitige Stimulierung des Traumaschemas – bevor eine ausreichende psychische Stabilisierung erreicht ist – zu ungesteuerten Intrusionserlebnissen führen;
- 2) **Fehler der Gegenübertragungsanalyse** im Sinn des Verfehlens der optimalen Differenz → therapeutische Mißallianzen: 5 Mißerfolgsscripts: Golden Phantasy, alttestamentarisch-distanzierter Gott, Zuwendung und Zerstörung, Vertreibung aus dem Gelobten Land, eingefrorene Verschmelzungswünsche (vgl. Kap. 4.4.6);
- 3) **technische Fehler** im Sinn des Verfehlens der minimalen Differenz → strukturell verzerrtes Arbeitsbündnis: 2 Mißerfolgsscripts: hilfloser Therapeut, uninformatierter Klient (vgl. Kap. 4.4.6).

Für die Therapieplanung ist eine kombinierte Darstellung simulierter positiver und negativer Varianten aufschlußreich: wird an den Einbruchstellen der Positivvariante das negative Gegenstück eingefügt, so kann dies die Erkenntnis der kritischen Beziehungskonstellationen und -muster sehr erleichtern.

### Kap. 4.4.5 Prognostische Gesamtbeurteilung: Synopse von Prozeß und Ergebnis

(S. 244-250 → ABO, Thema 6)

Die Gesamtbewertung des Therapieergebnisses beruht auf einem Überblick über die Ausgangslage und die jeweils erfaßten Veränderungsphänomene. Ferner ist eine psychodynamische Begründung für die in den unterschiedlichen Teilbereichen vorgenommene Einstufung nach der Transformationsskala erforderlich, in der die Bewertung nach beiden Alternativen (Höher- bzw. Niedriger-Bewertung) hin argumentativ abgesichert werden muß. Bei einem interindividuellen Vergleich muß das Therapieergebnis auf den Schweregrad der Ausgangslage hin relativiert werden.

Die Gesamtbewertung erfolgt anhand des KÖDOPS-Formates „Prognosebogen“, in das die Transformationsskala integriert ist.

**Definition der 7-stufigen Transformationsskala** (vgl. Kap. 4.4.1):

- 1) **Stufe –1**: massive Verschlechterung;
- 2) **Stufe 0**: gegenüber der Ausgangslage unveränderter Zustand;

- 3) **Stufe 1:** ungünstige Scheinlösung des Konflikts bzw. Traumas (Flucht in die Gesundheit);
- 4) **Stufe 2:** günstige Scheinlösung des Konflikts bzw. Traumas (Erweiterung des Handlungsspielraums);
- 5) **Stufe 3:** begrenzte Konfliktlösung bzw. Trauma-Aufhebung (differenzierende und relativierende Dekonstruktion eines umschriebenen Teilbereichs des Konflikts bzw. Traumas (ein Konflikt-/ Traumathema / eine Ebene des Grundkonflikts bzw. Traumas);
- 6) **Stufe 4:** erweiterte Konfliktlösung bzw. Trauma-Aufhebung (Dekonstruktion und Konstruktion mehrerer Konflikt-/Traumathemen bzw. -ebenen);
- 7) **Stufe 5:** Transformation des Grundkonflikts bzw. Traumas (dialektische Aufhebung des Konflikts bzw. Traumas durch erfolgreiche Aufarbeitung durch mehrere Transformationsstufen hindurch, wobei eine Spannung und weitere Konfliktneigung bestehen bleibt, da der Grundkonflikt bzw. das Trauma nie völlig überwunden werden kann).

Das Format Prognosebogen (S. 245, S. 240):

Transformations- stufe/Skalenwerte	Prognose- kriterium z.B. negativer Pol A	Prognose- kriterium z.B. negativer Gegen- pol Z	Prognose- kriterium z.B Erlebniszustände	Prognose- kriterium z.B Beschwerden/ Symptome	Prognose- kriterium z.B Integration von Traumata in die Lebensgeschichte
Stufe -1					
Stufe 0					
Stufe 1					
Stufe 2					
Stufe 3					
Stufe 4					
Stufe 5					
A	B	C	D	E	F

Die Bewertung der **Transformation von Erlebniszuständen** erfolgt anhand des Kriteriums, ob zumindest eine einmalige Transformation stattgefunden hat und nach dem Kriterium, ob Übergänge zwischen den Erlebniszuständen reversibel wurden und Spaltungsvorgänge zwischen den Zuständen aufgehoben sind.

Die Bewertung der **Integration belastender Erfahrungen und Traumata in die Lebensgeschichte** erfolgt nach dem Kriterium, ob die wichtigsten lebensgeschichtlichen Belastungen und Traumata aufgearbeitet wurden. Das zentrale Bewertungskriterium für die Integration traumatischer Erfahrungen ist, ob es möglich ist, die Erinnerungen an das Trauma willkürlich wachzurufen, ohne ihnen noch zwangsweise ausgeliefert zu sein → Kriterium der Kohärenz der Lebensgeschichte (ANTONOVSKI) bzw. der Integrität des Veränderungsprozesses (FISCHER).

#### Geltungsbereich der Transformationsskala:

- **interne Validität:** Aussage über **kausale** Heilung pathogener Prozesse (vs. oberflächliche Symptomheilung) und **strukturelle** Änderungen (Tiefenstruktur: Lösung von Konflikten, Bearbeitung und Integration von Traumata etc.);
- **ökologische Validität:** der Aussageradius bleibt an die Schwere und besondere Konfiguration der Ausgangsstörung gebunden, d.h., je nach therapeutischer Ausgangslage kommt den Werten der Skala eine unterschiedliche klinische Bedeutung zu; verallgemeinernde Schlüsse auf und Empfehlungen für die psychotherapeutische Praxis beschränken sich daher auf **Fallkonstellationen mit vergleichbarer Ausgangslage**, am besten durch den Vergleich von **ätiologiehomogenen** Vergleichsgruppen (≠ symptomhomogene oder diagnosehomogene Gruppen).

### Kap. 4.4.6 Mißerfolgsvorschung in der Psychotherapie

(S. 250-254 und S. 131, S. 197 → Klinische, Thema 4)

Therapeutische Mißerfolge gehen nur vergleichsweise selten auf bewußte Schädigungsabsicht der TherapeutInnen zurück; vielmehr liegen einer negativen Entwicklung oft **pathogene Beziehungskonstellationen** zugrunde, die im Rahmen des ADVM als „**therapeutische Mißallianzen**“ beschrieben wurden. Als ein vorübergehendes Phänomen kommen sie in vielen

Therapien vor, müssen jedoch erkannt und aufgelöst werden. Bleiben sie hingegen bestehen, so ist mit **negativen Therapieeffekten** zu rechnen.

TAUSCH (1988): Eine therapiebedingte Schädigung ist eingetreten, falls keine, eine nur geringfügige oder eine nur kurzzeitige Verbesserung festzustellen ist.

MAYS & FRANKS (1985): Auch außertherapeutische Faktoren, z.B. Trennung vom Partner, Verlust des Arbeitsplatzes, können ein negatives Therapieergebnis begünstigen.

Die umfangreichste Befragung ehemaliger KlientInnen, die angaben, in ihrer Psychotherapie gescheitert oder geschädigt worden zu sein, stammt von **SCHARRELMANN (1998, am Lehrstuhl von FISCHER)**. Aufgrund dieser Untersuchung an 41 Personen wurde eine Fragebogenverfahren entwickelt, das **Kölner Inventar für Mißerfolg in der Psychotherapie**. Als ergiebigstes Kriterium für therapeutischen Mißerfolg erwies sich in dieser Studie eine Systematik von Beziehungskonstellationen bzw. Beziehungsscripts, die zum Scheitern einer Psychotherapie beitragen. Die Scriptanalyse ergab **7 Beziehungsscripts des therapeutischen Mißerfolgs**:

Beziehungsscript	traumatische Belastungen	Eingangssymptome	Beziehungsgefüge Kl. ↔ Th.		Folgen für Klienten
1) <b>Golden Phantasy</b> (Mißbrauchsscript)	A: emotionale Mangel- erfahrungen (Deprivation)  B: krisenhafte Beziehungs- probleme	Depression, Minder- wertigkeitsgefühle, Abhängigkeit, Sinn- u. Hoffnungslosig- keitsgefühle, Sucht- probleme	Kl. + Th.:	gemeinsamer Wunsch nach Geborgenheit → symbiot. Pseudoharmonie → allmäh- licher Rollentausch → <b>sexueller Mißbrauch</b>	Erschütterung des Selbst- u. Weltverständ- nisses → akute Krise → erfolgreiche Nachfolge- therapie
2) <b>Der alttestamenta- risch-distanzierte* Gott</b> (Mißbrauchsscript)	A + B: Beziehungsstörung zwischen Vater u. (Stief-) Mutter; massive parentale Ablehnung	massive soziale Ausgrenzung, Lern- störungen	Kl.:  Th.:	idealisierende Verehrung  Besitz- u. Herrschaftsan- sprüche, <b>sexueller Miß- brauch</b> → Aufwertung vs. Vernichtung	andauerndes traumatis- ches Gebundensein an Th. → das Leben als Rachefeldzug
3) <b>Eingefrorene Ver- schmelzungs- wünsche</b>	A: Individuations- u. Auto- nomieverbot  B : fehlende Eigenständig- keit ; Ausgegrenzt-Werden	psychosomatische Beschwerden, De- pression, Scham-, Schuld- u. Wert- losigkeitsgefühle	Kl.:  Th.:	Objekthunger vs. Mißtrauen aus Angst vor erneuter Zurückweisung  aggressive Gegenübertra- gung → Nichtachtung u. Degradierung	3 Bewältigungsformen: 1) totaler Zusammen- bruch 2) Selbstbehandlung 3) positive Nachfolge- therapie
4) <b>Zuwendung und Zerstörung</b>	A: traumatisches Einzel- ereignis → Gefühl des Ab- getrenntseins von der Welt  B: tiefe Lebenskrise	Depression, Ängste, Suizidalität	Kl.:  Th.:	unmündig vs. selbstbewußt  Zuwendung bei Unterwer- fung, Verurteilung bei Auf- lehnung	nachhaltiges Erleben von existentieller Zerstörung
5) <b>Vertreibung aus dem Gelobten Land</b>	A: traumatisches Einzel- ereignis gefolgt von Dauer- traumatisierung  B: krisenhafte Beziehungs- probleme	Depression, psycho- somatische Be- schwerden, Suizida- lität	Kl.:  Th.:	Anklammerungs- u. Sym- biosetendenzen  widersprüchliches Bezie- hungsschema → double- bind	Vernichtung des Selbst- wertgefühls u. des Ver- trauens in andere → zag- haftes Aktivieren von Selbstheilungskräften
6) <b>Der hilflose Thera- peut</b>	A: emotionale Isolation  B: fehlende tragfähige Bin- dungen; Bedrohung des beruflichen Entwurfs	Depression, Minder- wertigkeitsgefühle, Suizidalität	Kl.:  Th.:	Kontrolltendenzen  fehlende methodische Kunstfertigkeit → alltägliche Sozialbeziehung	endgültige Gewißheit, daß man allein ist u. sich selber helfen muß
7) <b>Der uninformierte Klient</b>	A: traumatisches Einzel- ereignis → Bedrohung der Individuation  B: existentielle Bedrohung durch traumatische Ereig- nisse	Depression, die Erlebniswelt stark einengende Be- ziehungs- u. Kon- taktprobleme	Kl.:  Th.:	hilflozes Ausgeliefertsein  methodische Rigidität	tiefe Krise → Bearbeitung durch neue Lebensorien- tierung bzw. Nachfolge- therapie

A = in Kindheit/Jugend; B = vor Therapiebeginn \* **distanziert**: vgl. KÖDOPS, S. 126!!!, vgl. BECKER-FISCHER & FISCHER, 1997

Unter den Gesichtspunkten der Therapiegestaltung und der Beziehungsdynamik betrachtet, kam diese Untersuchung zu dem Ergebnis, daß **Traumatisierung der KlientInnen im Kindes- und Jugendalter** ein besonderer Prädiktor für Mißerfolg in der Psychotherapie ist. Die Autorin kommt zu der gut begründeten Schlußfolgerung, daß TraumapatientInnen nicht prinzipiell ungünstigere Therapieaussichten hätten, sondern daß der Umgang mit Traumatisierung in allen Therapieschulen bis heute zu wenig gelehrt wird. Dies spricht für die Notwendigkeit einer spezifischen Ausbildung in Psychotraumatologie und Traumatherapie.

In einem weiteren Untersuchungsschritt konnten die **zentralen therapeutischen Fehler** nach dem ADVM dem Verfehlen der minimalen Differenz bzw. der optimalen Differenz zugeordnet werden:

- 1) Verfehlen der minimalen Differenz → **strukturell verzerrtes Arbeitsbündnis**;
- 2) Verfehlen der optimalen Differenz → **dauerhafte, nicht aufgelöste therapeutische Mißallianz**.

(vgl. Kap. 3.7.1, negative Verlaufsprognostik)

## Einordnung der 7 Mißerfolgs-Scripts nach therapeutischen Fehlern:

therapeutischer Fehler	strukturell verzerrtes Arbeitsbündnis durch Verfehlen der minimalen Differenz	dauerhafte therapeutische Mißallianz durch Verfehlen der optimalen Differenz
zu große Nähe		1) <b>Golden Phantasy</b> (Th. tritt als Retter auf)
Ambivalenz		4) <b>Zuwendung und Zerstörung</b> (ständiges Hin u. Her des Th. zwischen zu großer Nähe u. zu großer Distanz → massive Irritation des Kl.) 5) <b>Vertreibung aus dem gelobten Land</b> (Th. bietet zunächst schützende Zuflucht, verhält sich dann aber sehr ambivalent, so daß Kl. in quälender Abhängigkeit gehalten wird → Auflösung der gegenseitig verstrickten Übertragungsmuster meist nur durch Eklat möglich)
zu große Distanz/Kälte		2) <b>Der alttestamentarisch-distanzierte* Gott</b> (abwertende Besitz- und Herrschaftswünsche des Th.) 3) <b>Eingefrorene Verschmelzungswünsche</b> (Th. zieht sich mißtrauisch vor den Symbiosewünschen des Kl. zurück)
Methodenprobleme	6) <b>Der hilflose Therapeut</b> (Th. stellt sich mit Kl. auf eine Stufe u. tritt als weiterer Kl. auf) 7) <b>Der uniformierte Klient</b> (Th. handelt als pseudokompetenter Ratgeber u. verfehlt es, den Kl. wirksam in die Regeln der Psychotherapie einzuführen)	

\* **distanziert**: vgl. KÖDOPS, S. 126!!!, vgl. BECKER-FISCHER & FISCHER, 1997

Ein strukturell verzerrtes Arbeitsbündnis kommt also durch **methodische Fehler** zustande, die ein Verfehlen der minimalen Differenz bewirken.

Eine therapeutische Mißallianz kommt hauptsächlich durch **Fehler der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse** zustande, die zu einem Verfehlen der optimalen Differenz führen.

In den beiden Mißbrauchsscripts (Golden Phantasy und alttestamentarisch-distanzierter Gott) werden die Traumata der Patientinnen bzw. ihre traumakompensatorischen Wünsche in verantwortungsloser Weise, manchmal sogar gezielt und bewußt, vom Therapeuten ausgenutzt. In den übrigen Mißerfolgsscripts gerät die Therapie durch Persönlichkeitsfaktoren des Therapeuten oder durch methodische Fehler in den Sog des Traumaschemas (S. 130).

Außer den hier dargestellten groben Verstrickungen (Mißfolgsscripte 1) bis 5)) gibt es auch feinere Andeutungen einer therapeutischen Mißallianz in Form einer „Sackgasse“ und „Zwickmühle“ im Verlauf einer Therapie. Diese lassen sich bereits aus einer sorgfältigen Analyse der therapeutischen Ausgangslage vorhersagen, insbesondere aus den KÖDOPS-Konflikt- und Traumabögen, die als eine Art „Frühwarnsystem“ verwendet werden können. Kommt es zu solchen therapeutischen (feineren/vorübergehenden) therapeutischen Mißallianzen, sollten auch erfahrenere TherapeutInnen Supervision in Anspruch nehmen.

Die sorgfältige Dokumentation schwieriger oder scheiternder Therapieverläufe ist für die Psychotherapieforschung genauso aufschlußreich wie „glatte“, unproblematische Therapien: so können Grenzen der Psychotherapie erkannt und das psychotherapeutische Können systematisch erweitert werden.

### **Therapeutischer Mißerfolg als gesundheitsökonomisches Problem** (S. 131)

Die Erforschung von therapeutischem Mißerfolg erweist sich auch zunehmend als gesundheitsökonomisch relevant.

Studie von BECKER-FISCHER & FISCHER (1997) zu therapeutischem Mißerfolg durch sexuellen Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie (professioneller sexueller Mißbrauch): volkswirtschaftlicher Schaden von ca. 20 Mio. DM/Jahr (Minimalschätzung).

Studie von SCHARRELMANN (1998) zum therapeutischen Mißerfolg allgemein: Anteil von professionellem sexuellen Missbrauch in dieser Stichprobe: 17%; → Hochrechnung: 85 Mio DM/Jahr wirtschaftlicher Gesamtschaden durch fehlgeschlagene oder schädigende Psychotherapie.

Therapeutische Fehlschläge müssen also auch aus gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten ernst genommen und erforscht werden, um sie systematisch in das theoretische und klinische Wissen zu integrieren.

### **Vorrang der Konstruktion vor der Rekonstruktion** (S. 197)

Die *vorzeitige* Konfrontation mit belastenden Erfahrungen und traumatischen Erinnerungen – bevor erste Konstruktionsschritte zumindest in Ansätzen vorliegen – wird einen **therapeutischen Mißerfolg** zur Folge haben oder zumindest für ihn disponieren. In diesem Fall kann eine **negative therapeutische Reaktion** entstehen: der paradoxe Effekt, daß sich die Traumabearbeitung umso schädlicher auswirkt, je ‚effektiver‘ sie verläuft.

Bsp. für eine negative therapeutische Reaktion durch vorzeitige Rekonstruktion eines schweren Beziehungstraumas: Wird z.B. ein sexueller Mißbrauch der Tochter durch den Vater therapeutisch ‚aufgearbeitet‘, bevor eine konstruktive Alternative für deren bisherige Bindung an den Vater-Täter gefunden wurde – bevor sie also die Fähigkeit zur Objektsplaltung entwickelt hat -, so kann die Konfrontation mit dem Mißbrauch einschließlich einer zu frühen Mißbrauchserkenntnis eine negative therapeutische Dynamik auslösen.

### **Kap. 5 Die Nachbefragung – Sicherung der Ergebnisse**

(komplettes Kapitel, also bis 5.3, S. 254-286 → Klinische, Thema 5)

(nur Kap. 5.1, S. 255 f → Klinische, Thema 4)

Während einige Psychoanalytiker bisweilen die Auffassung vertraten, daß eine geplante und frühzeitig angekündigte **Katamnese** die Therapiebeendigungsphase und die nachtherapeutische Entwicklung der KlientInnen kompliziert, zeigen neuere Untersuchungen, daß sie sich zumindest bei einigen KlientInnen positiv auswirkt, so daß die **angemessene Ankündigung** von Katamnesen in das Setting und die therapeutische Grundregel der Psychoanalyse eingeführt werden sollte.

**5 Auswahlkriterien** für katamnestische Instrumentarien, sie sollen enthalten:

- 1) störungsspezifische Verfahren
- 2) störungsunspezifische Verfahren
- 3) ein Mißerfolgsmodul
- 4) quantitative Daten
- 5) qualitative Daten → Prozeßvariablen.

Durch die Kombination von quantitativen Daten mit qualitativen Prozeßvariablen können die quantitativen Ergebnisse **rekontextualisiert** werden / wieder mit einer inhaltlichen Bedeutung versehen werden / interpretierbar gehalten werden. Dies hat u.a. den pragmatischen Vorteil, daß bereits wenige, aber gezielt erhobene Informationen den posttherapeutischen Verlauf erhellen können. Die KÖDOPS-Formate eines Patienten erlauben auch eine **differentielle Katamneseplanung**: die Nachbefragung kann sich auf jene **dynamischen „Brennpunkte“** und ihnen entsprechenden Formate beziehen, die sich schon bei der Prozeßanalyse als aufschlußreich erwiesen haben.

In katamnestischen Interviews wiederholt sich miniaturhaft die zentrale Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung aus der Therapie. Psychotherapieklienten **reinszenieren** im Interview ihren zentralen Konflikt und ihre gefundenen Lösungsansätze. Bei TraumapatientInnen stimuliert meist schon die Verabredung zum Katamnesetermin die Traumdynamik und kann die gefundene Konstruktion bisweilen auf eine harte Probe stellen. Daher ist es manchmal notwendig, bei der differentiellen Katamneseplanung für TraumapatientInnen stabilisierende und distanzierende Interventionen einzuplanen. Diese **Tendenz zur Wiederholung der Dynamik** hat in sich einen **hohen diagnostischen Wert**; durch ihr Wirksamwerden können neben den verbalen Äußerungen auch die **szenisch mitgeteilten Informationen**, bei TraumapatientInnen z.B. zum zentralen traumatischen Situationsthema, berücksichtigt werden

### **Kap. 5.1 Wann können Forschungsergebnisse in der Psychotherapie als gesichert gelten? – Das Konvergenzprinzip als Regulativ**

(S. 255 (bzw. S. 254: Beginn Kap. 5) – 256 → Klinische, Thema 4 und Thema 5)

In der Psychotherapieforschung ist eine **multimethodale Ergebnisabsicherung** erforderlich, um methodische Artefakte ausschließen zu können. Die **wichtigsten Methoden** der Psychotherapieforschung sind:

- systematische und vergleichende Fallstudien → Einzelfallanalysen/-studien
- experimentelle Wirksamkeits-/ Interventionsforschung → kontrollierte Vergleichsgruppenstudien

- naturalistische Korrelationsstudien und Feldforschung → Feldstudien mit Korrelationsdesign.

Jede dieser Methoden weist bestimmte Vorteile und Nachteile hinsichtlich des Geltungsbereichs der mit ihr zu erzielenden Ergebnisse auf. Daher können Ergebnisse der Psychotherapieforschung erst dann als sicher gelten, wenn sie durch mindestens zwei Methodentypen erzielt worden sind, wenn die Ergebnisse also konvergieren; mehrere Methoden müssen „konvergierende“ Ergebnisse hervorbringen, wenn das Ergebnis als methodisch gesichert gelten soll → Absicherung der Ergebnisse durch Befolgung des **Konvergenzprinzips** der Psychotherapieforschung. Das Konvergenzprinzip ist eine spezielle Anwendung der **Triangulation** von Forschungsergebnissen auf die Psychotherapieforschung.

Bei fehlerhafter Anwendung des Konvergenzprinzips sind **2 Fehlertypen** zu unterscheiden, die zu einer *Divergenz* von Forschungsergebnissen führen:

- 1) **Intramethodenfehler**: Unsachgemäße Handhabung der Regeln einer einzelnen Methode;
- 2) **Intermethodenfehler**: Ziehen von Schlußfolgerungen und Treffen von Verallgemeinerungen, die eines anderen, ergänzenden methodischen Zugangs bedürfen, die Aussagebegrenzung des jeweiligen Methodentyps übersteigen und hierdurch gegen die Prinzipien der empirischen Vernunft verstoßen (z.B. bei Korrelationsstudien nur Aussagen über einen regelhaften Zusammenhang möglich, jedoch nicht über kausale Faktoren).

Mit dieser **mehrfachen Ergebnisabsicherung** kann ein systematisches qualitatives und quantitatives Vorgehen realisiert werden, z.B. in der Arbeit mit KÖDOPS. Wenn die Ergebnisse naturalistischer Katamnesestudien durch systematische Einzelfallstudien untermauert werden, gewinnen die Ergebnisse der Psychotherapieforschung jenen Grad an Sicherheit, der für die verantwortliche Planung der psychotherapeutischen Praxis notwendig ist.

## Kap. 5.2 Gütekriterien für Dokumentation u. Forschung mit KÖDOPS. Vom Einzelfall zum Fallvergleich

(S. 256-267 → Klinische, Thema 5)

Unstrittig sind **2 wesentliche übergeordnete Qualitätskriterien**/Gütekriterien für wissenschaftliches Arbeiten:

- 1) **systematisches Vorgehen** bei der Erkenntnisgewinnung
- 2) **intersubjektive Nachvollziehbarkeit u. -prüfbarkeit** der Ergebnisse.  
→ zentrale Prinzipien/Ziele wissenschaftlicher Arbeit, die mit Hilfe der im folgenden dargestellten methodenspezifischen und methodenübergreifenden Gütekriterien verwirklicht werden sollen (vgl. S. 267).

Daher müssen bei der Abfassung einer wissenschaftlichen Arbeit folgende **3 Gesichtspunkte** transparent dargelegt und begründet werden:

- 1) Wahl und Definition von Thema und Ziel der Untersuchung;
- 2) Entwicklung und Darlegung eines systematischen Bearbeitungsweges (Methode), damit andere ForscherInnen das Ergebnis überprüfen können;
- 3) Darlegung der Ergebnisse und Begründung der Schlußfolgerungen.

Zeitweise erfolgte in der Psychologie, vor allem in der BRD, eine zu starke Einengung auf die („richtige“) Methode unter Vernachlässigung der Frage nach der Angemessenheit für den Untersuchungsgegenstand → *methodischer Positivismus*: Die Methode als solche wurde als positiv gegebenes Kennzeichen von Wissenschaftlichkeit angesehen, d. h. die Erkenntnismöglichkeiten wurden auf einen aus einem bestimmten Entwicklungsstand der Testpsychologie abgeleiteten Methodenkanon eingeeengt (anstatt die Methoden nach dem Inhalt / der Fragestellung / der Bedeutung auszuwählen).

Die Entwicklung von Methoden bringt neue gegenstandsbezogene Fragen mit sich und zugleich Möglichkeiten, sie zu beantworten. Umgekehrt fordern neue inhaltliche Probleme zur Methodenentwicklung heraus. Die intelligente Verbindung von Gegenstand und Methode ist das bewegende Moment von wissenschaftlichem und technischem Fortschritt. Die stringente Koordination von Thema, Methode und Schlußfolgerungen entscheidet damit über die Qualität einer wissenschaftlichen Arbeit.

Vor allem der qualitative Forschungsansatz trägt gegenwärtig zur kreativen Entwicklung von Methoden bei, die dem psychologischen Gegenstand angemessen sind (vgl. MAYRING, 1993). Mit der

„qualitativen Wende“ kehrt die Methodendiskussion zu einer Logik der Forschung zurück, die Gegenstand, Methode und Theoriebildung in ihrer Wechselwirkung begreift.

Die Bearbeitung vieler KÖDOPS-Formate entspricht einem Untersuchungsschritt qualitativer Forschung. In der Forschungsversion müssen daher Gütekriterien qualitativer Forschung berücksichtigt werden. Daneben bietet KÖDPOS verschiedene Möglichkeiten für eine Quantifizierung von Daten, die durch qualitative Untersuchungsschritte fundiert sind, da es nicht nur standardisierte Tests und standardisierte Fragebögen zur Erhebung quantitativer Daten enthält, sondern auch a-posteriori-Quantifizierung von qualitativ erhobenen Daten ermöglicht. Mit der a-posteriori-Quantifizierung werden quantitative Daten aus der qualitativen Arbeit heraus entwickelt und durch sie interpretierbar gehalten.

**[Quantifizierung / quantitative Methoden:** Quantifizierung ist in den Humanwissenschaften auf qualitative Phänomenologie und Hermeneutik angewiesen, vor allem in den Phasen der Datenerhebung, -auswertung und -interpretation → Verbindung von qualitativen und quantitativen Strategien/Methoden. Wird diese Verbindung vernachlässigt, dann liegen als Ergebnis quantitative Werte vor, deren qualitative Bedeutung beim untersuchten Individuum oder der untersuchten Gruppe unbekannt oder zweifelhaft bleibt. Quantifizierung kann in einer Untersuchung von vornherein durchgeführt werden (a-priori-Quantifizierung), z.B. bei der Erhebung mit standardisierten Skalen, oder im nachhinein (a-posteriori-Quantifizierung) anhand bereits erhobener qualitativer Daten, die in quantitative Werte umgewandelt werden. Die a-posteriori-Quantifizierung hat den Vorteil, daß zunächst phänomenologisch-hermeneutisch bestimmt wurde, was gemessen wird (qualitativer Aspekt) und erst nach der Messung die Quantifizierung vorgenommen wird (quantitativer Aspekt) (→ damit bestimmt der Inhalt, die Bedeutung die Messung anstelle der (leichter durchzuführenden quantitativen) Methode!); bei Unsicherheit über die Bedeutung eines Zahlenwerts kann auf das qualitativ erhobene Originalmaterial und die qualitative Auswertung, z.B. die Schritte inhaltsanalytischer Kategorienbildung, zurückgegriffen werden. (Lehrbuch, S. 348)]

KÖDOPS verfolgt ein **individuell-nomothetisches** Vorgehen (Erforschung individueller Gesetzmäßigkeiten), d.h. es beruht auf einer (einzelfall-)bezogenen Methodologie und Methodik, die die fallbezogene, „klinimetrische“ Behandlung quantitativer Werte miteinschließt - im Gegensatz zu einem *variablenisolierenden* Vorgehen, bei dem die psychologische Bedeutung der isoliert betrachteten Variablen leicht verloren geht.

Die neuere Entwicklung der qualitativen Forschung geht dahin, neben allgemeinen Gütekriterien (methodenübergreifende Gütekriterien) auch methodenspezifische Gütekriterien festzulegen, die unmittelbar an der Schnittstelle zwischen Forschungsmethode und Untersuchungsgegenstand ansetzen. Im folgenden werden zunächst die methodenspezifischen Gütekriterien für die im KÖDOPS enthaltenen qualitativen Methoden diskutiert und anschließend die allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung.

### 5.2.1 Feldforschung und teilnehmende Beobachtung

Das KÖDOPS beruht auf **teilnehmender Beobachtung** in einem **alltagsnahen Feld** → **Alltags-/Lebensnähe** (≠ künstliche Beobachtung im Laborexperiment) → **teilnehmende Feldforschung**.

**[Teilnehmende Feldforschung:** Feldforschung = qualitatives Design, teilnehmende Beobachtung = qualitative Technik. Die 6 methodenspezifischen Gütekriterien der teilnehmenden Feldforschung beziehen sich auf die 3 hauptsächlichen Phasen des Forschungsprozesses: 1. Datenerhebung, 2. Datenaufbereitung und 3. Datenauswertung.

1. Datenerhebung:

- 1) Glaubwürdigkeit oder Unglaubwürdigkeit der Forschungssubjekte;
- 2) Non-Reaktivität oder Reaktivität des Materials (non-reaktiv = Material durch freie, spontane Äußerung; *reaktiv* = *Material aufgrund von Äußerungen nach Fragen der ForscherInnen entstanden*);
- 3) Qualität der Sozialbeziehungen zwischen ForscherInnen und Forschungssubjekten;

2. Datenaufbereitung:

- 4) Qualität der deskriptiven Analyse (Feststellen von möglichen *Verzerrungen* bei der qualitativen Festlegung der zentralen, häufigen, typischen Phänomene im Gegenstandsbereich);

3. Datenauswertung:

- 5) Schrittweise Theoriekonstruktion (schrittweises Vorgehen bei der Konstruktion theoretischer Konzepte und Modelle aus dem empirischen Material);
  - 6) Systematische Berücksichtigung von Negativfällen (Fälle, die den Schlußfolgerungen widersprechen könnten, die nicht in die interpretierten Konzepte passen könnten).
- (MAYRING, 1993<sup>2</sup>, S. 108 f)]

**Methodenspezifische Gütekriterien** nach den **4 Phasen** eines KÖDOPS-Forschungsprojekts  
 1. Datenerhebung, 2. Datenaufbereitung, 3. Datenauswertung, 4. Induktive Datenanalyse:

### 1. Datenerhebung

- 1) **Glaubwürdigkeit** oder Unglaubwürdigkeit der KlientInnen (*mangelnde Ehrlichkeit?*);
- 2) **Non-Reaktivität** oder Reaktivität des therapeutischen Materials (non-reaktiv = Material durch freie, spontane Äußerung; reaktiv = Material aufgrund von Äußerungen nach Fragen der TherapeutInnen entstanden);
- 3) **Qualität der Beziehung** zwischen TherapeutInnen und KlientInnen (*beeinträchtigte Qualität der therapeutischen Beziehung?*).

Absicherung/Gütekriterien: Mögliche Störfaktoren sollten reflektiert und kontrolliert werden:

- 1) Mit der Motivation zur Psychotherapie kann im allgemeinen von Ehrlichkeit der KlientInnen ausgegangen werden; sie kann aber auch durch besondere Umstände beeinträchtigt sein (z.B. durch starke Schamgefühle bei traumatischen Gewalterfahrungen mit negativer Intimität).
- 2) Reaktivität des therapeutischen Materials läßt sich im Erstgespräch durch die erste, offene Gesprächsphase stark reduzieren.
- 3) Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird im KÖDOPS-Format „Notizen“ systematisch dokumentiert und kann so bei der Interpretation berücksichtigt werden (vgl. Kap. 3.3, vgl. S. 93 ff im KÖDOPS-Materialband); im Forschungskontext wird die Beziehungsqualität als eine Moderatorvariable kontrolliert.

### 2. Datenaufbereitung

Die **phänomenologische Analyse** kann durch systematische Fehlertendenzen beeinträchtigt sein, die sich z.B. aus einer vorgefaßten Theorie bzw. vorgefaßten Hypothesen ergeben.

Absicherung: Die notwendige Auswahl von KÖDOPS-Formaten für eine Therapie oder eine Therapiesitzung (qualitative Festlegung von zentralen Phänomenen) muß - um theoriegeleitete Vorannahmen zu kontrollieren - sich a) nach der **inhaltlichen Fragestellung** richten, dabei aber möglichst wenig induktiv erfolgen und b) auch Kriterien der **Zufallsauswahl** berücksichtigen.

### 3. Datenauswertung

Beim KÖDOPS kommen in der Auswertungsphase teils freie, teils formatgebundene Auswertungsverfahren zum Einsatz. Die formatgebundenen sind qualitative Reduktionsverfahren, die durch die Instruktionen in KÖDOPS mit Kategorien, Beispielen und Zuordnungsregeln versehen sind. Im Rahmen einer beweissichernden/hypothesenprüfenden Forschung können die zentralen Formate a) durch weitere Instruktionen ergänzt werden; b) bei systematischen Einzelfallstudien (auch im beweissichernden Forschungskontext) bedürfen vor allem die Formate der Textebene (Kap. 3.5.2) eines ergänzenden Manuals, das die Zuordnung von Textstellen zu Kategorien (z.B. persönlichkeitsstypische Erlebniszustände) für den Einzelfall regelt (fallspezifisches Codier-Manual).

Absicherung/Gütekriterien:

- 1) **Grad der Übereinstimmung zwischen mehreren Codierern** (sehr aufwendig und nur im Rahmen eines beweissichernden Forschungskontextes zu empfehlen, wenn zentrale beweissichernde Schritte auf dem fallspezifischen Codier-System beruhen);
- 2) **Argumentative Verbindung zwischen relevanten Erkenntnisquellen**, insbesondere von KÖDOPS-Formaten der Mesoebene (mittlerer Auflösungsgrad) (wenn das fallspezifische Codier-Manual nur eine von mehreren Erkenntnisquellen darstellt, was gemäß den vielfachen Triangulationsmöglichkeiten in KÖDOPS normalerweise der Fall ist); im Einzelfall z.B. nach dem hermeneutischen Exklusionsverfahren.
- 3) **Systematisches Vorgehen** bei der Erkennungsgewinnung (s.o.) wird durch eine sorgfältige Beschreibung des Beobachtungsmaterials gesichert.
- 4) **Intersubjektive Nachvollziehbarkeit u. -prüfbarkeit** der Ergebnisse (s.o.) wird durch transparente Interpretation erfüllt.

### 4. Induktive Datenanalyse - Aufspüren individueller Gesetzmäßigkeiten

Hier geht es um einen zentralen Erkenntnisschritt, ein detektivisches Vorgehen in der Forschung mit KÖDOPS, der in wesentlichen Punkten einer induktiven (qualitativen) Forschungslogik folgt bzw. eine Kombination von Induktion und Deduktion (auch Abduktion genannt) darstellt. Für diesen Erkenntnisschritt muß zunächst in der Einzelfallanalyse auf individuelle Gesetzmäßigkeiten/ Strukturen geschlossen werden. In den sich anschließenden vergleichenden Fallstudien (Komparative Kasuistik) können sich dann a) Variationen/Modifikationen dieser individuellen Gesetzmäßigkeiten/Strukturen ergeben und kann b) der Vergleich eines Einzelfalls mit anderen Einzelfällen den Blick für Gesetzmäßigkeiten der jeweiligen Einzelfälle schärfen. → Schrittweise Kombinatorik der Forschungsdaten.

Induktives Vorgehen, also das Aufspüren von Gesetzmäßigkeiten im Untersuchungsmaterial, ist eine zentrale Strategie der qualitativen Forschung, die bei intelligenter Anwendung nicht nur die Generierung von Hypothesen an einem qualitativen Datensatz erlaubt, sondern bis zu einem gewissen Grad auch die wirksame Überprüfung von Hypothesen. Einsicht in strukturelle Zusammenhänge und Einsicht in „**kausale Netzwerke**“ sind Erkenntnisziele, die sich mit KÖDOPS-Daten bei ganz unterschiedlichen Fragestellungen grundsätzlich erreichen lassen. Auf der Ebene **latenter Strukturen** kann auf relativ „robuste“ Gesetzmäßigkeiten/Regeln/Strukturen geschlossen werden, wenn sich die ermittelten latenten Strukturen in einem Einzelfall auch in anderen Einzelfallanalysen wiederfinden.

Absicherung/Gütekriterien: wichtigste Gütekriterien sind:

- 1) **argumentative Validierung**: sie kann als gesichert gelten, wenn eine (verstehende oder erklärende) Hypothese sich im Vergleich mit konkurrierenden Hypothesen bewährt → relativer Bestätigungsgrad einer Hypothese;
- 2) **systematische Berücksichtigung von Negativfällen**.

### 5.2.2 Qualitative Einzelfallanalyse

**7 methodenspezifische Gütekriterien** für die Einzelfallanalyse nach BROMLEY (1986) (in KÖDOPS werden nur 4 davon genannt: 2), 4), 6) und 7), vgl. S. 261):

- 1) Überprüfen der **Vorannahmen** auf Explizitheit, Adäquatheit und Plausibilität;
- 2) Überprüfen von **Alternativerklärungen** der Schlußfolgerungen und Interpretationen;
- 3) Überprüfen, ob nicht vorschnelle **Schlußfolgerungen** gezogen wurden (z.B. durch zu einfache Analogieschlüsse, Stereotype, oberflächliche Deutungen, verzerrte Fallauswahl);
- 4) Suche nach **Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Datenquellen**, auch außerhalb des Falls (z.B. ‚objektive‘ anamnestische Angaben zusätzlich zu den Angaben der KlientInnen, Auskünfte Dritter) (Kriterium der **Triangulation**);
- 5) Überprüfen, ob das **emotionale Engagement** / die **Identifikation mit dem Fall** die ForscherInnen nicht in verzerrender Weise beeinflusst hat;
- 6) Überprüfen, ob die **Kausalannahmen** berechtigt sind oder ob nur von einer einfachen Parallelität von Ereignisabläufen auf eine Verursachung geschlossen wurde;
- 7) Überprüfen, inwieweit die Urteilsmaßstäbe der InterpretInnen **subjektiven** oder **sozialen Einflüssen** unterliegen und inwieweit dies die Interpretationen beeinflusste. (Bei FISCHER: Kritische Explikation und Reflexion der Interpretationskategorien im Hinblick auf die persönliche Interessenlage der ForscherInnen).

Auch diese 7 Gütekriterien sind methodenspezifisch. Es werden aber auch schon **Überschneidungen** der beiden Gütekriterien-Kataloge für die teilnehmende Feldforschung und die Einzelfallanalyse deutlich bzw. allgemeinere Gütekriterien (z.B. Triangulation). (MAYRING, S. 109)

Gegen einige der aufgelisteten Irrtumsmöglichkeiten bei Einzelfallanalysen stellt das Aufstellen einer **Vielzahl von alternativen Erklärungshypothesen** und die systematische Überprüfung dieser Hypothesen am Beobachtungsmaterial ein bewährtes Gegenmittel dar. Letzlich ist jedoch die **stringente Argumentation** zu Auswahl und Geltungsbedingungen der Interpretationshypothesen entscheidend (KÖDOPS, S. 261).

Sind in der Einzelfallanalyse wichtige Strukturen erkannt und ist ein entsprechender Hypothesensatz gebildet worden, so kann dieser dann an weiteren Einzelfällen auf **Allgemeingültigkeit** überprüft und dabei modifiziert/korrigiert und weiter ausgebaut werden → **Komparative Kasuistik**. Der Blick auf weitere Einzelfälle lenkt in der Regel den Blick zurück auf Strukturen im (Ausgangs-)Einzelfall, die bislang übersehen wurden.

### 5.2.3 Von der Einzelfallanalyse („within-case“) zu vergleichenden Fallstudien („cross-case“)

Beim Übergang von der Einzelfallanalyse zu vergleichenden Einzelfallstudien, zur Komparativen Kasuistik (JÜTTEMANN, 1990), ergibt sich umfangreiches Datenmaterial.

**Kasuistik:** Sammlung von praktischen Beispielen (Krankheitsfälle), die bei der Beurteilung ähnlicher Fälle Hilfe leisten soll. Kasuistiken sind in der klinischen Praxis und Ausbildung von hohem Wert beim Beziehen allgemeiner Sichtweisen und Regeln auf konkrete Situationen. (DORSCH, 1998<sup>13</sup>).

#### **[Einschub: Die Verfahrensschritte der Komparativen Kasuistik nach dem experimentellen Modell:**

Die Anwendungsform „experimentelles Modell“ ist eng an der Methodologie der experimentellen Psychologie orientiert. Hierbei werden solche Übereinstimmungen zwischen den untersuchten Personen isoliert, die **durchgängig** oder **deutlich gehäuft** hervortreten. Aus diesen werden **Hypothesen** formuliert, die als **funktional relevant** gelten können und bestenfalls eine Vorstufe der gesuchten Theorie darstellen → interindividuelle Komparative Kasuistik.

Im Rahmen der beiden grundlegenden Anwendungsformen „experimentelles Modell“ und „diagnostisches Modell“ sind zahlreiche untersuchungsmethodologische Konkretisierungen der Strategie der Komparativen Kasuistik denkbar, die als **Varianten der Modelle** bezeichnet werden. Für diese verschiedenen Varianten, die sich aus der Art der Fragestellung, der Art der zu erhebenden Daten (retrospektiv/biographisch oder prospektiv; qualitativ oder quantitativ) und der Art der primären Datenquelle (z.B. Interview, therapeutisches Gespräch, teilnehmende Beobachtung) ergeben, existieren verschiedenste Verfahrensbeschreibungen.

Als Beispiel wird nun eine Variante des **experimentellen Modells** bei **qualitativen retrospektiven Daten** aufgrund von **wenig strukturierten Interviews** genauer erläutert. Das Hauptcharakteristikum dieser Variante ist die Verwendung von Interviews. JÜTTEMANN (1981, S. 112) empfiehlt in frühen Phasen der Modellanwendung wenig strukturierte Interviews, z.B. narrative Interviews, oder etwas stärker strukturierte, z.B. Tiefeninterviews (halb- und vollständig strukturierte Interviews sind bei zunehmender Kenntnis der relevanten Bedingungskomplexe in späteren Phasen denkbar).

#### **Die acht Verfahrensschritte:**

**1. Entscheidung über das Design:** Hier wird einbezogen, welche Mitarbeiterkapazitäten vorliegen und welcher zeitliche Rahmen vorgegeben sein soll, und die Anzahl der zu durchlaufenden Phasen wird festgelegt. Außerdem wird festgelegt, ob in späteren Phasen auch andere Varianten eingesetzt werden sollen.

**2. Phänomenanalyse, Auswahl der Fragestellungen, Definition der Homogenitätskriterien:** In Anlehnung an CRONBACHS Auffassung (z.n. JÜTTEMANN, 1981, S. 105), daß es schwer möglich sei, in der Psychologie Theorien von breitem Geltungsbereich aufzustellen, geht JÜTTEMANN von der **Kontextspezifität von Hypothesen** aus. Das bedeutet, daß adäquate Theorien zwangsläufig immer nur einen engen Gültigkeitsbereich haben, also nur unter spezifischen Bedingungen gelten. Um diesem Problem zu begegnen, fordert er für den Einsatz der Komparativen Kasuistik eine **Eingrenzung auf enge Phänomenbereiche** und die Reduzierung der Komplexität des Betrachtungsgegenstandes über eine **systematische Aufgliederung in Einzelaspekte**. Diesen Vorgang, der als Voraussetzung zur Durchführung und begleitend zu den Teilschritten der Methode aufgefaßt wird, bezeichnet er als **Phänomenanalyse**. Er betont das „unumstößliche Anwendungsprinzip“ der Komparativen Kasuistik, das er als „Forderung nach **psychologischer Definierbarkeit** des zu untersuchenden Phänomens und nach einer phänomenspezifischen **psychologischen Homogenität** der Stichprobe“ beschreibt. Mit dieser Form der Stichprobenhomogenität ist gemeint, daß psychologisch argumentiert werden muß, wann verschiedene Personen unter einem Gesichtspunkt untersucht werden können (als psychologisch homogene Untergruppe einer größeren Stichprobe / psychologisch sinnvoll definierte Subphänomene eines global und unkritisch zur Untersuchung empfohlenen Gesamtphänomens). Als Entscheidungskriterium für das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen von psychologischer Definierbarkeit und psychologischer Stichprobenhomogenität benennt er das **Kriterium der Erwartbarkeit einer konsistenten Theorie**: es muß die begründete Erwartung bestehen, daß sich die Phänomene mit einer einzigen, in sich geschlossenen psychologischen Theorie erklären lassen. Außerdem wird mit dem Vorgehen der Phänomenanalyse, das sich schrittweise fortsetzt, eine sukzessive Phänomenklassifizierung erreicht.

Bei der **Auswahl der Fragestellung** ist zentral, daß neben dem zentralen Phänomen noch ein „verwandtes Phänomen“ einbezogen werden soll, das in einer Paralleluntersuchung als Nebenfragestellung analysiert wird. Außerdem wird eine phänomenunspezifische Kontrollgruppe gebildet, die aus Personen mit vergleichbaren demographischen Daten gebildet wird.

**3. Zusammenstellung von möglicherweise relevanten Hypothesen und Bereichen:** Im ersten Untersuchungsdurchgang können die Hypothesen deduktiv oder induktiv aufgestellt werden. In späteren Durchgängen liefern vor allem die Ergebnisse der jeweils vorangegangenen Phase die Hypothesen für die nächste Phase (Spiralen-/Annäherungsmodell). Die funktionale Relevanz der Hypothesen wird geprüft; die zusätzlichen Bereiche, die im Lauf der Erhebung als möglicherweise bedeutsam entdeckt werden, dienen der „explorierenden Generierung neuer Hypothesen“, die in der folgenden Phase geprüft werden. Hier wird das zugleich hypothesenprüfende und hypothesengenerierende Potential der Komparativen Kasuistik als theorievorbereitender Forschungsstrategie deutlich. Außerdem können vor Beginn der eigentlichen Untersuchung Vorstudien zur Hypothesenfindung (z.B. mit narrativen Interviews) eingesetzt werden.

**4. Präzisierung des Designs und organisationstechnische Vorarbeiten:** Auf dieser Ebene ist festzulegen, wie viele Personen in den Untersuchungsgruppen befragt werden, wie viele Gespräche von welcher Länge stattfinden, welche externen Daten (quant. Tests, Aktenunterlagen etc.) hinzugezogen werden und welche Bezugspersonen einbezogen werden.

**5. Vorbereitung der Datenerhebung und der Datenaufbereitung:** Neben der Erstellung von Interviewleitfäden/einer groben Gesprächsstruktur steht die Erstellung eines Kodierleitfadens und die Interviewer- und Auswerterschulung im Vordergrund dieses Abschnittes.

**6. Durchführung der Datenerhebung:** Da es sich um „mehrstufige Interviews“ handelt, kommt es zu einer Modifikation der Inhalte im Verlauf der Erhebungen. Mit „mehrstufig“ ist gemeint, daß mit einer Person mehrere Interviews geführt werden und auch Personen aus dem Umfeld einbezogen werden. Somit ergibt sich die Notwendigkeit der Themenadjustierung im Verlauf der Gespräche, um verschiedene Aspekte genauer herauszuarbeiten.

**7. Durchführung der einzelfallanalytischen Auswertung:** Die Einzelfallauswertung umfaßt die zusätzlich erhobenen Daten (z.B. aus quantitativen Verfahren) und die Kategorisierung der qualitativen Daten nach dem zuvor erstellten Prinzip/System durch mehrere Auswerter. Es werden Datentabellen erstellt, in denen für jeden Einzelfall (d.h. für jede Person) die Auswertungen erfaßt werden. Außerdem werden von dem Auswerterteam kurze individuelle Personencharakteristiken angefertigt.

**8. Interindividuelle Komparation und abschließende Bearbeitung:** Die Auswerterteams arbeiten in diesem Abschnitt nicht mehr gemeinsam, sondern erhalten alle Daten zu allen Personen und arbeiten folgende Aspekte heraus (alle genannten bei Untersuchungs- und Parallelgruppe, bei der Kontrollgruppe nur A):

A. Überindividuelle Komparationstabelle: Nach dem zugrundeliegenden Kategoriensystem werden solche Hinweise auf Übereinstimmung eingetragen, die mindestens bei zwei Personen auftreten und es werden Hinweise auf zusätzliche Relevanzbereiche eingetragen.

B. Vorschlag zur Typendifferenzierung: Das untersuchte Phänomen wird hier in Subtypen/Partialtypen aufgegliedert, was die Phänomenanalyse weiterführt und die Untersuchungspopulation differenziert.

C. Überindividuelle Personencharakteristik: Zusammengestellt wird diese über alle Personen oder bei begründeter Unterteilung für alle Partialtypen.

D. Hinweise auf neue potentielle Hypothesen und Relevanzbereiche: Für die zweite Untersuchungsphase werden zusätzliche Aspekte gesammelt, die weitere Berücksichtigung finden sollten. Alle unter A-D genannten Ergebnisse bilden die Basis für eine Diskussion innerhalb des gesamten Auswerterteams, das insbesondere auf die Unterschiede zwischen Parallelgruppe und Kontrollgruppe Bezug nimmt, um methodenspezifische Aspekte auszuschalten. Teile des Auswerterteams fertigen dann auf der Grundlage der Diskussion eine Zusammenfassung an, die folgende Punkte einbeziehen soll:

a) Verursachungszusammenhang: Hierbei wird auf die a priori gesetzten Hypothesen eingegangen, die sich bewährt haben, sowie auf die zusätzlich gefundenen Aspekte im Sinn funktional relevanter Hypothesen.

b) Entstehungszusammenhang: Auf dieser Ebene soll die hypothetische Beschreibung eines Verlaufsprozesses der Entstehung des untersuchten Phänomens erfolgen. Diese Erklärung muß ggf. in Partialtypen differenziert werden.

c) Gemeinsamkeiten im Gesamtbild der Persönlichkeit der zu einer Untersuchungsgruppe gehörenden Personen.

d) Weitere Typendifferenzierung: Diese Fortsetzung der Phänomenanalyse im Sinn der ausdifferenzierenden Beschreibung von Subphänomenen/Partialtypen betrifft die Vorbereitung der zweiten Untersuchungsphase.

e) Neue Hypothesen und Relevanzbereiche: Auch hier steht die Vorbereitung der zweiten Untersuchungsphase im Vordergrund; neue Aspekte sollen einbezogen werden und als Hypothesen vorliegen.

→ 7. und 8. Schritt = Datenaufbereitung und –auswertung.

Die Berichte aus Teilauswertungen und die angefertigte vergleichende Betrachtung finden ebenso Eingang in den zu erstellenden abschließenden Gesamtbericht wie sämtliche erarbeitete Unterlagen (Tabellen) und das vollständige Erhebungsmaterial (auch Bandaufzeichnungen). Für die zweite Untersuchungsphase werden andere Personen ausgewählt. Außerdem kann sich im Rahmen der Ergebnisse aus der ersten Untersuchungsphase eine erheblich differenziertere Fragestellung ergeben.

Beispiel zum Vorgehen der Komparativen Kasuistik im Rahmen des experimentellen Modells mit den skizzierten acht Verfahrensschritten: BROSIG, BURKHARD & KUPFER, JÖRG (1996). **Analytische Gruppentherapie bei Neurodermitis**. In: psychomed 8, S. 93-97. → Parallele Betrachtung von zwei (männlichen) Einzelfällen hinsichtlich der settingspezifischen intrapsychischen Reaktions- und Verarbeitungsmuster innerhalb eines stringent psychoanalytisch ausgerichteten stationären Settings (Psychosomatische Klinik der Uniklinik Gießen; Einzelgespräche, Visitengespräche, analytische Gruppentherapie mit gegengeschlechtlichem Psychotherapeutenpaar, Gestaltungstherapie) auf das Zufallsexperiment „Wegfall der mütterlichen Übertragungsfigur“ durch Krankheit der Therapeutin.

<b>Verfahrensschritte nach GERD JÜTTEMANN</b>	<b>Ausführung in der Untersuchung zur Neurodermitis</b>
<b>1. Entscheidung über das Design</b>	therapeutisches Setting an der Psychosomatischen Klinik der Uniklinik Gießen: Einzelgespräche, Visitengespräche, analytische Gruppentherapie mit einem Therapeutenpaar (die Erkrankung der Therapeutin während der Behandlung hatte einen großen Einfluß auf den Therapieverlauf), die Patienten wurden stationär 98 bzw. 119 Tage behandelt.
<b>2.a) Phänomenanalyse</b> <b>2.b) Auswahl der Fragestellungen</b> <b>2.c) Definition der Homogenitätskriterien</b>	Neurodermitis unter psychologisch relevanter Fragestellung 1) Wie wirkte sich der Verlust der mütterlichen Übertragungsfigur auf den Hautzustand aus? 2) Welche Prozesse der psychischen Verarbeitung wurden durch dieses Zufallsexperiment ausgelöst? Phänomen Neurodermitis, zwei Männer in vergleichbarem Alter als Patienten (psychologisch homogene Stichprobe)
<b>3. Zusammenstellung von möglicherweise relevanten Hypothesen und Bereichen</b>	Eine Hypothese war, daß sich das Erleben von Nähe und Distanz sowie die damit verbundenen Übertragungen und Gegenübertragungen auf das Befinden der Patienten auswirken. Durch die Erkrankung der Therapeutin konnte die Hypothese quasi-experimentell untersucht werden.
<b>4. Präzisierung des Designs und organisationstechnische Vorarbeiten</b>	Ausarbeitung eines Therapieplans für die Patienten, Erhebung externer Daten durch Anamnese, Stimmungs- u. Körperbeschwerdefragebogen sowie Bilder aus der Gestaltungstherapie
<b>5. Vorbereitung der Datenerhebung und -aufbereitung</b>	Entscheidung für eine therapeutische Richtung (psychoanalytisch), Bereitstellung eines Stimmungsfragebogens (MSF, HECHELTJEN & MERTESDORF) und eines Körperbeschwerdebogens (BRÄHLER & SCHEER). Die Fragebogendaten wurden einer persönlichen Faktorenanalyse unterzogen, um individuelle Dimensionen des Körpererlebens herauszuarbeiten. Beim ersten Patienten wurde der Faktor 4 (Hautveränderungen) untersucht, beim zweiten der Faktor 5 (Juckreiz und Hitzewallungen). Über die Art der Anamnese liegen keine Informationen vor.
<b>6. Durchführung der Datenerhebung</b>	Durchführung der Therapien mit Themenadjustierung auf die Kindheit, bestimmte Ereignisse und das Verhältnis zu den Therapeuten; tägliches Ausfüllen der Fragebögen; Herstellung der Bilder in der Gestaltungstherapie
<b>7. Durchführung der einzelfallanalytischen Datenaufbereitung u. -auswertung</b>	Erstellung von Diagrammen zu den Fragebögen, Zusammenstellung der Bild-Materialien zu jedem Patienten

<p>8. Durchführung der inter-individuell-komparativen Datenaufbereitung u. – auswertung sowie abschließende Bearbeitung</p>	
<p>Überindividuelle Komparationstabelle</p>	<p>Vergleich der Fragebögen und des Bildmaterials: Während der Abwesenheit der Therapeutin lassen sich bei beiden Patienten erhöhte Werte auf den Fragebögen feststellen. Dies deutet darauf hin, daß die Ausgangshypothesen stimmen. Auch das Bildmaterial läßt diesen Schluß zu.</p>
<p>8.a) Vorschlag zur Typendifferenzierung</p>	<p>Ein Patient wird eher dem narzißtischen, der andere eher dem Borderline-Pol der frühen Störung zugeordnet.</p>
<p>8.b) Überindividuelle Personencharakteristik</p>	<p>In beiden Fällen zeigt sich, daß der Verlust der weiblichen Übertragungsfigur zur Verstärkung der Symptome führt; bei einem Patienten später auch die Wiederannäherung an die Therapeutin, nachdem sie wieder in den Therapieprozeß eingestiegen ist.</p>
<p>8.c)</p>	<p>Es wird deutlich, daß in einem stringent psychoanalytisch ausgerichteten stationären Setting Prozesse der Individuation/ Separation vor dem Hintergrund von Distanz u. Nähe bzw. Verlust u. Wiederannäherung zu intrapsychischen Verarbeitungsschritten Anlaß geben, die dem Patienten selbst vor Augen führen, wie die eigene Haut auf psychische Erlebnismodalitäten reagieren kann.</p>

Vergleich der **Komparativen Kasuistik** mit der **Gegenstandsbezogenen Theoriebildung („grounded theory“)**:

Der Ansatz der **Gegenstandsbezogenen/-begründeten Theoriebildung**, auch als „grounded theory“ (GLASER & STRAUSS) etabliert, weist auf Antriebe deutliche Parallelen zum Ansatz der Komparativen Kasuistik auf. JÜTTEMANN sieht eine theoretische Verbindungslinie zu seiner Forschungsstrategie darin, daß auch die Anwendung der Komparativen Kasuistik in vielen Fällen zu einer feldnahen Forschung und zu einer „**empirisch begründeten Theorie**“ führen werde (1981, S. 105).

Es stellt sich aber die Frage, inwiefern sich diese Konzeption von der Gegenstandsbezogenen Theoriebildung unterscheidet. WIEDEMANN geht dieser Frage nach (in JÜTTEMANN, 1990). Beide Ansätze sind Mischformen zwischen Verstehen und Erklären (idiographisch und nomothetisch), sie sind beide gegenstandsgebunden und versuchen sich an der empirisch fundierten Generierung von Theorien, die im Falle der Gegenstandsbezogenen Theoriebildung explizit praktisch bedeutsam sein und bei den Betroffenen ansetzen sollten. Beide Methoden sind gegenüber quantitativen Daten offen, wobei die Komparative Kasuistik deutlicher betont, daß sie integrativ eingesetzt werden kann. Grundsätzlich ist die Komparative Kasuistik durch geplanteres Vorgehen (a priorische Festsetzung von Personenzahl und Anzahl der Durchläufe, Kontroll- und Normgruppenvergleiche, etc.) gekennzeichnet, wohingegen bei der Gegenstandsbezogenen Theoriebildung bis zum Ende der Untersuchung alles offen ist. Auch die Datenaufbereitung und Auswertung/Interpretation geschieht bei der Gegenstandsbezogenen Theoriebildung mit größerer Offenheit und weniger sequentiell, so daß hier auch den Kriterien der Objektivität und Reliabilität weniger Bedeutung beigemessen wird. Die Interviewer werden auch als Auswerter eingesetzt, wohingegen bei der Komparativen Kasuistik Interviewer und Auswerter getrennt werden und Kodiererschulungen zu einer Reliabilitätssteigerung der Kodierungen eingesetzt werden.

Literatur:

JÜTTEMANN, GERD (1981). Komparative Kasuistik als Strategie psychologischer Forschung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29. → S. 101-117.

JÜTTEMANN, G. (Hrsg.) (1990). Komparative Kasuistik. Heidelberg: Asanger.]

**Weiter aus KÖDOPS:**

Das **umfangreiche Datenmaterial**, das sich beim Übergang von der Einzelfallanalyse zur Komparativen Kasuistik ergibt, kann mit Unterstützung von **Computerprogrammen**, die die Erstellung

einer **relationalen Datenbank** für qualitative Daten ermöglichen, bewältigt werden kann. Für KÖ-DOPS-Daten ist die Datenbank ACCESS vorgesehen.

#### **4 Anwendungsvoraussetzungen** der Komparativen Kasuistik im komplexen Feld der **Psychotherapieforschung**:

- 1) systematisches Vorgehen
- 2) methodische Fertigkeiten
- 3) klinische Erfahrung
- 4) klinische Deutungskompetenz.

Auf dieser Grundlage bildet die Komparative Kasuistik („cross-case“-Anwendung) in der therapeutischen Praxis und Forschung Chancen für Erkenntnisse mit unmittelbarer klinischer Relevanz, die bisher weitgehend unerschlossen sind. Die am gründlichsten ausgearbeitete Systematisierung für die Kombinatorik von qualitativen Daten und das induktive Aufspüren von Gesetzmäßigkeiten und latenten Strukturen in qualitativem Datenmaterial bietet das in Deutschland noch wenig genutzte Forschungsmanual von MILES & HUBERMAN (1994) zur Analyse qualitativer Datensätze → **Kausalanalyse**; qualitative, schrittweise, induktive Kombinatorik der Daten.

#### Bsp. zur Komparativen Kasuistik mit Kausalanalyse

Fragestellung: Welche Bedingungen fördern und welche behindern bei einer bestimmten PatientInnengruppe den Therapieerfolg?

1. Einteilung der Untersuchungsgruppe in eine erfolgreiche Kontrastgruppe und eine erfolglose Kontrastgruppe.
2. Auswahl von typischen Einzelfällen aus den beiden kontrastierenden Gruppen.
3. Induktive Bildung von Suchhypothesen zu Variablen, die den Therapieerfolg bzw. -mißerfolg verursacht haben können, indem diese typischen Einzelfälle betrachtet und ihre Ausprägungen in diesen Variablen bestimmt werden → induktive Suche von relevanten Variablen.
4. Bestimmung der Ausprägung der ausgewählten Variablen in den übrigen Fällen der beiden Gruppen, um Vorhersagen, die sich aus den Suchhypothesen ableiten, „cross case“, also über den Vergleich der Fälle, überprüfen zu können.
5. Überprüfung der Prognosen für die anderen Fälle durch Vergleich der Daten.
6. Wiederholung dieser induktiven Suchbewegungen → **heuristischer Zirkel**, in dem sich die heuristischen Hypothesen schrittweise optimieren lassen; hinter den manifesten Phänomenen zeigen sich allmählich die **latenten Strukturen**, die mit dem Therapieerfolg bzw. -mißerfolg einhergehen.
7. Kritische Prüfung zur Entscheidung darüber, ob die ermittelten Variablen mit dem Therapieerfolg bzw. -mißerfolg nur korreliert sind oder ob sie ein Netzwerk von Faktoren bilden, das für Therapieerfolg bzw. -mißerfolg auch kausal relevant ist → **kausale Netzwerke**. Solche kausalen Netzwerke sind das letzte Ziel des induktiven, qualitativen Vorgehens; sie lassen sich aber nicht immer ermitteln, zum einen aufgrund der begrenzten Information, die mit jeder Stichprobenauswahl gegeben ist, zum anderen wegen der Restriktionen der ontologischen\* Ebene/Erkenntnisebene.

\* Ontologie = Lehre vom Sein, Lehre von den Ordnungs-, Begriffs- und Wesensbestimmungen des

Seienden (Philosophie)

Mit Hilfe des **qualitativen** Verfahrens der Kausalanalyse können also auch **Kausalfaktoren** auffindig gemacht werden.

#### **2 Argumente** für den Einsatz der qualitativen **Kausalanalyse** in der **Psychotherapieforschung**:

##### 1) **Möglichkeit des Erkenntnisziels Kausalfaktoren.**

Die Möglichkeit, auch durch qualitative Datenkombinatorik Kausalfaktoren herauszufinden – und nicht nur durch quantitatives experimentelles Vorgehen – beruht darauf, daß quantitativ-experimentelle Daten und qualitative Daten in ihrer **logischen Struktur** gar nicht so verschieden sind:

a) Der experimentellen Bedingungsvariation entspricht die natürliche Variiertheit der qualitativen Daten; b) Dem Experimentator entsprechen die natürlichen und sozialen Bedingungen, die die Variation der qualitativen Daten hervorgebracht haben.

Die qualitative, induktive Forschung steht vor der Aufgabe, Erklärungen für die Variation der Daten im Datenmaterial zu finden und nach einem Gesetz, nach kausalen Faktoren für diese Variation zu suchen. Zur Erreichung dieses Erkenntnisziels wird folgender **Erkenntnisprozeß** durchlaufen: Zunächst werden am Einzelfall oder einer Untergruppe von Fällen Gesetzhypothesen im Sinn von heuristischen Hypothesen gebildet. Aus diesen Gesetzhypothesen werden dann Prognosen

für weitere Fälle abgeleitet, die sich am Datenmaterial entweder bestätigen lassen oder durch Negativfälle modifizieren und/oder weiterentwickeln lassen → wichtige Funktion der Negativfälle: sie bringen die Hypothesengenerierung weiter, indem sie zur Bildung von Alternativhypothesen sowie zur Weiterentwicklung der bisherigen Hypothesen führen.

Dieser heuristische Forschungsprozeß setzt sich (kreisförmig) solange fort, bis eine relativ optimale Erklärung für die beobachteten Phänomene und für die Variation der erklärungsrelevanten Variablen/latenten Strukturen/Kausalfaktoren gefunden ist. Für die Erreichung dieses idealen Ziels eines validen strukturerschließenden und/oder kausal erklärenden Hypothesensatzes besteht natürlich keine Garantie (forschungspraktische Hindernisse), sie ist aber grundsätzlich, forschungslogisch möglich.

In einem weiteren Schritt werden die Kausalfaktoren hinsichtlich ihrer prognostischen Aussagekraft überprüft, z.B. durch vorsichtige Anwendung der Erkenntnisse in der psychotherapeutischen Behandlung (Therapieplanung), in kontrollierten Vergleichsstudien oder katamnestic Ergebnisforschung; hierin zeigt sich die Schnittstelle zur hypothesenprüfenden (experimentellen) Forschung.

Bei Anwendung qualitativer Forschungsergebnisse in der Therapieplanung wird dieser Erkenntnisprozeß rückwärts durchlaufen: Das allgemein-gesetzmäßige Wissen wird als heuristische Hypothese verwendet, um die individuellen Gesetzmäßigkeiten der KlientInnen in der therapeutischen Ausgangslage zu erkennen, sie im therapeutischen Prozeß günstig verändern und ihre pathogenen (Leid erzeugenden) Anteile aufheben zu können.

## 2) Unmöglichkeit der experimentellen Bedingungsvariation im Negativbereich.

Die experimentelle Variation von negativen Bedingungen (in dem Sinn, experimentell ein negatives Ergebnis der Therapie herbeizuführen) verbietet sich schon aus ethischen Gründen. Mit Hilfe von Komparativer Kasuistik mit induktiver Kombinatorik konnte BIRCK (1998) ein kausales Netzwerk von Faktoren erstellen, die für Therapieerfolg bzw. -mißerfolg bei in ihrer Kindheit sexuell mißbrauchten KlientInnen verantwortlich sind. Als besonders bedeutsam für Therapieerfolg erwies sich der Kausalfaktor „Mißbrauchserkenntnis“ als therapeutischer Schritt. Dieses Forschungsergebnis wäre mit einem klassischen Experiment nicht zu erzielen, da die Variable „Mißbrauchserkenntnis“ nicht experimentell manipulierbar ist. Wichtig ist, Kausalfaktoren – wie z.B. Mißbrauchserkenntnis – nicht isoliert und mechanistisch zu verstehen, sondern immer den **dialektischen Charakter** psychotherapeutischer Veränderung zu berücksichtigen.

### 5.2.4 Quantitative Einzelfallanalyse

Quantitative Einzelfallstudien im Sinn von **Interventionsanalysen** sind für die Psychotherapieforschung und die Gesundheitspsychologie bzw. psychologische Medizin von besonderer Bedeutung. Hier werden quantitative Variablen zu mehreren Meßzeitpunkten, mindestens einmal vor und einmal nach der Intervention, untersucht (Prätest-Posttest-Pläne). Die Intervention kann eine **gezielte psychologische Intervention** sein oder auch das **Eintreten eines natürlichen Ereignisses**, z.B. einer bestimmten Erkrankung oder hormoneller Veränderungen.

Durch die erforderlichen Meßwiederholungen zur Feststellung von Veränderung in Prozeßmerkmalen (≠ stabile Merkmale → klassische Testtheorie!) stellen sich besondere Meßfehlerprobleme (z.B. statischer Regressionseffekt u. Sequenzeffekte, vgl. Script zu Methoden der Evaluation und der Entwicklungspsychologie für Diplom-Klausur im Fach Evaluation und Forschungsmethodik). Die meisten Ansätze zur Kontrolle dieser Meßfehler setzen unabhängige (Teil-)Stichproben voraus (Prätest-Posttest-Kontrollgruppen-Pläne). Diese Bedingung ist bei **Zeitreihen\*** nicht erfüllt; hier wird daher mit Autokorrelationsmodellen, in denen die Eigenkorrelation eines Variablenmusters im Zeitverlauf untersucht wird, gearbeitet, insbesondere mit ARIMA-Modellen (Auto-Regressive Integrierte Moving-Average-Modelle).

\* **Zeitreihenanalyse**: Untersuchungsverfahren, das die Entwicklung von Personen und Phänomenen über eine bestimmte Zeit erhebt und mit Hilfe von Pfadanalyse, ARIMA-Modellen, Kreuzkorrelationen u.ä. auswertet. Die Zeitreihenanalyse wird u.a. auf entwicklungspsychologische, klinisch-psychologische (Therapie-)Daten und sonstiges Geschehen mit prozeßhaftem Charakter angewendet, meist in quantitativen Einzelfallanalysen. Es müssen quantitative Meßwerte zu mehreren aufeinanderfolgenden Zeitpunkten oder Zeitabschnitten vorliegen. (DORSCH)

Wie beim Übergang von qualitativen Einzelfallanalysen zur qualitativen Komparativen Kasuistik lassen sich auch die **Daten/Muster** aus mehreren quantitativen Einzelfallanalysen **aggregieren**, so daß fallübergreifende Verallgemeinerungen dieser Muster möglich werden, ohne die individuel-

len Unterschiede der einzelnen Fälle zu vernachlässigen. Die Bedeutung dieses quantitativen fallorientierten Vorgehens zeigt eine Untersuchung von STRAUSS (1996).

Bsp. zur Aggregation von mehreren quantitativen Einzelfallanalysen von STRAUSS (1996) zum sogenannten „prämenstruellen Syndrom“

STRAUSS konnte nachweisen, daß es kein *einheitliches Syndrom* gibt – dies ist ein *statistisches Artefakt* aufgrund der Erhebung von Durchschnittswerten in Gruppenstudien (Problem der Mittelung von Stichprobenwerten zu Durchschnittswerten zur Erstellung einer Gruppenverlaufskurve, die die individuellen Verlaufskurven nicht angemessen repräsentiert) –, sondern individuell sehr unterschiedliche Verlaufsmuster, die den Zusammenhang von prämenstruellen Beschwerden, körperlichem und seelischem Wohlbefinden beschreiben.

FISCHER ist der Ansicht, daß vermutlich etliche Lehrbücher der psychologischen Medizin umgeschrieben werden müssen, wenn sich solch eine fallbezogene quantitative Forschung durchsetzt. Allerdings sind quantitative Einzelfallstudien bislang noch mit einem hohem Erhebungsaufwand verbunden, vor allem, wenn es sich um Interventionsstudien oder multivariate Analysen handelt. Aufgrund des hohen Erhebungsaufwandes wird oft eine *Reduktion der klinischen Fragestellung* auf ein *minimales Komplexitätsniveau* vorgenommen, das dem Gegenstand nicht mehr angemessen ist.

Die Bemühungen in der klinischen Forschung sollten stattdessen dahin gehen, durch **qualitatives** Vorgehen einen hinreichend **komplexen Bezugsrahmen** zu bewahren, innerhalb dessen sich dann **einzelne Variablen quantitativ** bestimmen lassen und zugleich interpretierbar gehalten werden.

Bei JACOBI & POLDRACK (2000) findet sich eine gute Einführung in **überwiegend quantitative Forschungsansätze der Klinischen Psychologie** (z.B. Internet-Recherche, Forschungsdesigns, elektronische Datenauswertung und SPSS; **das Buch ist Prüfungsliteratur für Klinische, Thema 5!**).

### 5.2.5 Allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung

Nach MAYRING sollen 6 allgemeine, **methodenübergreifende** Gütekriterien in der qualitativen Forschung berücksichtigt werden (Nr. 1) – 5) und 7), vgl. S. 109 ff), denen in der folgenden Übersicht ein siebtes Gütekriterium (Nr. 6) Handlungsvalidierung) hinzugefügt wird, und dies speziell im Hinblick auf Psychotherapieforschung.

#### 7 methodenübergreifende Gütekriterien für qualitative Psychotherapieforschung:

##### 1) **Verfahrensdokumentation:**

Detaillierte Dokumentation im Sinn einer Explikation des Vorverständnisses, Dokumentation der (meist speziell für den jeweiligen Gegenstand entwickelten oder differenzierten) qualitativen Analysemethoden sowie der Durchführung und Auswertung der Datenerhebung, um den Forschungsprozeß für andere ForscherInnen nachvollziehbar zu machen (vgl. Anfang des Kapitels 5.2: Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit).

##### 2) **Argumentative Validierung / Argumentative Interpretationsabsicherung und argumentative Begründung von Induktionen:**

Interpretationen und induktive Schlußfolgerungen müssen aus den erhobenen Daten abgeleitet und sorgfältig begründet werden; für die Geltungsbegründung sind die Widerlegung von Alternativhypothesen und die systematische Berücksichtigung von **Negativfällen** von besonderer Bedeutung. In der Interpretation der Ergebnisse wird lediglich eine bzw. mehrere Gesetzhypothesen benannt, die den relativ besten Bestätigungsgrad besitzen und vergleichsweise am besten die beobachteten Phänomene beschreiben und strukturelle Besonderheiten im Beobachtungsmaterial erklären. (Negativfälle: vgl. unter Kap. 5.2.2 als methodenspezifisches Gütekriterium der teilnehmenden Feldforschung)

##### 3) **Regelgeleitetheit:**

Systematisches, sequentielles Vorgehen nach Regeln für die qualitativen Verfahren/Techniken. Regeln: 1. Die Analyseschritte werden vor der Datenerhebung festgelegt. 2. Das erhobene Datenmaterial wird in sinnvolle Einheiten unterteilt. 3. Die Analyse geht systematisch von einer Dateneinheit zur nächsten. (vgl. Anfang des Kapitels 5.2: Gütekriterium des systematischen Vorgehens bei der Erkenntnisgewinnung)

#### 4) Nähe zum Gegenstand:

Qualitative Psychotherapieforschung im naturalistischen Setting der psychotherapeutischen Situation erreicht eine hohe ökologische Validität, d.h. hohe Repräsentanz für die psychotherapeutische Alltagssituation.

#### 5) Kommunikative Validierung:

Sie wird in der qualitativen Psychotherapieforschung und insbesondere in der Arbeit mit KÖDOPS in zweifacher Weise berücksichtigt: a) einerseits durch die phänomenologische Grundorientierung, die vielfach mit den Begriffen und der Metaphorik der KlientInnen arbeitet, und b) andererseits im Interview und vor allem im therapeutischen Dialog, in dem die relevanten Aussagen zwischen TherapeutInnen und KlientInnen wechselseitig abgestimmt und kommunikativ überprüft werden → bewußtes Selbstverständnis der KlientInnen.

#### 6) Handlungsvalidierung:

Einbeziehen von handlungsleitenden, subjektiv bisweilen unbewußten kognitiv-emotionalen Schemata und Strukturen in Kreuzvalidierung und Mehrfachüberprüfung; diese Möglichkeiten sind bei einer geeigneten Auswahl von KÖDOPS-Formaten gegeben.

#### 7) Triangulation:

Verbindung mehrerer Analysewege, indem für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege entworfen und die Ergebnisse dieser Wege/Perspektiven miteinander verglichen werden, um Stärken und Schwächen der jeweiligen Analysewege aufzuzeigen und die verschiedenen Ergebnisse zu einem kaleidoskopartigen Bild zusammensetzen. (Bild der Triangel: erst die Verbindung der drei Seitenstäbe macht den Klang des Musikinstruments aus.) Triangulative Validierung ist auf **3 Ebenen** möglich: durch Verbindung unterschiedlicher **Datenquellen** (z.B. Selbst- vs. Fremdeinschätzung), **Datenebenen** (Erleben, Verhalten, Werke/Dokumente, Testproduktion etc.), und **Forschungsmethoden** (in der Psychotherapieforschung z.B. über das Konvergenzprinzip, s.o., Kap. 5.1) (bei MAYRING: Datenquellen, Theorieansätze und Interpretieren).

Insgesamt nennt FISCHER also folgende **19 Gütekriterien für die Arbeit mit KÖDOPS**:

- 1) systematisches Vorgehen bei der Erkenntnisgewinnung;
- 2) intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse;
- 3) Glaubwürdigkeit der KlientInnen;
- 4) Non-Reaktivität des therapeutischen Materials;
- 5) Qualität der therapeutischen Beziehung;
- 6) Qualität der phänomenologischen/deskriptiven Analyse;
- 7) Grad der Übereinstimmung zwischen mehreren Codierern;
- 8) argumentative Verbindung zwischen relevanten Erkenntnisquellen;
- 9) argumentative Validierung;
- 10) systematische Berücksichtigung von Negativfällen;
- 11) Überprüfen von Alternativerklärungen;
- 12) Suche nach Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Datenquellen → Triangulation;
- 13) Überprüfen der Kausalannahmen;
- 14) kritische Explikation und Reflexion der Interpretationskategorien;
- 15) Verfahrensdokumentation;
- 16) Regelgeleitetheit;
- 17) Nähe zum Gegenstand;
- 18) Kommunikative Validierung;
- 19) Handlungsvalidierung.

Nach FISCHER geeignete Methoden zum Übergang vom Einzelfall zum Fallvergleich mit KÖDOPS:

- 1) Verfahrensregeln nach dem KÖDOPS-Manual;
- 2) Komparative Kasuistik;
- 3) Struktur-lege-Technik (SCHEELE & GROEBEN, 1984).

Die erforderliche Variation des umfangreichen Datenmaterials kann durch eine relationale Datenbank sehr erleichtert werden, die durch Computerprogramme wie ACCESS für die KÖDOPS-Software und -Formate erstellt werden kann.

## Kap. 5.3 Empfehlungen für den Aufbau wissenschaftlicher Arbeiten nach der Logik unterschiedlicher Forschungsstrategien

(S. 267-286 → Klinische, Thema 5)

In diesem Kapitel geht es um die Darstellung von Forschungsergebnissen der Klinischen Psychologie und psychologischen Medizin. Die Liste der genannten (untergeordneten) Gütekriterien kann dabei als eine Checkliste dienen in dem Sinn, daß diese Gütekriterien Faustregeln für die Verwirklichung der beiden zentralen übergeordneten Gütekriterien/Ziele wissenschaftlicher Forschung – Systematisches Vorgehen bei der Erkenntnisgewinnung und Intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse – sind. Es werden **Regeln für die Verwirklichung dieser Gütekriterien** innerhalb der dargestellten 7 Forschungsstrategien/-logiken entwickelt.

Die **7 Forschungsstrategien/-logiken** bzw. **Typen humanwissenschaftlicher Arbeiten** sind:

- 1) hypothesensuchende/-generierende Arbeiten mit induktiver Methodik;
- 2) hypothesenprüfende Arbeiten mit deduktiver Methodik;
- 3) werkanalytische Arbeiten mit interpretativer Methodik;
- 4) theoriebezogene, metatheoretische Arbeiten;
- 5) Übersichtsarbeiten zum aktuellen Forschungsstand;
- 6) Arbeiten zur Entwicklung von Forschungsinstrumenten und -methoden;
- 7) Arbeiten im Rahmen der Aktionsforschung.

Innerhalb einer einzelnen wissenschaftlichen Arbeit können mehrere dieser Forschungsstrategien relevant werden. Die 3 grundlegenden Methodentypen der Psychotherapieforschung – 1) systematische und vergleichende Einzelfallstudien, 2) naturalistische Feldstudie mit Korrelationsdesign und 3) kontrollierte Vergleichsgruppenstudie – decken sich nur partiell mit den hier genannten Forschungsstrategien. Ein Methodentyp kann unterschiedliche Forschungsstrategien umfassen; z.B. stellen Korrelationsstudien meist eine Verbindung der beiden Strategien der hypothesensuchenden und hypothesenprüfenden Methodik dar. Auch die Unterscheidung von quantitativer und qualitativer Methodik deckt sich nicht mit der Unterscheidung von hypothesensuchender/induktiver und hypothesenprüfender/deduktiver Forschungsstrategie. Zwar hat die hypothesensuchende Strategie eine besondere Affinität zur qualitativen Methodik, sie kann aber auch Elemente der a-posteriori-Quantifizierung und quantitativen Hypothesensuche beinhalten. Selbst quantitative Hypothesenprüfung kann unter bestimmten Voraussetzungen innerhalb der induktiven/hypothesensuchenden Forschungsstrategie erfolgen. Daher bleibt die Unterscheidung zwischen **induktiver Hypothesensuche** und **deduktiver Hypothesenprüfung** grundlegend für die Variation der Forschungsstrategie und damit für den Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit.

**Allgemeine, forschungsstrategienübergreifende Regeln** für die Verwirklichung der Gütekriterien:

### 1. Praktische Regel für das Verfassen wissenschaftlicher Arbeiten:

Wissenschaftliche Arbeiten werden vom Ende zum Anfang hin geschrieben. Zu Beginn wird zwar ein Exposé geschrieben und eine vorläufige Gliederung der Arbeit erstellt, die Konzeption wird aber oft mehrmals abgewandelt.

Im Lauf einer hypothesensuchenden Arbeit kommt es sogar nicht selten vor, daß selbst das Thema noch abgewandelt, z.B. weiter präzisiert werden muß → selbstverständliche Rekursivität des Erkenntnisprozesses bei qualitativ-induktiver Forschung.

### 2. Regel für die Darstellung der Wahl und Begründung des Themas:

In der Arbeit wird eingangs die Fragestellung dargelegt und begründet, warum sie gewählt wurde und inwiefern es sich bei ihr um eine in der weltweiten scientific community bisher noch nicht geklärte Frage handelt. Die Wahl und inhaltliche Definition/Abgrenzung des Themas sind von großer Wichtigkeit, weil hieraus die gesamte Forschungslogik der Arbeit folgt. Der konzeptionelle Rahmen und der praktische Kontext des Themas werden genannt.

Bei hypothesenprüfenden Arbeiten ist darzulegen, daß die in Frage stehenden Konzepte, Modelle oder Theorien eine Überprüfung ‚verdienen‘, und die Methode der Hypothesenprüfung bedarf einer expliziten Begründung, die den Entwicklungsstand der Konzepte und ihren Bestätigungsgrad innerhalb der hypothesensuchen-induktiven Forschungsstrategie berücksichtigt.

### 3. Regel für die Darstellung der Literatursuche:

Die inhaltliche Definition des Themas mit Ein- und Ausschlußbegründung bildet den Rahmen für die Literatursuche. In der Arbeit sollen die Suchbegriffe und Suchwege (Bibliotheken, Datenbanken und Browser) angegeben werden sowie die befolgten Kriterien für die Auswahl der Literatur.

**Spezielle, forschungsstrategienspezifische Regeln** für die Verwirklichung der Gütekriterien:

#### 1) Regeln für hypothesensuchende Arbeiten:

1. Definition der empirischen Domäne sowie Beschreibung der Stichprobe;
2. Beschreibung der Erhebungsinstrumente;
3. Durchführung und Auswertung;
4. Induktives Vorgehen - deskriptive Schritte;
5. Induktives Vorgehen - erklärende Operationen;
6. Diskussion der relevanten Gütekriterien;
7. Darstellung der Ergebnisse in bezug auf die Ausgangsfrage;
8. Zusammenfassung und Ausblick.

Bei der Diskussion der Gütekriterien sind zwei Kriterien wichtig: 1) **Transparenzkriterium** (Darstellung der im Forschungsprozeß und bei der Ergebnisauswertung getroffenen Entscheidungen) und 2) **Begründungskriterium** (Begründung dieser Entscheidungen in nachvollziehbarer und kritisierbarer Weise). Unter den hier relevanten qualitativen Gütekriterien sollten besonders **Triangulation, kommunikative Validierung, argumentative Validierung** und **Handlungsvalidierung** berücksichtigt werden.

Die Inhaltsanalyse ist ein Verfahren, das am Schnittpunkt von Deduktion und Induktion liegt. Eine rein ‚qualitativ-induktive‘ Inhaltsanalyse gibt es nicht, da keine voraussetzungslose Zuordnung von Beobachtungen zu Kategorien möglich ist (abbildtheoretische Illusion). Kategorien gehen vielmehr aus einer Entscheidung zwischen mehreren alternativen Kategorien hervor.

Im induktiven Forschungskontext muß diese Entscheidung nach dem Kriterium getroffen werden, welche der möglichen Kategorien die größte Relevanz besitzt und am zweckmäßigsten erscheint → **Transzendentaler Empirismus** (MILES & HUBERMAN, 1994): Kategorien sind ein unhinterfragbares A-priori und durch die Natur der Vernunft endgültig festgelegt. Der Transzendente Empirismus geht von einem **flexiblen Wechselspiel zwischen Beobachtungsdaten und reflektierten Kategorien** im induktiven Forschungsprozeß aus, einer Erkenntnislogik, die sich auch im Ansatz der **Gegenstandsbegründeten Theoriebildung** („grounded theory“) von ANSELM STRAUSS findet.

Praktisch folgt aus dieser Erkenntnislogik, daß inhaltsanalytische Kategorienbildung nur dann eingesetzt werden soll, wenn ihr Nutzen für die induktiv-hypothesensuchende Strategie argumentativ belegt ist, und zwar in Form einer **komplexitätsreduzierenden Zusammenfassung des Datenmaterials**. Eine Arbeit mit Notizen und Reduktionen ist z.B. mit vielen KÖDOPS-Formaten der Meso-Ebene oder mit den Codierungsphasen der Gegenstandsbegründeten Theoriebildung möglich; es entsteht dabei ein **flexibles Notationssystem**, das sowohl in Richtung der Daten als auch in Richtung der Kategorien so lange offen gehalten werden kann, bis die im Datenmaterial vorhandenen Regelmäßigkeiten erkennbar werden.

#### 2) Regeln für hypothesenprüfende Arbeiten:

1. Deduktion der zu prüfenden Hypothesen
2. Untersuchungsdesign
3. Durchführung und Auswertung
4. Diskussion der Gütekriterien
5. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse in bezug auf die Hypothesen
6. Zusammenfassung und Ausblick.

Ein übergeordnetes qualitatives Gütekriterium für die Hypotheseneduktion ist die **Repräsentanz der gewählten Operationalisierung für die Theorie** (HOLZKAMP, 1964) (Wie weit und in welcher Form lassen sich logisch zwingende Rückschlüsse aus dem Untersuchungsergebnis für den Bestätigungsgrad bzw. die Widerlegung/Belastetheit der Theorie ableiten?). Der Bestätigungsgrad bzw. die Belastetheit einer wissenschaftlichen Theorie lassen sich sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht abstufen; dieser Gesichtspunkt ergänzt und differenziert POPPERS Falsifikationskriterium.

Eine hypothesenprüfende Arbeit im klinisch-psychologischen Bereich, die ausschließlich mit einer variablenisolierenden Methodik arbeitet und auf dem Niveau abstrakter, relativ klinikferner quantifizierbarer variablenbasierter Konstrukte ansetzt, ist sehr weit von der subjektiven Lebenswelt der PatientInnen entfernt. Daher verwundert es nicht, daß die Ergebnisse solcher variablenorientierter

Untersuchungen sehr heterogen ausfallen, nämlich infolge der interindividuellen Bedeutungsvariation der Variablen und Konstrukte. Stattdessen führt eine geeignete **Kombination** von **Einzelfallorientierung** und **Variablenorientierung** sowie von **qualitativen Daten** und **quantitativen Daten**, auch im Bereich der Hypothesenprüfung, weiter; der qualitative Datensatz hält die quantitativen Ergebnisse interpretierfähig.

### 3) Regeln für werkanalytische Arbeiten:

1. Eingrenzung der Untersuchungsaspekte
2. Beschreibung der Untersuchungsmethode und –instrumente
3. Durchführung und Auswertung
4. Deskriptiver Schritt
5. Verstehende und /oder erklärende Operationen
6. Diskussion der relevanten Gütekriterien
7. Darstellung der Ergebnisse in bezug auf die Ausgangsfrage
8. Zusammenfassung und Ausblick.

Die minimale Untersuchungseinheit für die Werkanalyse, wie z. B. in der Kunstpsychologie, ist die **Triade** von **Autor-Werk-Rezipient** als **kommunikatives System**, die noch um den Kontext dieses Systems ergänzt werden muß.

Zentrales Gütekriterium einer werkanalytischen Interpretation ist das **dialektische** Gütekriterium der **Übereinstimmung von Teil und Ganzem** (JAHODA, 1995) (Wie vollständig werden die Details im Material durch die Interpretation aufgeklärt und wie gut stimmt die Interpretation in ihrer Gesamtheit mit allen Einzelheiten des Materials überein?). Es wird diejenige Interpretation vorgezogen, die die meisten Details aufzuklären vermag.

### 4) Regeln für theoriebezogene metatheoretische Arbeiten:

Die Gliederung muß hier offener gehalten werden. Zu unterscheiden sind: a) Theorievergleich, b) theorieimmanente metatheoretische Untersuchung und c) phänomenologisch fundierte Theoriebildung.

- a) **Theorievergleich**: Darstellungs- und Bewertungskriterien für Theorien sind z.B. **innere Konsistenz, heuristischer Wert, Praxisrelevanz, empirische Bestätigung** versus **empirische Belastung/ Widerlegung**.
- b) **theorieimmanente metatheoretische Untersuchung**: **mathematische, logische, erkenntnistheoretische, sozial- und gesellschaftskritische** Prüfkriterien für eine Theorie. Epochale Fortschritte einer wissenschaftlichen Disziplin werden oft durch diesen Arbeitentyp herbeigeführt, z.B. EINSTEINS Relativitätstheorie.
- c) **phänomenologisch fundierte Theoriebildung**: Basis ist die Analyse subjektiver Lebenswelten einschließlich der ‚Theorien‘, die Akteure selbst vom Aufbau ihrer Lebenswelt gebildet haben. Mit der Gegenstands begründeten Theoriebildung („grounded theory, ANSELM STRAUSS → relativ offene, weitgespannte Induktion, Spezialfall der induktiven Forschungsstrategie im Bereich der Theoriebildung) und der Struktur-lege-Technik (SCHEELE & GROEBEN, 1984) liegen sehr systematisch ausgearbeitete Technologien und Methodiken hierzu vor.

Ein Beitrag von theoriebezogenen Arbeiten ist die Entwicklung neuer Ideen für die Theoriebildung, die Weiterentwicklung der Erkenntnistheorie und der Philosophie einschließlich der Modell- und Methodenentwicklung.

### 5) Regeln für Übersichtsarbeiten zum aktuellen Forschungsstand:

Hier kommt der hypothesensuchenden Methodik sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht besondere Bedeutung zu. In Meta-Analysen gehen in die statistische Zusammenfassung oft nicht näher begründete Kriterien ein; daher muß die qualitative Kategorienbildung und die Auswahl der Rezeptions- und Bewertungskriterien explizit dargelegt werden.

Da ein Teilziel einer Übersichtsarbeit darin besteht, regelhaft vorhandene Gesetzmäßigkeiten aufzuzeigen, soll sich eine solche Arbeit im Aufbau an der hypothesensuchend-induktiven Forschungsstrategie orientieren. Als Teilkomponente kommt auch die deduktive Forschungslogik zum Tragen, z.B., wenn der relative Bestätigungsgrad einer wissenschaftlichen Theorie oder eines Modells geprüft werden soll.

Ein heuristischer Ansatz von Kriterien für **Meta-Analysen mit qualitativen und quantitativen Daten** gemäß dem **Konvergenzprinzip** der Psychotherapieforschung – also unter Einbeziehung von Ergebnissen der 3 grundlegenden Methodentypen der Psychotherapieforschung 1) systematische und vergleichende Einzelfallstudien, 2) naturalistische Feldstudie mit Korrelationsdesign und 3) kontrollierte Vergleichsgruppenstudie – wurde von GRÜTTNER (1997, **am FISCHER-Lehrstuhl!**) ausgearbeitet.

#### 6) Regeln für Arbeiten zur Entwicklung von Forschungsinstrumenten und –methoden:

Hier geht es um die Entwicklung von Fragebögen, Ratingskalen, Testverfahren, qualitativen Dokumentationssystemen und Datenverarbeitungsprogrammen. Beim systematischen Teil einer solchen Arbeit handelt es sich um eine Kombination von 1) hypothesensuchender und 2) hypothesenprüfender Forschungsstrategie: neue Ideen sind in diesem Feld besonders gefragt (1)) ; ist ein Forschungsinstrument dann entwickelt, so ergeben sich daraus sowohl neue Forschungsfragen (1)) als auch neue Wege zu ihrer Beantwortung und zur Beantwortung bislang unerledigter Forschungsfragen (2)).

Auch KÖDOPS ist ein neues Forschungsinstrument, das qualitative und quantitative Vorgehensweisen kombiniert.

#### 7) Regeln für Arbeiten im Rahmen der Aktionsforschung:

Die Aktionsforschung wird hier wegen ihrer Nähe zu Praxis und Forschung in der Psychotherapie („online-Forschung“, Ulrich MOSER, 1992, s.o.) erwähnt. Diese Forschungsstrategie, bei der den UntersuchungsteilnehmerInnen während der Untersuchung programmatisch Zwischenergebnisse mitgeteilt werden, geht auf KURT LEWIN zurück. Forschungsziel ist die Aufklärung über und eventuelle Veränderungen von ungünstigen (individuellen oder kollektiven) Regeln und Normen des Verhaltens. Daher kann die Psychotherapie-Begleitforschung mit ihrer Technik der teilnehmenden Beobachtung und der Mitteilung von Beobachtungsergebnissen an die KlientInnen dieser Forschungsstrategie in einem weiter gefaßten Sinn zugeordnet werden. Die Aktionsforschung läßt sich auch auf Gruppen, Institutionen und Organisationen anwenden.

**Psychotherapie-Begleitforschung** im Sinn der **Praxisforschung** bezieht nicht nur das in der Aktionsforschung üblicherweise verwandte Gütekriterium der **kommunikativen Validierung** (konsensuelle Verständigung mit den PatientInnen) ein, sondern auch das der **Handlungsvalidierung**: An der Veränderung problematischer Verhaltensweisen und Symptome können TherapeutInnen den Erfolg der gemeinsamen therapeutischen „Aktionsforschung“ fortlaufend überprüfen und ihre Interventionsrichtung im Sinn einer adaptiven Indikation korrigieren.